

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Vanira Matos Pessoa

ABORDAGEM DO TERRITÓRIO NA CONSTITUIÇÃO DA
INTEGRALIDADE EM SAÚDE AMBIENTAL E DO TRABALHADOR NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM QUIXERÉ-CEARÁ

FORTALEZA
2010

Vanira Matos Pessoa

ABORDAGEM DO TERRITÓRIO NA CONSTITUIÇÃO DA
INTEGRALIDADE EM SAÚDE AMBIENTAL E DO TRABALHADOR NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM QUIXERÉ-CEARÁ

Dissertação apresentada à
Universidade Federal do Ceará,
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública, como requisito parcial
para obtenção de título de mestre.

Orientador: Prof.^a Dra. Raquel Maria
Rigotto.

FORTALEZA
2010

P568a Pessoa, Vanira Matos

Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental e do trabalhador na atenção primária à saúde em Quixeré-Ceará/ Vanira Matos Pessoa. – Fortaleza, 2010.

295 f. : il.

Orientador: Prof.^a Dra. Raquel Maria Rigotto

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Fortaleza, CE.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Saúde Ambiental. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Qualidade de Vida. 5. Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde. 6. Participação Comunitária. I. Rigotto, Raquel Maria (orient.). II. Título.

CDD 362.1

Vanira Matos Pessoa

ABORDAGEM DO TERRITÓRIO NA CONSTITUIÇÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE AMBIENTAL E DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM QUIXERÉ-CEARÁ

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção de título de mestre.

Aprovada em ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a dra. Raquel Maria Rigotto (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof.^a dra. Lia Giraldo da Silva Augusto
Instituto de Pesquisa Ageu Magalhães - FIOCRUZ

Prof.^a dra. Maria Graça Hoefel
Universidade de Brasília - UNB

Prof.^a dra. Maria Vaudelice Mota
Universidade Federal do Ceará - UFC

Gratidão

Pelos ensinamentos e conhecimentos adquiridos em prol de um mundo mais justo e equânime para nós.

Pela oportunidade de compartilhar anseios e sonhos.

Pela compreensão, apoio e solidariedade.

Pela tessitura de laços de amizade.

Pela ação corajosa e incontida que nos serviram de guia nesse caminho.

Pelas conversas, percorrendo estradas esburacadas e curvas pelas noites sertanejas.

Pela calorosa recepção de cada encontro, no calor das relações nascidas no salão que nos acolhia para desvelarmos o mundo a nossa volta.

Pela contribuição singular de cada um no meu processo de aprendiz de pesquisa.

Pelo despertar do prazer de ser humano e como humano capaz de ser único e inteiro na vida e ser transgressor, semeador de esperanças, de coragem de sonhos!

Agradeço por tudo isso aos meus!

Familiares – Maria Antônia, minha mãe, Vicente, meu pai, Irisdalva, Neto, Evanda, Nilton, Evaristo, Vânia Laélia, João Paulo, Beatriz, Alexandre, Guilherme e Vinicius, meus irmãos e irmãs e Ana Stela, minha sobrinha.

Amigos – Idalice Barbosa, André Moura, Fátima Antero, Severino Alexandre, Marcelo, Socorro Sousa, Meirinha, Mazezinha, Angélica, Júlia.

A mestra e orientadora – Prof.^a dra. Raquel Rigotto.

Grupo de pesquisa - Rildson, Glaúcia, Fabiana, Fátima, Josilene, Sônia, Marlene, Otacílio, Raimundo Nonato, Raimundo Alcides, Carla, Anúzia, Saúde, Susana.

À Secretaria Municipal de Saúde de Quixeré, na pessoa de Orleudo.

Aos integrantes do Núcleo Trabalho Meio Ambiente e Saúde para a Sustentabilidade -TRAMAS - Georgiana, Graça, Ana Cláudia, Islene Rosa, Jeanny e Alexandre.

Aos pesquisadores – Tarcísio, Fernando, Vicente, Alice, Ana Ecilda, Levi, Lara, Fabíola e Solange.

Ao Departamento de Saúde Comunitária da UFC, na pessoa do Profº dr. Ricardo Pontes e das secretárias Zenaide e Dominique.

Aos professores do Departamento de Saúde Comunitária da UFC, na pessoa da Profª dra. Márcia Machado.

E de bom grado saúdo, também, aqueles cujos nomes não estão escritos, que ficaram no segredo do coração ou perdidos na memória falha, mas que estão entre os meus amores, cúmplices, companheiros em momentos singulares de angústias, prazeres, alegrias e sonhos.

E, pelo apoio financeiro para execução desta pesquisa,

ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e Ministério da Saúde – MS.

O ópio

*Dizem os comunistas que a religião é o ópio do povo;
outros dizem que o ópio do povo é precisamente o comunismo;
se pedissem a minha opinião, eu diria que o ópio do povo é o trabalho.*

Mário Quintana

RESUMO

Aborda as práticas em saúde no SUS, tendo como objeto de análise o desenvolvimento das ações em saúde ambiental e do trabalhador na atenção primária à saúde (APS) em Quixeré-Ceará. Tomou-se como base o território e empreendeu-se a perspectiva sobre os processos de transformação decorrentes do modelo de desenvolvimento econômico promotor de alterações no modo de vida das comunidades e trabalhadores. Objetivou-se contribuir na efetivação da política de saúde ambiental e do trabalhador na APS, realizando a territorialização (mapa social, trabalho e ambiental) que dialogasse com as necessidades de saúde e a qualidade de vida no território. Utilizou-se a pesquisa-ação, constituindo um grupo de 14 pessoas representantes do Conselho Municipal de Saúde, movimentos sociais, trabalhadores da agricultura, usuários do SUS, associação, profissionais da APS, vereadores e professores para discutir a intersecção desses campos na APS e propor ações na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Município. Essa pesquisa resultou na ressignificação e no reconhecimento do território, advindo da interpretação e aproximação dos sujeitos com as questões de interesse comunitário. A apropriação do território se deu à medida que o grupo repensava o modelo de desenvolvimento econômico, evidenciando problemas como a questão fundiária, ou seja, perda da terra pelos camponeses, promovendo a expulsão do campo para as periferias urbanas, constituindo-se mão de obra assalariada com intenso fluxo de pessoas, contribuindo no agravamento de problemas sociais, como a prostituição, drogadição e violências. Identificou-se que o modelo de agricultura agroexportador pressupõe desmatamento, uso exaustivo da terra, d'água e agroquímicos, levando à extinção de animais e vegetais associada à geração da improdutividade do solo, sedimentando repercussões à saúde humana, como mudanças de hábitos alimentares, laborais e culturais, favorecendo o aumento da obesidade, hipertensão, problemas psicológicos, má nutrição, alergias e persistência de doenças como Chagas, verminoses, disenterias, dengue, entre outras. Destacou-se o agronegócio como potencial gerador de danos a saúde dos trabalhadores e comunidades, sobrecarregando as políticas públicas, principalmente os serviços de saúde que se apresentam incipientes no enfrentamento das questões trabalho-ambiente. A APS refere dificuldades na operacionalização da saúde do trabalhador desde a garantia do acesso até a integralidade da atenção, priorizando ações assistenciais para grupos específicos. Associa-se a isso a fragilidade do Poder Público na fiscalização e apoio às comunidades ante a modernização agrícola conservadora que se apodera e usa indiscriminadamente o território. O grupo propôs um plano de ação que destaca necessidade da ação conjunta das políticas públicas (transdisciplinar e intersetorial) no enfrentamento dos problemas relativos ao trabalho-ambiente, compreendendo que os impactos locais e globais são sentidos e vividos desigualmente pelos distintos segmentos sociais, promovendo um solo fértil para repensar e reestruturar as responsabilidades da gestão municipal. Aponta-se o engajamento da população como caminho para a transformação social de base local, ampliando o exercício do poder pelo controle social e movimentos sociais, entendendo a complexidade da realidade, travando debates comunitários, políticos e ideológicos que traduzam e expressem os anseios do povo da chapada do Apodi-CE.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Saúde Ambiental. Atenção Primária à Saúde. Qualidade de Vida. Determinação das Necessidades de Saúde. Participação Social.

ABSTRACT

Addresses the health practices in the SUS, with the object of analysis the development of actions in environmental health and worker at primary health care (PHC) in Quixeré-Ceará. Was taken as the base area and undertook a perspective on the transformation processes under the economic development model promoter of changes in the way of life of communities and workers. The objective was to contribute to the effectiveness of policy and environmental health worker in PHC, realizing the territorial (social map, labor and environmental) that have a dialogue with the health needs and quality of life in the territory. We used action research, forming a group of 14 persons representing the City Council Health, social movements, agricultural workers, users of SUS association, PHC professionals, teachers and councilors to discuss the intersection of these fields in the APS and propose actions in the Family Health Strategy (FHS) and the city. This research resulted in the redefinition and recognition of the territory, arising from the interpretation of the subject and approach to the issues of community interest. The appropriation of the territory took place as the group rethought the model of economic development, highlighting problems such as land tenure, ie, loss of land by peasants, promoting the expulsion from the countryside to the urban periphery, constituting labor employed with an intense flow of people, contributing to the worsening of social problems like prostitution, drug addiction and violence. It was identified that the agro-export model of agriculture implies deforestation, exhaustive use of land, water and agrochemicals, leading to the extinction of animals and plants associated with the generation of unproductive soil, typical impacts to human health as changes in eating habits, work and culture, favoring the increase of obesity, hypertension, psychological problems, malnutrition, allergies and persistence of diseases such as Chagas worms, dysentery, dengue fever, among others. Stood out as potential agribusiness generates harm the health of workers and communities, overwhelming public policies, especially health services that are new in coping with work-environment issues. APS refers difficulties in operationalizing the health worker provided guaranteed access to comprehensive health care, prioritizing care actions for specific groups. Associated to this the weakness of the government in the supervision and support to communities before the agricultural modernization conservative who seizes and uses indiscriminately the territory. The group proposed an action plan which highlights the need for joint action of public policies (disciplinary and intersectoral) in addressing the problems related to work-environment, including the local and global impacts are unevenly felt and lived by different social sectors, promoting a fertile ground for rethinking and restructuring the responsibilities of municipal management. Points to the involvement of the population as a path to social transformation of local base, expanding the exercise of power by social control and social movements, understanding the complexity of reality, locking EU debates, political and ideological reflecting and expressing the aspirations of the people the plateau of Apodi-CE.

Key words: Occupational Health. Environmental Health. Primary Health Care. Quality of Life. Determining Needs Health. Social Participation.

LISTA DE FIGURAS

- 1 Esquema explicativo: território, espaço da interseção das ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde. Página 25.
- 2 Modelo explicativo da análise das políticas de saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde. Página 50.
- 3 Mapa de Quixeré. Página 76.
- 4 Quadro de mortalidade por causa e sexo no Município de Quixeré, em 2007, segundo o IBGE. Página 77.
- 5 Quadro referente à condição legal das terras, número de estabelecimentos agropecuários e área em hectares pertencentes aos estabelecimentos agropecuários, em Quixeré, 2006. Página 78.
- 6 Quadro referente à condição do produtor por número de estabelecimentos agropecuários e área de produção em hectares, em Quixeré, 2006. Página 78.
- 7 Quadro referente à utilização das terras por números de estabelecimentos e área em hectares, em Quixeré, 2006. Página 80.
- 8 Quadro referente ao sistema de preparação do solo, Quixeré, 2006. Página 81.
- 9 Quadro referente aos produtos da lavoura temporária, Quixeré, 2006. Página 82.
- 10 Quadro referente ao pessoal ocupado em estabelecimentos agropecuários, por sexo e idade, em Quixeré, 2006. Página 82.

- 11 Foto de oficinas com o grupo de pesquisa. Página 93.
- 12 Foto da Unidade de Saúde do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará. Página 95.
- 13 Foto da Unidade de Saúde do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará. Página 96.
- 14 Foto do Hospital Municipal de Quixeré. Página 96.
- 15 Mapa do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará. Página 99.
- 16 Quadro da população residente em Quixeré, por grupos de idade e sexo, segundo o Município de Quixeré e distritos - Ceará – 2000. Página 99.
- 17 Quadro com a população residente, por situação do domicílio e sexo, segundo o Município de Quixeré e distritos - Ceará – 2000. Página 100.
- 18 Quadro da densidade demográfica taxa média geométrica de incremento anual da população residente e taxa de urbanização, segundo o Município de Quixeré, 1991-2000-2007. Página 101.
- 19 Quadro da lavoura temporária em Quixeré, 2008. Página 103.
- 20 Quadro da lavoura permanente em Quixeré, 2008. Página 104.
- 21 Foto dos participantes no primeiro seminário do projeto de pesquisa, 2009. Página 108.
- 22 Foto da apresentação do projeto de pesquisa, 2009. Página 109.
- 23 Foto dos participantes do grupo de pesquisa, 2009. Página 111.

- 24** Foto dos participantes do grupo em atividades de integração e trabalho nas oficinas, 2009. Página 112.
- 25** Foto dos participantes do grupo em atividades nas oficinas, 2009. Página 112.
- 26** Fotos do painel feito pelo grupo afixado na parede e do almoço, 2009. Página 114.
- 27** Foto do seminário de pesquisa, 2009. Página 118.
- 28** Foto da aula sobre a história do lugar, ministrada pelo Assis e pelo Sr. Chico Bastião, 2009. Página 118.
- 29** Fotos dos mapas elaborados pelo grupo de pesquisa, 2009. Página 125.
- 30** Foto da aula sobre a história do Distrito de Lagoinha, 2009. Página 128.
- 31** Foto da estrada de acesso ao distrito, em construção, em agosto de 2009. Página 129.
- 32** Foto da ladeira de Santa Terezinha, agosto de 2009. Página 129.
- 33** Foto da sinalização da estrada do melão que dá acesso a Lagoinha-Quixeré, Ceará, agosto de 2009. Página 130.
- 34** Cronologia de acesso a serviços sociais básicos pela população no Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará, 2009. Página 135.
- 35** Fotos ilustrativas das residências vizinhas a áreas de plantios da monocultura da banana, demonstrando residências de taipa e a praça onde se situa a igreja católica do distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará, 2009. Página 136.

- 36 Foto da construção do mapa social pelo grupo de pesquisa, 2009. Página 140.
- 37 Foto do mapa social do distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará, construído pelo grupo de pesquisa, 2009. Página 143.
- 38 Foto da legenda do mapa social do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará, elaborado pelo grupo de pesquisa, 2009. Página 144.
- 39 Foto do mapa dos trabalhadores do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará, elaborado pelo grupo de pesquisa, 2009. Página 146.
- 40 Foto do grupo de pesquisa desenhando o mapa ambiental, 2009. Página 147.
- 41 Foto do mapa ambiental do Distrito de Lagoinha- Quixeré- Ceará, feito pelo grupo de pesquisa, 2009. Página 148.
- 42 Foto da legenda do mapa ambiental do distrito de Lagoinha- Quixeré- Ceará, feito pelo grupo de pesquisa, 2009. Página 149.
- 43 Foto registrando o desenho do mapa dos trabalhadores do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará, feito pelo grupo de pesquisa, 2009. Página 151.
- 44 Foto registrando a elaboração das tarjetas referentes ao trabalho pelo grupo de pesquisa, 2009. Página 154.
- 45 Diagrama representativo dos trabalhadores, por locais e tipo de atividade existentes em Lagoinha – Quixeré – Ceará, segundo o grupo de pesquisa, 2009. Página 156.
- 46 Diagrama das ocupações de trabalho e os riscos relacionados, em Lagoinha – Quixeré – Ceará, 2009. Página 157.

- 47 Foto das tarjetas elaboradas pelo grupo de pesquisa ilustrando as transformações ambientais locais na Chapada do Apodi – Ceará, 2009. Página 159.
- 48 Foto das tarjetas feitas pelo grupo de pesquisa ilustrando as transformações ambientais locais na Chapada do Apodi – Ceará, 2009. Página 160.
- 49 Esquema-síntese das categorias abordadas na análise dos resultados. Página 161.
- 50 Foto de cartaz apresentado na I Mostra de Educação Comunitária em Saúde, 2007, (autor desconhecido). Página 162.
- 51 Foto de trabalhador e máquina de aplicação de agrotóxicos utilizada no agronegócio, 2009. Página 199.
- 52 Esquema de apresentação dos níveis de organização e processo saúde- doença. Página 201.
- 53 Foto de recorte do mapa ambiental do Distrito de Lagoinha, Quixeré – Ceará, 2009. Página 206.
- 54 Foto de residências vizinhas ao plantio de banana que consiste em uma área de pulverização aérea no Distrito de Lagoinha – Quixeré Ceará, 2009. Página 213.
- 55 Foto dos participantes do grupo de pesquisa mostrando o mapa ambiental, Lagoinha – Quixeré – Ceará, 2009. Página 223.
- 56 Foto do plano de ação elaborado pelo grupo de pesquisa, Lagoinha - Quixeré – Ceará, 2009. Página 242.
- 57 Fluxograma das ações transversais a saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde. Página 248.

58 Fluxograma das ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde. Página 249.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CGVAM-MS	Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental
CISAMA	Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COPESA	Comissão Permanente de Saúde Ambiental
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FUNDEP	Fundação para o Desenvolvimento da Pesquisa
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
MS	Ministério da Saúde
NOST	Norma Operacional da Saúde do Trabalhador
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PIB	Produto Interno Bruto
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SEMACE	Superintendência Estadual do Meio Ambiente
SINVAS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UnB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

PALAVRAS PRIMEIRAS.....	22
APRESENTAÇÃO.....	25
PARTE I.....	31
1 SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO NO CEARÁ – UM POUCO DA HISTÓRIA	31
1.1 Saúde-ambiente-trabalho no sertão cearense: tecendo um pensamento.....	31
1.2 Saúde no Ceará: recuperação dos percursos e desafios para as políticas públicas na atualidade.....	37
1.3 Saúde-ambiente-trabalho no contexto do Programa de Aceleração do Crescimento do Brasil e a relação do desenvolvimento: em foco o vale do Jaguaribe – Ceará.....	41
2 A ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BRASILEIRA APÓS O SUS.....	46
2.1 Repensamento à luz do contexto.....	46
2.2 Saúde do Trabalhador no SUS.....	57
2.3 Saúde Ambiental no SUS.....	62
3 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	70
3.1 Objetivo Geral.....	70
3.2 Objetivos Específicos.....	70
PARTE II.....	71

1 METODOLOGIA.....	71
1.1 Pressupostos acerca do método a escolher.....	71
1.2 O método escolhido.....	73
1.3 O local escolhido	74
1.4 Os caminhos e as pessoas da pesquisa.....	83
1.5 Leitura da realidade – análise de dados.....	89
1.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	91
PARTE III.....	93
1 O PROCESSO E OS RESULTADOS.....	93
1. 1 Passos iniciais no reconhecimento do território.....	93
1.2 A chapada do Apodi-CE, o Distrito de Lagoinha, seio da serra!.....	98
1.3 Resultados tecidos no texto: tópicos de apresentação e discussão.....	105
2 TÓPICO PRIMEIRO.....	108
2.1 O grupo de pesquisa-ação: passos seguidos na sua formação.....	108
2.1.1 De indivíduos a grupo: uma elaboração.....	108
2.1.2 As relações solidárias.....	113
2.1.3 Caracterização dos integrantes do grupo – quem são os sujeitos da ação?.....	115
2.1.4 Descortino dos objetivos do estudo.....	117
2.1.5 Reflexão - ação – reinterpretação da vida.....	123

3 TÓPICO SEGUNDO.....	125
3. 1 Territorialização em saúde: por onde começar a ação de saúde na área adscrita?.....	125
3.1.1 Modo de vida na chapada do Apodi: memórias e história da comunidade de Lagoinha – Quixeré – Ceará.....	125
3.1.2 Caminhos percorridos para enxergar o tempo presente em Lagoinha – Quixeré – Ceará.....	136
3.1.3 Mapeamento: desafios no reconhecimento do território para a atenção primária à saúde.....	138
4 TÓPICO TERCEIRO.....	162
4.1 Políticas públicas: descaso, insuficiência ou inoperância da ação intersetorial?.....	162
4.1.1 Direitos sociais básicos: a complexidade da vida e a participação social na chapada do Apodi – CE.....	162
4.1.2 Prostituição e drogas entre adolescentes – dimensão social dos problemas; responsabilidade de todos?.....	164
4.1.3 Atenção primária à saúde: limites e possibilidades de ação em saúde do trabalhador.....	170
4.1.4 A organização do serviço e as práticas dos profissionais: convergências e divergências.....	186
4.1.5 Educação e cultura – analfabetismo e trabalho; como se encontram no campo?.....	190
4.1.6 Participação social: um caminho a ser percorrido?.....	192
5 TÓPICO QUARTO.....	199
5.1 Trabalho e emprego: como ocorreu os impactos ao modo de vida e	199

à saúde na chapada do Apodi-CE?.....	
5.1.1 Um modelo de produção no caminho das desigualdades sociais: como sucede a geração de agravos à saúde dos trabalhadores?.....	199
5.1.2 Trabalho no agronegócio: alternativa de sobrevivência adoecida!?.....	205
5.1.3 Saúde ou trabalho: a escolha é dos trabalhadores?.....	210
5.1.4 Pulverização aérea de veneno e comunidade: convivência imposta pelo modelo de produção agrícola.....	212
5.1.5 Adoecer consiste em perda da oportunidade de emprego; ou novos critérios na contratação do trabalhador rural do melão?.....	214
5.1.6 Agricultura familiar: representações no imaginário coletivo.....	215
5.1.7 Instabilidade da vida ante o modelo de desenvolvimento econômico.....	219
5.1.8 A cultura do consumo e a perda da identidade com a terra.....	222
6 TÓPICO QUINTO.....	224
6.1 Saúde ambiental no território local: como a atenção primária à saúde pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida na chapada do Apodi-CE?.....	224
6.1.1 As transformações ambientais locais e as repercussões na qualidade de vida da população da chapada do Apodi-CE.....	224
6.1.2 Os problemas ambientais locais e a interface com o modelo de produção agrícola.....	237
7 TÓPICO SEXTO.....	242
7.1 Estratégias de enfrentamento dos problemas locais na atenção primária à saúde: da reflexão a ação em saúde ambiental e saúde do trabalhador e o desafio da integralidade na prática do SUS.....	242

PARTE IV.....	261
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	261
8.1 Pressupostos e principais conceitos refletidos.....	261
8.2 Síntese das reflexões epistemológicas e metodológicas.....	272
8.3 Recomendações e sugestões.....	273
REFERÊNCIAS	277
APÊNDICES.....	287
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	287
APÊNDICE B - Roteiro da entrevista com informantes chaves.....	289
APÊNDICE C – Critérios a obedecer na observação participante na Unidade Básica de Saúde.....	290
APÊNDICE D – Roteiro básico de perguntas norteadoras dos seminários - problematização.....	291
APÊNDICE E – Orçamento.....	293
APÊNDICE F – Cronograma de desenvolvimento do estudo.....	295

PALAVRAS PRIMEIRAS

Sonhos de menina

Sonha com um lugar onde possamos cultivar valores que torne nossa sociedade mais saudável, mais feliz, onde a paz e o amor sejam alicerces concretos de todas as relações humanas.

Que as relações humanas sejam, antes de tudo, reconhecidas como principal recurso para a construção da vida na terra.

Que possamos olhar o outro como pessoa que sente, ama, sofre, dá, acolhe...

E que, hoje e sempre, somos só pessoas, que buscam construir igualdade nas relações.

Igualdade no sentido de sermos parte, de sermos todo em qualquer processo, onde tudo é sistêmico e complexo, mas que pode ser simples.

(PESSOA, V. M, 2007)

Essa dissertação nasce do esforço empreendido por nós para aprender ser pesquisadora, ser pesquisadora comprometida com uma proposta de pesquisa vívida, recheada de incertezas, dúvidas, sonhos, esperanças de contribuir com a saúde pública do meu País, em particular, do meu Ceará.

Faz pouco tempo, somente dez anos, que nos fizemos profissional de saúde, enfermeira da saúde pública. E nesse processo de formação, aprendemos nas estradas do sertão dos Inhamuns, do Cariri Oeste e do Norte do Ceará, a adentrar os lares, as vidas e (re)inventar formas de fazer saúde junto a um povo que pouco tinha para comer, vestir, morar..., mas, que muito possuía para dar em solidariedade, amor, coragem, resistência e determinação. Muito nos ensinaram e muito ensinamos! E nessa troca e gratidão nos animamos cada vez mais a assumir

o compromisso com as pessoas, que abriram as portas não só das suas casas, mas também das suas almas e me permitiram auxiliá-las para amenizar dores! Edificamos-nos identificando causas e efeitos das injustiças e das iniquidades sociais; atuar nos efeitos é pouco para nós, profissional comprometida com a promoção da saúde! Era preciso saber as causas e atuar nelas. E, hoje após dez anos, apresentamos um texto, nascido dessas vivências, dessas experiências apreendidas sertão afora, longe de casa e ao mesmo tempo tão em casa! Respirando e sentindo que, na Catunda, na terra onde nascemos no sertão que nos energiza e nos fortalece, não era diferente nos nossos tempos de criança e, atualmente, ainda é: sem acesso a escola, saúde, moradia, lazer e muitas outras coisas para muitos!

Assim aflorou essa pesquisa, uma tentativa de germinar no sertão da chapada do Apodi, um lugar desconhecido para mim até dezembro de 2008, uma forma de fazer saúde que entrelaçasse causas e efeitos, profissionais da saúde e povo, pesquisadora e mundo da vida! Nesse mergulho, sentimos medo e esperança; medo de não sermos capaz de descrever a complexidade do território que nos foi desvelada! Mas a esperança, que nos atira e nos encoraja sempre, nos dizia: o pouco que consegures pode não ser o fruto amadurecido, mas pode ser a semente a ser plantada.

E é assim que apresentamos nosso texto dissertativo, apenas uma semente, a qual ao longo de doze meses, foi criando forma e tamanho com base num esforço teórico e metodológico de fazer, integrando os saberes de enfermeira, de acadêmica, de sertaneja, de usuária dos serviços de saúde!

Dessa integração de saberes e disposição, tentamos materializar nesses escritos alguns conceitos teóricos no campo da saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde (APS) na intenção de contribuir para um Sistema Único de Saúde (SUS) integral, universal e igualitário.

Para tal, consideramos o processo de trabalho no SUS especialmente a inter-relação saúde-ambiente-trabalho, que tem no espaço de vivência dos profissionais que atuam na rede básica do SUS - local de práticas socio sanitárias - o *locus* privilegiado da promoção de ações integrais em saúde, que se constitui como fundamental para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção à saúde.

A ação das vigilâncias em saúde ambiental e saúde do trabalhador dentro da práxis na atenção básica à saúde (ABS) ainda desponta de forma tímida, no entanto é um componente essencial para estruturação do SUS local, quando se concebe a saúde entremeada ao contexto social, econômico, político, cultural e ideológico.

Então, o lugar de onde falamos é o reflexo do vivido como profissional e pesquisadora do SUS, que tem vivências dentro desse sistema, seja como usuária, mediadora de processos de ensino-aprendizagem para profissionais do SUS, e, também, como enfermeira no cotidiano da execução prática da atenção em saúde nas equipes de Saúde da Família. As experiências na assistência, na gestão e na docência nos inquietaram e desafiaram ao longo desses dez anos durante os quais colaboramos com a efetivação do SUS, e o estudo dos campos da saúde do trabalhador e saúde ambiental apresenta-se como possibilidade de redescobrir novos caminhos para fazer saúde na APS.

Com efeito, tencionamos contribuir para se empreender novas visões para quem labuta nesse caminho, sobretudo, no que concerne à atenção a saúde da população, oferecer uma pesquisa que germine em meio à resistência da caatinga na fertilidade do solo cearense, sem perder de vista os inúmeros contextos desfavoráveis que nos cercam na consolidação do SUS no âmbito local.

APRESENTAÇÃO

Este estudo aborda sucintamente o SUS e a institucionalização da atenção básica à saúde (ABS), bem como das ações de vigilância em saúde, especialmente, as vigilâncias em saúde ambiental e saúde do trabalhador.

O foco do estudo assenta-se no território local. Entendendo a complexidade dos campos de atuação da atenção primária à saúde (APS), da saúde ambiental e da saúde do trabalhador, discutimos como pode ocorrer a intersecção desses campos no âmbito de responsabilidade da APS. Que ações em saúde ambiental e saúde do trabalhador são necessárias, pertinentes e exequíveis pela APS?

Explicitamos na figura 1 que estes campos estão interligados pela dimensão do território, mas que há as especificidades da ação de cada campo que são complementares, interdependentes e contínuas, como há também a convergência e a necessidade de atuação específica de cada campo.

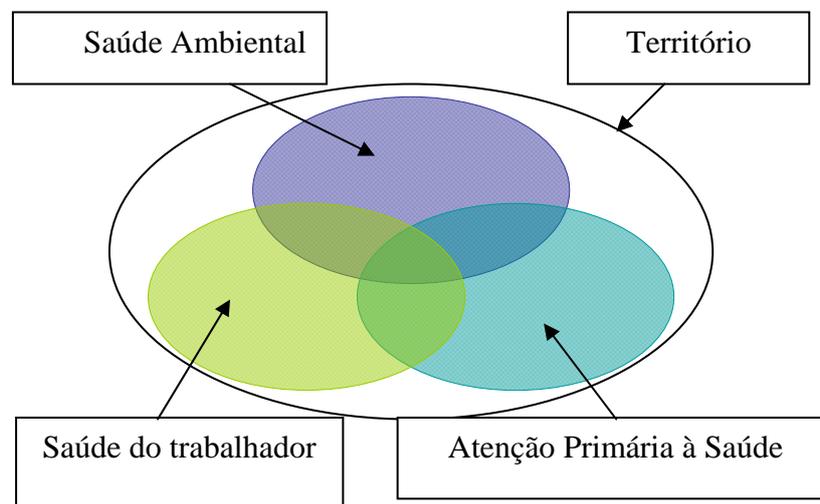


Figura 1 – Esquema explicativo: território, espaço da intersecção das ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Considerando isso, no nosso pensamento nas páginas que seguem está esquematizada em quatro partes. Na parte I, abordaremos a temática saúde-ambiente-trabalho no Ceará na tentativa de explicitar, ainda que de forma

insatisfatória, o contexto histórico e contemporâneo. Continuamos discutindo de forma breve como ocorreu a estruturação do SUS no Ceará, adentrando esse momento as políticas de APS, saúde do trabalhador e saúde ambiental e, em seguida, apresentamos os objetivos do estudo.

Em razão da amplitude destes campos, consideramos essencial identificar algumas categorias centrais para esta pesquisa. Desse modo adotamos o *território, integralidade, participação comunitária, necessidades de saúde e qualidade de vida* como estruturais para a análise do ponto de vista da efetivação da política pública de saúde, sendo estas apresentadas de forma sucinta na Parte I, pois aprofundamos o diálogo na Parte III.

Em relação à APS, perpassamos o foco das ações na atenção básica, especialmente na formulação desta como proposta de reorganização dos serviços, que está centrada na abordagem familiar, já que compreendemos que esse aspecto é importante para aproximar o debate teórico com as proposições das políticas de saúde ambiental e saúde do trabalhador. Essa reflexão teórica acerca das ações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em convergência com a vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador emerge da necessidade de trabalharmos no âmbito dessas vigilâncias com *populações expostas*, sendo necessário também refletir sobre as convergências e divergências dessas questões na operacionalização da Estratégia Saúde da Família. *Afinal, se o SUS é universal por que precisamos centrar as nossas abordagens na família ou em populações expostas? Não seria um pressuposto de que teríamos que centrar nossas abordagens em todos os indivíduos, independentemente da exposição aos riscos, tendo em vista que defendemos a concepção de promoção da saúde? Sabemos, no entanto, que o caráter universal do sistema se traduz na prática da APS em garantir a acessibilidade à saúde para um segmento da população que é mais vulnerável, pertencente às classes sociais menos abastadas do ponto de vista econômico, pessoas reconhecidamente usuárias dos serviços primários de saúde.*

Entendemos que estamos nos situando na APS, modelo de atenção à saúde que busca resolver problemas complexos, ou seja, trabalha com o pressuposto de desenvolver ações no território, com o “pé no chão”, nas casas, na vida comunitária.

Considerando o recorte desse aspecto, propomos o diálogo com o território, adotando a perspectiva de lidar com a complexidade que está dada para atuar de forma integral na efetivação do SUS.

Observamos que a orientação das políticas, que visam a nortear o trabalho no SUS, para o desenvolvimento de ações para grupos específicos, quais sejam - saúde da criança, saúde do adulto e idoso, saúde da mulher, saúde do trabalhador - tem propiciado uma fragmentação das ações em saúde na rotina dos serviços em programas. Os serviços são organizados enfocando as ações programáticas, priorizando a assistência, com pouco enfoque na integralidade e na promoção da saúde. Empreende-se um esforço para controlar a hipertensão, a tuberculose, eliminar a hanseníase, dentre outras, e avança-se lentamente em outras práticas fundamentais para a APS, que caminhariam em direção a ação em saúde embasada na compreensão ampliada de saúde por parte dos integrantes do SUS no âmbito local.

Consideramos relevante exprimir as reflexões sobre a focalização/priorização das ações em saúde, porque compreendemos que a dinâmica dos indicadores de saúde e as mudanças do modo de viver estão intrinsecamente relacionadas com as transformações que se efetivam no território. Essas transformações decorrentes das mudanças advindas com a Modernidade, com o avanço da tecnologia e com a revolução do mundo do trabalho, propiciam novas relações de vínculo com o trabalho, como também da relação humana com o meio ambiente. Esse 'processo civilizatório' que se encontra em permanente expansão, nos últimos tempos, vivencia crises cada vez maiores com o potencial de ensejar novas necessidades de saúde e conseqüentemente de novas práticas sanitárias.

Portanto, para apreendermos como se vive, como se trabalha, como se faz saúde no contato íntimo das relações estabelecidas no município, mergulharmos na realidade local, numa vivência permeada de descobertas e aprendizados que detalharemos na Parte III.

Na Parte II, expomos o percurso metodológico que nos serviu de guia ao longo desses dozes meses de pesquisa. Trata-se de reflexão, teorização e proposições com vistas à efetivação da política de saúde no espaço local, onde ela acontece no cotidiano das relações estabelecidas institucionalmente. Buscamos o

substrato à intervenção conjunta com esforço teórico-prático, com base na pesquisa-ação.

Na parte III, apresentamos também o plano de ação resultante do processo de pesquisa; as ações voltadas para promoção e a proteção à saúde de um povo, que não pode ser expressa somente pelos números, mas que emerge na fala de quem protagoniza essa história, entre eles, usuários, profissionais, conselheiros de saúde, poder público, trabalhadores rurais, professores e movimentos sociais.

Consideramos que há uma história de luta por parte dos agentes ora referidos pela melhoria da vida, enfrentada no cotidiano, em meio a diversificadas dificuldades à implantação e execução da política de saúde.

Com base nessas reflexões acerca da organização e estruturação da demanda para o SUS, principalmente sobre como o SUS pode responder de forma a uma teia, na qual todos os serviços se encontram entrelaçados e com um campo de visão capaz de visualizar a atenção integral à saúde humana é que apresentamos a indagação, que empreendemos um esforço teórico-metodológico para tecer respostas no decorrer da Parte III.

Como tecer ações de atenção integral em saúde ambiental e saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde no contexto da modernização agrícola no âmbito local?

Questionamos à luz do SUS, no entanto, compreendemos que é uma ampla questão, que exigiria mais tempo, estudo, dedicação ao objeto, do que é possível em um curso de mestrado. Percebemos e respeitamos a complexidade do que está posto. Assim, debruçamos nossos esforços teórico-práticos e caminhamos por onde nos sentimos mais confortavelmente capaz de desenvolver nosso percurso metodológico. Adentramos a porta de entrada do SUS, local onde nossas vivências e práticas foram consolidadas e estão imersas, utilizando como aporte nossas relações de vínculo/atuação profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF) na primeira metade da década de 2000 em Arneiroz, Assaré, Campos Sales e Sobral.

Assim sendo, buscamos com este objeto articular um processo zeloso e repleto de ânimo, com intuito de fortalecer a ESF a fim de desenvolver ações integrais em saúde, de forma a intervir adequadamente no processo saúde-doença,

considerando a relação saúde-ambiente-trabalho, nos territórios com processos produtivos geradores de transformações no modo de vida das comunidades.

Desse modo, na Parte I, apresentamos um esboço teórico com o campo, na perspectiva de debater as políticas públicas de saúde: um conhecimento apresentado de forma sucinta sobre as inter-relações saúde-ambiente-trabalho, no campo teórico da saúde ambiental e saúde do trabalhador em um diálogo com APS. Na Parte II, o método de pesquisa, um novo aprendizado conquistado nesse curso de mestrado: Na Parte III, os resultados do processo de pesquisa, a nossa análise, com suporte no mundo pesquisado – recortes da vida no tempo – uma tentativa de responder as nossas indagações e objetivos. Na Parte IV, nossa síntese, principais aprendizados, considerações inconclusas, que nos convidam a alçar novos voos, abrir novas janelas com criatividade e um pouco mais de saber ser pesquisadora; convite à reflexão e à ação sob outras perspectivas reconhecendo os limites e incongruências.

Em síntese, não temos um texto acabado, com respostas certas, erradas, ou concluídas. Temos um texto produzido com o sentido de aprender, propor, contribuir para fortalecer o SUS, tomando como base a discussão e ações possíveis na atenção primária à saúde em relação à saúde ambiental e saúde do trabalhador. Somente experiências vividas com dedicação em um tempo exíguo como em um curso de mestrado.

Ressaltamos, que para conseguirmos avançar nesse processo e concretizá-lo, contamos com o apoio fundamental do Ministério da Saúde, que, por meio do incentivo e fomento à pesquisa para o SUS, financiou esta investigação. Esse projeto constitui parte de um estudo intitulado *Políticas Públicas de Saúde e Controle Social: construindo uma proposta de intervenção para a Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador em municípios com empreendimentos do Programa de Aceleração do Crescimento no Ceará*.

A pesquisa que ora apresentamos tem, portanto, o compromisso de propor, recomendar e subsidiar com base na realidade local, a formulação das políticas públicas de saúde voltadas para a APS. Sentimos, assim, corresponsável, como academia produtora de conhecimento atrelada às necessidades dos serviços de saúde a propor nas nossas considerações finais diretrizes e ações que possam

servir de base para repensar como ocorre nos territórios em transformação as práticas de saúde.

Além do projeto há pouco referido, integramos a equipe de pesquisadores do Estudo epidemiológico da população da região do Baixo Vale Jaguaribe exposta à contaminação por agrotóxicos, financiada pelo CNPq. Esta pesquisa é desenvolvida na região desde 2007 e possibilitou um fértil diálogo, um debate teórico com diversos colegas, que nos auxiliaram na aproximação com a região em estudo, bem como elucidar e ancorar nossos conhecimentos sobre as inter-relações ambiente-trabalho e as implicações com a saúde humana.

Dessa forma, o estudo financiado pelo CNPq, ainda em curso, permeou e foi uma rica experiência que fortaleceu nosso entendimento e contribuiu para que realizássemos um percurso que procurasse desvelar os processos que um estudo epidemiológico não consegue fazer aflorar. Nessa perspectiva, esta pesquisa insere-se nesse projeto como ação complementar, que elucidada algumas questões que precisam ser compreendidas no âmbito da saúde. Assim, a investigação integra um eixo do estudo epidemiológico, onde se propõe desenvolver uma etapa comprometida com o desenvolvimento de ações educativas, com vistas a sedimentar o reconhecimento dos agentes locais da necessidade de ampliar e fortalecer a implantação da política de saúde ambiental e saúde do trabalhador na região do baixo vale do Jaguaribe.

PARTE I

1 SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO NO CEARÁ – UM POUCO DA HISTÓRIA

1.1 Saúde-ambiente-trabalho no sertão cearense: tecendo um pensamento

Contextualizar a história da saúde pública no território cearense nos parece importante para adentrar o serviço de saúde, especialmente, quando situamos a necessidade de reconhecer o território como espaço de práticas em saúde, no momento presente.

A concepção e entendimento de território nos embasam ancora-se em Santos (2008), quando, em diálogo com Akerman (2005) e Carvalho (2005) destaca que, nas cidades, o lugar, o chão das relações entre as pessoas, o espaço vivo e dinâmico da vida e da cidadania, onde se concretizam as relações de cooperação e de poder, constitui-se em distintos territórios, onde se materializam de forma concreta as condições de vida das populações e a presença ou ausência da ação pública. Os autores consideram que esses territórios não são estáticos, nem se bastam por si sós, são interdependentes em relação a outros territórios, conectados entre si e com a história de cada lugar.

Com efeito, Augusto e Moisés (2009) relatam a importância para a saúde pública utilizar o conceito de território socialmente constituído, ou seja, as inter-relações ocorrentes entre o trabalho/ambiente e as implicações na saúde humana estão situadas em um território que comunga de valores sócio-históricos. Perceber essas questões relacionadas ao modelo de desenvolvimento econômico é um desafio para a saúde pública no nosso País.

A tríade saúde, território/ambiente e desenvolvimento formam uma conexão que deve ser contemplada pela saúde pública ao introduzir o conceito de território/ambiente socialmente construído, no qual se considera todo o conjunto de componentes materiais, paisagens e seres vivos em profunda inter-relação. (AUGUSTO; MOISES, 2009, p. 23).

Considerando este fato, iniciamos falando sobre o Estado do Ceará. Este está situado no Nordeste do País, possui uma área total de 148.825,6 km², o que equivale a 9,57% da área pertencente à região Nordeste e 1,74% do espaço brasileiro. O Ceará tem a quarta extensão territorial da região Nordeste e é o 17º entre os estados brasileiros em termos de superfície territorial.

No que tange à divisão político-administrativa, o Estado é composto por 184 municípios, apresentando como vegetação predominante a caatinga e 92% do clima representado pelo semiárido. Atualmente, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹, a população estimada, em 2007, corresponde a 8.185.286 habitantes, com uma densidade demográfica (2000) de 50,91 hab/ km² e uma taxa de urbanização (2000) de 74,5%.

Segundo o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE)² o produto Interno Bruto (PIB) está calculado em mais de R\$ 45 bilhões de reais, sendo também a segunda maior economia da região Nordeste do Brasil (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO CEARÁ, 2007).

Em relação à saúde, o Estado conta com 253 hospitais (2006) com uma proporção de 1,9 leito por 1.000 hab/ano (2006) e com o recurso transferência do SUS hab/ano (2006) de R\$ 36,85. No que se refere à atenção básica, esta apresenta 67,8% de cobertura de Saúde da Família (2007) e, em relação aos indicadores de saúde, destacamos o Índice de Mortalidade Infantil (2006) de 17,8%.³

Consideramos que, ao longo dos anos a trajetória de saúde do povo cearense esteve relacionada à questões ambientais, principalmente na relação estabelecida entre a população e as secas que assolaram os solos cearenses, dizimando populações e contribuindo para diversos processos migratórios intra-estadual e interestaduais.

Sem chuva na terra
Descamba janeiro,
Depois fevereiro

¹ Acesso em 23 de setembro de 2008, as 13:26 h. <http://www.ibge.com.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce>

² Acesso em 20 de abril de 2009, às 13h 07min
<http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario/anuario2007/qualidade/saude>.

³ Acesso em 12 de abril de 2009 as 12h24 min http://www.ceara.gov.br/portal_govce/ceara/ceara-em-numeros.

E o mesmo verão
 Meu Deus, meu Deus
 Entonce o nortista
 Pensando consigo
 Diz: "isso é castigo
 não chove mais não"
 Ai, ai, ai, ai
 (Trecho do poema *Triste Partida* do Patativa do Assaré)

A convivência do sertanejo com o semiárido encontra-se muito bem relatada na literatura cearense, na música, na religiosidade, nos cordéis que expressam o envolvimento do povo cearense com a natureza.

Já faz três noites
 Que pro norte relampeia
 A asa branca
 Ouvindo o ronco do trovão
 Já bateu asas
 E voltou pro meu sertão
 Ai, ai eu vou me embora
 Vou cuidar da plantação
 A seca fez eu desertar da minha terra
 Mas felizmente Deus agora se alembrou
 De mandar chuva
 Pr'esse sertão sofredor
 Sertão das muié séria
 Dos homes trabaiador
 Rios correndo
 As cachoeira tão zoando
 Terra moiada
 Mato verde, que riqueza
 E a asa branca
 Tarde canta, que beleza
 Ai, ai, o povo alegre
 Mais alegre a natureza
 Sentindo a chuva
 Eu me arrescordo de Rosinha
 A linda flor
 Do meu sertão pernambucano
 E se a safra
 Não atrapaiá meus pranos
 Que que há, o seu vigário
 Vou casar no fim do ano.

(A volta da asa branca – Zé Dantas e Luís Gonzaga)

A relação saúde-ambiente no Ceará sempre foi permeada de mudanças e, na contemporaneidade, esta relação experimenta profundas transformações que estão sendo intensificadas pelo fomento de novos empreendimentos, que visam ao desenvolvimento econômico do Estado pautado, na agenda de interesses do capital e apoiado pelo ente estatal. Rigotto (2004, p. 205) em sua tese de doutorado, falando sobre o desenvolvimento do semiárido, evidencia que

Desde os anos 60, o incentivo à industrialização tem sido uma vertente importante dos Planos de Governo no Ceará. Mais uma vez, a indústria é colocada como caminho para o desenvolvimento, justificada aqui pela necessidade de geração de emprego e também por ser atividade menos vulnerável aos limites impostos pelo semi-árido.

Essa compreensão do desenvolvimento econômico ensejando melhoria da qualidade de vida para o sertão fez-se presente, principalmente nas últimas décadas, como ferramenta estatal de propiciar o desenvolvimento do sertão.

Tendo em vista as precárias condições de vida a que estava submetida a população e, também, a cultura do desenvolvimento econômico como produtor de melhoria de qualidade de vida, há alguns séculos pela sociedade ocidental, há de se esperar que esse desejo de transformação social e econômica fosse ardente na população, sequiosa de igualdade, justiça, comida e água!

A forma de alçar voos em busca da liberdade, da riqueza, de colocar-se nacionalmente como um Estado protagonista de uma história de conquistas e transformações sociais, em meio à pobreza, que até o momento, era tão estéril e cruel para com o povo, não seria o desenvolvimento econômico?

Segundo Castoriadis (apud RIGOTTO, 1976, p. 77), o desenvolvimento é

[...] a progressão em direção à maturidade, à capacidade de crescer sem fim, colocada como norma natural, tendo como postulados a racionalidade dos mecanismos econômicos, a concepção de que o homem e a sociedade estão naturalmente predestinados ao progresso e ao crescimento, a onipotência virtual da técnica, a ilusão assintótica relativa ao conhecimento científico.

Alguns autores, teorizando sobre o tema na atualidade, apontam as crises desse modelo de desenvolvimento capitalista que se apresenta de forma global, repercutindo em todas as formações econômico-sociais, com impacto sobre a qualidade de vida e do ambiente com as conseqüentes repercussões à saúde humana (SABROZA, 1992). Este tema é amplamente debatido e discutido e a saúde pública dá passos no sentido de compreender as implicações à saúde advindas desse processo. Em especial os intelectuais dos campos da saúde ambiental e saúde do trabalhador avançam nesse debate teórico sobre o

desenvolvimento capitalista e os impactos no modo de vida e à saúde da população brasileira.

O modelo de desenvolvimento sob o qual estamos vivendo condiciona as relações sociais e econômicas e acentua os riscos para a saúde e o ambiente. A maior implicação desses fatos é o processo de intensa degradação ambiental vivenciado por nós, o qual tem conseqüências diretas sobre as condições de saúde das populações e a qualidade da vida. (AUGUSTO; MOISES, 2009, p. 22).

Para estes autores, o Brasil apresenta extraordinária biodiversidade e possui enorme potencial instalado para desenvolver ações integradas em relação a questão ambiental, no entanto destacam que, do ponto de vista programático, esta discussão ainda não é priorizada conforme a necessidade apresentada no atual contexto do País, e inferem que a forma de atuação demonstra processos contraditórios, opondo políticas públicas entre si. Os autores aprofundam a discussão sobre desenvolvimento sinalizando que há de se reconhecer as necessidades de mudança deste modelo de desenvolvimento das sociedades atuais com o compromisso de proteger os ambientes e a saúde das populações (AUGUSTO; MOISES, 2009).

Compreendemos, então, que, transcorridas algumas décadas, em que muito se fez e muito se destruiu nessa busca incansável do desenvolvimento, há ainda muito que avançar em relação à saúde-ambiente-trabalho no Ceará e no Brasil.

Muitas pessoas no Ceará conseguiram ter acesso a água, alimentação, saúde, emprego e moradia. Então não estaríamos no caminho certo? Talvez nós cearenses, implicados com tudo isso de forma fatalista e pouco humanística, tenhamos a dizer que crianças foram salvas, que o PIB cresceu, como veremos adiante no texto.

Será, porém, que se não há um silêncio, um pesar de quem não teve e não terá a oportunidade de se dizer? Perguntamos isso preocupada em compreender e perceber o bem-estar coletivo, que não nos parece estar concretizado para muitos cearenses, de forma universal e igualitária. Como ser socialmente estamos inseridos em um modelo de produção mecanizado, que se põe como o senhor da vida, cerceando a liberdade da bordadeira, da rendeira, do pescador, do agricultor, do lavrador, de utilizarem as mãos, a criatividade, a

inteligência, na feitura do seu trabalho. Como garantir a vida potencializando o desenvolvimento humano no sertão, desabrochar a natureza por meio do canto da asa branca e não do ronco barulhento dos motores?

Compreendemos que a relação do cearense, notadamente da população do sertão, com o trabalho tem peculiaridades diretamente imbricadas com o ambiente em que vive a população. No sertão, até a década de 1980, se vivia da pecuária (criação de gado e produção de carne por pequenos proprietários rurais) e da agricultura de subsistência, em que se produziam arroz, milho, feijão, mandioca, cultivada nos períodos de chuva, e da produção de algodão.

Esse panorama mudou bastante nos últimos anos. Hoje o Estado tem fortes atrativos turísticos, contando mais de dois milhões de visitantes por ano e tem no setor de serviços o maior percentual (70,91%) da riqueza produzida no Ceará, seguido do setor industrial que enseja 23,07% da riqueza do Estado e da agropecuária, com 6,02%. (ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO CEARÁ, 2007).

Percebemos que o trabalho ou o modo de produção de hoje é bem diferente de outrora. Como já mencionado, a população rural diminuiu consideravelmente, sendo o Estado considerado urbano, haja vista que das mais de oito milhões de pessoas que vivem no Ceará, 75% vivem em áreas urbanas, sendo isso um indicador das transformações decorrentes do modelo de desenvolvimento.

Consideramos relevante essa breve introdução da relação do sertanejo cearense com o seu ambiente, porque entendemos que isso antecede quaisquer preocupações com o desencadear da política de saúde, especialmente das ações propostas pelas políticas de saúde ambiental e saúde do trabalhador. Para a implantação destas políticas no território cearense, na contemporaneidade, faz-se imprescindível a compreensão histórico-social do Estado.

A saúde dos cearenses sob o prisma histórico em que está situado o Estado, em relação aos estados da região Sul do País, mesmo que em análise por meio da leitura gélida, que os dados nos oferecem, apresenta profundas desigualdades de indicadores de morbimortalidade.

Apesar de o contexto ora mencionado fazer parecer que o Estado se apresenta com um cenário acalentador, há que se compreender que provavelmente impactos socioculturais decorreram nesse processo de urbanização, bem como no estado de saúde da população como um todo, haja vista a rapidez com que a urbanização está se efetivando.

1.2 Saúde no Ceará: recuperação dos percursos e desafios para as políticas públicas na atualidade

Relembramos brevemente alguns aspectos do Ceará até os anos de 1980, quando a pobreza, a fome e a desnutrição eram epidemias vividas que fizeram dobrar muitos sinos no sertão, nas serras e também no litoral, como bem destaca Freedhein (1993, p. 17): “antes de 1987, um em cada dez bebês morria antes de atingir um ano de idade e quando isso ocorria os sinos da Igreja badalavam pela perda de cada vida. A maioria das crianças morriam de doenças imunopreveníveis”.

Ainda, conforme a autora, antes de 1987, o Ceará tinha a menor cobertura de imunização (25%) de todos os estados do Nordeste e uma das mais elevadas taxas de mortalidade infantil (102 em 1.000), sendo a principal causa de mortalidade infantil a diarreia, seguida de infecções respiratórias e parasitárias e desnutrição crônica. Segundo a autora, as causas básicas para tal situação consistiam na precária condição de saúde da população, com a renda insuficiente e desigual, que produzia a nutrição precária, condições inadequadas de vida com serviços de saúde insuficientes. A autora destaca que, nesse contexto histórico,

[...] mais de 65% da terra do Ceará pertence a menos de 7% da população (SPCA, 1985) e aproximadamente 60% da força de trabalho recebe menos de um salário mínimo, sendo que nas áreas rurais esse percentual sobe para 80%. Em 1989, cerca de 76% dos hospitais e 85% dos médicos e enfermeiros concentravam-se na capital, que nesse período detém somente 20% da população do estado. Em muitos municípios a única instalação de saúde existente situa-se a 30 km de onde as pessoas moram e pouca gente dispõe de transporte, sendo o transporte público incerto e oneroso para muitos. (FREEDHEIN, 1993, p. 13).

Essa situação de enorme pobreza era vinculada às secas utilizadas como mecanismo de domínio e subjugo da população por parte dos políticos. Assim, ocorreu a migração das pessoas para as cidades e para outros estados e regiões do País. Esse panorama caracterizado por ausência de políticas públicas efetivas teve primórdios de mudança mais consistentes a partir da década de 1980, quando o

Estado começou a promover o desenvolvimento econômico como sinônimo de crescimento e melhoria da qualidade de vida.

Especialmente, em relação à política pública de saúde, até então praticamente inexistia, sendo em 1987 lançado um programa para tentar amenizar os problemas de saúde vividos naquele momento. Esse programa denominou-se Programa Agentes de Saúde Comunitários e estava totalmente voltado para cuidados básicos à criança e à mulher. Freedhein (1993, p. 7) destaca quais as ações que os agentes realizavam.

Os agentes de saúde eram pessoas da comunidade que realizavam um breve treinamento em cuidados de saúde preventivos e alguns cuidados curativos simples tais como: informação pré-natal, imunização, terapia de reidratação oral, vigilância nutricional, higiene, primeiros socorros e outros cuidados básicos de saúde.

Os agentes eram na maioria mulheres, com pouca instrução, selecionados pelo Estado para realizar o mínimo de cuidados primários em saúde, haja vista que, por aqui, os profissionais de saúde eram escassos como as chuvas no sertão. Esse panorama da saúde do Ceará na década de 1980 aponta um contexto de muita vulnerabilidade social, com carências de cuidados básicos de saúde e a presença das doenças infecciosas.

Passaram-se quase três décadas e muito se avançou na política de saúde no Estado, mas ainda há de se indagar: será se as políticas públicas de saúde estão acompanhando de forma satisfatória as transformações que transcorrem dos anos 1980 para cá, no contexto do modelo de desenvolvimento econômico adotado para o Estado, com implicações na saúde, como já relatado? Não pretendemos nos aprofundar nesses termos, no entanto, especialmente sobre a política de saúde em relação aos cuidados primários, podemos, por meio dos indicadores de morbimortalidade, tecer um breve relato da situação de saúde, tentando expressar os limites e desafios para o setor.

A situação de saúde atual do Estado em relação ao perfil de morbimortalidade guarda semelhanças com o País, apresentando como primeira causa de óbitos as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e das causas externas, sendo que nestas últimas estão as principais causas de mortes na população geral, representadas por homicídios, acidentes de trânsito e suicídios,

responsáveis pelas maiores taxas de anos potenciais de vida perdidos, pois afetam principalmente jovens (CEARÁ, 2008).

Atualmente, dentre os aspectos considerados relevantes e desafiadores para as políticas públicas no Ceará, está a elevada incidência de doenças emergentes e reemergentes, cujos determinantes são, predominantemente, socioeconômicos e ambientais, destacando-se doenças como tuberculose, Aids e dengue, leishmanioses e hepatites virais. Em relação às causas de mortalidade, se destacam as mortes violentas com impactos econômicos e sociais, além das altas taxas de mortalidade materna por causas evitáveis, a mortalidade infantil neonatal e ocorrência de cânceres em pessoas jovens. (CEARÁ, 2008)

Esse perfil epidemiológico requer a expansão e a efetiva ação das políticas públicas numa perspectiva intersetorial. Ante as transformações presentes na situação de saúde da população, evidenciamos a necessidade de trabalhar com abordagens que possibilitem alcançar todas as pessoas em todas as fases da vida.

Portanto, considerar os aspectos envolvidos na inter-relação ocorrente entre saúde-ambiente-trabalho é cada vez mais fortemente uma questão de relevância para as políticas públicas de saúde que almejam interferir de forma satisfatória no processo saúde-doença. Considerando este fato, entendemos que as políticas de saúde ambiental e saúde do trabalhador constituem pontes estratégicas para caminhar na transformação do quadro de saúde já citado.

Em um estudo sobre a saúde do trabalhador, Lourenço e Bertani (2007) consideram que o serviço de saúde já presta atendimento aos agravos à saúde e que o SUS tem uma abrangência territorial e um número de equipes capazes de desenvolver ações de saúde do trabalhador, possibilitando, dessa forma, que os problemas de saúde relacionados ao trabalho, sejam acidentes de trabalho, ou em relação às condições de trabalho, deixem de ser um problema individualizado para ser uma questão da saúde coletiva, proveniente das condições e organização do trabalho.

Dessa forma, a formulação da política de saúde ambiental e saúde do trabalhador nos oferecem a possibilidade de desvelar de modo mais eficaz essas questões na prática dos serviços, na tentativa de auxiliar os desdobramentos de uma nova perspectiva de saúde. Estas políticas, no entanto, apesar de serem

estratégicas e apresentarem um potencial indutor de mudança, são também desafios a serem superados pelo setor saúde.

Como relata Freedhein (1993), em relação à gravidade da situação de mortalidade infantil na década de 1980, que estava bastante relacionada a causas evitáveis, explicitada por meio da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), e que ao longo das três últimas décadas tem declinado persistentemente, podemos também modificar outros processos em curso, como o perfil de morbimortalidade por violências, dentre outros já expostos.

Podemos observar que a manutenção do declínio das mortes desse grupo etário no Ceará, chegando a 17,9 óbitos por 1.000 nascidos em 2006, relaciona-se à diminuição das mortes por causas evitáveis. Considerando que, para o mesmo ano, ocorreram 2.441 óbitos de menores de um ano, sendo 65,2% óbitos neonatais (1.591), que estão relacionados às causas perinatais, decorrentes de problemas como a prematuridade, os traumas obstétricos e a asfixia durante o parto, as septicemias e as malformações congênitas, percebemos que houve uma redução significativa dos óbitos por causas evitáveis, como a diarreia e a pneumonia no Estado⁴.

Entendemos que reduzir a mortalidade infantil afirma o comprometimento social da política de saúde com esse grupo etário, fazendo-se necessário que essa política se empenhe em propiciar o desenvolvimento de ações de saúde que contemplem a criança maior de cinco anos, adolescentes, jovens, mulheres, homens, idosos, ou seja, a população que está vulnerável às questões que promovem impactos diretos na sua saúde.

Nesse panorama em que os problemas de saúde refletem de forma bastante complexa um conjunto de fatores condicionantes e determinantes da saúde das populações, faz-se fundamental efetivar a política de saúde ambiental e do trabalhador para garantir minimamente às crianças que agora sobrevivem um sistema de saúde preocupado com a manutenção da vida.

⁴http://www.saude.ce.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=286&showall=1
acesso em 20 de abril de 2009 às 11h 27 min.

1.3 Saúde-ambiente-trabalho no contexto do Programa de Aceleração do Crescimento do Brasil e a relação do desenvolvimento: em foco o vale do Jaguaribe - Ceará

Até aqui tentamos situar o leitor, de forma sintética, sobre o caminho das políticas de saúde no Ceará e a relação destas com o modelo de desenvolvimento econômico previsto na agenda do Estado, tentando elucidar um pouco das convergências e divergências em conceber as inter-relações de produção-ambiente-saúde.

Apresentamos agora um esboço rápido de como ocorre o encaminhamento, no nosso País, das questões fomentadas para o desenvolvimento brasileiro, e que relação isso tem com o Ceará, principalmente recortando o baixo vale do Jaguaribe, região da chapada do Apodi.

Nessa perspectiva desenvolvimentista, temos a globalização e a reestruturação produtiva, e o Brasil é expresso no plano internacional como um país com características promissoras. Então, o Governo federal, em busca do crescimento econômico e do desenvolvimento, criou o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) ⁵ – o qual, apesar do pouco tempo de execução, já provocou significativas transformações nos territórios, com potencial para incidir nos condicionantes da saúde, trazendo repercussões para o processo saúde/doença.

O “Seminário sobre Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e suas Interfaces com o PAC” ⁶, que contou com o apoio do Conselho Nacional de Saúde, analisou, com ajuda da Secretaria Geral da Presidência da República, o conjunto de medidas administrativas e jurídicas que visam a remover os obstáculos ao crescimento, bem como seus três eixos de infraestrutura – logística (rodovias, ferrovias, portos, aeroportos, etc.); energética (geração e transmissão de energia

⁵ O Programa de Aceleração do Crescimento consiste num conjunto de medidas que visam: incentivar o investimento privado; Aumentar o investimento público em infra-estrutura; e Remover obstáculos (burocráticos, administrativos, normativos, jurídicos e legislativos) ao crescimento. O PAC depende da participação do Executivo, Legislativo, dos trabalhadores e dos empresários.

⁶ Realizado em Brasília, em 25-27 de setembro de 2007, o Seminário foi promovido pelo Grupo Temático de Saúde e Ambiente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); áreas de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS/MS) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente (CISAMA).

hidrelétrica, petróleo, gás natural e combustível renovável); social urbano (habitação, saneamento, luz para todos, recursos hídricos e metrô). São ao todo 3.212 ações distribuídas em todo o País, com recursos da ordem de 503,9 bilhões de reais entre 2007 e 2010.

O debate no Seminário apontou que o PAC está centrado numa perspectiva que abraça a ideia de crescer economicamente, que pouco dialoga com um projeto de nação que enfrente os desafios sociais e ambientais de forma não excludente, protegendo os mais vulneráveis. Em consonância com a noção de crescimento econômico como gerador de melhoria de qualidade de vida, fomenta a expansão do agronegócio, da cadeia do ferro-aço e da bauxita-alumínio – eletro-intensivas. Numerosos projetos setoriais incidem sobre os territórios de maneira pouco integrada, podendo propiciar o uso intensivo de bens naturais e favorecer a reprodução das desigualdades regionais e sociais. Evidenciou, ainda, a acelerada expansão do agronegócio, centrado na monocultura e fruticultura irrigada para a exportação, na perspectiva de adotar um modelo agroexportador que enseje repercussões sobre a produção e o preço dos alimentos associados à exploração do trabalho de migrantes, promovendo impactos à saúde humana, já ocasionando mortes, lesões osteomusculares e intoxicações por agrotóxicos.

No seio destes profundos processos de transformação, é necessário criar competências locais, especialmente nas áreas de intervenção do PAC, segundo uma agenda propositiva, que possibilitem atuação na fase de elaboração dos projetos e durante sua implementação, como também a *posteriori*, por meio de monitoramento permanente.

Para isto, o Seminário recomendou que o Estado atuasse no sentido de mapear os empreendimentos previstos pelo PAC nos territórios de intervenção, indicando as situações de risco e vulnerabilidades sociais, ambientais, institucionais e de conhecimento; e, com vistas à superação das vulnerabilidades e situações de risco diagnosticadas e da proteção da saúde e do meio ambiente, promovesse estratégias e ações intersetoriais.

Com efeito, foi definida uma série de proposições de iniciativas aos diferentes segmentos sociais. De acordo com o documento produzido ao final do Seminário, com arrimo nas discussões em grupos, entre as proposições para o Estado, estão:

- mapear os empreendimentos previstos pelo PAC nos territórios de intervenção e indicar as situações de risco e vulnerabilidades sociais, ambientais, institucionais e de conhecimento. Promover estratégias e ações para superação das vulnerabilidades e situações de risco diagnosticadas, na direção da proteção da saúde e do meio ambiente;
- promover a articulação intersetorial na execução e monitoramento dos projetos mediante diretrizes de governo e garantidas por medidas gerenciais integradas, avaliadas segundo indicadores adequados;
- nos níveis de governo (União, estados, distrito federal e municípios) os setores da saúde, meio ambiente, infra-estrutura, trabalho/emprego, previdência social, agricultura e educação devem estar estruturados para atender integralmente à saúde dos trabalhadores e das populações que sofrem o impacto de empreendimentos produtivos ou obras de infra-estrutura;
- ampliar e fortalecer os quadros de profissionais públicos nas ações do estado na garantia da saúde e do meio ambiente com qualidade, especialmente nos locais de intervenção do PAC;
- os processos licitatórios das obras devem especificar os cuidados com o ambiente e a saúde do trabalhador e de outros grupos populacionais vulneráveis. A mesma preocupação deve estar presente nos financiamentos pelos Bancos Estatais; e
- o licenciamento ambiental deve internalizar os aspectos de saúde no contexto do trabalho e sócio-ambiental e de suas vulnerabilidades e deve ser realizado mediante competência técnica, supervisionada pelo Estado, com transparência metodológica e acessível ao controle social;

O documento final – “Para garantir o direito à Saúde no PAC” - aponta também proposições para a Academia, como a de desenvolver indicadores que permitam avaliar os impactos dos projetos previstos no PAC sobre a saúde das populações e os ambientes de intervenção; incorporar a percepção social nesses estudos e pesquisas e a de constituir-se como instância consultiva à disposição da sociedade nos processos de licenciamento ambiental, no monitoramento das intervenções na avaliação dos impactos do PAC.

Nessa perspectiva, o Estado do Ceará, contemplado com ações do PAC, possui um contingente de municípios vulneráveis, que apresentam variabilidade conforme os empreendimentos desenvolvimentistas que estão sendo implantados.

Considerando a relevância da ocupação dos sertanejos, o manejo dos solos, das águas ao longo da trajetória do povo cearense, na pesquisa a cerca da atenção a saúde dos trabalhadores, bem como o SUS, tem se apropriado e promovido intervenções satisfatórias nesses territórios em transformações por processos de desenvolvimento/crescimento econômico sob a óptica da saúde ambiental, é um desafio necessário, tanto para a Universidade quanto para o Estado e, principalmente, uma resposta para a população exposta a essa reestruturação produtiva.

Desse modo, os municípios situados no baixo vale do Jaguaribe vivenciam a modernização agrícola desde meados da década de 1990, com a implantação das empresas do agronegócio. Esta região já constituía de produção de frutas no Ceará, antes mesmo da implantação do PAC no Brasil, o que nos remete a problematizar em que medida se avançou em relação às ações de saúde do trabalhador e saúde ambiental.

Na modernização agrícola, há conflitos e dificuldades na relação estabelecida com as comunidades locais no que se refere à inter-relação trabalho-ambiente-saúde. Dessa forma, temos que intensificar a ação e buscar formas e mecanismos de elucidação da problemática local.

Compreendendo que cada vez mais são gerados impactos à saúde humana e ao meio ambiente, abre-se a perspectiva de promover a participação sistemática do setor saúde no licenciamento ambiental dos novos empreendimentos, bem como a indução de agendas compactuadas com outros agentes sociais, como o Sistema Nacional do Meio Ambiente - SISNAMA, o Ministério Público, ONGs, para equacionar soluções para problemas concretos. Tais problemas podem ser elencados tanto no âmbito do Estado como do município e são totalmente vinculados a política de saúde, quais sejam: aumento da demanda de serviços e equipamentos sociais, principalmente do setor saúde; demandas novas decorrentes do fluxo migratório; dificuldades das famílias que sofreram danos materiais e emocionais com os processos de desapropriações e fragilidade do controle social no enfrentamento dessa situação.

Com suporte nessas questões a microrregião do baixo vale do Jaguaribe situada no seio da chapada do Apodi, composta de 11 municípios, se apresenta como um local que nos oferece a possibilidade de pautar as discussões acerca da efetivação das políticas de saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção básica; no entanto, para efeitos deste estudo, somente trabalharemos com um município, que apresentamos de forma bastante descritiva na Parte II, e também na Parte III deste ensaio.

Em relação ao território da chapada do Apodi - Ceará, Rigotto *et al.* (2010) referem que nas últimas décadas se instalam na região, principalmente dos anos 1990 para cá, algumas médias e grandes empresas agrícolas associadas ao agronegócio da fruticultura, que conduzem uma forte expansão da área agrícola da Chapada. Estas empresas produzem banana, abacaxi, melão e mamão destinados especialmente ao mercado europeu.

Os autores destacam que, juntamente com a

[...] racionalização do espaço agrícola, instala-se uma nova dinâmica, seja no tocante as relações de trabalho, com significativa difusão do mercado de trabalho agrícola formal, seja quanto a dinâmica do mercado de terras, cujo preço vem crescendo geometricamente desde sua chegada (RIGOTTO *et al.*, 2010, p.13)

Nessa ambiência, caracterizada pela modernização agrícola em curso na região do baixo Jaguaribe, há mudança no processo produtivo, promovendo retração da agricultura familiar e expansão do mercado de trabalho formal no campo, que precisa ser conhecido e debatido pela política de saúde, pois também promove alterações no estado de saúde dos trabalhadores e moradores.

À luz dessas questões, emergem muitos desafios, que, especialmente em relação à política de saúde, demonstra quão despreparado ainda está o SUS no enfrentamento da problemática relacionada à saúde ambiental e saúde do trabalhador. Podemos inferir isso após a explicitação, pela Secretaria de Saúde do Estado (SESA), em 2008, depois de dez anos que estes empreendimentos agrícolas estão na região, do quanto não se conseguiu avançar em relação à implantação da política de saúde do trabalhador na região. A SESA, por meio do Ofício Nº 7/2007-COPROM, datado de 29 de agosto de 2008, solicita apoio junto ao

Ministério da Saúde para organizar a atenção integral à saúde dos trabalhadores e da população exposta aos contaminantes químicos, principalmente os agrotóxicos.

Em relação aos agravos à saúde humana relacionáveis à utilização de agrotóxicos, são citadas algumas dificuldades em Rigotto *et al.* (2010, p. 17):

Seja por limitações do conhecimento disponível sobre a ampla gama de princípios ativos já em uso; seja pela escassez de indicadores biológicos de exposição ou efeito; seja pelas dificuldades do sistema de saúde em implantar programas e ações voltados para o diagnóstico destes agravos, correlacionando-os com quadros clínicos sugestivos de intoxicação e notificá-los adequadamente; seja pelas limitações da formação e das práticas dos profissionais de saúde nestes temas; seja pela pouca informação a que tem acesso o pequeno produtor e trabalhador, ou pelo descrédito que alguns vão construindo em relação ao sistema público de saúde.

Esta é a problemática em que se insere este estudo. Constitui-se numa pesquisa que busca empreender a perspectiva sobre a complexidade do território, e descobris os problemas e indicar soluções, em parceria com SUS local e com os movimentos sociais, na tentativa de traçar estratégias que viabilizem a implantação das políticas de saúde ambiental e saúde do trabalhador na APS; ou seja, adotarmos uma abordagem de estudo que tensione o serviço a tomar para si algumas das questões apresentadas há pouco em Rigotto *et al.* (2010) e dispor-se no enfrentamento da complexa rede de problemas que se entrelaçam na relação saúde-ambiente-trabalho no baixo vale do Jaguaribe, especialmente em Quixeré-Ceará.

2 A ESTRUTURAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE BRASILEIRA APÓS O SUS

2.1 Repensamento à luz do contexto

O modelo de atenção a saúde no Brasil que tenta se sedimentar nas últimas décadas tem como eixo norteador uma concepção ampliada de saúde, em conformidade com a compreensão de saúde afirmada na Carta de Ottawa em 1986, entendida como um recurso para o progresso pessoal, econômico e social e como

um conceito positivo que transcende o setor sanitário e que tem como requisitos para sua garantia a paz, educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade (OTTAWA,1986).

Nessa perspectiva, o Texto Constitucional expressa a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, ancorando-a ao capítulo da seguridade social e com vistas à inclusão social, promovendo, conforme referem Vasconcelos e Pasche (2006) uma ruptura com o padrão da política de saúde vigente no País, até aquele momento, década de 1980, marcado pela exclusão de milhões de brasileiros da fruição pública de bens de consumo coletivo.

Essa política de saúde que se promulga com a Constituição de 1988 e que incorporou à base jurídico-legal do SUS os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, associada a uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde como elementos essenciais e constitutivos, está em consonância com a agenda internacional de proposições para o campo de atuação do modelo de atenção primária em saúde (APS).

No intuito de compreendermos como se deu historicamente no âmbito local a organização do SUS, especialmente das ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador, é interessante realizar breve visita aos acontecimentos vivenciados no contexto da saúde pública mundial, centrando a visão na APS. Esta é compreendida como um modelo assistencial que visa a proporcionar um acesso mais efetivo ao sistema de saúde, trazendo um modelo preventivo, coletivo e democrático, propondo uma mudança no paradigma de saúde dominante, centrado no enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde e que é adotado por diversos países desde a década de 1960 (FAUSTO; MATTA, 2007). Modelo assistencial, por sua vez, é entendido como a forma de organização das ações de atenção à saúde, em uma dada sociedade, envolvendo aspectos tecnológicos e assistenciais. É a organização e articulação entre os recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde de uma coletividade (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Na década de 1970, foram evidenciados os limites das ações em saúde pública pautados no modelo da Biomedicina, que enfrentava dificuldades de uma ação efetiva ante os problemas de saúde provocados pela acelerada

industrialização. Ocorreu um predomínio das chamadas tecnologias duras (uso de equipamentos) para diagnosticar doenças, em detrimento das tecnologias leves (relação profissional-paciente), evidenciando desta forma a não-valorização do cuidado e visão integral do paciente (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Na agenda internacional, discutiam-se novas propostas de modelos assistenciais que levassem em conta o uso racionalizado de tecnologias médicas de baixa complexidade, e pesquisavam-se novas formas de atenção com custos menores e maior eficiência (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007). Os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a falta de acesso aos cuidados básicos de saúde, com a mortalidade infantil e com precárias condições socioeconômicas e ambientais. Não se tratava apenas de elaborar um modelo de atenção com maior racionalidade técnica, mas propor um padrão que fosse mais democrático e inclusivo socialmente (FAUSTO; MATTA, 2007).

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, em Alma-Ata, definindo em seu documento final que atenção primária à saúde (APS) está relacionada com os cuidados primários, sendo compreendida como

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento [...] (ALMA-ATA, 1978, p.1).

A Conferência de Alma-Ata descreve as ações necessárias para o desenvolvimento da APS, quais sejam: *implementação de ações em educação, voltadas para promoção da saúde e prevenção de doenças, distribuição de alimentos, nutrição apropriada, tratamento da água, saneamento, saúde materno infantil, planejamento familiar, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, dentre outras.*

A organização da APS deve ter como alicerces *os princípios da acessibilidade, continuidade da atenção, integralidade das ações e intersetorialidade.* Dessa forma, para a garantia das ações de APS, há a

necessidade da combinação de ações de vários setores da sociedade (FAUSTO; MATTA, 2007).

No Brasil, a Reforma Sanitária, movimento precursor do SUS, refletia os princípios pautados na APS. O ideário do movimento era a reversão da lógica da assistência à saúde vigente no País (médico-assistencial privatista). Os reformistas lutavam pela universalização do direito à saúde, unificação dos serviços prestados em sistema, a integralidade das ações. Pelo exposto, fica evidente que a saúde passava a assumir um sentido mais abrangente (BAPTISTA, 2007).

Esse processo ganhou expressividade na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, reunindo documentos que, levados à Assembleia Constituinte originou o Texto Constitucional que aprovou o SUS em 1988 (AUGUSTO; FRANCO NETTO, 2006).

A feitura desse modelo de atenção em saúde traz novas proposições acerca da concepção de saúde para o povo brasileiro, sendo fundamental para nortear o desenvolvimento das ações de saúde no País. Desde então, todo um movimento de reestruturação e reorganização do modelo assistencial brasileiro com vistas a efetivar a saúde como direito de cidadania está acontecendo, e ademais, se configura e avança ao longo desses 20 anos com dificuldades e desafios.

Assim sendo, promover uma reflexão crítica à luz dessas proposições, dialogando com o arcabouço jurídico e epistemológico de duas políticas consideradas basilares e expressivas da concretude do direito à saúde, quais sejam, a política de saúde ambiental e a política de saúde do trabalhador, é o que propomos, tendo como categoria analítica o desenvolvimento de ações integrais em saúde no SUS, como explicitamos na figura 2.

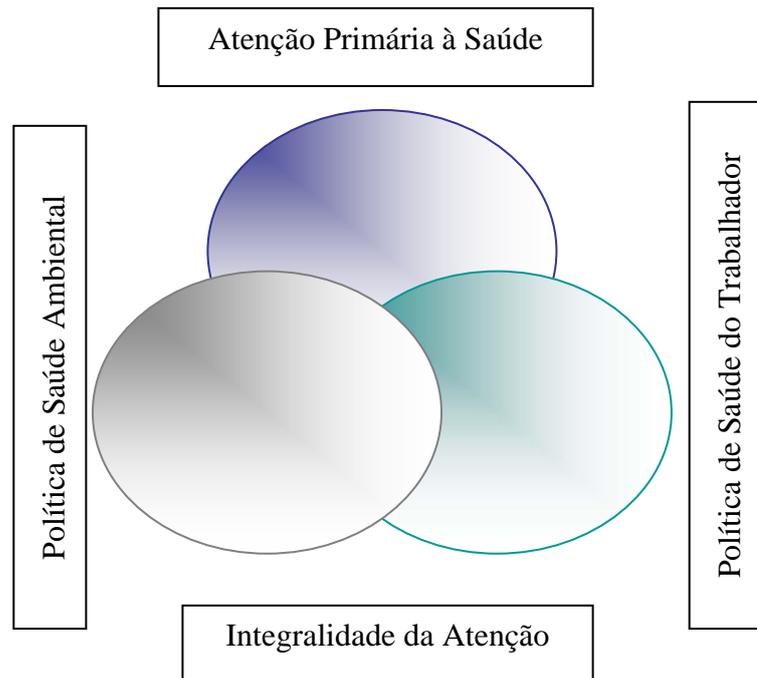


Figura 2 - Modelo explicativo da análise das políticas de saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Os desafios expressos para o SUS no cerne da prática laboral perpassam inúmeras questões sociais, econômicas, culturais, ideológicas e, sobretudo, se encontram em contradições dentro da própria forma do Estado de promover um desenvolvimento, que tem como base um modelo segregador e violento. Portanto, é imprescindível analisar a integralidade da atenção em saúde no SUS, sem perder de vista questões cruciais para a saúde, que é o caso do desenvolvimento econômico brasileiro.

Para tal, se faz necessário destacar que cumprir e fazer cumprir os princípios do SUS, quais sejam - universalidade, integralidade, equidade - é uma busca constante na prática dos serviços públicos de saúde, tendo nas diretrizes organizativas - descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária - mecanismos de suporte para se direcionar o modo como fazer. Essa questão do como fazer nos parece fundamental. *Como podemos propiciar a transição de um modelo centrado na doença para um modelo com fulcro na saúde?* Percebemos que visando a assegurar um sistema de saúde eficaz e eficiente, ante o aumento das demandas para o SUS, se faz pertinente a integração dos recursos,

dos meios e do pessoal na gestão da rede de serviços, tanto no âmbito municipal, como estadual e federal. Considerando estes aspectos, o Ministério da Saúde (MS) tem formulado programas e projetos comprometidos com a integralidade do cuidado em saúde, este entendido como: “[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa [...]” (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2003, p. 967).

Como referido antes, a integralidade da atenção constitui um dos princípios norteadores da APS, sendo um elemento central para procedermos à análise das ações propostas neste estudo. Adotamos este princípio como categoria analítica por entendemos que atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, pois atua com base nas necessidades sociais por saúde, por meio do estabelecimento de relações contínuas com a população. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Esses autores destacam ainda que em *todas as suas modalidades de operação, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços* (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 51).

Este conceito, segundo Albuquerque e Stotz (2004, p. 262) é relativamente novo na saúde, emanando do Movimento da Reforma Sanitária, concretizando-se na Constituição Federal de 1988. Carvalho *apud* Albuquerque e Stotz (2004) refere que este trabalha o conceito de integralidade em três níveis, a saber: no marco teórico, na prática de saúde no plano local e no contexto distrital

No marco teórico relaciona a integralidade com a concepção de homem, de mundo e de sociedade; com a concepção de medicina e de processo saúde-doença; bem como com a concepção de assistência e de atenção a saúde. No que se refere à prática em nível local, o autor relaciona a integralidade à natureza e à relação das atividades e ações de atenção integral à pessoa e à coletividade na promoção, prevenção, saúde coletiva, terapêutica e reabilitação. As atividades integradas de ensino e pesquisa, o grau de interação entre as diversas categorias profissionais e a vinculação profissional de saúde – usuário são outros aspectos necessários, donde se considera a interdisciplinaridade como “condição *sine qua non* para a viabilização do conceito de integralidade” (ALBUQUERQUE; STOTZ *apud* CARVALHO, 1993a, p. 23, 2004, p.136).

Os autores, no entanto, dialogando com Carvalho, elencam outros elementos que se somam, de forma a ampliar a compreensão da integralidade, incorporando-os ao conceito, especialmente com vistas à promoção da saúde, como a dimensão da intersetorialidade e participação social.

Além de pensar o indivíduo como um todo, é preciso pensá-lo inserido na comunidade, no próprio município/cidade e no país. E, pensando assim, observar que as ações de saúde não podem ser voltadas apenas para a assistência ou mesmo para o setor saúde, sendo necessário articular políticas sociais e econômicas para a promoção da saúde. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004, p. 263).

Os autores consideram que este princípio do SUS ainda não se efetiva de forma satisfatória para a população,

[...] integralidade tem sido de difícil execução e garantia efetiva para a população, tendo em vista que demanda mudanças na concepção de trabalho dos profissionais, na chamada “caixa preta” do consultório onde as ações curativas permanecem completamente dissociadas da promoção de saúde e da prevenção. (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004, p. 260).

Considerando o exposto em relação à integralidade, entendemos que é uma questão central a ser debatida no âmbito local e que realizar isso, entremeadas a saúde ambiental e a saúde do trabalhador na atenção básica, possibilitará visualizar de forma sistemática a concretude das ações integrais em saúde no município. Nessa perspectiva, o SUS, como referem Vasconcelos e Pasche (2006), abrange um conjunto de serviços e ações de: “vigilância em saúde, incluindo a vigilância ambiental, inclusive dos ambientes de trabalho, a sanitária, a epidemiológica e nutricional. No que se refere à assistência, integra a atenção básica, a atenção especializada ambulatorial e a atenção hospitalar em seus vários níveis de complexidade.”

Pensando que, no município e na vida cotidiana de cada ser humano, as ações de saúde não estão didaticamente organizadas em assistenciais nem de vigilância à saúde e, sobretudo, as pessoas necessitam do serviço de saúde de forma integral e que sua resolubilidade está relacionada à sua capacidade de responder às necessidades de saúde dos seus munícipes, propomos uma pesquisa que abrace essas questões da vida conforme esta se desenvolve.

No caso brasileiro, há um crescente reconhecimento do País como fornecedor global de *commodities*⁷ (produtos do agronegócio, da mineração e da siderurgia).

Estas questões contribuem para trazer impactos à saúde humana, seja dos trabalhadores, seja das populações expostas a contaminantes e poluentes advindos da industrialização e do processo de urbanização, sendo essencial que o SUS esteja preparado para dar respostas a todos os grupos populacionais.

Configura-se, então, a necessidade de uma política de financiamento, uma política de educação para os trabalhadores do sistema, bem como um diálogo constante da academia com a sociedade, para se desenvolver conhecimentos que subsidiem ações de saúde dentro da concepção ampliada de saúde.

Dessa forma, compreendemos a constituição do SUS no âmbito socioeconômico, político, cultural e sanitário do País, especialmente um serviço que tenha responsabilidades para com as comunidades mais vulneráveis do ponto de vista social, atingidas diretamente pelas iniquidades advindas desse desenvolvimento.

A saúde coletiva como espaço de prática e estímulo à pesquisa constitui-se como potencialmente fértil para empreender movimentos na conquista de um sistema de saúde mais eficaz. Por estarmos inserida nesse campo, entendemos que a ampliação dessas discussões é deveras necessária à formulação do SUS, pois dialogar com as diversas áreas do conhecimento pode promover um entendimento mais aprofundado dos desafios para o SUS na contemporaneidade, e discutir proposições no campo de uma política intersetorial; no caso, a saúde passa pela ação de todos.

Em um estudo sobre qualidade ambiental, Tundisi (2006) refere que os impactos agudos ou crônicos à saúde humana têm se acumulado intensivamente nos últimos 30 anos e os efeitos produzem riscos à saúde pública e à segurança coletiva da população, ocasionando morte ou incapacidade. O autor ainda destaca como um desafio para o País aproximar a saúde pública da qualidade ambiental,

⁷ Commodities são produtos de origem mineral ou vegetal, geralmente em estado bruto ou com pouco beneficiamento, produzidos em massa e com características homogêneas, independente de sua origem. Seu preço normalmente é definido pela demanda, e não pelo produtor. Alguns exemplos são soja, café, açúcar, ferro e alumínio.

assegurar educação sanitária à população e avaliar a qualidade de ambientes de trabalho em indústrias, escolas, hospitais por meio de monitoramento contínuo para demonstrar as relações causa e efeito entre a qualidade ambiental e a saúde humana, dentre outros.

Para Tundisi (2006), o panorama brasileiro, considerando as diferenças regionais, mostra-se complexo: na região amazônica, convive-se com problemas seculares como a falta de acesso ao saneamento básico e o tratamento de água de pequenas comunidades; nas regiões Sudeste e Sul são observadas substâncias tóxicas provenientes de atividades industriais, despejos de resíduos domésticos sem tratamento e o acúmulo de resíduos sólidos que alteram a qualidade do solo e acumulam resíduos tóxicos. No Nordeste, ainda predominam o problema da insuficiência de saneamento básico e as doenças de veiculação hídrica típicas de regiões tropicais.

Vale salientar que outros estudos apresentam as questões de forma bem mais ampla e complexa como este, que destaca,

[...] no ambiente, os processos de produção, de desenvolvimento social e econômico, interferem nas relações que se desenvolvem nos ecossistemas, ao determinar e contribuir para a existência de condições ou situações de risco que influenciam o padrão e os níveis de saúde das populações, que sofrem alterações no seu perfil de mor-mortalidade, a partir de diferentes fontes e modalidades de poluição (acumulação dos elementos abióticos causadores de agravos) de contaminação (presença de agentes biológicos de doenças), e de maneiras de constituição de dinâmicas ambientais que possibilitem a liberação descontrolada de formas específicas de energia. (SANTOS; CÂMARA, 2002, p. 200).

Segundo esse estudo, há uma diversidade de problemas que precisam ser compreendidas no processo de urbanização acelerada e sua relação com a saúde, tais como crescimento de áreas de pobreza nas periferias, projetos de desenvolvimento não sustentáveis, ampliação do desmatamento, baixa qualidade da água para consumo humano, saneamento insuficiente e contaminação ambiental por poluentes químicos. Todos eles consistem em fatores associados ao crescimento das doenças infectocontagiosas, bem como geradores de outros agravos à saúde.

Rigotto e Augusto (2007, p. 480) alertam para o

[...] reconhecimento das relações sistêmicas entre as políticas em curso e os efeitos sócio-ambientais que se observam a exemplo do aumento expressivo da morbimortalidade por causas externas decorrentes da violência, dos processos produtivos e pela pressão promovida para adoção de novos padrões de consumo.

Compreender a complexidade da problemática de saúde no País, entendendo o papel da sociedade e do Estado, visando a avançar na transformação da situação de saúde de milhares de brasileiros, usuários deste sistema, que com significativas dificuldades tem avançado e promovido mudanças e melhoria da situação de saúde, principalmente das populações marginalizadas e excluídas, é uma questão fundamental para a saúde coletiva.

O Ministério da Saúde (MS) esforça-se para dar respostas a todas essas questões, porém, muito há que ser feito. Do ponto de vista normativo e operacional, desde meados da década de 1990, adota-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo estruturante da APS, que ganhou destaque após a edição da Norma Operacional Básica 01/96 (NOB SUS 01/96), que instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB) aos municípios para incentivar a organização da rede de atenção básica de saúde no plano local (FAUSTO; MATTA, 2007).

A atenção básica tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do SUS, tendo seis fundamentos a seguir (BRASIL, 2006a, p. 11):

- possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde; prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

- valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- estimular a participação popular e o controle social.

Na tentativa de se fortalecer o modelo assistencial, a Política Nacional de Atenção Básica (2006) caracteriza a ESF como um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Elucida áreas estratégicas para atuação em todo o Território Nacional que incluem: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes, eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2006a).

Tais ações pactuadas para a atenção básica são desenvolvidas por uma equipe multiprofissional composta minimamente por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário, técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentre outros (BRASIL, 2006a).

O MS, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromissos pela Saúde agregando três eixos: O Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto da Gestão.

O Pacto em Defesa do SUS expressa o compromisso entre os gestores com a consolidação da Reforma Sanitária, explicitada na defesa dos princípios do sistema, mediante o desenvolvimento e a articulação de ações, visando a qualificar e assegurar o SUS como política pública. Este pacto firma-se por iniciativas que buscam a repolitização da saúde, promoção da cidadania como estratégia de mobilização social e garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema (BRASIL, 2006b).

As ações propostas no Pacto em Defesa da Vida possuem especial relevância no que diz respeito ao aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS. As ações pactuadas visam ao fortalecimento e à

qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio da informação e Educação em Saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e mudança no estilo de vida, controle do tabagismo, controle do uso abusivo de bebida alcoólica e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006b).

O Pacto da Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema em relação aos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada – PPI, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e Educação em Saúde (BRASIL, 2006c).

Cabe à gestão municipal desenvolver ações de atenção integral à saúde de forma interdisciplinar e contínua, abordando o indivíduo em seu contexto familiar, social e do trabalho, por intermédio de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Outras atribuições incluem a identificação das necessidades da população de seu território, para, então, planejar, programar, monitorar e avaliar suas ações em saúde. Compete ainda à gestão local a formulação e implementação de políticas nas áreas prioritárias, organizar o acesso aos serviços, promover a humanização do atendimento, pactuar o acesso a serviços de atenção especializada com base nas necessidades da atenção básica em saúde (ABS).

2.2 Saúde do Trabalhador no SUS

Compreendemos no que concerne à execução dos serviços de vigilância, especialmente, a inserção da saúde do trabalhador, constitui avanço significativo do ponto de vista da legislação do SUS e do comprometimento deste com o bem-estar dos trabalhadores. Ao gestor municipal compete assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, de alimentação e nutrição, de saúde do trabalhador e ambiental (BRASIL, 2006c).

Como já relatado, os processos produtivos ensejam impactos sobre à saúde humana e estas questões são estudadas ao longo das três últimas décadas,

acompanhando a democratização do Brasil, no campo específico denominado saúde do trabalhador (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A saúde do trabalhador é uma área da saúde pública que define os grupos de indivíduos considerados trabalhadores, quais os determinantes e as bases legais para as ações de saúde nesse campo e o detalhamento do conjunto de atividades expressas na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2001). Como área do campo científico e de produção de conhecimentos, insere-se na saúde coletiva, terreno de práticas sanitárias, sociais ou de investigação, que incorpora os sujeitos, os movimentos sociais e os serviços de saúde.

Como campo, a saúde do trabalhador é constituída no Brasil, como também na América Latina nos anos 1970, relacionado com o processo econômico, político e social do Continente, conforme relata Laurel (1985). A autora considera que o desencadeamento de ações nesse campo e o desenvolvimento de estudos nessa área manifestam-se tardiamente na América Latina, já que a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença está presente desde a Revolução Industrial no século XIX, na Europa.

Muitas transformações ocorrem no mundo do trabalho e as ações de saúde nesse espaço de atuação evoluem da concepção sobre a causalidade das doenças para a Medicina do Trabalho centrada na figura do médico e orientada pela Teoria da Unicausalidade. A concepção de saúde ocupacional avança numa proposta interdisciplinar e enriquece essas ações, com base na higiene industrial e incorporando a Teoria da Multicausalidade. Com conhecimentos oriundos da Medicina Social latino-americana, os teóricos desse campo ampliam mais um pouco a visão e contribuem com propostas que se consolidam no âmbito da Reforma Sanitária brasileira (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997)

Vasconcelos e Pignati (2006) ajudam-nos a compreender os grandes desafios que significa essa evolução conceitual e operacional, quando dizem que a Medicina do Trabalho nasce fora do paradigma da saúde pública e fora dela permanece na maioria dos países, sendo o Brasil o único país de estrutura capitalista que intenta reaver a seara das relações saúde-trabalho para o espectro de abrangência das políticas públicas de saúde desde a Lei Orgânica da Saúde, de 1990. Relatam que essa trajetória acontece em primeira instância da Medicina do Trabalho para a saúde ocupacional como reconhecimento da necessidade de

ampliar a atuação médica, intervindo sobre o ambiente de trabalho, com a concorrência de outras disciplinas do conhecimento.

A Constituição Federal de 1988 assegura que a execução das ações voltadas para a saúde do trabalhador é atribuição do SUS, que é regulamentada pela Lei 8080/90, a Lei Orgânica da Saúde. Segundo o parágrafo 3º do artigo 6º, a saúde do trabalhador é definida como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da Saúde do Trabalhador, assim como visa à recuperação e à reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 2001, p. 18).

Para a política de saúde do trabalhador, estes são

[...] todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, trabalhadores agrícolas, autônomos, servidores públicos, trabalhadores cooperativados e empregadores – particularmente, os proprietários de micro e pequenas unidades de produção. São também considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas – habitualmente, em ajuda a membro da unidade domiciliar que tem uma atividade econômica, os aprendizes e estagiários e aqueles temporariamente ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego. (BRASIL, 2001, p. 17).

Do ponto de vista da normatização, tem-se a Portaria Nº 3.908/98, que dispõe sobre a Norma Operacional da Saúde do Trabalhador (NOST), e a Portaria Nº 1.679/02 instituinte da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) que estabelece a estratégia de uma rede de centros de referência em saúde do trabalhador (CEREST), articulada com a rede de atenção básica, de média e alta complexidade, com a garantia de recursos próprios no orçamento da União (BRASIL, 2001).

No anexo III da Portaria MS/GM Nº 2.437, de 07/12/2005, constam as funções a serem executadas pelas secretarias municipais de saúde na gestão da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador – RENAST no âmbito do respectivo município, de forma pactuada regionalmente, com as seguintes competências (BRASIL, 2005a)

- realizar o planejamento e a hierarquização de suas ações, que devem ser organizadas em seu território a partir da identificação de problemas e prioridades;
- atuar e orientar no desenvolvimento de protocolos de investigação e de pesquisa clínica e de intervenção, conjuntamente ou não, com as Universidades ou órgãos governamentais locais ou da rede do SUS;
- articular com outros Municípios quando da identificação de problemas e prioridades comuns;
- informar a sociedade, em especial os trabalhadores, a CIPA e os respectivos sindicatos sobre os riscos e danos à saúde no exercício da atividade laborativa e nos ambientes de trabalho;
- capacitar os profissionais e as equipes de saúde para identificar e atuar nas situações de riscos à saúde relacionados ao trabalho, assim como para o diagnóstico dos agravos à saúde relacionados com o trabalho;
- executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental;
- definir a Rede Sentinela em Saúde do Trabalhador no âmbito do município;
- tornar público o desenvolvimento e os resultados das ações de vigilância em saúde do trabalhador, sobretudo as inspeções sanitárias nos ambientes de trabalho e sobre os processos produtivos para garantir a transparência na condução dos processos administrativos no âmbito do direito sanitário.

O que se evidencia na prática, no entanto, em relação à implantação dos CERESTs, bem como da RENAST, é um distanciamento do marco legal e teórico. São inúmeros os desafios que precisam ser expressos para o enfrentamento, tais como: a baixa cobertura do conjunto dos trabalhadores, a pequena inserção na rede do SUS, em uma perspectiva de atenção hierarquizada e integral e a falta de tradição, familiaridade e conhecimento dos profissionais do sistema com a temática da saúde-doença relacionada ao trabalho (BRASIL, 2001). Essas questões trazem à mesa as limitações da efetivação dessa política, o que favoreceu um repensamento e atualmente há a proposta da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, a ser desenvolvida de modo articulado e cooperativo pelos Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde.

Esse movimento é entendido por Porto (2003), ao dizer que a área de saúde do trabalhador, além da ação governamental e intersetorial, deve funcionar em ação conjunta com os movimentos sociais, como uma rede de resistência e de aprofundamento dos avanços democráticos na defesa de um SUS eficiente, articulando saúde, trabalho e ambiente e propondo novas estratégias de promoção da saúde.

Rigotto (2003, p. 389) considera que

[...] a Saúde do Trabalhador e a Saúde Ambiental, ainda que se mantenham como campos disciplinares distintos, podem se nutrir de uma mesma cosmovisão, de um olhar abrangente que contemple estas férteis e complexas inter-relações, para com ele iluminar a pesquisa, a formação de profissionais, as políticas públicas e a ação política da sociedade.

Dias e Hoefel (2005) garantem que as dificuldades para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador, no que diz respeito às ações de vigilância dos ambientes e condições de trabalho, passam por contradições como a exigência técnica de mudança do processo de trabalho, incluindo a interdição e luta dos trabalhadores pela manutenção do emprego. As autoras também tecem a visão sobre a prática dos profissionais do SUS em relação ao tema foco:

É grande também as dificuldades dos profissionais para lidar com os “novos” problemas de saúde-doença dos trabalhadores, entre eles, as manifestações de sofrimento psíquico, os efeitos à exposição a baixas dosagens de substâncias tóxicas e às novas formas de organização e gestão do trabalho. (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 821).

Lourenço e Bertani (2007) destacam que as dificuldades de se estabelecer ações eficazes no campo de saúde do trabalhador estão relacionadas a cultura, ideologia e políticas, somadas às mudanças no mundo do trabalho e a opção do Estado pelo neoliberalismo.

Apesar de todas as dificuldades ora descritas, segundo Dias e Hoefel (2005), há uma importante contribuição da política pública de saúde brasileira no que concerne à saúde do trabalhador:

[...] o SUS assume um papel social diferenciado, ao se colocar, de fato, na atualidade como a única política pública de cobertura universal, para o cuidado da saúde dos trabalhadores, obrigando a busca da redefinição das práticas de saúde e a construção de um “novo modelo” de atenção. (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 821).

Dias e Hoefel (2005) explicitam, ainda, algumas possibilidades de atuação da atenção básica em relação à saúde do trabalhador, tendo em vista o crescimento do trabalho informal, familiar e no domicílio, o que potencializa a necessidade de se acolher os trabalhadores, investigar o trabalho como fator determinante do processo saúde-doença, avaliar as situações de risco no trabalho, levando em consideração o saber do trabalhador e o controle social.

2.3 Saúde Ambiental no SUS

A questão ambiental emerge como problema significativo no mundo em torno dos anos 1970, expressando um conjunto de contradições entre o modelo dominante de desenvolvimento econômico-industrial e a realidade socioambiental. O Relatório “Nosso Futuro Comum” (Relatório Brundtland, como também ficou conhecido), elaborado pela Comissão das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), criada pela ONU e presidida pela primeira-ministra da Noruega Gro Harlem Brundtland, foi um marco nesse campo. Este Relatório propõe rever uma nova perspectiva de abordar a questão ambiental, situando-a como problema planetário, indissociável do processo de desenvolvimento econômico e social.

Apresenta o conceito de desenvolvimento sustentável, que articula princípios de justiça social, viabilidade econômica e prudência ecológica como metas a serem atingidas. Com a evolução dos estudos e a premência da questão ambiental, com o uso indiscriminado do conceito de desenvolvimento sustentável, travestindo e justificando propostas de modelos os mais diversos, esse conceito é alvo de críticas, em razão das ambiguidades, indefinições e contradições em relação à ênfase economicista e desenvolvimentista, ausência de uma perspectiva

espacial e de classes sociais em seu interior se não-explicitação de como conciliar preservação e crescimento no contexto do capitalismo. (LIMA, 1999).

Nessa perspectiva, a década de 1990 foi marcada pelo crescimento do movimento ecológico no Brasil, já incorporando entre as inquietudes sobre o assunto os problemas de saúde relacionados com o ambiente. As questões ligadas ao tema ambiente e saúde passam a ganhar maior espaço na mídia, tendo uma repercussão no cotidiano das pessoas e desencadeando formas organizadas de luta pela sociedade. De certa forma, essa movimentação impulsiona o Estado a organizar-se no sentido de delinear estratégias de atuação a princípio restritas à área da vigilância em saúde.

No ano de 2005, foi realizado o I Seminário da Política Nacional de Saúde Ambiental, fruto de debates realizados na Coordenação-Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM-MS), na Comissão Permanente de Saúde Ambiental (COPESA), no Conselho Nacional de Saúde por meio da Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente (CISAMA), com a participação de militantes dos movimentos sociais, trabalhadores e acadêmicos, produzindo o documento “Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental” (BRASIL, 2007). Este é apontado neste documento como

[...] um campo de práticas intersetoriais e transdisciplinares voltadas aos reflexos, na saúde humana, das relações ecogeossociais do homem com o ambiente, com vistas ao bem-estar, à qualidade de vida e à sustentabilidade, a fim de orientar políticas públicas formuladas com utilização do conhecimento disponível e com participação e controle social. (BRASIL, 2007, p.18).

Este documento traz as propostas dessa política, abrindo caminhos para um novo ciclo do SUS, definindo princípios, diretrizes, linhas de atuação, responsabilidades, competências e atuações conjuntas.

Alguns autores assinalam que a evolução da percepção ambiental no mundo influencia o aporte legal, inclusive no Brasil, possibilitando a formulação conceitual e de agendas no campo da relação saúde/ambiente, caminhando da visão tecnicista no sentido de uma visão integrada desta ideia, destacando que ainda há muito o que se avançar em busca de um nível ótimo (FRANCO NETTO *et al.*, 2006).

Encontramos, portanto, uma discussão que está sendo gestada, permeada de indagações e questionamentos. Defendemos a idéia de que precisamos fortalecer a intersectorialidade, e que o MS há que empreender esforços para efetivá-la em conformidade com o marco constitucional,

[...] pois assim como o ambiente não está somente dentro do setor ambiental a saúde deve ser um elemento fundamental no processo de tomada de decisões das outras políticas como a de trabalho, emprego, transportes, educação, economia, desenvolvimento e etc. (FRANCO NETTO *et al.*, 2006 , p. 13).

Percebemos que há avanços na compreensão da saúde ambiental e há clareza da percepção dos caminhos a serem trilhados, no entanto, avançamos pouco na institucionalização da política de saúde ambiental, principalmente no âmbito municipal. Incorpora-se ao debate a necessidade de as discussões sobre o modelo de desenvolvimento econômico e social do País considerarem a visão do setor saúde (FRANCO NETTO *et al.*, 2006).

Atualmente a área de saúde ambiental, em sua feição inovada, começa a aparecer com certa densidade institucional nas universidades e centros de pesquisas, nos programas educacionais de primeiro e segundo graus e nas áreas de intervenção dos serviços públicos de saúde, entre outros, nos planos federal, distrital, estadual e municipal, além de sua presença em entidades da sociedade civil, tais como as já citadas ONGs (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998).

Todas essas concepções trazem em si inovações e desafios para a política pública de saúde, que precisam ser compreendidas no município, pelo gestor, pelo profissional, pela comunidade e pelos movimentos sociais, para que essas questões, realmente, sejam incorporadas ao modo de conceber e fazer saúde no território das equipes de Saúde da Família.

Percebemos que há, por parte de alguns dos que militam no campo da saúde do trabalhador, um movimento em curso, produzindo, também, conhecimentos em direção à temática ambiental, suas relações com a saúde e toda a complexidade que envolve o trabalho, o processo saúde-doença e as repercussões sobre o ambiente; no entanto, há necessidade de aprofundarmos na prática cotidiana com efetiva participação social e envolvimento do SUS local a consolidação das ações de saúde do trabalhador e apreensão da complexidade das questões trazidas pela saúde ambiental para se avançar no processo de

fortalecimento da atenção básica como porta de entrada do sistema. Há que se fomentar nos territórios outra visão acerca do vivido e do instituído para promover transformações positivas para a saúde da população.

Esses são desafios que têm como centralidade na resolução das questões a nossa capacidade de articular práticas integradas e integrais em saúde. Para isso, faz-se necessário deixar claro que o conceito ampliado de saúde, baseado na noção de direito de cidadania, não comporta ações restritas na APS. Espera-se, no entanto, que a APS assuma uma posição estratégica para a superação de um modelo centrado na Biomedicina, que não alcança a efetividade nas ações, bem como não tem sustentação econômica nos sistemas de saúde atuais (FAUSTO; MATTA, 2007).

É imprescindível a compreensão de que a atenção à saúde no âmbito da APS não se propõe a se preocupar apenas com os processos de adoecimento, pois ela tem como referência a noção de que o estado de saúde das pessoas expressa uma relação direta com suas condições de vida, exigindo uma intervenção bem mais ampla.

Apesar de compreendermos as limitações da ESF e as inúmeras contradições do pensar saúde na contemporaneidade por parte dos executores e formuladores das políticas de saúde, acreditamos que há potencialidades na proposição desse modelo assistencial. São identificadas críticas à ESF desde o início de sua implantação como um programa vertical e seletivo, trazendo de volta propostas superadas como a Medicina simplificada direcionada aos pobres. É indiscutível, entretanto, que a ESF provocou uma reestruturação e fortalecimento das diretrizes da APS e incontestável relevância para a ABS (FAUSTO; MATTA, 2007).

Sabemos que o SUS ainda apresenta marcas de um sistema de saúde fragmentado, cuja lógica de organização da atenção ainda parte de procedimentos previamente definidos do que propriamente das necessidades de saúde apresentadas pela população em territórios específicos. As ações de promoção e prevenção exibem um viés essencialmente vertical, programático e campanhista (FAUSTO; MATTA, 2007).

Dessa forma, concordamos com as ideias de Augusto e Franco Netto (2006), quando acertam que ainda estamos longe de uma saúde pública transformadora da realidade sanitária e, apesar do avanço conceitual da Reforma Sanitária, o SUS é operacionalizado de forma limitada, centrado na atividade médico-assistencial curativa. Reconhecemos, pois, que o estabelecimento de uma política pública de “saúde e ambiente” significa, para esses autores, atuar numa direção contra-hegemônica, em oposição a uma saúde pública não emancipadora. Conforme o Ministério da Saúde, na perspectiva da saúde ambiental,

busca-se compreender o ambiente como um território vivo, dinâmico, reflexo de processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, onde se materializa a vida humana e a sua relação com o universo. É necessária e urgente a adoção de uma prática de saúde voltada para os determinantes e condicionantes da saúde, a partir da qual se poderia construir mais um novo ciclo do SUS. (BRASIL, 2007, p.13).

Acatando isso, acreditamos que a saúde ambiental se constitui rumo à efetivação no SUS, e que explorar a interface da saúde com o ambiente está em consonância com a instituição de uma política que expresse a multiplicidade de forças interativas produzidas em torno da promoção do bem-estar e da saúde humana (BRASIL, 2007).

Concordamos com Lourenço e Bertani (2007), quando ressaltam que, no decorrer dos últimos 15 anos, apesar dos limites marcados pelo clientelismo, populismo e paternalismo presentes na Administração Pública, o SUS logra solidificar as bases para o direito à saúde com ênfase na gestão democrática e participativa.

Dizemos isso, para destacar que a política de saúde ambiental constitui assim como o SUS, um avanço nesse contexto, como bem relataram os autores há pouco citado.

Apesar de Tambellini e Câmara (1998) tecerem uma crítica à temática saúde e ambiente inserida no âmbito da saúde coletiva, acentuando que algumas concepções de ambiente ficaram fora do foco dessa área; acreditamos que cabe ao campo abraçar essas questões. Esses autores identificam práticas frágeis e incipientes de uma saúde ambiental pautada no modelo epidemiológico tradicional, especialmente naquelas áreas que têm como objeto as doenças parasitárias,

alinhando fatores de riscos ambientais a doenças e agravos à saúde em populações expostas, no entanto sabemos que ainda estamos em decurso de elaboração.

Dialogando com os mesmos autores, sobre tais aspectos, eles ponderam:

Talvez tenha sido esta forma particular da área da Saúde Ambiental de se desenvolver cientificamente, sem levar em conta as questões da subjetividade e as explicações das Ciências Sociais que explique seu afastamento e quase exclusão da Saúde Ambiental do âmbito da Saúde Coletiva. (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998, p. 50).

Como consideramos que a saúde pública não é autossuficiente para atuar em todos os processos geradores de nocividade ambiental, comungamos das ideias de que sua implementação requer ações intersetoriais e participativas, concebidas e planejadas com base nos problemas de saúde que afligem as populações (AUGUSTO; FRANCO NETTO, 2006). Partindo desse entendimento, perguntamos: *De que forma podemos constituir a Saúde Ambiental dentro da Saúde Coletiva daqui em diante?*

A Constituição Cidadã (1988) privilegia nos artigos 200 e 225, aspectos que relacionam a saúde ao meio ambiente. O primeiro artigo conceitua a saúde e o direito a ela e o segundo garante a todos o direito a um ambiente saudável. Para que se implante uma política de saúde e ambiente no SUS, faz-se necessária a efetivação de tais artigos (AUGUSTO; FRANCO NETTO, 2006).

Entendemos que há um interesse da política pública de saúde de buscar estratégias que viabilizem a incorporação de novas práticas promotoras de saúde, como, por exemplo, a vigilância em saúde ambiental. Esta é entendida pelo Ministério da Saúde como

[...] um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde. (BRASIL, 2007, p. 18).

Para tal, estruturou-se no âmbito do MS a saúde ambiental, e também foi implantado o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVAS).

Isto se fez realidade no final da década 1990, por meio do projeto Vigisus, momento em que foram iniciadas a estruturação e a institucionalização da vigilância ambiental no âmbito do Ministério da Saúde. Nesse período, em maio de 2000, publicou-se o decreto 3.450, o qual estabeleceu a gestão do sistema nacional de vigilância ambiental no CENEPI (BATISTA, 2009).

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, segundo o Ministério da Saúde do Brasil, tem como prioridades:

- aumentar a capacidade de detecção precoce de situações de risco à saúde humana, envolvendo fatores físicos químicos e biológicos presentes na água, ar e solo;
- prevenir e controlar as zoonoses;
- estabelecer ações de vigilância entomológica para monitorar e orientar as ações de controle nas doenças transmitidas por vetores;
- analisar o impacto de mudanças ambientais e situações de catástrofes, acidentes com produtos perigosos e desastres naturais sobre a saúde das populações, visando ao desencadeamento de ações preventivas.

Apesar de o SINVAS apresentar as prioridades e objetivos claramente definidos, ainda há que se avançar no plano da execução no nível local dessas ações, o que nos remete a pensar e reconstituir continuamente as práticas em saúde. Segundo o MS, para a implementação das ações, faz-se necessária a organização estrutural em todos os níveis da atenção à saúde, pois não basta apenas a atenção básica, o que destacamos como fundamental, principalmente se tencionamos avançar na garantia da integralidade (BRASIL, 2007). “É preciso criar de acordo com o diagnóstico territorial dos riscos e dos ecossistemas, referências técnicas para investigação e ações de maior complexidade.” (BRASIL, 2007, p.30).

A política de saúde ambiental reforça a necessidade de reorientar as práticas de saúde, privilegiando a promoção da saúde e preocupa-se em estimular a interação de saúde, meio ambiente e desenvolvimento, com o fortalecimento da corresponsabilidade e da participação da população na promoção do bem-estar e da qualidade de vida da população (BRASIL, 2007, p. 20).

Partindo do que apresentamos sobre a Política Nacional de Saúde Ambiental, entendemos que o acompanhamento e a consolidação desta nas esferas de governo ainda têm um longo percurso pela frente. Por isso nos dispomos ao

debate de como estão no âmbito municipal o entendimento e a concretização de ações de saúde ambiental na APS, pois, em conformidade com MS, acreditamos que a efetivação desta política pode contribuir para a consolidação do SUS em defesa da vida (BRASIL, 2007).

Entendemos que, ante o contexto atual, considerando todos os projetos previstos pelo PAC e os possíveis impactos a saúde e ao ambiente, tecer no âmbito local estratégias de efetivação desta política no recorte pertencente ao campo da APS trará perspectivas animadoras, porquanto o PAC nos diversos territórios do Brasil contribui com significativas implicações para o modo de vida e para a saúde das comunidades (BATISTA, 2009).

3 OBJETIVOS DO ESTUDO

3.1 Objetivo Geral

Contribuir na constituição de ações em saúde ambiental e saúde do trabalhador, de forma participativa, visando à garantia da integralidade da atenção na Estratégia Saúde da Família em Quixeré – Ceará, no contexto da modernização agrícola.

3.2 Objetivos Específicos

- Promover processos de territorialização que propiciem a identificação e análise das transformações sociais, econômicas, ambientais e culturais com repercussões sobre a saúde ambiental e dos trabalhadores, na percepção dos profissionais da saúde e da comunidade;
- caracterizar as necessidades de saúde dos trabalhadores, desde a identificação e acolhimento dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, possibilitando uma abordagem dessa problemática pela equipe Saúde da Família;
- elaborar, em parceria com o SUS local, um plano de ação em relação à saúde do trabalhador e saúde ambiental a ser implantado na Estratégia Saúde da Família;
- subsidiar o SUS, outras instituições públicas e a sociedade civil para a organização do atendimento às novas demandas de promoção e proteção da saúde nos territórios em transformação por processos produtivos, por meio de produção e divulgação do conhecimento.

PARTE II

1 METODOLOGIA

1. 1 Pressupostos acerca do método a escolher

As transformações ocorridas no nível local decorrentes dos processos produtivos instaurados ocasionam novos problemas de saúde, promovendo inúmeras necessidades, dentre as quais, a de reorganização da comunidade, trabalhadores e profissionais da saúde. Apesar de as transformações advindas com o modelo de desenvolvimento econômico propiciarem profundas mudanças no modo de viver das comunidades, principalmente dos trabalhadores, sejam esses rurais ou urbanos, não há instaurada uma reflexão acerca das perspectivas, perdas e ganhos decorrentes do trabalho, para que os trabalhadores sejam protagonistas, desenvolvendo uma atuação crítica, potencializando sua autonomia e cidadania para a sustentabilidade.

Assim, os processos produtivos que se propagam no Ceará têm a marca de ser gerador de emprego e renda, sendo, portanto, uma estratégia para realçar o desenvolvimento do Estado, como o agronegócio centrado na monocultura e fruticultura irrigada, da mesorregião do baixo Jaguaribe. Esses processos de reestruturação produtiva não apresentam de forma clara os impactos à saúde humana e, também, não há, de forma sistemática, as adaptações e iniciativas que a política pública de saúde - SUS no âmbito do município deve ser capaz de prover para garantir aos cidadãos respostas efetivas, considerando as novas demandas para o setor.

Com tal pressuposição e considerando, ainda, que não há um planejamento (monitoramento e avaliação) do impacto ocasionado na saúde da população exposta e, conseqüentemente, um levantamento da necessidade de se adequar a oferta de serviços de saúde de qualidade para as populações residentes, bem como os expostos aos novos meios de produção e a outros tipos de agravos a

saúde, é que entendemos a relevância de se traçar um caminho metodológico que possibilite a participação da comunidade, profissionais de saúde, gestores e trabalhadores.

Na nossa compreensão, o planejamento conjunto de proposições e ações pensando criticamente as fragilidades, necessidades, mecanismos de superação e adaptação, sendo realizada de forma participativa, poderá semear mudanças no contexto local. Então, é essencial propor um caminho metodológico que aproxime e dialogue com os trabalhadores, comunidades e profissionais de saúde no contexto da política de saúde, com vistas à reapropriação do território pelos sujeitos sociais.

Assim sendo, compreendemos que este estudo se insere na senda das Ciências Sociais e da Saúde e, portanto, como refere Minayo (2004, p. 15), “tem seu objeto essencialmente qualitativo, em que a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados dela transbordante.” Considerando o exposto, encontramos na abordagem qualitativa subsídios que propiciarão discorrer sobre o tema em foco, sendo o caminho metodológico que mais aproxima a realidade social, visando a elaborar conhecimento científico, sem desconsiderar os significados, crenças e simbologias dos envolvidos nos processos da vida cotidiana, que passa por transformações intrinsecamente ligadas ao modo de viver das pessoas em geral e dos trabalhadores.

Concordamos com Bosi (2004, p. 38) quando enseja que o “objetivo deste tipo de pesquisa é compreender e/ou transformar a realidade médica ou social”. cremos, contudo, que a escolha da metodologia de investigação jamais propiciará uma compreensão totalitária da realidade, pelas limitações e especificidades das diferentes abordagens metodológicas e da complexidade dos processos envolvendo a relação humana com o ambiente o trabalho e a forma de se compreender saúde. Para Minayo (2004, p. 25),

[...] ressalta a importância do entendimento do fenômeno ou processo social nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos, compreendendo uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e social, entre pensamento e a base material. Em que há necessidade de se trabalhar com complexidade, com a

especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou “objetos sociais” apresentam.

Corroborando a ideia ora expressa, consideramos que a pesquisa-ação é uma escolha metodológica que favorece o desenvolvimento de um processo de interação de pesquisadores e sujeitos participantes da pesquisa, sendo este método o eixo central, norteador desta pesquisa.

1.2 O método escolhido

As reflexões iniciais sobre a opção metodológica nos estimularam a pensar sobre as concepções epistêmicas e nos auxiliaram a optar e propor a pesquisa-ação como uma das metodologias que mais garantirá a aproximação dos pesquisadores com os trabalhadores, profissionais do serviço de saúde e a comunidade, bem como o diálogo entre a ciência e a vida.

Para Haguette (2001), a pesquisa participante envolve um processo de investigação, educação e ação, consistindo numa pesquisa educacional e orientada para a ação. Segundo a autora, nesse tipo de pesquisa, realizam-se concomitantemente a investigação e a ação, prezando-se pela atuação conjunta de pesquisadores e participantes com vistas às mudanças e transformação social.

Thiollent (2008, p. 17) faz uma distinção entre pesquisa participante e pesquisa-ação, destacando que

[...] toda pesquisa-ação é participativa, sendo a participação das pessoas implicadas nos problemas investigados absolutamente necessária, enquanto na pesquisa participante a participação é sobretudo participação dos pesquisadores e consiste em aparente identificação com os valores e os comportamentos que são necessários para sua aceitação pelo grupo considerado.

Dessa forma, para o autor, a pesquisa participante nem sempre é uma pesquisa-ação, sendo esta última assim definida:

[...] a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e

participante representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo e colaborativo. (THIOLLENT, 2008, p. 16).

Em consonância com o expresso pelo autor, encontram-se os objetivos almejados por este estudo, sendo, portanto, essa abordagem metodológica suficientemente capaz de nos servir de guia no desenvolvimento do projeto investigatório.

1.3 O local escolhido

Este estudo foi realizado em um município situado na mesorregião do baixo Jaguaribe, compreendendo a chapada do Apodi, denominado Quixeré. Este município possui plantações de fruticultura irrigada produzida por empresas estrangeiras com a finalidade de exportar para o mercado europeu. Tendo em vista o impacto ambiental e na saúde dos trabalhadores e populações desses territórios, já se encontra em andamento uma pesquisa na região, especialmente nos Municípios de Limoeiro do Norte, Quixeré e Russas, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq. Como mencionamos na apresentação, referida pesquisa objetiva desenvolver estudos epidemiológicos voltados para a população da região do Baixo Jaguaribe exposta à contaminação ambiental em área de uso de agrotóxicos.

Considerando isso, a pesquisa que desenvolvemos vem somar esforços e contribuir em relação aos pontos já suscitados nesse estudo da contaminação por agrotóxicos evidenciado em relação ao SUS. Nosso estudo também integra um projeto financiado pelo Ministério da Saúde, intitulado Políticas Públicas de Saúde e Controle Social: construindo uma proposta de intervenção para a Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador em municípios com empreendimentos do Programa de Aceleração do Crescimento no Ceará.

Reforçamos esse ponto para expressar que os processos produtivos movem-se estrategicamente, onde municípios considerados de pequenos ou médio porte que não se apresentavam como áreas industriais, norteando-se como atrativos para o agronegócio; ou seja, os problemas relacionados ao trabalho estão

no espaço urbano e no rural. As questões e os desafios postos para as políticas de saúde ambiental e do trabalhador abrangem o território urbano e o campo, sendo necessário visualizarmos um todo articulado.

Os problemas relevantes em relação à saúde do trabalhador e à saúde ambiental estão também presentes nos municípios pequenos, que têm menos capacidade de assimilar do ponto de vista da saúde esses agravos, pela pouca proximidade com os novos contextos desdobrados com a implantação de empreendimentos produtivos. Nesses municípios, não há CERETs e a capilaridade das ações de saúde do trabalhador e ambiental precisam ser mais fortemente vascularizadas, para que a APS atue numa perspectiva que garanta a integralidade.

Segundo o Relatório da Pesquisa (2007) citada, desde a implantação do projeto irrigado Jaguaribe Apodi na chapada, acontece um processo de trabalho que tem como base a utilização de tecnologias avançadas (gotejamento, fertirrigação, pulverização aérea etc.). Esse trabalho contribui para o desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho, como também para a contaminação/poluição do solo e das águas. O relatório refere que inicialmente a área irrigada era de 1.750 hectares, no segundo momento passou para 2.500 hectares, perfazendo hoje 4.250 hectares com pequenos, médios e grandes produtores. Tanto os grandes como os pequenos produtores contam com o auxílio da FAPIJA (FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DO PROJETO IRRIGADO JAGUARIBE-APODI). Na região dá-se o cultivo de fruteiras (ata, graviola, melancia, acerola etc.) e de vários tipos de grãos (feijão, milho, soja etc.) e outros produtos, como o algodão.

Esse contexto da modernização agrícola ajunta profundas transformações pelo uso intensivo de fertilizantes agrícolas e agrotóxicos, com danosas consequências para a saúde humana. Apesar de a caracterização do contexto expor uma imbricada relação saúde-trabalho-ambiente de forma intensa na região, as políticas públicas municipais, especialmente o SUS local, no âmbito da operacionalização da política de saúde ambiental e saúde do trabalhador, não conseguem efetivamente dar respostas às demandas.

O Município de Quixeré, lugar onde realizamos este estudo, tem área geográfica de 616,825 km² a distância de 212,1 km da Capital cearense. Possui como municípios limítrofes Jaguaruana, Limoeiro do Norte, Russas e o Estado do Rio Grande do Norte, conforme podemos ver na figura 3 – Mapa de Quixeré.

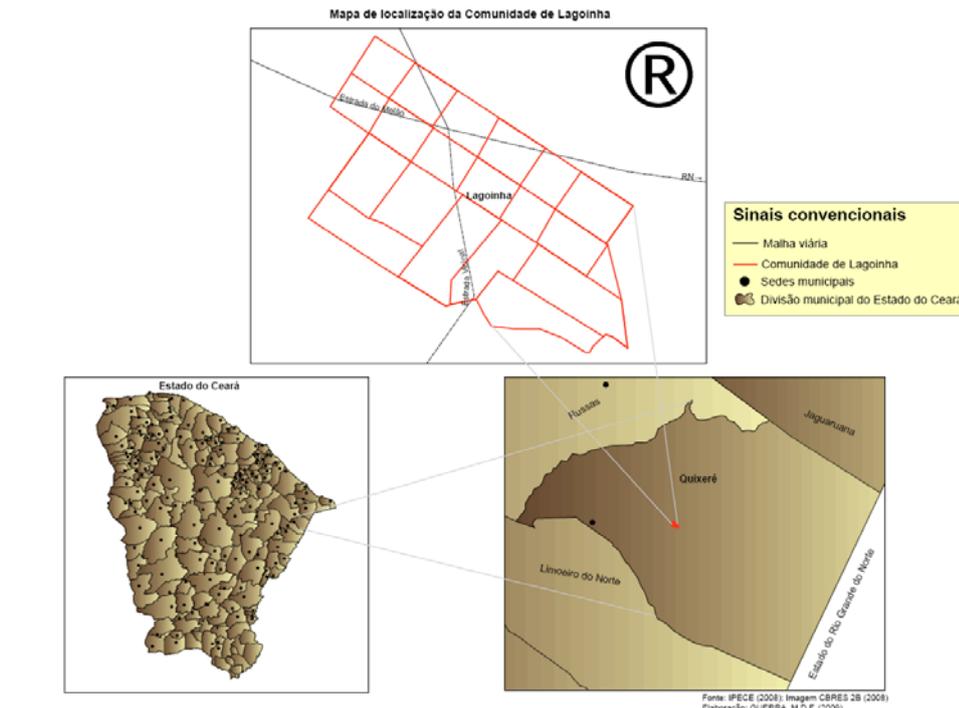


Figura 3 - Mapa de Quixeré.
Fonte: IPECE, 2008

Apresenta clima tropical quente semiárido com chuvas de fevereiro a abril, com precipitação pluviométrica média de 857,7 mm em meio à chapada do Apodi, com planícies fluviais e depressões sertanejas, onde predomina a caatinga arbustiva densa, dentre outros complexos vegetacionais.

A população estimada (2007) é de 18.652 habitantes, sendo o contingente urbano (2000) 9.857 e rural (2000) 7.005 habitantes, com uma densidade demográfica (2000) 27,34 hab/km². A taxa de urbanização (2000) corresponde a 58,46 %. Em relação à economia, o PIB (2005) é de R\$ 123.501.000, o que equivale a um PIB *per capita* (2006) de 8.953,00 reais, sendo o setor da agropecuária responsável por 59 % a indústria 8,63 % serviços: 32,37 %⁸

No que se refere à saúde, o perfil de morbimortalidade hospitalar em 2007⁹ foi de 23 óbitos no total, sendo 14 óbitos masculinos e nove femininos, distribuídos conforme a lustração.

⁸ Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Cear%C3%A1> acesso em 12 de abril de 2009 às 14h12min.

⁹ IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades@**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 12 de abril de 2009.

Causa de óbitos	Total de óbitos por sexo		Total de óbitos
	Feminino	Masculino	
Doenças infecciosas e parasitárias	2	1	3
Doenças do aparelho circulatório	3	6	9
Doenças do aparelho respiratório	1	4	5
Doenças do aparelho digestivo	2	0	2
Neoplasias	1	0	1
Doenças endócrina, metabólica e nutricional	0	1	1
Lesão, envenenamento e causa externa	0	1	1
Doenças originadas no período perinatal	0	1	1
Total de óbitos	09	14	23

Figura 4: Quadro de mortalidade por causa e sexo no Município de Quixeré, em 2007, segundo o IBGE.

Fonte: Dados obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Em relação à estrutura física, o Município possui 11 estabelecimentos de saúde, sendo dez do SUS, e conta com 29 leitos.

Segundo o IBGE, o Município possui duas indústrias extrativistas e 40 unidades locais de indústrias de transformação.

Nessa perspectiva, a situação nos desafia a abordar e fortalecer a prática do controle social, visando a garantir o apoio à efetivação de tais políticas nesses territórios, além de promover uma reflexão por meio da sensibilização e ação conjunta com os movimentos sociais, profissionais da saúde e gestão do SUS local.

Segundo o Censo Agropecuário (2006), tem o Município de Quixeré um significativo número de estabelecimentos agropecuários, como podemos observar na figura 5.

Condição das terras	Nº de estabelecimentos agropecuários	Área em hectares
Próprias	740	13.665
Terras concedidas por órgão fundiário ainda sem titulação definitiva	4	7
Arrendatário	100	575
Parceiro	30	606
Ocupante	105	362

Figura 5 – Quadro referente à condição legal das terras, número de estabelecimentos agropecuários e área em hectares pertencentes aos estabelecimentos agropecuários, em Quixeré, 2006.

Fonte: Dados do IBGE obtidos do Censo Agropecuário 2006

Na figura 6, apresentamos a condição dos produtores no Município, segundo o Censo Agropecuário 2006. No Município identificamos uma área de 13.916 hectares pertencente à categoria de proprietários, sendo bastante significativo este número, pois, mesmo que somemos a área pertencente aos assentados sem titulação definitiva com os arrendatários e parceiros, teremos uma área correspondente a 960 hectares.

Condição do produtor	Nº de estabelecimentos agropecuários	Área Hectares
Proprietário	740	13.916
Assentado sem titulação definitiva	3	6
Arrendatário	84	356
Parceiro	26	598
Ocupante	95	338
Produtor sem área	79	-

Figura 6 – Quadro referente à condição do produtor por número de estabelecimentos agropecuários e área de produção em hectares, em Quixeré, 2006.

Fonte: dados do IBGE obtidos do Censo Agropecuário 2006

Em relação à área cultivada e ao tipo de cultivo, Costa (2006) refere no seu estudo que a chapada do Apodi, principalmente nos Municípios de Limoeiro do

Norte e Quixeré, situa-se no terreno das transformações da base técnica das atividades agrícolas do baixo Jaguaribe. Segundo a autora, no final da década de 1990, foi incorporada a agricultura mecanizada, ocorrendo no espaço agrário do Município de Quixeré uma nova configuração socioespacial reveladora da fragmentação desse espaço. Descreve que encontramos no Município a planície aluvial, com uma grande percentagem de pequenas propriedades, na sua maioria com base nas relações não capitalistas de produção, a exemplo do trabalho familiar, e a *chapada do Apodi* com atividade agrícola empresarial e predomínio das relações capitalistas de produção, o trabalho assalariado agrícola. (COSTA, 2006, p.30).

Em relação ao emprego das terras, como podemos verificar na figura 7, para lavoura no Município, o Censo Agropecuário (2006) evidencia que há predomínio das lavouras temporárias (5.001 hectares) e apresenta uma área equivalente a 2.413 hectares de florestas naturais.

Utilização das terras	Nº de estabelecimentos	Área hectares
Lavouras - permanentes	207	1.711
Lavouras - temporárias	763	5.001
Lavouras - área plantada com forrageiras para corte	776	293
Pastagens - naturais	181	3.166
Pastagens - plantadas degradadas	1	-
Pastagens - plantadas em boas condições	12	52
Matas e/ou florestas - naturais destinadas à preservação permanente ou reserva legal	35	2.413
Matas e/ou florestas - naturais (inclusive área de preservação permanente e as em sistemas agroflorestais)	31	435
Sistemas agroflorestais - área cultivada com espécies florestais também usada para lavouras e pastejo por animais	59	897
Tanques, lagos, açudes e/ou área de águas públicas para exploração da aquicultura	2	-
Construções, benfeitorias ou caminhos	231	525
Terras degradadas (erodidas, desertificadas, salinizadas, etc.) -	7	78
Terras inaproveitáveis para agricultura ou pecuária (pântanos, areais, pedreiras, etc.)	70	641

Figura 7 – Quadro referente à utilização das terras por números de estabelecimentos e área em hectares, em Quixeré, 2006.

Fonte: dados do IBGE obtidos do Censo Agropecuário 2006

Em relação às formas de utilização da terra, Costa (2006) refere que, durante as décadas de 1940 e 1950, o crescimento econômico da vila de Quixeré relaciona-se também com outras atividades, como a extração de madeira na chapada do Apodi, contribuindo para o surgimento das primeiras serrarias no distrito/vila para a feitura de caibros, atendendo às solicitações dos madeireiros de Fortaleza (COSTA, 2006).

Para a autora, embora a modernização da agricultara já se apresentasse no baixo Jaguaribe desde 1970, em Quixeré, esse processo instaura-se somente no final da década de 1990.

Até, então a economia do município baseava-se em: extração de cera de carnaúba, pecuária extensiva, agricultura de pequena escala, principalmente de sequeiro; cerâmicas, extração de calcário; cultivo de algodão e de frutas como limão e banana para complementar à renda familiar.” Predominava atividade agropecuária extensiva de base familiar sustentada com técnicas tradicionais de produção, baixa produtividade do trabalho, produção voltada para o sustento da família, o que não quer dizer o excedente era encaminhado para o mercado. (COSTA, 2006, p. 30).

Considerando isso, podemos inferir que esse processo tem em média dez anos, e que a preservação de áreas de florestas pode decorrer do tempo ainda recente de implantação do agronegócio na região. Percebemos, também, que há diversas transformações no modo de produção no Município no sentido de incorporar a agricultura em larga escala.

Sobre o sistema de preparação do solo, conforme figura 8, para plantio, o Censo Agropecuário (2006) apresenta o tipo de cultivo por número de unidades, o que dificulta a análise, pois não sabemos a quantos hectares corresponde cada unidade para inferirmos as consequências para a terra em relação à forma de cultivo.

Tipo de cultivo	Unidades
Cultivo convencional (aração mais gradagem) ou gradagem profunda - Número de estabelecimentos agropecuários	414
Cultivo mínimo (só gradagem) - Número de estabelecimentos agropecuários	247
Plantio direto na palha - Número de estabelecimentos agropecuários	77

Figura 8 – Quadro referente ao sistema de preparação do solo, Quixeré, 2006
Fonte: Dados do IBGE obtidos do Censo Agropecuário 2006

Em relação aos produtos da lavoura temporária, como pode ser visto na figura 9, temos a produção do milho, que corresponde a 14.778 toneladas, seguido do feijão fradinho (2.488 toneladas). Estes produtos não são cultivados pelo agronegócio, sendo, portanto, uma produção decorrente dos pequenos produtores rurais do Município.

Produtos da lavoura	Nº de estabelecimentos	Quantidade em tonelada	Valor da produção por mil reais
Feijão de corda em grão	198	537	499
Feijão fradinho em grão	387	2.488	1.710
Mandioca (aipim, macaxeira)	7	2	1
Milho em grão	654	14.778	4.862

Figura 9 – Quadro referente aos produtos da lavoura temporária, Quixeré, 2006.
Fonte: dados do IBGE obtidos do Censo Agropecuário 2006

Em relação aos trabalhadores no Município, o Censo Agropecuário 2006 apresenta um quantitativo de 5.667 pessoas, entre homens e mulheres, conforme figura 10. Este número é bastante significativo em relação à população total do Município na faixa etária acima de 14 anos até mais de 80 anos, que corresponde segundo os dados do IBGE (2007), a um total de 11.138 habitantes. Isso demonstra que metade da população do Município está envolvida nesse tipo de atividade de trabalho.

	Total de pessoas
Homens	4.463
Mulheres	1.204
Homens com 14 anos e mais de idade	4.431
Mulheres com 14 anos e mais de idade	1.191

Figura 10 - Quadro referente ao pessoal ocupado em estabelecimentos agropecuários, por sexo e idade, em Quixeré, 2006
Fonte: Dados do IBGE obtidos do Censo Agropecuário 2006

Nesse sentido, Costa (2006) aponta que a reestruturação da atividade agrícola acontece de forma heterogênea no espaço agrário de Quixeré e enumera como consequência a fragmentação do território e do trabalho assalariado associado a uma intensa concentração de terras no domínio produtivo de empresas

agrícolas, contribuindo para o surgimento do crescimento urbano nas sedes dos distritos onde estão as fazendas agrícolas.

1.4 Os caminhos e as pessoas da pesquisa

Para o profundo conhecimento dos fatos da realidade acerca desse objeto de estudo, que se desvela numa rica e complexa rede de sujeitos, emergiu, ao mesmo tempo, um desafio salutar, tanto em relação à coleta como a análise dos discursos. No intuito de garantir a maior riqueza possível, dentre as diversas técnicas utilizadas para coletar material empírico, optamos pelo diário de campo na observação participante, a realização de conversas com informantes-chave, usuários, profissionais e gestores, para obtenção de mais informações sobre a realidade e realizamos oficinas e ou seminários com o grupo de pesquisa, utilizando perguntas norteadoras da discussão.

Para o desenvolvimento da pesquisa-ação propomos alguns passos fundamentais, não realizados de forma linear, mas que nos auxiliaram na condução do processo. Passaremos à descrição dos passos, numerados de 1 a 7, sem necessariamente isso implicar ordem de execução. O passo 7, que corresponde à fase de implantação do plano de ação, encontra-se brevemente descrito, mas não fará parte da dissertação, pois, sua efetivação, faz-se necessário um período bem superior ao que dispomos neste momento.

Passo 1 - Pesquisa documental visando a apropriar-se de informações relevantes e conhecer o perfil sócio-histórico, as condições sociodemográficas, socioeconômicas e epidemiológicas do Município, em especial no que se refere ao SUS local, aos problemas ambientais e processos produtivos. Para tal, utilizamos bases de dados secundários em *sites* oficiais, tais como: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Portal do Governo do Estado do Ceará e da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) e Sistemas de Informação em Saúde tais como: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema Nacional de Agravos Notificáveis (SINAN), dentre outros.

Passo 2 - Visitas exploratórias ao Município foram realizadas durante o ano de 2009 objetivando:

- identificar como está estruturado o serviço de saúde em relação a atenção básica e vigilância em saúde – ambiental, sanitária, saúde do trabalhador e epidemiológica e o controle social;
- identificar os equipamentos sociais, agentes sociais, Conselho Municipal de Saúde, Conselho de Meio Ambiente, sindicatos, associações de trabalhadores, cooperativas e convidá-los a participar da pesquisa;
- agendar reunião com a gestão municipal (secretário de saúde, coordenação da atenção básica, coordenação das vigilâncias em saúde – ambiental, sanitária, saúde do trabalhador, epidemiológica); e
- realizar reunião para apresentação do projeto de pesquisa e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Passo 3 - Realizamos reunião com as equipes Saúde da Família do Município, Conselho Municipal de Saúde para apresentação da proposta de pesquisa e iniciarmos o processo de identificação do território e conseqüentemente da equipe de Saúde da Família que participaria da pesquisa, considerando os seguintes critérios de inclusão:

- uma equipe de Saúde da Família de atuação rural e urbana; e
- ter disponibilidade para participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão do território estavam relacionados à especificidade de ser totalmente rural ou totalmente urbano, e a equipe Saúde da Família não se dispôs a participar da pesquisa

Após a identificação do território, isto é, da equipe Saúde da Família, que participaria do estudo, propomos a organização do grupo de pesquisa, com no máximo 14 participantes, com as pessoas da equipe que quisessem participar, sendo, prioritariamente, contemplados na sua constituição: profissional médico,

enfermeiro, agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem. As demais pessoas convidadas a participar do grupo foram: usuário do SUS, movimento social, trabalhador da empresa, conselheiro municipal de saúde, gestor do Sistema Único de Saúde, especialmente da atenção básica, coordenador das áreas de saúde do trabalhador e ambiental, vereador, representante de associação ou sindicato dos trabalhadores, escola, e nós, os pesquisadores. O grupo reuniu-se em datas definidas após a sua constituição no intervalo médio de 21 dias, sendo que cada encontro do grupo correspondia a oito horas, totalizando uma carga horária de 44 horas, totalizando 5,5 encontros, que foram denominados seminários e/ou oficinas.

Para exclusão do participante do grupo, elegemos os seguintes critérios: faltar a três seminários e/ou encontros do grupo e não ter representatividade diante do órgão a que estivesse vinculado.

Passo 4 – Reunião com os componentes do grupo de pesquisa que assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dispondo-se a participar do grupo, para realizar o planejamento do trabalho de campo:

- apresentamos como seriam as fases do trabalho de campo – observação participante na unidade de saúde, as conversas com informantes-chave que se dariam ao longo do trabalho de campo, objetivando um conhecimento mais profundo da dinâmica do território escolhido, bem como a metodologia a ser utilizada nos seminários do grupo; e
- pactuamos o cronograma de encontro do grupo conosco para realização dos seminários.

Passo 5 – Realizamos os seminários, que tiveram como produto um plano de ação em relação à política de saúde ambiental e do trabalhador na atenção básica a ser implantado no Município. Os seminários foram realizados numa perspectiva colaborativa, interacionista de pesquisador e componentes do grupo, visando a ampliar ou modificar a compreensão da realidade e dos problemas locais, bem como propor soluções de enfrentamento. Segundo Freire (1992, p. 114),

[...] toda compreensão de algo corresponde cedo ou tarde, uma ação. Captado um desafio, compreendido, admitidas as hipóteses de resposta o homem age. A natureza da ação corresponde a natureza da compreensão. Se a compreensão é crítica ou preponderantemente crítica, ação também o será. Se é mágica a compreensão, mágica será a ação.

Considerando o que pensa Freire sobre a ação humana, entendemos que o fato de utilizar como guias os ensinamentos propostos pelo autor foi de salutar importância para a condução dos seminários. Para Freire, somente um método ativo, dialogal, participante, pode propiciar o debate das situações desafiadoras postas diante de um grupo, o que nos remeteu à problematização ou ação de problematizar. Nesta perspectiva, um estudo empírico realizado por Zanotto e De Rose (2003, p. 48) interpretam o que o educador Paulo Freire propõe relativo à problematização.

O que está sendo enfatizado é o sujeito prático: a ação de problematizar acontece a partir da realidade que cerca o sujeito; a busca de explicação e solução visa a transformar aquela realidade, pela ação do próprio sujeito (sua práxis). O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente.

Com base neste fato na pesquisa-ação, seguimos na realização dos seminários para a feitura do plano de ação. Dentre as questões essenciais, destacamos as sugestões de Thiollent (2008, p. 75): “quem são os atores ou unidade de intervenção? Como se relacionam os atores e as instituições: convergências, divergências, conflito aberto? Quais são os objetivos e metas tangíveis da ação e os critérios de avaliação? Como dar continuidade à ação, apesar das dificuldades? Como assegurar a participação da população e assegurar suas sugestões? Como controlar o conjunto do processo e avaliar os resultados?”

Considerando os ensinamentos de Thiollent (2008) e Freire (1992), seguimos na condução das oficinas, utilizando a perspectiva construcionista, entendendo tanto o sujeito como o objeto como construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas, ou seja, implica problematizar a realidade (SPINK, 1999).

Spink (1999, p. 77), nos seus estudos sobre construcionismo, destaca que:

O cerne do construcionismo na perspectiva da teoria do conhecimento é a compreensão de que os termos em que o mundo é compreendido são artefatos sociais, produto das trocas historicamente situadas entre as pessoas. Adotando uma perspectiva de que o conhecimento não é uma coisa que as pessoas tem na cabeça, mas algo que elas fazem juntas. Implica a resignificação da relação entre sujeito e objeto, pois tanto o objeto como o sujeito são construções sócio-históricas: o modo como acessamos a realidade institui os objetos que constituem a realidade. Dito de outra forma, a realidade não existe independentemente do nosso modo de acessá-la.

Considerando o exposto, realizamos a pesquisa-ação concebendo os seminários juntamente com o grupo de pesquisa com vistas a:

- programar os seminários, carga horária, mobilização dos participantes, dentre outras atividades; e
- realizar as oficinas/seminários para identificar e planejar as estratégias de ação a serem desenvolvidas na atenção básica, em especial, pela equipe Saúde da Família participante do processo, em relação à saúde ambiental e à saúde do trabalhador;

Passo 6 – Reunião com a gestão municipal (secretário de saúde, coordenação da atenção básica, coordenação da vigilância em saúde – ambiental, sanitária, saúde do trabalhador e epidemiológica), com o controle social e fórum agrotóxico, para apresentação das ações a serem implantadas no território de cada equipe de Saúde da Família e discussão do papel do grupo gestor da Secretaria de Saúde na efetivação da política de saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção básica. Esta reunião acontecerá após a finalização de nossa pesquisa e consiste em apresentar os resultados da dissertação para o público há pouco descrito.

Passo 7 – Implantação, monitoramento e avaliação das estratégias de ação, de forma processual e contínua, conforme critérios estabelecidos pelo grupo de pesquisa. Este passo constitui-se numa sugestão a ser apresentada ao grupo, para que, após o término do estudo, possam sentir-se envolvidos pela possibilidade de continuidade e seguimento das ações, com base nos seus anseios, e desenvolver essa etapa.

Todos os encontros do grupo foram gravados e ou filmados e constituíram material discursivo de análise. Os encontros grupais objetivaram, primeiramente, identificar os problemas e definir as ações prioritárias a serem desenvolvidas, considerando a temática saúde-ambiente-trabalho, segundo os participantes do grupo de pesquisa, junto aos conselheiros de saúde, lideranças comunitárias, profissionais de saúde, comunidade, dentre outros.

Os passos acima descritos possibilitaram a ampliação da nossa óptica acerca da problemática em curso pelos envolvidos. Os seminários foram realizados espaçadamente, à medida que o grupo determinava, e caracterizaram-se como momentos oportunos para discussão das ações essenciais para a integralidade da atenção em saúde do trabalhador e saúde ambiental na atenção básica, tais como:

- a) realizar uma leitura abrangente e dinâmica do território, por meio do desenvolvimento de um processo de territorialização com participação social e do SUS, que consistem em mapear situações de risco, compreendendo a vulnerabilidade social da população exposta, por exemplo, onde moravam e onde residem atualmente os trabalhadores da empresa e grupos populacionais que antes viviam nesses territórios hoje pertencentes ao capital;
- b) identificar a necessidade de conhecer o processo de trabalho/produção nas empresas para intervir adequadamente no processo saúde-doença em relação aos trabalhadores do agronegócio;
- c) levantar dados epidemiológicos/queixas/agravs à saúde humana relacionados ao trabalho e ambiente na população atendida nos centros de Saúde da Família, bem como junto aos trabalhadores;
- d) identificar formas de visualizar o impacto ambiental ocasionado;
- e) identificar as necessidades de conhecimento dos profissionais de saúde, conselheiros de saúde, dentre outros, acerca da problemática saúde-ambiente-trabalho na interface das ações de saúde pública a serem desenvolvidas no âmbito da atenção básica;
- f) identificar a percepção de contexto de risco, a concepção de saúde dos profissionais do SUS;

- g) fomentar as ações/práticas promotoras de saúde ambiental e saúde do trabalhador junto aos gestores públicos locais, profissionais, trabalhadores e sociedade civil;
- h) incentivar a operacionalização do sistema de informação em saúde ambiental com base na disponibilização do processo de territorialização e da ação conjunta no desenvolvimento da pesquisa; e
- i) discutir no contexto comunitário o envolvimento/participação da comunidade no que diz respeito à tomada de decisão relativamente à implantação desses empreendimentos, bem como a percepção atual diante das mudanças na dinâmica comunitária decorrentes dos novos empreendimentos.

Nessa perspectiva, a investigação se empenhou na identificação de ações necessárias e, até então, pouco valorizadas no contexto local. Com isso pretendemos contribuir para a garantia dos princípios constitucionais do SUS e para fomentar a implementação da Política de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador nesses territórios, bem como promover uma relação dialógica com os pressupostos da Política de Saúde do Trabalhador na interface com a saúde ambiental.

Na Parte III, denominada, **O processo e os resultados**, discorreremos sobre como desenvolvemos a pesquisa desde os passos iniciais no reconhecimento do território até a formação do grupo de pesquisa.

1.5 Leitura da realidade – análise de dados

Para o tratamento das informações, realizamos um estudo crítico dos discursos gravados na realização das oficinas, considerando os elementos como a sintaxe, semântica, as metáforas, os níveis de percepção e envolvimento dos participantes. Após a transcrição das fitas, em que respeitamos os discursos dos participantes emergidos durante as reuniões, realizamos uma leitura aprofundada das falas. Em seguida, submetemos os conteúdos a uma categorização temática,

reunindo-os em categorias de análise organizadas, com suporte em um diálogo aproximado com a literatura revisada para a pesquisa.

Propomos Análise do Discurso, para promover a análise das falas, pois acreditamos que esta consiste na mais adequada das tipologias de análise para o nosso objeto. Orlandi (2000) relata que o discurso pode ser entendido como o efeito de sentidos entre os locutores, e a análise do discurso é um estudo que visa a extrair sentido dos textos, considerando que a linguagem não é transparente, então, procura compreender a língua fazendo sentido, como trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história (ORLANDI, 2000). Dessa forma a análise do discurso vai além da transmissão da informação, pois para ela não há linearidade na disposição dos elementos da comunicação, como se a mensagem resultasse de um processo. “O discurso tem sua singularidade, tem seu funcionamento que é possível apreender se não opomos o social e o histórico, o sistema e a realização, o subjetivo ao objetivo, o processo a produto.” (ORLANDI, 2000, p. 22).

Esta ferramenta oferece, conforme Caregnato e Mutti (2006), a compreensão e apreensão do sentido e não somente do conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido. Considerando isso e a perspectiva de trabalhar com o coletivo, encontramos na análise do discurso elementos que nos permitem realizar uma análise profunda dos discursos, como bem dito: “A análise do discurso visa compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e por sujeitos.” (ORLANDI, 2000, p. 26).

Essa técnica, portanto, atende ao que nos propomos e nos possibilitou a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens, aproximando-nos dos objetivos do estudo, seguindo os ensinamentos de Orlandi (2000).

[...] o analista do discurso [...] não interpreta ele trabalha nos limites da interpretação, não se coloca fora da história, do simbólico ou da ideologia. Ele se coloca em uma posição deslocada que lhe permite contemplar o processo de produção dos sentido em suas condições. (ORLANDI, 2000, p. 61)

Em relação aos depoimentos, realizamos algumas correções das falas originais dos participantes sem distorcer seu conteúdo, preservando a estrutura do discurso e o encadeamento das ideias, mantendo-se as expressões próprias da

linguagem coloquial que não comprometem o decoro nem expõem os sujeitos. Considerando a relevância da pesquisa para todos os envolvidos e a importância do anonimato para os sujeitos participantes, propomos sua identificação, por meio de terminologias que garantam o sigilo quanto às falas e expressões de todos.

1.6 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida dentro dos parâmetros contidos na Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, conforme o parecer número 14/10.

Esta pesquisa está vinculada ao Estudo Epidemiológico da População da Região do Baixo Jaguaribe Exposta à Contaminação Ambiental em Área de Agrotóxicos, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico – CNPq, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, por meio do Protocolo CEP/ESP-CENº 53/2007. Também integra a pesquisa Políticas Públicas de Saúde e Controle Social: construindo uma proposta de intervenção para a Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador em municípios com empreendimentos do Programa de Aceleração do Crescimento no Ceará, apoiada pelo Ministério da Saúde.

Para a realização do trabalho de campo com o grupo, foi solicitada a anuência dos sujeitos da pesquisa mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice A), que discorre sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos e benefícios, esclarecendo-os quanto à participação voluntária e o direito de retirar-se da pesquisa no momento em que assim quisessem. Foram assegurados a confidencialidade e o sigilo aos participantes do grupo, informando-os de que sua participação ou não nesta pesquisa não acarretaria qualquer benefício indevido, nem prejuízo de maneira alguma.

Para aqueles que reafirmaram a intenção de participar foi solicitada a assinatura do TCLE, sendo disponibilizada a 2ª via para o participante, ficando a primeira sob a guarda da coordenação da pesquisa.

PARTE III

1 O PROCESSO E OS RESULTADOS



Figura 11- Foto de oficinas com o grupo de pesquisa.

Fonte: Acervo da pesquisa.

1. 1 Passos iniciais no reconhecimento do território

Como proposto na metodologia, realizamos visitas exploratórias ao Município, no intuito de identificar por meio da observação livre e do diálogo com informantes-chave o território que sediará nossa proposta de pesquisa. Esse território deveria ter uma equipe Saúde da Família atuando, tendo em vista que nossa abordagem é centrada nas práticas da atenção primária à saúde.

Para tal, nossos passos iniciais na descoberta/identificação do território consistiram em dialogar sistematicamente com os movimentos sociais, gestores municipais de saúde e assistência social, profissionais da APS, usuários do SUS, coordenadores da atenção básica e vigilância à saúde, dentre outras. Nesse processo de reconhecer o Município e os territórios sanitários, realizamos a leitura sobre a situação de saúde local com base em informações contidas em base de dados oficiais, como também publicações de autores da região que traçam o perfil

genérico de alguns aspectos do baixo vale do Jaguaribe e visitas *in loco* às comunidades e nas unidades de saúde.

Realizamos nossas visitas durante o primeiro semestre de 2009, momento este que propiciou a interação e aproximação com moradores, movimentos sociais, profissionais da saúde da rede secundária e primária, gestores municipais de saúde, ex-gestores de saúde. No ato destas atividades, registrávamos nossas percepções e observações em diário de campo. A primeira visita foi à Secretaria Municipal de Saúde, onde discorremos sobre o projeto com o secretário municipal de saúde, três médicos da atenção primária à saúde e o coordenador da vigilância à saúde do Município.

No primeiro contato, explicitamos os nossos objetivos em relação a este objeto de estudo. Enfatizamos a relevância da participação social, primando pela necessidade de desenvolver uma pesquisa produzida por um coletivo representativo como uma questão central para o nosso estudo. Nessa oportunidade, pela pouca proximidade temporal que tínhamos com a região a ser estudada, e, também, desde já, valorizando e reconhecendo o saber local, solicitamos a parceria no sentido de nos auxiliarem na identificação do território, que mais apresentasse no atual contexto problemas envolvendo a *saúde-ambiente-trabalho* na óptica deles.

Afirmamos a importância da participação da gestão e da vigilância em saúde, no momento em que se iniciasse o processo de pesquisa no território local na tentativa de promover um debate mais consistente entre atenção, gestão e a vigilância à saúde.

O secretário de saúde nos falou sobre o horário de expediente da Secretaria de Saúde, que somente era das 7 horas às 13 horas. Esta escolha de horário estava relacionada com a contenção de gastos, e, apesar de considerar o estudo relevante para a saúde do Município, nos informou de que não disporia de tempo para participar das atividades do grupo.

Nesse mesmo período, aflorou no Município uma greve dos servidores (motoristas e técnicos de enfermagem), o que demandou ainda mais preocupação à gestão municipal. A Secretaria de Saúde conta com poucos funcionários que se sobrecarregam nos afazeres, sendo este, também, um motivo que foi relatado pelos

gestores da atenção primária à saúde e da vigilância à saúde para não participarem das atividades no território local.

As visitas se seguiram em diversos segmentos do Município. Além da conversa com os gestores conversamos com as enfermeiras e dentistas das equipes de Saúde da Família, fomos ao restaurante local e, informalmente, indagamos aos trabalhadores sobre o que percebiam com relação à saúde do Município. Identificamos uma informante-chave, usuária do serviço de saúde, que nos trouxe outros elementos que nos foram auxiliando na identificação do território.

Inicialmente, imaginávamos que não teríamos uma boa adesão das equipes de Saúde da Família em participar desse processo, no entanto, o tivemos. Das seis equipes, quatro se propuseram participar do estudo, o que não seria possível para nós em período de tempo exequível do curso de mestrado, além do esforço operacional que seria necessário para se trabalhar um processo coletivo com um grupo quantitativamente numeroso. Apesar das explicações dadas, as equipes continuaram interessadas, o que exigiu de nós muita precaução na escolha/definição do local deste estudo dentro do Município, sendo essencial aprofundar a exploração do campo para definir com efetiva responsabilidade a região a ser pesquisada.

Em relação aos serviços de saúde, além da Secretaria de Saúde, fomos a três unidades básicas de saúde e ao hospital municipal (veja figura 12, 13 e 14). Nesses locais, conversamos com trabalhadores da saúde, como enfermeiros, auxiliares de enfermagem e motoristas, dentre outros.



Figura 12 - Foto da Unidade de Saúde do Distrito de Lagoinha - Quixeré - Ceará.

Fonte: Acervo da pesquisa.



Figura 13 - Foto da Unidade de Saúde do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará.

Fonte: Acervo da pesquisa.

Nas visitas às unidades básicas de saúde, acompanhamos as atividades de enfermagem, observando como se dava o processo de trabalho, inclusive realizamos junto com uma equipe de Saúde da Família uma visita até uma fazenda agrícola. Esta atividade da equipe tinha sido demandada pela empresa agrícola e consistia em vacinar os trabalhadores da empresa. Também ouvimos agentes comunitárias de saúde, técnicas de enfermagem e representantes de movimentos sociais nesses territórios.



Figura 14 – Foto do Hospital Municipal de Quixeré.

Fonte: Acervo da pesquisa.

Aos informantes-chave indagávamos: *qual a região do Município de Quixeré que na atualidade mais enfrenta problemas socioambientais relacionados ao trabalho que tem impactos na saúde da população?*

A esta pergunta, realizada numerosas vezes a diversas pessoas, todas foram unânimes em responder: Lagoinha! Além dessa resposta, emendavam, relatando que, com a implantação das empresas em cima da serra¹⁰, havia inúmeros problemas presentes no Distrito, citando o crescimento exagerado da população nos últimos anos, gravidez na adolescência, prostituição, drogas, o uso dos agrotóxicos, dentre outras questões que influenciavam direta ou indiretamente a saúde dos moradores e dos trabalhadores.

Mesmo considerando as informações dos nossos sujeitos, elencamos alguns critérios, os quais observávamos nas nossas visitas exploratórias, que nos guiaram na definição do território, a saber:

- ✓ ser um território que estivesse vivenciando dentro do Município de modo mais fervoroso as transformações advindas de processos produtivos que promovessem mudanças na vida da comunidade e que por isso requeriam de maneira mais consistente a intervenção/atuação do SUS em relação à efetivação das políticas de saúde ambiental e saúde do trabalhador;
- ✓ interesse dos profissionais de saúde, dos movimentos sociais, dos usuários do SUS de constituir a política de saúde ambiental e saúde do trabalhador no âmbito local;
- ✓ necessidade do serviço de saúde de forma emergencial, de dar respostas às necessidades de saúde da população e dos trabalhadores em um contexto de transformações socioambientais e culturais;
- ✓ incipiência do serviço de saúde no acolhimento das necessidades de saúde relacionadas ao trabalho, por desconhecimento dos

¹⁰ A população local refere-se comumente à chapada do Apodi como “em cima da serra”. Na Chapada situam-se dois distritos de Quixeré, Lagoinha e Tomé, sendo este último menor em termos populacionais, e, no momento está tendo uma reorganização, de modo que passará a responsabilidade do Município de Limoeiro do Norte, no que se refere às ações de saúde.

principais processos produtivos locais e de que forma isso causa impacto à saúde humana; e

- ✓ magnitude dos problemas sociais e ambientais emergidos com o processo de desenvolvimento em curso no território.

Com tal visão, realizamos as visitas exploratórias e comungamos das opiniões dos nossos informantes, de que, realmente, o Distrito de Lagoinha apresentava de forma significativa o entrelaçamento dessas questões.

1.2 A chapada do Apodi-CE, o Distrito de Lagoinha, seio da serra!

Definimos após meses de visitas ao campo empírico o Distrito de Lagoinha como sede desse objeto de estudo. Adentraremos agora, ainda que de forma superficial, alguns aspectos que o caracterizam como solo fértil para o desenvolvimento de ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador.

A chapada do Apodi compreende os Distritos de Lagoinha e Tomé, ambos fundados no ano de 1985, sendo a Lagoinha pela Lei Nº 11.158. Na figura 15, temos o mapa do Distrito de Lagoinha com a representação das áreas em uso pela agricultura.

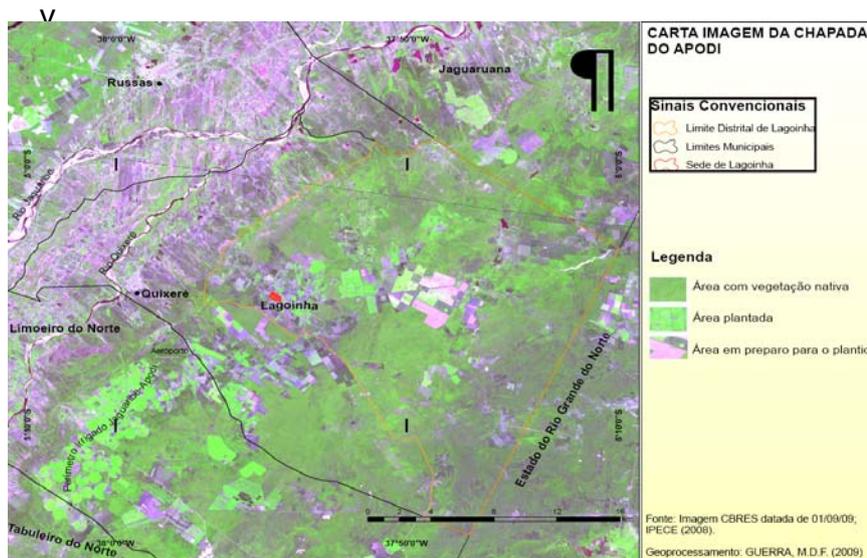


Figura 15 - Mapa do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará.
Fonte: IPECE, 2008

O Distrito de Lagoinha é muitas vezes denominado pela comunidade de “serra”, haja vista sua localização em cima da Chapada. Conforme o IBGE, a estimativa populacional do Município de Quixeré em primeiro de julho de 2009 corresponde a 19.772 habitantes. Podemos ver na figura 16 que a população, segundo o censo de 2000, era de 16.862 habitantes. Esse aumento populacional, segundo os moradores, tem se dado principalmente em Lagoinha, por ser a região do Município com maior crescimento econômico.

Município	População residente		
	Total	Homens	Mulheres
Quixeré	16.862	8.398	8.464
Quixeré	7.641	3.724	3.917
Agua Fria	1.382	685	697
Lagoinha	6.042	3.074	2.968
Tomé	1.797	915	882

Figura 16 - Quadro da população residente em Quixeré, por grupos de sexo, segundo o Município de Quixeré e distritos - Ceará – 2000.
Fonte: Anuário Estatístico do Ceará, 2008

Conforme dados do Instituto de Pesquisa do Ceará, contidos no anuário estatístico do Ceará (figura 16), a população do referido distrito é de 6.042 habitantes, enquanto de Quixeré Sede é de 7.641, dados do Censo 2000.

Considerando que nessa década a região passou por profundas mudanças, e esse contingente populacional também apresenta crescimento intenso decorrente da expansão do agronegócio na região, atraindo cada vez mais trabalhadores rurais para a chapada do Apodi, acreditamos que o aumento populacional esteja mais vinculado ao Distrito de Lagoinha. Na fala dos nossos informantes, a população do Distrito de Lagoinha, atualmente, aproxima-se da existente em Quixeré Sede, e consideram que essa população alcançaria de nove a dez mil habitantes no ano de 2009. Há estudos científicos realizados pela Faculdade de Filosofia Dom Aureliano Matos que relatam esse crescimento demográfico.

A partir da década de 1990 o distrito de Lagoinha [...] presenciou um crescimento populacional bastante expressivo, este é o período da implantação das primeiras empresas agrícolas no citado distrito. Desde que as empresas foram implantadas, Lagoinha tornou-se um pólo atrativo de mão-de-obra, fazendo com que muitas pessoas passassem a residir na Vila, devido sua proximidade com as fazendas dessas empresas. (COSTA, 2006, p. 45).

Na Figura 17, podemos observar que a população de Lagoinha, já em 2000, era bem maior se comparada aos outros distritos de Quixeré, sendo, portanto, essa população representativa do povoamento da chapada do Apodi no Ceará. Também chama atenção para a população masculina que se apresenta superior à feminina, tanto na extensão considerada urbana como rural do Distrito de Lagoinha, o que não acontece nos outros distritos, com exceção de Tomé, que exhibe também apresenta um maior número de homens, mas somente na área rural.

Município e distritos	População residente								
	Total	Homens	Mulheres	Urbana			Rural		
				Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Quixeré	16.862	8.398	8.464	9.857	4.848	5.009	7.005	3.550	3.455
Quixeré	7.641	3.724	3.917	4.662	2.237	2.425	2.979	1.487	1.492
Água Fria	1.382	685	697	635	299	336	747	386	361
Lagoinha	6.042	3.074	2.968	3.835	1.954	1.881	2.207	1.120	1.087
Tomé	1.797	915	882	725	358	367	1.072	557	515

Figura 17 - Quadro com a população residente, por situação do domicílio e sexo, segundo o Município de Quixeré e distritos - Ceará - 2000.

Fonte: Anuário Estatístico do Ceará, 2008

Evidencia-se um aumento da densidade demográfica no Município com um crescimento do processo de urbanização, considerando-se o período das últimas duas décadas, como podemos observar na figura 18. Percebemos que as mudanças no modo de produção, como discorreremos adiante, contribuem para que os camponeses migrem para as áreas periféricas da Cidade, onde passam a constituir massa de trabalho empregado/assalariado nos empreendimentos agrícolas.

Município	Densidade demográfica (hab/km ²)			Taxa média geométrica de incremento anual da população residente 1991/2000 (%)			Taxa de urbanização (%)		
	1991	2000	2007	Total	Urbana	Rural	1991	2000	2007(1)
Quixeré	23,1	28,2	30,2	2,3	4,4	-0,2	48,5	58,5	59,6

Figura 18 - Quadro da densidade demográfica, taxa média geométrica de incremento anual da população residente e taxa de urbanização, segundo o Município de Quixeré, 1991-2000-2007.

Fonte: Anuário Estatístico do Ceará, 2008

Estudo realizado em 2006 na região chama atenção para o fato de que a Chapada, ao contrário da planície, dispunha, em décadas anteriores, de vasta dimensão de terras, pertencentes, na sua maioria, a latifundiários. Estas terras se encontravam sem agregação de valor, desde a crise do algodão na década 1980, que culminou com a eliminação quase total dessa cultura, ficando as terras sem utilização, servindo quase unicamente para a retirada da madeira e para pequenas plantações de grãos (COSTA, 2006).

Desse modo, para os proprietários das terras da chapada do Apodi, as empresas agrícolas representaram a oportunidade de vender suas propriedades por preços mais elevados do que estavam sendo aplicados no mercado de terras naquela época na região. Com a venda dessas terras na década de 1990, a chapada do Apodi, no Município de Quixeré, entrou no circuito internacional do agronegócio no Ceará. Os fatores de atração caracterizam-se essencialmente por: “bens naturais disponíveis, como o solo, a água e o clima adequados; abundância

de mão-de-obra barata; investimentos governamentais em infra-estrutura, como a CE-377, conhecida como rodovia do melão.” (COSTA, 2006).

A implantação dos empreendimentos agrícolas na Lagoinha contribui para diversos processos de mudanças no território pela inserção de um modo de produção empresarial, estabelecendo outros tipos de relações e vínculos com o trabalho com repercussões sobre a saúde e o ambiente.

Há, portanto, uma mudança no modo de produção na Chapada, que era caracterizado anteriormente pelas atividades como a agropecuária e o extrativismo vegetal e mineral, realizada em pequenas e médias propriedades, como o cultivo das lavouras de algodão, milho e feijão por pequenos produtores para um modelo mecanizado de agricultura, centrado na monocultura, característico do agronegócio.

A autora refere que, na pecuária, predominava a criação de caprinos e ovinos, realizando-se também a extração de calcário, que consistia numa atividade existente em menor dimensão e o extrativismo vegetal que consistia na extração de madeira para a construção civil e para as cerâmicas da região do baixo Jaguaribe (COSTA, 2006).

Essa transformação do modo de produção ocorreu no final da década de 1990 e vem se intensificando cada vez mais, sendo que hoje as empresas agrícolas cultivam a maior parte da área produtiva pertencente ao Distrito de Lagoinha, que passou a compor o cenário internacional de produção intensiva de frutas tropicais para o mundo globalizado, desvelando no contexto local as relações de produção características do capitalismo industrial no campo (COSTA, 2006).

Segundo Costa (2006), a empresa Del Mont Fruit Fresh Brasil, com sede nos Estados Unidos, iniciou a compra de terras no ano 1997 na região para a implantação de uma filial a fim de plantar melão para o mercado externo. Também nesse mesmo ano iniciou a compra de terras a empresa Bessa Produção e Distribuição de Frutas, que exporta mamão para a Inglaterra, São Paulo, Belo Horizonte, Espírito Santo e Rio de Janeiro. No ano de 1988, chegaram as empresas nacionais Frutacor, Nolem Comercial Importadora, Isratec e J. Salloute (COSTA, 2006).

Identificamos no Município de Quixeré o cultivo de arroz, feijão, milho, tomate e melancia como produtos derivados da pequena agricultura, como pode ser

visto na figura 19. Em relação à produção do melão, indicamos que este é produzido na chapada do Apodi, especialmente no Distrito de Lagoinha, ou seja, só desta fruta temos uma área plantada de 3.120 hectares, e esta produção deriva do agronegócio.

Analisando-se rapidamente a figura 19, podemos perceber que, como lavoura temporária, o melão lidera a produção, chegando a ser treze vezes maior a produção desta fruta em relação à segunda fruta, que, no caso, é a melancia. Constata-se que o cultivo de grãos utilizados na alimentação como o arroz e feijão, que correspondem aos plantios realizados pela agricultura familiar, são consideravelmente inferiores à produção do melão, que é produzido pelo agronegócio.

	Quantidade (toneladas)	Valor da produção em Mil R\$	Área plantada e colhida Hectares	Rendimento médio Quilogramas por Hectare
Arroz (em casca)	900	668	150	-
Feijão (em grão)	288	504	360	800
Mamona (baga)	1	1	14	71
Melancia	6.000	1.800	200	30.000
Melão	78.000	89.310	3.120	25.000
Milho (em grão)	428	246	354	1.209
Sorgo (em grão)	147	59	70	2.100
Tomate	160	84	4	40.000

Figura 19 - Quadro da lavoura temporária em Quixeré, 2008.

Fonte: IBGE, 2009.

Nota: atribuímos (-) para dados não constantes na informação do IBGE

Na Figura 20, quando se catalogam as lavouras permanentes, destacam-se a banana e o mamão, também produtos do agronegócio. Chamamos a atenção para uma diferença primordial entre a produção do melão, banana e mamão, que se relaciona ao fato de ser a cultura do melão temporária, enquanto as outras duas são permanentes. Em sendo o melão uma cultura temporária, são também temporários

os vínculos contratuais com os trabalhadores rurais, o que causa diversas repercussões para a comunidade e trabalhadores de Lagoinha.

	Quantidade toneladas	Valor da produção Mil Reais	Área plantada colhida Hectare	Rendimento médio Quilogramas por Hectare
Banana (cacho)	12.500	6.656	500	25.000
Castanha de caju	15	14	50	300
Coco-da-baía	698 Mil frutos	275	77	9.064
Goiaba	138	92	14	9.857
Laranja	4	3	1	4.000
Limão	305	170	31	9.838
Mamão	15.200	3.923	190	80.000
Manga	24	16	4	6.000

Figura 20 - Quadro da lavoura permanente em Quixeré, 2008.

Fonte: IBGE, Produção Agrícola Municipal 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

Essas alterações no mundo do trabalho efetivamente transformam o modo de vida. Nessa perspectiva, identificam-se transformações nas relações sociais e com o ambiente, dentre outras mudanças, que o setor saúde precisa ser capaz de acompanhar, ofertando ações assistenciais, de vigilância e promocionais.

O Distrito conta com duas unidades básicas de saúde, onde funcionam duas equipes Saúde da Família. Com base nas informações das equipes não há ainda implantado ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária, sendo este momento uma oportunidade para discutir tais questões dentro do território.

As duas unidades de saúde totalizam 29 trabalhadores. No nosso estudo optamos por desenvolver as atividades com representantes da atenção primária de uma equipe Saúde da Família, haja vista que definimos critérios concernentes ao número de participantes do grupo com vistas a alcançar os objetivos do estudo.

Dessa forma, a equipe de Lagoinha II demonstrou-se motivada e interessada em participar, dispondo-se desde o primeiro contato a compor o grupo

de pesquisa, tendo em vista as grandes dificuldades vividas no que tange a saúde do trabalhador e saúde ambiental no território. A equipe está composta de um médico, uma enfermeira, seis agentes comunitárias de saúde, duas técnicas de enfermagem. Atualmente, não há dentista nem auxiliar de consultório dental.

Em relação à organização do serviço de saúde, o Distrito de Lagoinha possui duas equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo uma equipe completa, conforme determinam os critérios do Ministério da Saúde e uma equipe incompleta, pois falta o profissional dentista e/ou agente de saúde bucal/técnico de saúde bucal. A segunda equipe foi a que percorreu conosco esse processo de pesquisa-ação.

O distrito está subdividido em áreas organizativas de atenção à saúde, no entanto, para efeitos desta pesquisa, trabalhamos com o Distrito de Lagoinha, não pensando os problemas da equipe A ou B, mas a problemática que envolve a região e que ocasiona impactos na saúde da população, que demanda ações promocionais, assistenciais e de vigilância do SUS.

1.3 Resultados tecidos no texto: tópicos de apresentação e discussão

Após essa breve tessitura sobre a escolha do território, seguiremos sistematizando os resultados e discussões desse processo de pesquisa-ação de forma integrada. Não procederemos à apresentação de cada seminário em separado, mas costuraremos, entrelaçaremos nossa análise em blocos temáticos, de forma a propiciar uma interlocução mais apurada com a literatura revisada para a temática. Essa escolha decorre da necessidade de favorecer o aprofundamento de questões inteiramente relacionadas com o objeto de estudo e que exigem uma articulação que não pode ser processada dentro de uma perspectiva linear, porquanto afloraram processos complexos que precisam ser refletidos, compreendidos e/ou respondidos, ou ao menos dados a público.

Dessa forma, os tópicos da discussão vão sendo desenhados, tentando estabelecer um diálogo com as percepções e as representações do grupo, procurando dar visibilidade à essência do processo vivido e evidenciar as

potencialidades emergidas nos discursos e interpretações dos sujeitos da pesquisa, bem como as fragilidades e os truncamentos.

O texto está organizado numa perspectiva descritiva no primeiro tópico e nos demais, tenta abraçar, na medida do possível, uma análise sistemática buscando evidenciar a complexidade das questões trazida pelo grupo de pesquisa.

- 1 O grupo de pesquisa-ação: passos seguidos na sua formação.
- 2 Territorialização em saúde: por onde começar a ação de saúde na área adscrita?
- 3 Políticas públicas: descaso, insuficiência ou inoperância da ação intersetorial?
- 4 Trabalho e emprego: como aconteceu os impactos ao modo de vida e à saúde na chapada do Apodi-CE?
- 5 Saúde ambiental no território local: como a atenção primária à saúde pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida na chapada do Apodi-CE?
- 6 Estratégias de enfrentamento dos problemas locais na atenção primária à saúde: da reflexão à ação em saúde ambiental e saúde do trabalhador e o desafio da integralidade na prática do SUS.

No tópico primeiro procuramos explicitar como ocorreu o processo metodológico de condução e de constituição do grupo, realizando uma caracterização dos sujeitos do estudo, a nossa compreensão acerca de grupo e o arcabouço teórico que nos serviu de base para problematizar a realidade e as práticas dos sujeitos sociais envolvidos.

Já no tópico segundo, apresentamos como aconteceu o reconhecimento e a apropriação do território pelos integrantes, promovendo uma reflexão sobre o que deve ser feito e o que realmente se efetiva na prática do SUS em relação à territorialização em saúde.

No tópico terceiro da discussão, nos esforçamos na tentativa de articular criticamente o papel das políticas públicas e do controle social no capitalismo.

Nesse momento, abordamos principalmente como o setor saúde, especialmente atenção primária à saúde, pode alçar voos na promoção de territórios saudáveis.

Trazemos no tópico quarto de que forma se materializa o mundo do trabalho na Chapada e as implicações dessas transformações para a saúde dos trabalhadores do agronegócio.

No tópico quinto, chamamos a atenção para a inter-relação saúde e ambiente, destacando como transcorrem no cotidiano da vida a percepção dos problemas, as alterações e desequilíbrios ambientais no contexto local. Considerando isso, explicitamos quais as implicações desses fatos para a qualidade de vida dos moradores e trabalhadores e de que forma a política de saúde ambiental tem se situado diante disso.

No tópico sexto, apreciamos o plano de ação resultante desse processo, analisando as potencialidades das ações, o envolvimento e apropriação dos sujeitos em relação ao território, indagando até que ponto as ações coletivas se aproximam da efetivação da integralidade no SUS.

2 TÓPICO PRIMEIRO

2. 1 O grupo de pesquisa-ação: passos seguidos na sua formação



Figura 21 – Foto dos participantes no primeiro seminário do projeto de pesquisa, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa

2.1.1 De indivíduos a grupo: uma elaboração

Para a constituição do grupo de pesquisa, visitamos, em momentos diversos, o distrito, a unidade de saúde, e dialogamos com pessoas da comunidade. Durante a visita à unidade de saúde, realizamos observação livre e tivemos a oportunidade de conversar com os profissionais da saúde e convidá-los para o encontro de apresentação e discussão do projeto. Solicitamos aos profissionais que identificassem pessoas na comunidade que demonstrassem interesse nas questões referentes ao ambiente e ao trabalho.

Participamos de uma atividade da pesquisa - Estudo epidemiológico da população da região do baixo vale do Jaguaribe exposta a contaminação por agrotóxicos - realizada no outro distrito da Chapada, denominado Tomé, onde foi possível identificar alguns representantes do Distrito de Lagoinha que participavam nesse dia. Esses representantes foram convidados a participar do encontro que estava previsto para Lagoinha, bem como lhes informado que poderiam mobilizar outras pessoas.

Nessa perspectiva, no encontro realizado no salão paroquial em agosto de 2009, momento em que, pela primeira vez, apresentamos o projeto de pesquisa para a comunidade com o intuito de sensibilizar as pessoas para a temática saúde-ambiente-trabalho no Distrito de Lagoinha, estavam presentes em média 30 pessoas.



Figura 22 – Foto da apresentação do projeto de pesquisa, 2009.
Fonte: Acervo da pesquisa

Consideramos de grande valia a participação das pessoas e processamos todos os esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa, como também o apoio financeiro, questões éticas e aspectos metodológicos. Discutimos com os presentes as interfaces referentes ao processo grupal na pesquisa-ação, destacando que o grupo só poderia conter no máximo 14 pessoas, que fossem representativas dos órgãos ou instituições, conforme descrito no projeto de pesquisa.

Nesse dia discutimos durante quatro horas como se daria a pesquisa com os representantes dos segmentos da sociedade civil e Poder Público. Os movimentos sociais estavam representados pela Pastoral da Criança, associação de moradores e usuários dos serviços públicos de saúde, Conselho Municipal de Saúde e comunidade. A representação da política pública estava contemplada na presença dos professores das escolas, dos profissionais da atenção primária à saúde e da Câmara Municipal.

Com base no entendimento da relevância da questão para a comunidade, constituímos o grupo. Para tal, foi solicitado entre os presentes representantes de cada segmento, voluntários, que se dispusessem a participar das atividades grupais durante 44 horas de encontros presenciais com cronograma a ser constituído coletivamente. Tivemos 22 pessoas voluntárias, mas conseguimos obter um consenso que só seria necessário 14 participantes, considerando que, com esse número, já teríamos todos os segmentos representados.

Após a decisão de quem comporia o grupo, agradecemos aos demais e informamos-lhes que seriam convidados para a apresentação dos resultados do estudo. Em seguida, procedemos à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Identificamos o fato de que a grande parte dos integrantes do grupo não se conhecia, apesar de trabalharem ou residirem na comunidade. Isso nos deu indícios do processo de desarticulação das ações no território.

O grupo, numa perspectiva colaborativa e cooperativa, constituiu-se por pessoas entusiasmadas, que desde o início demonstraram interesse em participar, dispondo-se a adequar/ajustar suas agendas para se fazer presente aos encontros que foram realizados no período diurno. Nesse momento, foi pactuado o cronograma de encontros subsequentes.



Figura 23 – Foto dos participantes do grupo de pesquisa, 2009.
Fonte: Acervo da pesquisa

Compreendemos que a motivação, o engajamento do grupo, está relacionado a fatores intrínsecos e extrínsecos, de modo que, para o bom desenvolvimento do trabalho grupal, precisamos estar envolvidos e comprometidos uns com os outros e atentos para a importância das temáticas propostas na transformação do contexto social. Dessa forma, o conceito de grupo de Libânio ancora o nosso entendimento, quando afirma que o grupo consiste no “[...] *lugar de se aprender a ser e conviver a partir das experiências de vida*” (LIBÂNIO, 2000, p. 62).

Tomando como base esse autor e acreditando que o processo que seria desencadeado pela pesquisa-ação desafiaria a nossa capacidade de assumir compromissos sociais de forma participativa, engajada e promissora, consideramos essencial promover atividades que fortalecessem a integração do grupo, tendo em vista o que nos ensina Ribeiro (1994, p. 390) sobre grupo: “É um campo de força, onde cada um atua sobre o outro e onde um é a miniatura de todos, formando assim a matriz grupal, quando trabalhar um, seria trabalhar todos e trabalhar cada elemento individualmente”.

Nesse sentido, propomos o desenrolar das atividades com vistas a contemplar as especificidades dos sujeitos envolvidos. Para tal, priorizamos atividades que promovessem a horizontalidade do diálogo, a interação e a participação de todos, seja o usuário do SUS, vereador, médico, enfermeira, agente

comunitário de saúde e trabalhador rural, na tentativa de tecer relações embasadas na ética humana comprometida com o bem-estar coletivo e na solidariedade.



Foto 24 – Foto dos participantes do grupo em atividades de integração e trabalho nas oficinas, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa

Em consonância com o exposto acima, as atividades subsequentes à assinatura do TCLE e pactuação do cronograma buscaram aproximar os sujeitos envolvidos no processo, bem como refletir sobre os anseios e contribuições que os participantes visualizavam que estariam interligados aos objetivos individuais e grupais.



Foto 25 – Foto dos participantes do grupo em atividades nas oficinas, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa

No intuito de estabelecer uma relação harmoniosa, que o vínculo fosse emergindo na feitura da pesquisa e que a finalização da pesquisa-ação não culminasse na descontinuidade da *reflexão-teorização-ação* dos sujeitos como coletivo procedemos dentro de uma perspectiva construcionista, desenvolvida em três blocos assim denominados: *tecer relações solidárias, descortinar os objetivos do estudo, refletir- agir-reinterpretar a vida*.

2.1.2 As relações solidárias

Imbricados com a complexidade da temática que propúnhamos, a investigação, considerando o contexto que as penumbras das relações dificultam a visibilidade, e, portanto, se mantém oculto nas relações cotidianas, aflorar processos que favoreçam a interação humana integrada ao ambiente é ainda mais necessário, quando os sujeitos sociais não estão organizados como um coletivo capaz de compreender e reivindicar transformações benéficas à vida. Assim, tecer relações solidárias foi uma estratégia metodológica comprometida com o fortalecimento das relações, e transversal ao desenvolvimento de toda a pesquisa-ação. Inicialmente deflagramos esse processo conforme os passos a seguir descritos:

a) apresentação dos participantes entre si, por meio da expressão oral do nome, grupo social que representava e tipo de atividade que realizava;

b) levantamento das expectativas e contribuições individuais para formular o elemento central e unitário que mobilizaria o grupo, sem desconsiderar a singularidade de cada um. Para tal, cada indivíduo foi convidado a refletir e escrever em tarjetas os seus anseios, afixá-las para apreciação dos presentes e explicitar verbalmente suas ideias;

c) problematização/discussão das convergências e divergências e formulação de consenso das responsabilidades e compromissos do indivíduo no grupo;

d) aproximação do grupo com a temática pela vivência e expressão corporal da relação estabelecida entre as pessoas e o ambiente, seguida da reflexão sobre o que o grupo compreendia sobre essa relação.



Figura 26 – Fotos do painel feito pelo grupo afixado na parede e do almoço, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa

Além da pactuação dos compromissos e reafirmação dos propósitos grupais, estimulamos a convivência por meio da realização das refeições no mesmo espaço e com todos, sendo este um momento de descontração, costura de outros laços de amizade e de organização de outras parcerias de trabalhos comunitários que extrapolaram nossas perspectivas.

A seguir relatos dos sujeitos sobre suas percepções em relação aos temas: ambiente, saúde e trabalho.

[...] a terra [...] é a maior riqueza da Lagoinha hoje, da população de Lagoinha, a produção, a exportação dessas frutas e [...] conhecendo novas coisas [...] novas pessoas aqui no lugar. (grupo de pesquisa)

[...] a água é o que faz brotar, o que faz germinar [...] a plantação [...] crescer. (grupo de pesquisa)

[...] sem ar a pessoa morre [...] eu represento o trabalhador da agricultura, a associação é uma coisa muito boa porque a pessoa trabalha na agricultura planta muita coisa, muitas fruta e uma pessoa sem comida não é nada. (grupo de pesquisa)

2.1.3 Caracterização dos integrantes do grupo – quem são os sujeitos da ação?

Os participantes do grupo apresentam um perfil bastante heterogêneo em relação à idade, escolaridade e ocupação, sendo dez do sexo feminino e os demais do sexo masculino, com idades variando de 18 a 52 anos.

A escolaridade passava por quase todos os níveis, desde participantes somente alfabetizados, outros com fundamental incompleto, ensino médio, ensino superior até pós-graduação. Dos componentes do grupo, quatro referiram residir em Limoeiro do Norte, um em Quixeré, e se deslocavam para trabalhar no Distrito, e os demais residem nas comunidades de Queimadas, Vila Nova e Lagoinha. As pessoas que residem nas comunidades afirmaram que moram há dez anos nestas comunidades, sendo esse o menor tempo. Outros participantes afirmaram morar há 47 anos na comunidade, o que nos leva a inferir que, pela idade máxima de 52 anos de vida, quer dizer que a pessoa mora quase toda a sua vida naquele lugar. Dentre os participantes do grupo nove são naturais da Chapada.

Quanto aos locais de trabalho, declararam exercer atividades laborais em casa, na igreja, na escola, na agricultura, no posto de saúde e na comunidade de Lagoinha. Quando indagados sobre o tempo de trabalho exercido no Distrito de Lagoinha a asserção também se apresenta com uma variação significativa, sendo de quatro meses a 46 anos de vida trabalhando na comunidade.

As pessoas envolvidas nesse processo relataram que se sentiram motivadas a se engajar no grupo por:

[...] gostar de participar dos encontros e a oportunidade de ajudar mais a minha comunidade. (Grupo de pesquisa).

[...] interesse em melhorar as condições de saúde dos moradores de Lagoinha, principalmente dos trabalhadores do campo. (Grupo de pesquisa)

[...] quando participei em Tomé, gostei bastante, pelo empenho da saúde do trabalhador e meio ambiente. (Grupo de pesquisa).

[...] interesse pela saúde da nossa gente, em especial a saúde dos trabalhadores e saúde ambiental. (Grupo de pesquisa).

[...] importante para a sociedade quixerense, principalmente para Lagoinha, já que esse problema do agrotóxico está presente na maior parte

da Chapada do Apodi. [...] meu objetivo defender os trabalhadores do campo na agricultura [...]. (Grupo de pesquisa).

Contribuir na identificação dos principais problemas de saúde local no intuito de melhorá-los. (Grupo de pesquisa).

Contribuir para a pesquisa e [...] adquirir conhecimentos para melhorar as condições de vida desta população. (Grupo de pesquisa).

Os segmentos representados pelos integrantes do grupo consistiam no: Conselho Municipal de Saúde – uma conselheira do segmento de usuário do SUS; movimento social – duas jovens que atuam na Pastoral da Criança; atenção primária à saúde – profissionais médico, enfermeira, agente comunitária de saúde, auxiliar de enfermagem; Educação – professora do ensino fundamental; trabalhador da agricultura; duas usuárias do SUS; presidente da associação dos trabalhadores da agricultura; um vereador representante da Câmara Municipal de Quixeré. As pessoas demonstraram em seus discursos preocupação com o processo em curso na comunidade e identificaram a necessidade de assumir posição ativa, no intuito de contribuir com qualidade de vida da população.

[...] melhorar a qualidade de vida das pessoas [...] depois desse projeto terminado [...] ajudar o meio ambiente, a saúde [...] não moro aqui mas a partir do momento que eu entro na comunidade eu me preocupo [...] com o bem-estar deles [...] é pensar em harmonia [...]. (Grupo de pesquisa).

O grupo afirmou que suas expectativas na vivência dessa pesquisa-ação estavam relacionadas ao potencial de contribuição que tinham na elaboração da pesquisa, desde a identificação de sinais e sintomas de agravos à saúde humana relacionados ao trabalho até contribuir para a mudança da atual situação de saúde, por meio da mobilização de conhecimentos e aplicabilidade prática do que fosse aprendido nos encontros.

Percebe-se um movimento, um desejo de sair da comodidade e caminhar na busca de novos caminhos, objetivando ajudar a melhorar a saúde dos trabalhadores e da população, bem como efetivamente propiciar melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Para alcançar essas expectativas, o grupo expressou que estaria disposto a se mobilizar nesse intuito por meio de ações diversas que poderiam fazer,

contribuindo com uma nova realidade, como podemos observar nas falas dos sujeitos.

[...] contribuir com o que conheço sobre a minha comunidade. (Grupo de pesquisa).

Participando das reuniões para aprender [...]. (Grupo de pesquisa).

Aconselhar as pessoas sobre este debate [...] orientar os trabalhadores e [...] a comunidade [...] colocando em prática o que for aprendido [...] para melhorar a qualidade de vida da população. (Grupo de pesquisa).

Denunciando [...]; Praticar e criar ações educativas. (Grupo de pesquisa).

2.1.4 Descortino dos objetivos do estudo

Apesar da apresentação da pesquisa já ter sido realizada no primeiro encontro e de termos debatido sobre as questões que estavam postas para a reflexão, e as pessoas terem expressado sua compreensão acerca do exposto, compreendemos que, numa pesquisa-ação, faz-se imprescindível *dar sentido à ação*, ou seja, vivenciar de forma corresponsável.

Pressupomos que faríamos coletivamente e que, além de um produto, consideramos fundamental o processo, sendo aí que se ocorre a resignificação do pensamento coletivo. Entendemos, pois, que cabe utilizar uma metodologia que favoreça o desvelamento dessas descobertas, dos sentidos, dos construtos que serviriam ao grupo como estruturas de apoio. Portanto, revisitar os objetivos e interrogá-los, aproximar-se e perceber os vínculos entre as proposições e o simbólico, o vivido, o sentido, o percebido no contexto, seria de fundamental importância dentro de uma perspectiva participativa, como acreditamos que foi no nosso estudo.

Essa reflexão foi realizada após o resgate da história do Distrito, contada por um professor e um ancião do lugar.



Figura 27 – Foto do seminário de pesquisa, 2009
Fonte: Acervo da pesquisa



Figura 28 – Foto da aula sobre a história do lugar, ministrada pelo prof. Assis e pelo Sr. Chico Bastião, 2009.
Fonte: Acervo da pesquisa

Debruçar-se sobre os conceitos contidos na escrita formal dos objetivos do estudo foi o passo seguinte na primeira etapa. Nesse momento, os participantes leram os objetivos e relataram suas percepções acerca das palavras-chave tais como: *saúde ambiental, saúde do trabalhador, integralidade da atenção, atenção primária à saúde, territorialização, modernização agrícola*.

Neste tópico, apenas apresentamos os momentos iniciais do grupo, elencando suas percepções de forma descritiva. Não dialogaremos com a literatura sobre as concepções dele, somente, nos tópicos que seguem é que aprofundaremos teoricamente a nossa hermenêutica, com base no processo grupal,

processando uma interpretação mais consubstanciada, pois para nós o processo é mais representativo.

A percepção inicial do grupo sobre a saúde ambiental e saúde do trabalhador nos remete a uma compreensão de que estas estão imbricadas naturalmente, sendo que o ambiente promove influências na vida humana. Apesar de aparecer nesse momento o fato de que há problemas ambientais, estes não são associados como decorrentes da ação humana e somente surge a ideia do ambiente como catalisador de alterações do estado de saúde, visão esta que demonstra a relação da natureza a serviço do humano; clareando para nós que há a necessidade de se fazer coletiva a compreensão ampliada da saúde, bem como da atenção à saúde numa perspectiva abrangente, incorporando a dimensão do trabalho e ambiente na determinação da saúde humana.

[...] a questão ambiental seria mesmo essas questões do ambiente que vai influenciar na saúde do trabalhador e [...] seus familiares, então a gente vai construir essa atenção voltada para isso, a questão ambiental que vai refletir na saúde do trabalhador. (Grupo de pesquisa).

[...] aqui há muito desmatamento, tem pessoa que faz muito plantio e eu acho que era uma maneira [...] de se criar com a prefeitura ou outro órgão, você desmata uma certa quantidade de área, aí fica responsável para pegar um certo número de plantas e plantar como se tivesse repondo, é o reflorestamento[...] era uma maneira também de melhorar o ambiente. (Grupo de pesquisa).

[...] Lagoinha [...] tem água barrenta e toda essa questão do agrotóxico que é um caso a pensar que é um caso que vai muito além do problema da água. (Grupo de pesquisa).

A saúde do trabalhador reflete a fragilidade da política de saúde no âmbito local na fala expressada pelos nossos participantes, quando relatam que uma mulher trabalhadora, para realizar um exame de *Papanicolaou*, deixa de realizá-lo porque o horário de funcionamento da unidade de saúde não possibilita o acesso.

A garantia de um horário em um turno noturno, por exemplo, na atenção primária à saúde, constitui ação para garantir o acesso dos trabalhadores ao serviço, sendo um passo inicial na implementação SUS, que já deveria estar superado, mas que figura como reflexo do quão pouco efetiva está a política de saúde do trabalhador no espaço local, que nem sequer consegue garantir a acessibilidade.

No discurso dos participantes do grupo, evidencia-se que perduram o medo, a angústia e a submissão ao trabalho, em detrimento da saúde física e psíquica. E cabe indagar: onde está a saúde como direito de todos e dever do Estado?

Uma prevenção, tem mulher que não vai fazer porque ela não quer botar um atestado (na empresa) porque ela tem medo que na outra safra não seja contratada porque ela botou um atestado, e tudo isso acontece, então, a gente começou a dar um pulinho para tentar ajudar[...] nesse atendimento digamos diferenciado, que não é nada diferente, mas é só a oportunidade de dá mais acesso ao serviço. (Grupo de pesquisa).

O entendimento da dimensão integralidade relaciona-se ao ato de perceber o indivíduo, que procura o serviço de saúde, de maneira holística, ou, seja, apesar de afirmarem que o indivíduo deve ser visto inteiramente, consideram isso utilizando como base a pessoa que já demandou um atendimento de saúde, que apresenta sofrimento. A concepção de integralidade restringe-se a necessidade de promover atenção individual a sujeitos adoecidos e não dialoga com a abordagem de atuação coletiva e promotora da saúde.

Atenção integral eu entendo assim, quando você vai atender uma pessoa, por exemplo, muitas vezes a pessoa chega para você e diz assim: eu estou com uma dor no braço. Uma hipótese! Só que eu não vou atender o paciente olhando só para a dor do braço. O atender integral é saber o meio social que ele vive, [...] entender que ele é um analfabeto para dá uma atenção [...] integral não só naquela dor que ele sinte, mas ele como um todo, a família, o meio, a comunidade que ele está inserido, é uma coisa desse tipo. (Grupo de pesquisa).

O meu médico [...] consulta, mas a consulta é bem lenta, por que? Porque se eu for consultar avexado eu não consulto seu corpo todo e só para o braço mesmo. Ele esta aí para consultar a pessoa não o braço. Essa dor no braço pode ser uma coisa até psicológica [...] pode ser até um stress [...] e está refletindo no braço. (Grupo de pesquisa).

Compreende-se que cabe a atenção primária à saúde a ação de promover a integralidade da atenção dentro da perspectiva já apresentada.

[...] o PSF visa você ter uma atenção integral, ver o paciente como um todo [...], não observar somente aquela dor no braço, perguntar qual a profissão [...] o histórico familiar [...] e fazer uma abordagem geral do paciente. (Grupo de pesquisa).

Relacionam-se as dificuldades para praticar a integralidade ao fato de a prática médica na atenção primária refletir fragilidades decorrentes das questões organizacionais do serviço.

Uma dificuldade muito grande que a gente encontra [...] na atenção primária de uma forma geral, é essa questão de olhar o paciente como um todo justamente por causa da demanda, muita gente para atender, para consultar e você acaba deixando de fazer atenção integral, deixar de olhar o paciente como um todo justamente por falta de tempo. (Grupo de pesquisa).

Faz mais um atendimento de emergência do que uma consulta. Acaba indo só para o braço. (Grupo de pesquisa).

Eu tive um sintoma, um arrocho e me deu uma dormência nas mãos, aí o médico mediu a pressão e me assustou – rapaz o negócio não está bom, [...] ele me consultou todo direitinho, bateu o eletro do coração [...]. (Grupo de pesquisa).

Em relação ao contexto da modernização agrícola, este é entendido pelo grupo como sinônimo do aumento intensivo da utilização de venenos e da mecanização da agricultura. O elemento simbólico que caracteriza essa transformação no modelo de produção agrícola incorporado passa pela alusão à quantidade exagerada de uso dos agrotóxicos, o que também é entendido como tratamento, como podemos ver na fala ‘tratava o feijão’.

Antigamente era [...] limpando com a enxada, cavando com enxada e, hoje não, tem as máquinas modernas. Tem os agrotóxicos também, não tinha essa história de expurgar com os agrotóxicos [...] mas também não é como está sendo agora que é só jogando no ar. (Grupo de pesquisa).

E também é em maior quantidade, era bem menos a quantidade. O agricultor com a bombinha com aquela quantidade correta, eu tratava o feijão e outra coisa é a exportação para Europa. (Grupo de pesquisa).

A utilização do veneno é compreendida como diretamente relacionada ao mercado. A lógica da produção para a exportação que exige um padrão de qualidade ou quantidade com vistas ao lucro é determinante da intensa utilização dos venenos na agricultura. Há a compreensão de que essa produção não é saudável e que ela é promotora de agravos à saúde do trabalhador, como também o alimento produzido não está adequado ao consumo, principalmente os alimentos disponibilizados para a população local.

Eles (empresas agrícolas) utilizam muitos agrotóxicos e muitas coisas por causa desse padrão que colocam para exportação. Só que na maioria das vezes isso está prejudicando o trabalhador e o alimento [...] não vem saudável para nossa mesa, porque o que fica aqui é o tal do refugo que o povo chama e deve ser o pior do pior o que fica aqui. (Grupo de pesquisa).

É por isso que hoje está morrendo muita gente nova, morre envenenada, porque até a banana que há dez anos atrás não se expurgava [...] é expurgada no cacho porque está dando um inseto e se não expurgar ela não cresce. (Grupo de pesquisa).

Percebe-se que há um desequilíbrio ambiental pelo aparecimento de novas espécies em um tempo de aproximadamente dez anos, em decorrência do uso permanente de agroquímicos. Observa-se a percepção de que o surgimento dessas novas espécies relacione-se com a forma de conviver com a natureza na região.

É um besouro, uma mosquinha quase branca, ela põe na banana, na hora que ela senta e pica, pronto, agora não desce aquele frutozinho. [...] aí bota veneno. Está alterando o processo normal da coisa [...]. (Grupo de pesquisa).

As percepções relativas ao objetivo do estudo referente ao processo de territorialização em saúde já incorpora o olhar para a história. Alude-se à importância de se considerar a história da comunidade na efetivação dessa ação, apesar disso não ser uma prática hoje na territorialização em saúde.

O ato de territorializar na atenção primária à saúde está muito mais como um diagnóstico da conjuntura atual dada no espaço local do que o ato de buscar compreender como aconteceu as relações que propiciaram a conjuntura estrutural, bem como identificar onde estão os gargalos que, para além do setor saúde, precisam ser considerados e debatidos numa perspectiva de integração território-pessoa. O alargamento da percepção do território como inter-relacionado ao processo saúde-doença, e, portanto, devendo ser compreendido numa linha de tempo, é um desafio para os profissionais do SUS.

A delimitação geográfica atual para se determinar a responsabilidade sanitária da equipe de Saúde da Família precisa avançar no sentido de incorporar as dimensões simbólicas, culturais, de formação da comunidade, bem como sua forma de resistir e cooperar nos processos sociais.

Apesar de não ser prática, há a percepção da importância singular desses aspectos para a territorialização em saúde, como pode ser observado na fala.

[...] ver como era antigamente (o território) e como está agora, quais foram as mudanças para saber como a gente vai começar. (Grupo de pesquisa).

[...] processo de territorialização tem a necessidade de você se apropriar do seu território e seria através [...] da construção dos mapas [...]. Eu pegar o mapa da Lagoinha e colocar aqui tem uma igreja, [...] colocando a condição de recursos, na área da saúde seja onde for e se apropriar do terreno [...]. (Grupo de pesquisa).

2.1.5 Reflexão - ação - reinterpretação da vida no território

O que assim denominamos consiste no processo vivenciado na pesquisa-ação durante a realização dos seminários. Os encontros foram organizados sempre seguindo uma estrutura que favorecesse a reinterpretação, a elaboração da idéia, debruçando-se sobre os problemas, potencialidades, interfaces da vida na comunidade focalizada.

Nessa perspectiva, o grupo era subdividido em dois pequenos subgrupos que, inicialmente, refletiriam sobre o tema proposto, mapeando todos os elementos identificados como interferentes e essenciais para o entendimento dos problemas. Em seguida, apresentavam suas elaborações para o outro subgrupo que podiam complementar, criticar, problematizar. Esgotadas as considerações de cada participante, problematizávamos as percepções ante o exposto, sendo reinterpretada no grupo a percepção do tema em foco. A ação de descrever, mapear o problema e apreciá-lo possibilitou discutir sobre algo tangível, real, que estava exposto, que se apresentava sem pudor, colocando para o grupo o desafio da tomada de atitude, encorajando-o na proposição do plano de ação.

Nessa óptica, os passos dados foram: elaboração/sistematização da realidade – apresentação/exposição do real – problematização – argumentação/apreensão do real – ação transformadora. Para que isso ocorresse, as etapas que sucederam, a partir de então, foram:

- a) visitar a história do lugar – desvelando o tempo passado - que consistiu em um diálogo com dois convidados, um professor de história local e um ancião;
- b) elaborar o mapa social da comunidade com a participação de duas representantes da Célula Regional de Saúde;
- c) elaborar o mapa do trabalho, caracterizando o mundo do trabalho que o grupo podia perceber pela sua experiência;
- d) elaborar o mapa ambiental, onde destacaram os bens naturais e os causadores de danos ao ambiente;
- e) sistematizar os agravos a saúde da população vinculados ao ambiente e caracterizar os problemas de saúde relacionados ao trabalho; e
- f) elaborar o plano de ação, em conformidade com os problemas identificados.

Quanto à assiduidade nos encontros grupais, os participantes do grupo de pesquisa apresentaram ao longo dos encontros uma frequência média de 87%, sendo que as faltas estiveram relacionadas a problemas de saúde e dificuldade de liberação no trabalho. No encontro em que tivemos mais ausências foram equivalentes a 21%. Destacamos que nenhum dos participantes faltou mais do que dois encontros do grupo e também não tivemos nenhuma desistência. Isso demonstra a responsabilidade e o compromisso assumido com a pesquisa, e, sobretudo, um com o outro, no decorrer do semestre. Para nossa satisfação, no último encontro pactuado em nosso cronograma, realizado em dezembro de 2009, 85% dos participantes referiram o desejo de continuar com o processo deflagrado, ou seja, com a permanência dos encontros do grupo, com o ajuste de realizar atividades presenciais bimensais, com uma carga horária de quatro horas. Essa iniciativa nos impulsiona a pensar que as pessoas estão disponíveis para interagir e propor ações coletivas no enfrentamento das questões de saúde-ambiente-trabalho no território.

3 TÓPICO SEGUNDO

3. 1 Territorialização em saúde: por onde começar a ação de saúde na área adscrita?

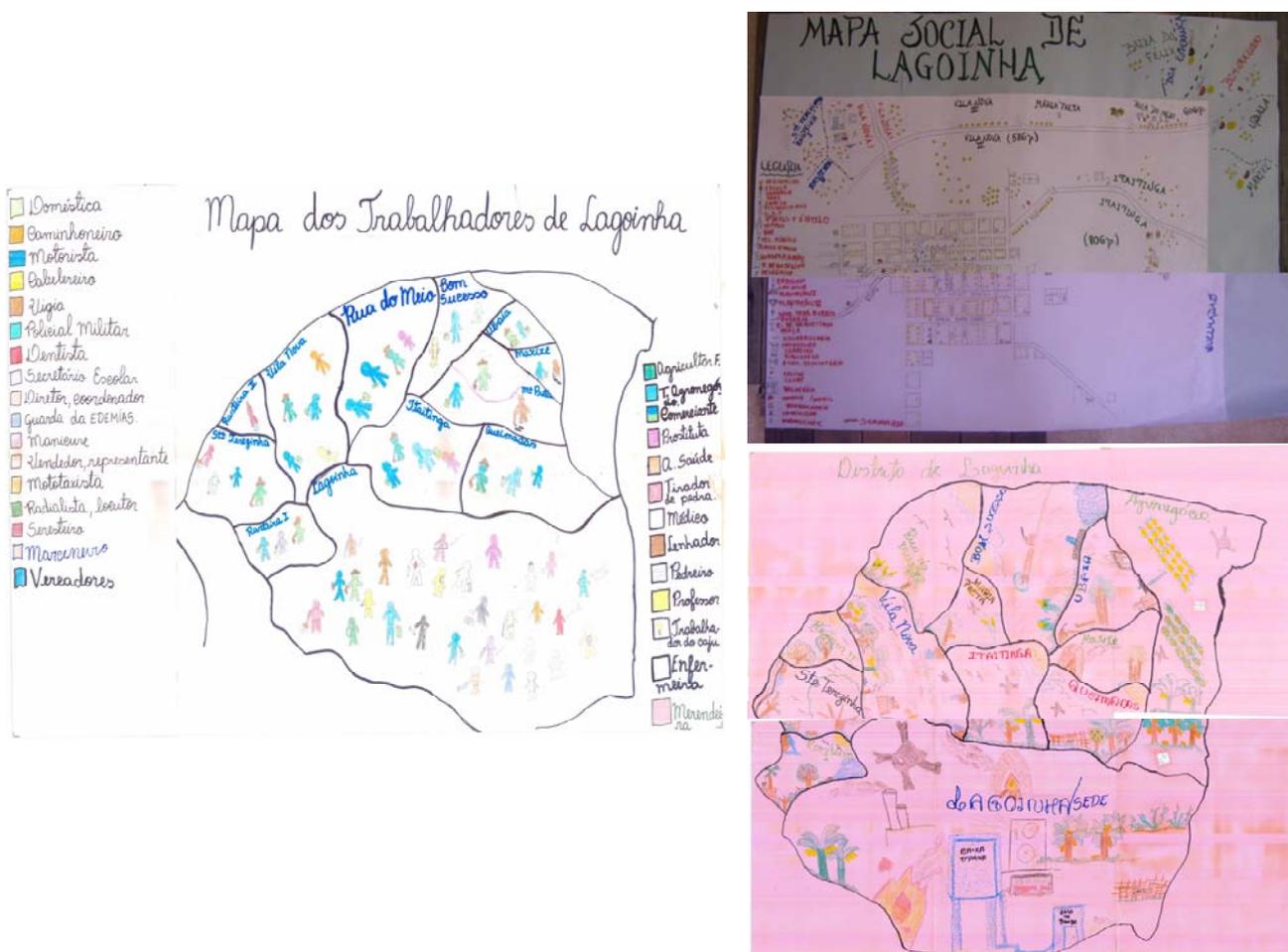


Figura 29 – Fotos dos mapas elaborados pelo grupo de pesquisa, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa

3.1.1 Modo de vida na chapada do Apodi: memórias e história da comunidade de Lagoinha – Quixeré – Ceará

O reconhecimento do território pelo grupo de pesquisa teve como catalisador inicial o que podemos denominar de aproximação com o outro; o outro que é individual e coletivo, que tem uma história, uma cultura, que contribui para a

efetivação e mobilização do saber na implantação da política de saúde no âmbito local. Desse modo, a ideia de território aqui abraçada está em consonância com o pensamento de Monken *et al.* (2008, p. 27) de que “[...] que o território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural em sentido estrito, e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômico-política”.

Entendemos que o território na práxis da saúde na atenção primária à saúde precisa ser desvelado pelos profissionais e comunidades, além dos limites das áreas adscritas e dos problemas emergenciais, que promovem alterações no estado de bem-estar das pessoas. Esse território onde se estabeleceu uma relação sociedade-natureza, respeitando e ou desrespeitando os limites e as potencialidades locais, alicerça os problemas sócio-históricos, como também a história de luta, mobilização e envolvimento dos agentes locais no enfrentamento e na conquista dos direitos de cidadania. Compreender essa dimensão histórica propicia ao setor saúde o entendimento da resistência, dos mecanismos de sobrevivência da comunidade e o auxiliará a repensar as práticas de saúde instituídas que possibilitem a melhoria da qualidade de vida. Nesse sentido, continuamos com a ideia de território, aqui já apresentada:

A idéia de território caminhará, então, do político para o cultural, ou seja, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas [...]. [...] esta abordagem de território abre boas possibilidades para as análises em saúde, particularmente para a atenção básica, como para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários. (MOKEN *et al.*, 2008, p.27).

Nesse sentido, quando nos referimos a *territorialização em saúde* estamos nos baseando na alusão de que, mesmo se constituindo de uma estratégia organizativa e gerencial do serviço, esse processo não pode se eximir de dialogar com os processos históricos. Em sendo a territorialização a estratégia primeira a ser executada na equipe Saúde da Família para viabilizar a organização dos serviços de saúde, como bem destacam alguns autores,

O ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde, isto é, o

reconhecimento e o esquadramento do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde (GONDIM, E. *et al.*, 2008, p. 249 *apud* TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

Considerando o exposto, que a apropriação do território é essencial para a atenção primária, consistindo em um passo inicial e, no nosso entendimento, contínuo, para pensar saúde intercalando as questões da produção e ambiente e as repercussões sobre a qualidade de vida, para nós é compreensível que a materialização da política de saúde do trabalhador e saúde ambiental nas práticas sanitárias precisa ser tomada para si: pelos profissionais de saúde, comunidade e atores políticos locais no ato inicial, que é a territorialização em saúde. Sabemos que no Brasil, além da Política Nacional de Atenção Básica, também a Política Nacional de Promoção da Saúde, no item **promoção do desenvolvimento sustentável** (2006, p. 38), são prioritárias ações, dentre as quais a: “promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões – demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde.”

Então, a proposição do primeiro seminário desta pesquisa-ação objetivava promover a (re) descoberta do lugar, revisitando as raízes dos participantes, por meio do diálogo com um ancião e um professor de história da escola local, sendo esse o primeiro passo do processo de territorialização em saúde proposto por este estudo, pois, segundo Santos e Rigotto (2009, p. 13),

Interessa conhecer a história do lugar, porque ela já vai adiantar muitos elementos do que chamamos de identidade territorial, a qual está (às vezes) fortemente presente na identidade coletiva. Compreender a linha que une o passado ao presente vai nos permitir aceder às potencialidades, tradições, cultura, valores, hábitos, e também aos possíveis conflitos – de poder, de uso e ocupação do solo, culturais, étnicos, ambientais, etc – todos da maior relevância para a saúde.

Esse diálogo ocorreu em um seminário realizado no dia 29 de setembro de 2009. Apresentaremos, a seguir, as principais categorias descritas nesse momento de aproximação com o território. O professor destaca, na sua fala primeira, que o trabalho de organização da história de Lagoinha, que ele com um grupo de alunos estão realizando, embasa-se em uma pesquisa que tem considerado os documentos, como um livro que descreve a história de Quixeré e,

sobretudo, na conversação estabelecida entre eles e um dos habitantes do lugar, um homem de 92 anos chamado Chico Bastião, que, segundo o professor,

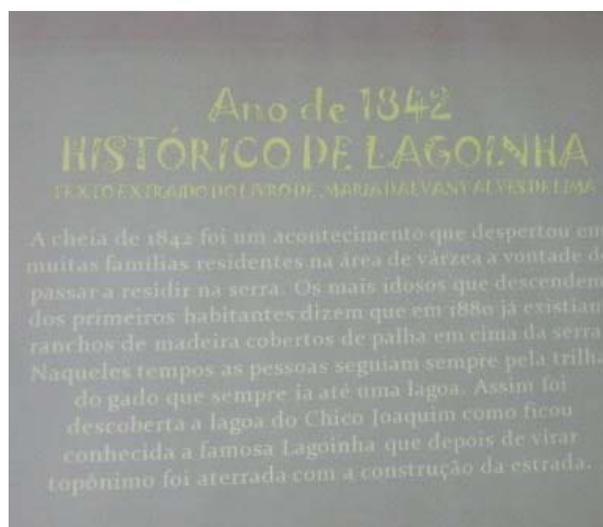


Figura 30 – Foto do *slide* da aula sobre a história do Distrito de Lagoinha, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa

[...] uma pessoa que tem uma história viva de Lagoinha, eu posso dizer assim com muita firmeza [...] é muito louvável porque uma idade dessa [...] mas é uma pessoa que se garante na história da Lagoinha. (Informante A)

Para o professor, foi um momento muito oportuno apresentar essa história, que, para ele, ainda se encontra em processo de organização, podendo conter erros de datas e sobrenomes de algumas pessoas do lugar. Nesse momento de apresentação, que contava com a participação do Sr. Chico Bastião e de algumas pessoas que eram herdeiras da história do lugar, foram feitas correções de datas e nomes, bem como acrescentadas coisas que não constavam ainda na catalogação das informações históricas do lugar. Ademais, o professor considera que a

[...] história de ninguém, de nenhuma nação a gente faz, porque história é cultura e a cultura ninguém faz e sim, o próprio povo daquela localidade, seja de um bairro, de um distrito, enfim, de uma cidade, ela é construída com o passar do tempo, então [...] não estou aqui pra dizer e nem muito menos para passar a vocês que eu fiz a história da Lagoinha. A história da Lagoinha já existe há muito tempo e ela realmente foi [...] fundada, ou seja, na qualidade do distrito, [...] então eu e a turma do EJA – Educação de Jovens e Adultos [...] nós estamos organizando de forma descritiva [...] (Informante A)

A entrada do grupo dentro da vida comunitária foi se dando a partir da identificação de quem foram os primeiros habitantes do lugar, de onde vieram, por que vieram e como viviam. O acesso ao Distrito de Lagoinha se dá pela CE 377 conhecida como estrada do melão, que sai do Município de Limoeiro do Norte, passando pela cidade de Quixeré até o Rio Grande do Norte.



Figura 31 – Foto da estrada de acesso ao distrito, em construção, em agosto de 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa



Figura 32 – Foto da ladeira de Santa Terezinha, agosto de 2009

Fonte: Acervo da pesquisa



Figura 33 – Foto da sinalização da estrada do melão que dá acesso a Lagoinha-Quixeré, Ceará, agosto de 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa

O Distrito está situado na chapada do Apodi - CE, logo após a ladeira de Santa Terezinha (figura 32) oeste da região Jaguaribana, distante 180 quilômetros de Fortaleza e 12 quilômetros da sede do Município de Quixeré. A origem do nome decorre de um lago pouco extenso, porção de água estagnada, conhecida como lagoa do Chico Joaquim.

As comunidades rurais que compõem o Distrito são as seguintes: Santa Terezinha, Queimadas, Rasteira, Maria Preta, Itaitinga, Bom Jesus, Quixabeira, Baixio do Félix, Boa Esperança, Ubaia, Zanzarra, Bom Sucesso, Santa Rita, Lagoa Velha, Oiticica do Miranda e Vieira. Os limites geográficos são Lagoa da Casca e Queimadas ao sul; Itaitinga e Rua do Meio ao leste; Vila Nova e Santa Terezinha ao norte; e Rasteira a oeste.

Segundo os relatos históricos, o povoamento da Chapada esteve relacionado a questões ambientais, como as enchentes. As enchentes aguçaram os desejos dos habitantes da área de Várzea a migrar para a Chapada, no entanto há referências de que já havia algumas residências estabelecidas na serra.

A cheia de 1842 foi um acontecimento que despertou em muitas famílias residentes na área de Várzea a vontade de passar a residir na serra. Os mais idosos que descendem dos primeiros habitantes dizem que em 1880 já existia ranchos de madeiras cobertos de palha em cima da serra, naquele tempo as pessoas seguiam sempre pela trilha de gado que sempre iam até uma lagoa, assim foi descoberta a lagoinha do Chico Joaquim, como ficou

conhecida a famosa Lagoinha, foi aterrada com a construção da estrada. [...] a cheia 1917 foi mais um empurrão para que algumas famílias decidissem afixar residência em Lagoinha [...]. (Informante A).

[...] Vieram de Tucuruja e Boqueirão devido às enchentes, esse foi um dos fatores que fizeram com que as famílias viessem para cá. Em 1920 foi a chegada dos primeiros habitantes [...]. (Informante A).

Com esse relato, compreendemos que a relação com o ambiente já está presente na vida da comunidade desde a sua fundação.

Na década de 1930, foram construídas as primeiras casas com matéria-prima proveniente da carnaúba. A arquitetura das casas assemelha-se às edificações indígenas, o que dá um indicativo de que os primeiros habitantes da chapada seriam dessa etnia, principalmente, porque há afirmação de que havia alguns índios e, que, já encontraram em 1880 ranchos de madeira cobertos de palha na Chapada.

[...] casas de palha, coberta de palha agora os caibro e as ripa de carnaúba e as porta de talo, a porta de entrada de talo da carnaúba. Parece casa de índio. Tem um pessoal aqui que é índio, tem, mas é pouco. (Informante B).

[...] no começo do ano de trinta e cinco, em janeiro [...] uma casa de palha de carnaúba um [...] dinheiro medonho [...] noventa mil réis [...] eu vou dá a casa a você por noventa mil réis! (Informante B).

O barro daqui não dá tijolo, não. É tudo feito lá fora. Aqui só tem muito é pedra, a chapada aqui é pedra. Zé Honorato é todo de pedra a casa dele. [...] Eu levantei a maior casa foi de Manuel [...] todinha de pedra, trabalhei onze meses para construir e ainda hoje está lá. (Informante B).

Casa coberta de palha! Quando [...] começaram a fazer de telha, mas, aqui, um milheiro, pobrezinho não podia comprar, não porque era caro! A pedra não era comprada sempre pedia a fulano, cicrano. (Informante B).

Apesar das enchentes terem tido importância na decisão dos povos das várzeas para migrarem rumo à chapada, a seca também teve sua contribuição no processo de migração dos habitantes da Chapada para outros destinos no Ceará. Resta, porém, que esse processo era somente relacionado à busca de trabalho, que se tornava raro na Chapada na década de 1930. Não é necessariamente por escassez de água, mas sim de formas de trabalho que garantissem a sobrevivência e fixação da população no território. Apesar da expulsão advinda desse processo,

as pessoas iam trabalhar em cidades próximas e retornavam para a Chapada, como é o caso do senhor que participou das atividades conosco, o que denota um vínculo com o lugar.

Nessa década o trabalho estava relacionado à agricultura, à caça e à exploração da madeira, que consistiam em estratégias de sobrevivência humana, não caracterizando uma relação de exploração dos bens naturais à exaustão, mas as opções de sobrevivência identificadas pelos habitantes no contexto vivido.

[...] meio de sobrevivência [...] primeira forma de subsistência, [...] agricultura, milho, feijão, algodão e, também a caça e, a partir de 1930 a exploração da madeira. (Informante A).

Olha, isso aqui em trinta, foi ruim, trinta e um pior. Trinta e dois, seca [...] acabou de lascar. Trabalhava distante daqui não sei quantos quilômetros para escapar [...] lá no açude Barracão. O pessoal daqui trabalhava lá, fica de Russas para dentro, não sei quantas [...] A felicidade sabe o que foi? Que a maior parte, saiu muita gente daqui para Caucaia e Fortaleza para ir trabalhar na rodagem e depois teve a BR 116. (Informante B).

Era contado, no tempo de pataca [...] quem [...] tinha pataca. Pataca é a primeira prata que apareceu no Brasil, aqui no Ceará, pataca, era dois vintém [...] muito dinheiro. A mãe dele ela tinha pataca porque ela nasceu no dia vinte de janeiro de 1880, ela se chamava Bastiana porque nasceu no dia de São Sebastião, se fosse hoje tinha 129 anos, era uma menina. (Informante B).

Meu pai nasceu em quatorze, em 1932 [...] trabalhava de segunda a sábado [...] fazia trinta mil réis, ele ganhava cinco mil réis por dia [...] trabalhava com o pai e tinha direito a uma roupinha e o pai era quem dava no final do ano [...]. (Informante B).

Outra forma de trabalho destacada consiste no extrativismo vegetal, que é a extração da cera de carnaúba realizada na época, mas não na região da Chapada, pois, segundo os informantes, não havia essa palmeira na serra.

Na época de 32 até 40 – 45, uma arroba de “cera de olho”, quinze quilo, criava família e sobrava dinheiro [...] mas na chapada não tinha, não, porque a chapada sempre foi plantada. (Informante B).

As práticas alimentares relacionavam-se ao consumo dos grãos produzidos pela comunidade, como também o consumo de carne bovina e caça. O acesso aos derivados da mandiocultura era difícil, conforme podemos observar na fala.

[...] feijão, farinha e rapadura quem tinha, e, quem muito tinha, tinha farinha. O meu avô era o mais 'barriga cheia', na era de 32 o meu avô tinha família, onze filhos, seis mulheres e cinco homens. (Informante B).

[...] a vida comercial de Lagoinha teve início com o comércio [...] não progrediu, pois após a morte do comerciante, a família não teve interesse em continuar com o negócio. Naquela época a pessoa que matava boi não tinha um canto apropriado para vender e vendia na própria bodega, e para chamar os fregueses usava uma espécie [...] de berrante, um maior para chamar pessoas mais distantes e um menor para chamar os mais próximos [...]. (Informante B).

O percurso da comunidade na conquista dos direitos sociais básicos perpassa algumas décadas, como podemos observar na cronologia descrita na Figura 34 - Fluxograma de Acesso a Serviços Sociais Básicos. Ressaltamos, no entanto, que a implantação de serviços básicos de saúde, educação, lazer não garantem qualidade da política pública. Entendemos, porém, que a presença dessas instituições reflete os caminhos que a comunidade tem vivenciado em prol da conquista da cidadania dos moradores da chapada do Apodi, em especial a comunidade de Lagoinha. Nesse sentido, o relato explicita o empenho, a mobilização e a organização da comunidade na empreitada de reivindicar, lutar e constituir com seus recursos, instituições que deveriam ser de responsabilidade do Estado.

A grande riqueza que se consubstancia na prática desse povo concerne à sua capacidade de desbravar coletivamente e gerar mudanças no território vivido, como fica evidente na fala do nosso informante.

[...] a vinda do segundo grau [...] conversando com ela (diretora da escola) para fazer esse trabalho [...] ela disse que foi uma luta muito árdua, porque naquele tempo, se hoje é difícil [...] conseguir isso aí, naquele tempo ainda era mais, se bem que é um tempo já bem recente, 1997, mas ela disse que não foi muito fácil conseguir. (Informante A).

[...] a construção da casa de polícia foi sem remuneração [...] idéia das associações locais da comunidade [...] era vontade da comunidade. A comunidade é quem queria, já que o governo não construía (a comunidade construiu). Para questão da segurança pública. (Informante A).

A água sempre permeou de forma intensa a vida dos camponeses da região da Chapada. Em primeiro lugar, porque migraram para fugir das enchentes,

em seguida, porque foram guiados pela água, em busca de uma cacimba, que lhes pudesse prover água potável em cima da serra, e, em segundo lugar, porque tiveram que emigrar nos períodos de seca. Em adição, têm a incipiência do serviço de abastecimento de água, que só foi possível em 1995, como fala nosso informante, atendendo a reivindicações da comunidade.

[...] a cacimba foi à primeira forma de guardar água. [...] de retirar água, porque aqui além da lagoa não havia outro meio, a não ser a lagoa, no inverno [...] a chuva. [...] Essa cacimba foi cavada em 1903. (Informante A).

A Implantação do SAAE – Sistema de Abastecimento de Água e Esgoto [...] reivindicação da comunidade [...] no caso a bomba d'água submersa [...] com capacidade de puxar quarenta mil litros de água por hora. O poço tem [...] noventa e dois metros e puxa quarenta mil litros de água por hora. (Informante A).

Quanto aos espaços de lazer foi primeiramente construída uma quadra esportiva, sendo talvez isso o motivo pelo qual o povo dê preferência às atividades de futebol e futsal.

Como atividade esportiva Lagoinha não fugiu a regra das demais comunidades, onde o esporte mais praticado é futebol de campo e futsal. (Informante A).

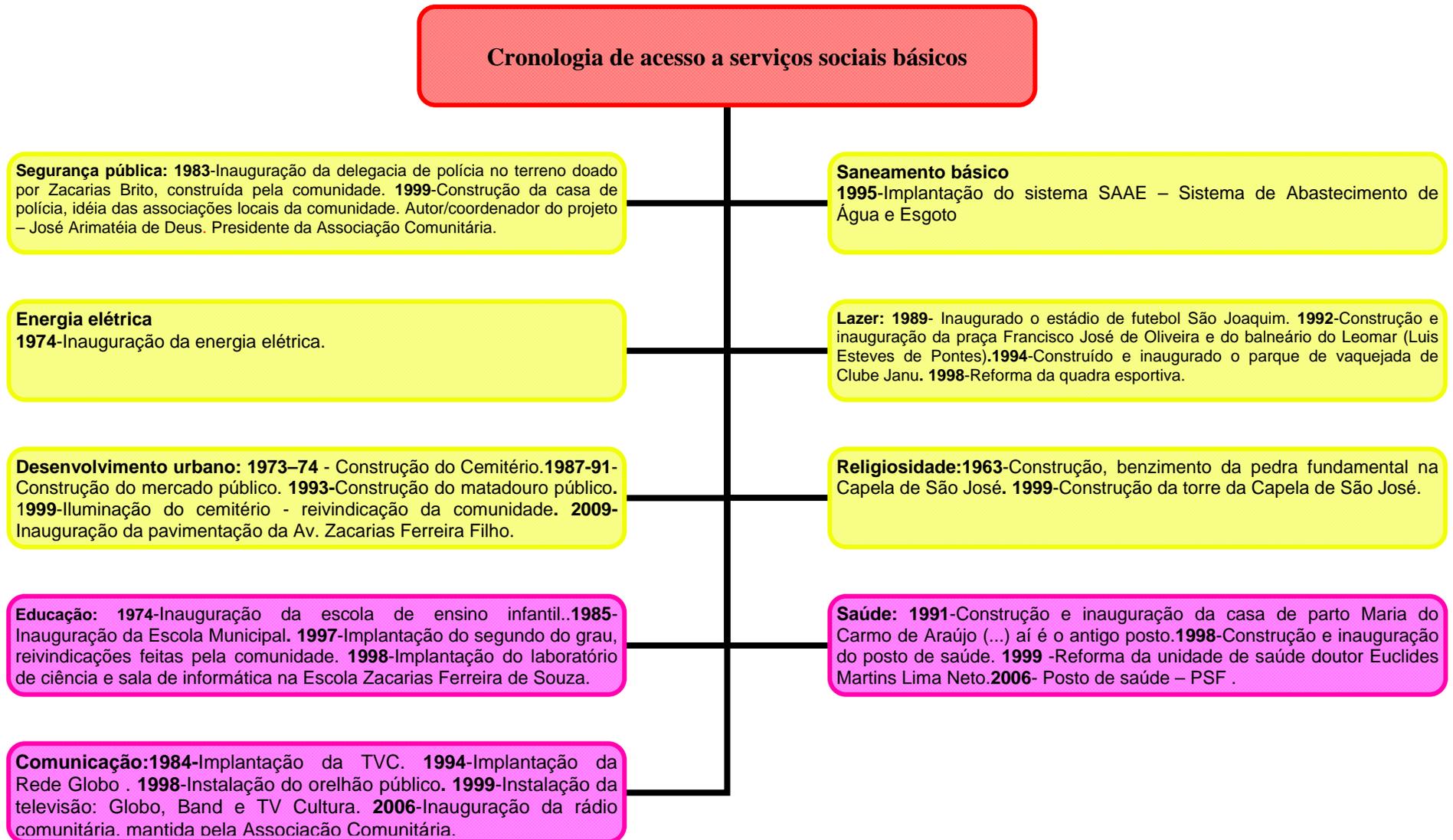


Figura 34 - Cronologia de acesso a serviços sociais básicos pela população no Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará, 2009.
Fonte: Elaborado pela pesquisadora.



Figura 35 – Fotos ilustrativas das residências vizinhas a áreas de plantios da monocultura da banana, demonstrando residências de taipa, e a praça onde se situa a igreja católica do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa.

3.1.2 Caminhos percorridos para enxergar o tempo presente em Lagoinha – Quixeré – Ceará.

No momento atual, o distrito de Lagoinha conta com os equipamentos sociais apresentados na figura 34, no entanto, com um contingente populacional significativo, e tem se transformado cotidianamente em decorrência da instalação de empreendimentos agrícolas que asseguram promessas desenvolvimentistas à região.

Atualmente o distrito de Lagoinha possui em torno de nove a dez mil habitantes, onde o número dessas pessoas é devido à safra de melão, mamão, abacaxi e outras [...]. (Informante A).

Nas nossas idas ao local em questão, podemos ver, conforme nossas observações e registro em diário de campo, que, em agosto de 2009, a estrada de acesso ao Distrito estava sendo reformada. Além da estrada, adentrando a comunidade, percebia-se uma nuvem de poeira, proveniente da construção de calçamentos, residências, estabelecimentos comerciais e do trânsito das carretas que circulavam carregadas de frutas.

O Distrito apresentava-se imerso à poeira, ao som das músicas dos bares, ouvindo-se a música brega, o forró e também o ronco dos motores dos caminhões, aflorando um intenso processo de transformação. Por todo lado espalhavam-se sobre a terra avermelhada amontoados de areia, tijolos e pedras. Essa intensa e fervente dinâmica é o que poderíamos chamar de progresso? Para responder à questão, nos propomos a penetrar o real, o agora da comunidade, após esse passeio pelo tempo passado e revelar o que há de problemas, o que há de perspectivas, como se dão as inter-relações saúde-ambiente-trabalho.

Afinal, Lagoinha está na cadeia internacional da produção de frutas, é o seio da produção do melão para exportação, além da banana, da pimenta e outras culturas no Estado do Ceará. Esse contexto se desnuda, a partir da vivência dos participantes do grupo, que são pessoas da comunidade já nascidas na Chapada, ou provenientes de cidades vizinhas, que estão se aproximando, percebendo, descobrindo. São pessoas que representam a ação política, técnica e social em Lagoinha, haja vista exercerem serviços para a comunidade, portanto, trabalhadoras e trabalhadores, que põe a tona o intenso e complexo processo em curso.

Isto foi possível por meio do processo de territorialização que propusemos. Este consistiu em um momento oportuno de refletir sobre a realidade, para, então, ser capaz de construir os mapas. Essa ação de construir os diferentes olhares sobre o território também se apresenta como um desafio para o grupo de pesquisa como também para os profissionais da APS. A partir de agora seguiremos detalhando como foram realizadas esta territorialização e os resultados deste processo, por meio da análise do discurso dos participantes do grupo e, também, pela apresentação dos mapas.

3.1.3 Mapeamento: desafios no reconhecimento do território para a atenção primária à saúde

Como já exposto, buscamos desenvolver uma pesquisa-ação que contribuísse para o fortalecimento da atenção primária à saúde, em referência a dar visibilidade e pôr em prática pelos profissionais da saúde, nesse ponto de atenção, as ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador. Portanto, trouxemos à discussão a problemática da vida comunitária, por meio do que denominamos elaboração/sistematização da realidade – apresentação/exposição do real – problematização – argumentação/apreensão do real – ação transformadora. Para isso, inicialmente realizamos o mapeamento social, do trabalho e ambiental. Faremos neste tópico uma descrição breve dos mapas e a análise das percepções dos sujeitos sobre a ação *territorialização em saúde* na perspectiva aqui apresentada.

Referindo-nos ainda à atenção primária à saúde, o Ministério da Saúde preconiza, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (2006, p. 46), no item **atribuições comuns a todos os profissionais**, *participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local*. Isso nos permite chamar a territorialização em saúde como uma ação primordial, pois a partir dela decorre toda a análise da situação de saúde, planejamento e implementação de outras ações estratégicas, que garantam resolubilidade ao sistema de saúde.

A proposta de territorializar, no entanto, tem sido encarada na prática do serviço como responsabilidade dos profissionais de saúde que incorporam minimamente no exercício dessa atividade a participação popular. Observamos que essa ação tem sido desenvolvida como uma atividade desvinculada de vida, ficando restrita a um mapeamento que focaliza áreas de risco e que não sedimenta o

compromisso ético-sanitário da equipe com a população nem se estabelece uma parceria que busque ação corresponsável na promoção da mudança.

Essa forma de territorializar que muitas vezes é realizada somente com a participação da equipe mínima, em especial os agentes comunitários de saúde, agentes de endemias, enfermeiros e médicos não tem permitido aos profissionais visualizarem a complexidade das questões que envolvem o território. E, nesse processo, perde-se de vista, principalmente o mundo do trabalho, pois a dimensão ambiental, mesmo que incorporada na visão de “agente causador de doenças”, como explicada na citação dos autores abaixo, um olhar ainda bastante restrito, mas está presente.

O modelo teórico que explica a relação homem-ambiente do ponto de vista epidemiológico é o ecológico, tendo como pano de fundo a idéia da multicausalidade dos fenômenos aliados ao processo saúde-doença, onde a tríade ecológica agente-hospedeiro-ambiente se insere na biologia humana, no ambiente, em estilos de vida e nos sistemas de serviços de saúde. (MOKEN *et al.*, 2008, p. 33).

Aliado a isso, essa ação de “mapear o território” ainda é um caminho a ser paulatinamente percorrido, do ponto de vista da exequibilidade, pois ela sequer acontece na prática dos serviços, imagine-se dentro de uma perspectiva que dialogue com os saberes representativos que existem acumulados nos habitantes do lugar.

[...] no Programa Saúde da Família a primeira coisa que você tem que fazer é o mapeamento da sua área é a construção desses mapas, só [...] a gente até sabe como é o mapa social [...] só que o tempo é tão pequeno [...] se fosse pegar esse mapa e fazer lá no posto, que de dez em dez minutos chega um para falar com a gente, a gente não consegue, mas a gente teria que ter esses mapas construídos é uma coisa real. (Grupo de pesquisa).

Outrossim, propor uma territorialização em saúde que entrelace a análise técnica dos profissionais da saúde acerca do território com a análise simbólica, embasada na compreensão das comunidades é um desafio. Isto porque tal processo não pode ser realizado em um turno de conversação, nem fora de uma proposta metodológica participativa, que problematize a realidade e como se dão esses processos na vida. Em contrapartida, dispor-se a refletir com a

intencionalidade de agregar novas visões é animador para quem vivencia contextos complexos e desconhecidos, no entanto, do ponto de vista prático, requer habilidades como: reconhecer e respeitar o saber popular em relação o modo de vida e as práticas em saúde, dentre outros aspectos, que precisam emergir em um processo de territorialização. Munida desta percepção, provocamos um movimento em prol do cultivo dessa ação de “mapear”.



Figura 36 – Foto da elaboração do mapa social pelo grupo de pesquisa, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa.

Com efeito, a experiência vivenciada por nós tratou de viabilizar a articulação entre desenhar os mapas e fundamentá-los no plano discursivo-analítico. Os mapas produzidos foram: mapa social da comunidade, mapa do trabalho e mapa ambiental. Optamos por fazer três mapas, porque as dimensões do trabalho e do ambiente não são contempladas na concepção do mapa social, o que reflete as nossas dificuldades de visualização do território na complexidade que ele se apresenta. Essa territorialização desvelou as percepções, sedimentou conhecimentos e propiciou a (re)descoberta do território.

Para mim [...] a gente desconhece. Você conhece Lagoinha? Conheço porque eu moro lá, mas de repente quando você vai fazer um mapa de Lagoinha e que você vai apresentar realmente todos os pontos dele, o que tem e o que não tem, onde tem o problema maior, você fica abismado com o que aparece no mapa. (Grupo de pesquisa).

Ao grupo coube a responsabilidade de produzir os mapas, trazendo todos os aspectos considerados imprescindíveis e que tivessem relação com saúde-trabalho-ambiente. Os mapas foram confeccionados em cartolinas, como crianças aprendendo a desenhar, sem georreferenciamento, somente as mãos, pincéis e papéis em branco. Nesse processo, não utilizamos mapas cartográficos ou quaisquer outros mapas da região. Essa escolha relaciona-se ao fato de ter que pensar sobre o território, para, então, descrevê-lo, propiciando momentos de reflexão sobre o que era importante, acerca do que estava presente na comunidade, em que lugar estava aquele 'ponto', como deviam ser representados simbolicamente no mapa, qual a utilidade para a vida comunitária de cada equipamento social, bares, prostíbulo e instituições representadas.

Inicialmente, pactuamos com o grupo que os mapas deveriam representar o Distrito de Lagoinha, independentemente da área adscrita da equipe Saúde da Família. Isso se fez necessário para a feitura dos mapas, porque estes precisam transpor os limites da área adscrita da equipe para facilitar a visualização do território de forma analítica, procurando enxergar os problemas, as influências, os conflitos relativos à vida dos moradores que têm convergência com o modelo de produção e a relação com o ambiente.

Para a elaboração do mapa social solicitamos aos participantes que desenhassem o mapa da comunidade, colocando todos os aspectos que considerassem importante para a vida comunitária, os lugarejos, as casas, as pessoas, estabelecimentos comerciais, de lazer, dentre outros que na percepção deles era fundamental para a comunidade.

Na figura 37, podemos observar o mapa social feito pelo grupo de pesquisa. Nele observamos que o grupo enumera todos os equipamentos sociais. Aponta também os bares, prostíbulo e estabelecimentos comerciais. Podemos observar na figura 38, que traz a legenda do mapa social ampliado, que as plantações I e II representam o agronegócio como algo importante para as comunidades, no entanto nesse momento fala-se em plantação e não em agronegócio e somente após o processo de discussão é que se percebe o agronegócio como um local onde as pessoas trabalham e que tem relação com diversos problemas que emergem na apresentação do mapa social, como, por

exemplo, o aumento do número de prostíbulos, de drogas e doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros problemas.

Vila Nova II trabalha a agente de saúde [...] tem 586 pessoas. Na rua do meio que pega também um pouquinho Vila Nova dois e Maria Preta [...] com 606 pessoas e [...] agente de saúde que tem mais pessoas, porque ela trabalha em Itaitinga e Queimadas, a extensão territorial dela é maior, tem 806 pessoas. [...] Quem tem menos é [...] área de risco [...] dos prostíbulos, a média de pessoas aqui é quatro, cinco por família, mas [...] nessa área dos prostíbulos [...] tem muitas residências [...] de 30 homens que são trabalhadores que vem para empresa X [...] na mesma casa [...]. (Grupo de pesquisa).

Neste momento, com a elaboração desse mapa, não aflora no grupo a dimensão trabalho, o que surge são os agravos decorrentes de ausência ou fragilidades das políticas públicas e problemas sociais vinculados a saúde.

Apesar de saber que existe o trabalho, não se concebe esse como algo a ser pensado pelo setor saúde na abordagem de mapear “tudo o que é importante para a vida comunitária”.

A nossa opção de não focalizar ou direcionar a elaboração do mapa social para identificar áreas de risco, ou de maior vulnerabilidade, baseia-se no fato de que a abordagem territorial em saúde é complexa, e, partir do olhar sobre o todo, a problematização disso é que se consegue definir com clareza o que é prioritário. Nesse sentido, mapear o território como ele é, mergulhar nele, é um caminho metodológico que facilita a incorporação do trabalho e ambiente na saúde, uma vez que, sendo parte do território, faz parte da ação da equipe.

Não se consubstancia como mais uma ação ditada por este ou aquele programa, mas constitui uma demanda de base territorial que precisa ser considerada pelo setor saúde.



Figura 37: Foto do mapa social do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará, elaborado pelo grupo de pesquisa, 2009.
 Fonte: Acervo da pesquisa

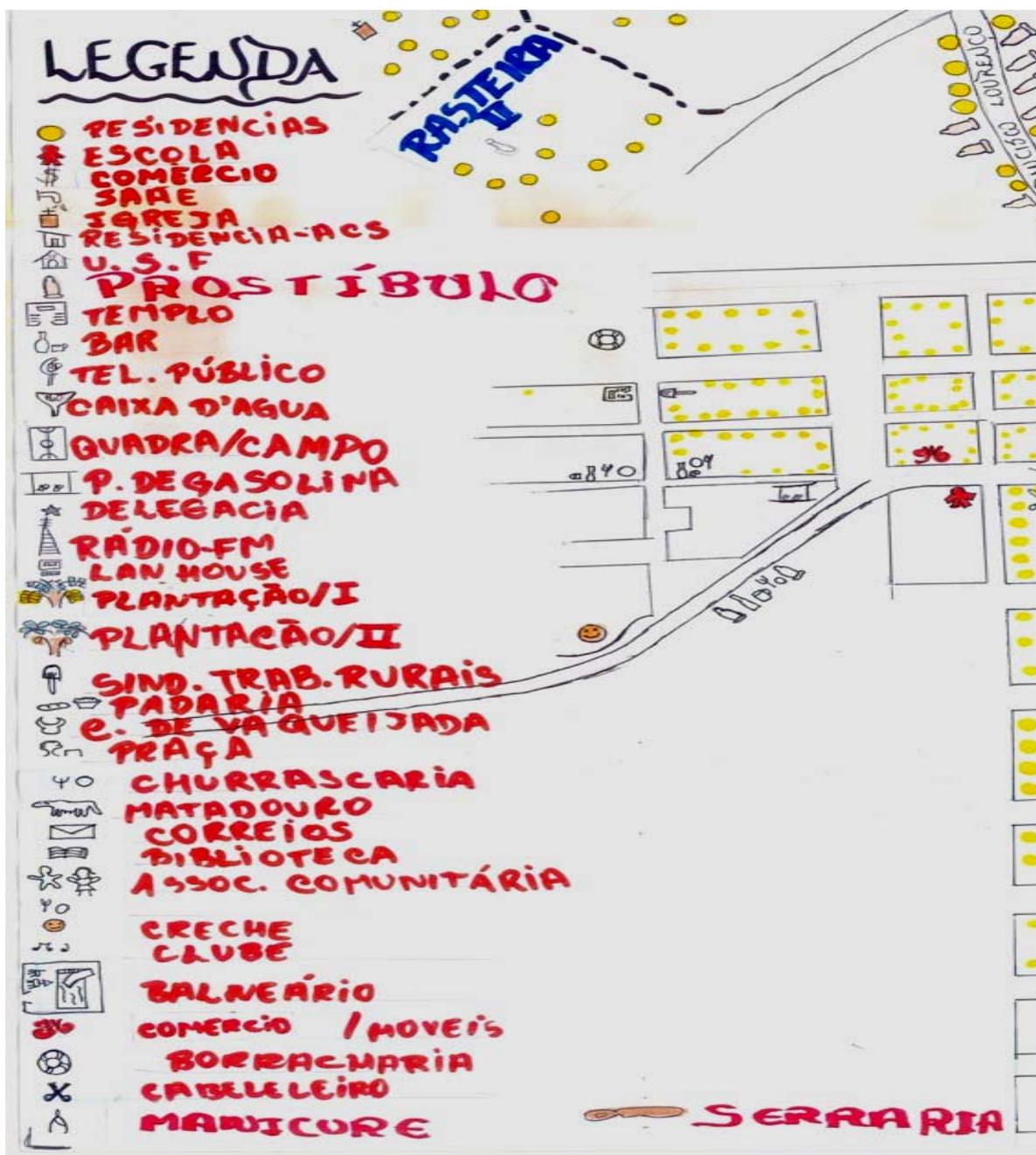


Figura 38: Foto da legenda do mapa social do Distrito de Lagoinha – Quixeré – Ceará, elaborado pelo grupo de pesquisa, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa

Em relação à elaboração do mapa do trabalho, solicitamos ao grupo que identificasse nas doze comunidades que compõem o Distrito de Lagoinha os seguintes itens: onde as pessoas trabalham em cada comunidade, as ocupações existentes, os trabalhadores (sexo, procedência, idade, escolaridade, critério para ingresso no trabalho) como fazem o trabalho, a que condições estão submetidas nos diversos tipos de atividades identificadas, dentre outros aspectos que considerassem importante apresentar sobre o trabalho em Lagoinha. Chamamos a atenção do grupo para refletir e apresentar as 'pessoas que fazem' e 'como fazem' o trabalho em cada comunidade. Na figura 39, temos o mapa dos trabalhadores do Distrito de Lagoinha, que é o desenho feito pelo grupo. Chama atenção, por exemplo, o fato de que são identificados o agricultor familiar, o trabalhador do agronegócio, o trabalhador do caju. Apesar de estes representarem os trabalhadores rurais, são apresentados conforme a função exercida, o que nos faz inferir que há uma percepção de que o processo de produção se diferencia, sendo, portanto, trabalhadores diferenciados no processo saúde-doença. Também é importante destacar que uma das atividades de sobrevivência do início do povoamento da Chapada, que era a extração de madeira, ainda se apresenta no momento presente, como podem ser vistos no mapa - o lenhador na comunidade do Maxixe e o tirador de pedra.

Para a elaboração do mapa ambiental, informamos ao grupo que ele deveria conter os bens naturais existentes na comunidade (rios, riachos, cachoeiras, plantações, dentre outros), bem como identificar as transformações percebidas no território.



Figura 40 – Foto do grupo de pesquisa desenhando o mapa ambiental, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa

Solicitamos ao grupo que discutisse e procurasse evidenciar no desenho as mudanças ocorridas no ambiente da chapada do Apodi, caracterizando os mecanismos responsáveis por estas transformações. Analisar as doze comunidades e identificar se houve ou se há contaminação e poluição ambiental, áreas desmatadas, queimadas, alterações na fauna e flora, como a extinção de espécies nativas, seja animal ou vegetal e a incorporação de novas espécies.

Podemos observar, consultando o mapa ambiental (figura 41) e a legenda ampliada do mesmo mapa (figura 42), que o grupo conseguiu identificar numerosas formas de poluição e contaminação ambiental existentes nas comunidades. Aparece de modo bastante expressivo os agrotóxicos, por meio da ação do agronegócio, como também outros aspectos, como, por exemplo: as caieiras, os fornos de padaria, os veículos que lançam poluentes químicos no ar.

Evidencia-se também neste mapeamento os mecanismos de transformação vividos no território pela presença do desmatamento e das queimadas da mata nativa para a plantação de outras culturas, como as frutas e os grãos, o que, aliado ao uso dos agroquímicos, contribui para o surgimento de outras espécies, como as pragas.



Figura 41 – Foto do mapa ambiental do Distrito de Lagoinha- Quixeré- Ceará, feito pelo grupo de pesquisa, 2009.
Fonte: Acervo de pesquisa.

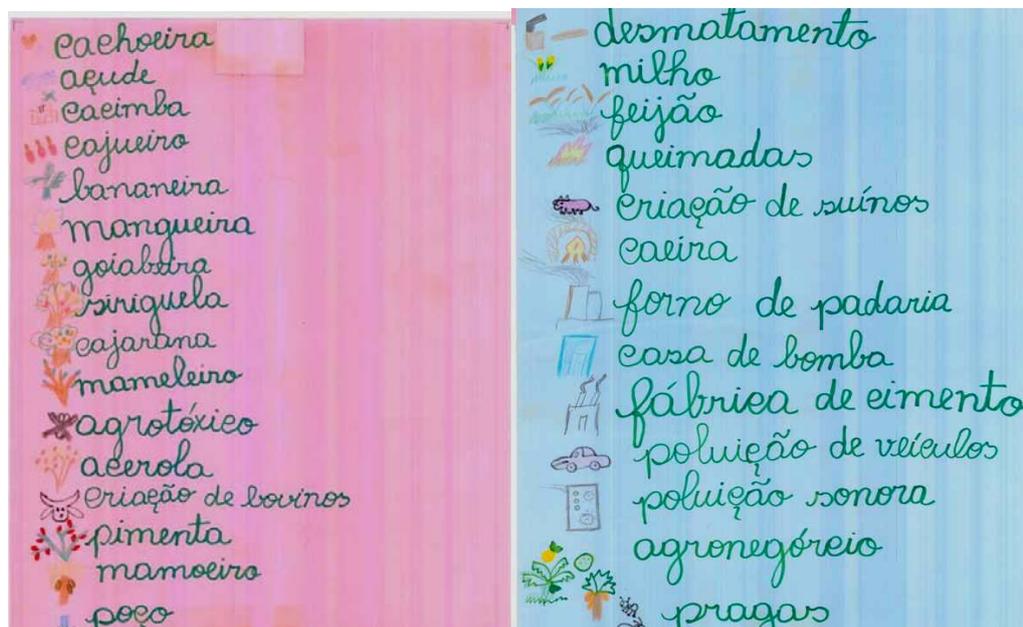


Figura 42 - Foto da legenda do mapa ambiental do Distrito de Lagoinha-Quixeré- Ceará, feito pelo grupo de pesquisa, 2009.

Fonte: Acervo de pesquisa.

Ressaltamos que, para a feitura do mapa do trabalho e do mapa ambiental, trabalhamos inicialmente com tarjetas, pois o grupo referia muitas dificuldades para perceber o trabalho como também as transformações ambientais. Após a elaboração das tarjetas em subgrupos de trabalho, apresentação e discussão dos itens apontados nas tarjetas, foi que eles conseguiram visualizar todas as comunidades e os processos em curso.

Agora, descreveremos os resultados emergidos nesse processo, revelando em primeiro lugar as percepções dos envolvidos em relação à elaboração do mapa social, seguidos do mapa do trabalho e ambiente.

A gente teve um pouco de dificuldade [...] aqui são duas equipes de PSF, duas Lagoinha, então a gente trabalha com uma parte [...]foi bom porque a gente foi descobrindo coisas que a gente também não sabia, um ajuda aqui e outro ali e como a gente trabalha nesse território a gente realmente tem que conhecer, tem que saber bem direitinho o que é que a gente tem, quais são os recursos sociais [...] para desenvolver um trabalho melhor [...]. (Grupo de pesquisa).

A elaboração do mapa social, nessa territorialização, possibilitou a descoberta de como estão as políticas públicas, para onde devem caminhar, quais os estrangulamentos, os nós, as perspectivas, as necessidades da comunidade, emergindo de forma bastante significativa a ação intersetorial que na prática se constitui noutro desafio. Então, apresentamos no tópico 3 um diálogo sobre as políticas públicas e ação intersetorial.

As reflexões, análises críticas acerca deste mapa, propiciaram ao grupo vislumbrar diversas questões sociais inter-relacionadas à fragilidade das políticas públicas de saúde, educação, lazer e segurança pública.

A partir do mapa a gente pôde identificar todos os problemas, o que tem e que a gente pode melhorar, o que não dá, o que é mais urgente e o que não é, e a partir daí vem a mudança. Não só tentar mudar, mas identificar, porque muitas vezes devido a nossa rotina a gente passa por cima de muitos pontos que foi descoberto hoje, [...] porque às vezes a gente sabe que existe só que a gente não sabe a dimensão de cada ponto desse que foi colocado aí no mapa. (Grupo de pesquisa).

[...] eu sou recém chegado, dois meses de Lagoinha [...] está sendo uma novidade conhecer a sociedade [...] não só a parte social, mas até a parte geográfica do lugar e identificar a população [...] e ver o que a gente pode fazer - um plano de atendimento, fazer um direcionamento de uma forma geral para esses pontos mais críticos. (Grupo de pesquisa).

Eu posso trabalhar e apagar um foguinho aqui e acolá, que muitas vezes eu não me planejo, mas quando eu faço isso aí (o mapa), aí dá para gente se planejar e começar a fazer um plano de trabalho de como nós vamos trabalhar, porque a gente vai ter que priorizar, é trabalho demais, é coisa demais para resolver e nós não vamos conseguir resolver tudo de uma vez só, então a gente vendo isso aí [...] botando no papel todos os problemas, a gente vai ter que priorizar, vamos começar por esse [...] mais urgente e talvez conseguindo resolver esse eu já vou resolvendo esse outro, acho que esse mapa também vai nos subsidiar para isso, para a gente fazer esse plano e ver por onde é que nós vamos começar, porque problemas aí a gente está vendo que tem muito. (Grupo de pesquisa).

Evidenciamos que o mapa social não penetrou o mundo do trabalho nesse passo da territorialização, que consistiu em mapear o território de forma semelhante à adotada no cotidiano dos serviços de saúde. Atualmente os problemas de saúde, ou a necessidade de ação do setor da saúde ficaram restritos às ações prioritárias na atenção primária focalizadas nos grupos de riscos. O trabalho só surge, realmente, quando o grupo é convidado a pensar o trabalho, a desenhar o mapa, identificar quem faz o trabalho e como faz.

O grupo percebe a importância da ação e o reconhecimento disso como ferramenta para identificação de problemas de saúde do trabalhador, no entanto,

trabalhador, que a centralidade do modo de produção está na garantia de produto, como um ato mecânico, desconsiderando a pessoa que trabalha.

Eu achei muito difícil [...] construir esse mapa, são tantas profissões especificadas, mas [...] se você está em um lugar fora do seu, e a pessoa pergunta: qual é a principal fonte de renda lá na sua comunidade? E aí, de repente, a gente não sabe, porque antigamente a principal fonte de renda da Lagoinha só era o algodão [...] e o cal, hoje já tem essas diversas plantações, de banana, melão, mamão [...] e isso aí (elaboração do mapa) é muito bom para gente acordar [...] para ver a realidade [...] da comunidade da gente [...] os riscos, porque às vezes a pessoa trabalha, mas não se preocupa se está correndo algum risco, a preocupação é na produção. É produzir! Produzindo é o que basta, não se preocupa com o que pode acontecer com o trabalhador que está produzindo aquele alimento. (Grupo de pesquisa).

A percepção do agronegócio e do processo produtivo como gerador de risco dialoga com a interpretação de territorialização proposta por Santos e Rigotto (2009, p. 9), na medida em que ressaltam a importância do mapeamento abordar, ou seja, dar-se conta da fluidez dos processos produtivos locais.

[...] o processo contínuo de territorialização deve se propor a ir além do mapeamento inicial e da delimitação estanque dos territórios, mas contemplar permanentemente as distintas dinâmicas que emergem de cada território, relacionadas, por exemplo, a chegada de novos processos produtivos e tecnológicos que, se por um lado, atendem a determinados interesses sociais, por outro lado, são portadores e viabilizadores de numerosas possibilidades de geração de riscos e ampliação de vulnerabilidades, bem como da efetiva ocorrência de danos e agravos à saúde humana e dos ecossistemas prestadores de serviços ambientais relevantes para toda a comunidade de vida local.

Inferimos que numa proposta de territorialização, que pressupõe a atuação coletiva de agentes sociais, visando a apresentação de uma visão sistêmica, propiciando a ampliação da percepção sobre a realidade, só é possível se contar com uma estratégia metodológica indutora da criticidade, esta entendida, como fala o educador Paulo Freire, nos seus ensinamentos sobre a educação:

[...] é precisamente a criticidade a nota fundamental da mentalidade democrática. Quanto mais crítico um grupo humano, tanto mais democrático e permeável [...]. Tanto mais democrático, quanto mais ligado às condições de sua circunstância. Quanto menos criticidade em nós, tanto mais ingenuamente tratamos os problemas e discutimos superficialmente os assuntos. (FREIRE, 1992, p. 103).

Desse modo, além do mapeamento, há de se considerar ferramentas que promovam a inquietude dos agentes envolvidos na territorialização, sendo este o passo a passo a seguir nesse estudo de pesquisa-ação. A depender da ação de “mapear”, ou os resultados estariam estritos ao levantamento do conhecimento prévio dos presentes, ou da condensação de informações obtidas em documentos oficiais.

Foi importante esse trabalho, embora tenha sido complicado, o tempo não foi o suficiente para gente concluir e realmente fazer o trabalho completo, [...] se for analisar ainda está faltando alguma coisa. Realmente elencar todas as profissões existentes aqui, é como a gente falou antes, é maior até do que Quixeré sede a Lagoinha, o distrito é bem mais amplo, e tem muito mais profissões, embora prevaleça a agricultura [...] e essa questão da prostituição que está bem evidente, mas a gente percebeu através desse trabalho que existe um monte de profissão que muitas vezes a gente nem lembrava, profissões básica, simples e a gente só depois que foi lembrando, então é importante para gente ver [...] os riscos também que esses profissionais correm no seu trabalho e até valorizar [...] cada profissional [...] e a gente viu também a procedência da onde vem esse pessoal, então, a maioria tirando os agricultores [...] vem de fora, [...] achei muito importante esse mapa para gente ter uma idéia de onde vem essas pessoas, quais são os serviços que prestam aqui [...]. (Grupo de pesquisa).

Este relato demonstra como foi significativo para o grupo desvelar o mundo do trabalho. Passaram a perceber o sentido de ser trabalhador, as contribuições para a comunidade e os riscos que envolvem as atividades de trabalho. A percepção dos riscos foi possível, desde o momento em que o grupo teve que confeccionar nas tarjetas como a pessoa faz o trabalho. A descrição, por exemplo, de que a costureira trabalha sentada durante todo o dia permitiu perceber que isso pode ensejar danos a saúde, e, que, portanto, era fundamental conhecer como as pessoas fazem o trabalho para perceber os riscos.

Quando apresentamos no tópico 6 a discussão do plano de ação, observamos que o grupo propôs uma ação que consiste em visitar as empresas do agronegócio, porque com a discussão deste processo de desvendar o trabalho, identificaram o fato de que o maior contingente de trabalhadores expostos a agravos à saúde decorrentes do trabalho insere-se nas fazendas agrícolas, e, que estes precisam de atuação do setor saúde. Eles, no entanto, não demonstraram segurança em afirmar todos os tipos de riscos a que estes trabalhadores estariam expostos.

Percebemos, porém, com base nas tarjetas em que descreveram o trabalho e as situações de exposição, ou seja, como fazem o trabalho, escreveram, por exemplo: “passa o dia todo no sol” “exposto a ser mordido de cobra” “trabalha com veneno”. Compreende-se que estão expostos a riscos, mas não conseguiram referir que tipos de riscos são esses: químicos, biológicos, ergonômicos etc. e optamos por não aprofundar os riscos, pois se fôssemos realizar nesse momento requeria mais tempo e deste não dispúnhamos.

Então, considerando as expressões das tarjetas (figura 44), fizemos um diagrama-síntese, conforme Figura 46, organizando a ocupação de trabalho, agrupando por riscos na execução das atividades apontadas pelo grupo. Entendemos que esse é um aspecto fundamental para ser trabalhado com os profissionais da APS para realizar uma atuação efetiva em saúde do trabalhador.

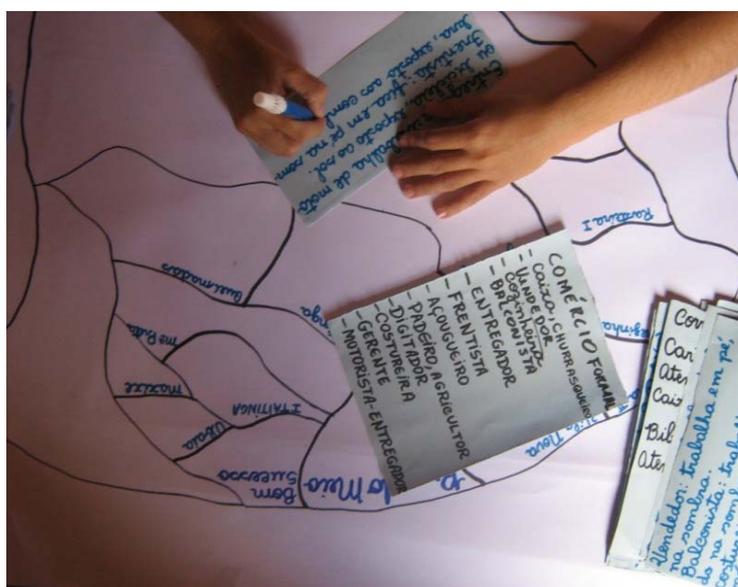


Figura 44 – Foto registrando a elaboração das tarjetas referentes ao trabalho pelo grupo de pesquisa, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa.

Apresentamos na Figura 45 – Diagrama representativo dos trabalhadores por locais e tipo de atividade existentes em Lagoinha – Quixeré – Ceará, segundo o grupo de pesquisa, 2009, uma síntese das ocupações, dos trabalhadores, locais de

trabalho, riscos relacionados ao trabalho, dentre outros aspectos evidenciadas pelo grupo. Esse processo foi o passo anterior à confecção do mapa do trabalho e consistiu em citar nas tarjetas o que sabiam sobre o trabalho e os trabalhadores de Lagoinha para facilitar a territorialização e conseguir mapear o mundo do trabalho.

Estes momentos de discussão e sistematização das ocupações, perfil dos trabalhadores, situação de exposição nos ambientes de trabalho foram passos para adentrar o mundo do trabalho e as implicações no modo de vida, bem como discutir o modelo de produção e as repercussões disso sobre a saúde e o ambiente.

Não analisamos ou discutimos algumas questões apresentadas pelo grupo como, por exemplo, os agricultores inseridos na categoria comércio formal, dentre outras. Nosso objetivo restringia-se a ser capaz de identificar e visualizar aquele trabalhador e que este estava submetido a condições de trabalho que necessitavam de atuação do SUS.

Entendemos que há incompreensão de termos como atividades, função, dentre outros aspectos, mas considerando o distanciamento que havia entre o mundo do trabalho das práticas de saúde, nossa opção consistiu em realizar o que poderíamos dizer: aproximação, responsabilização pelos trabalhadores, compreender o trabalho como parte do fazer saúde da família nos territórios.

Ainda há muito o que avançar para que haja uma compreensão satisfatória do trabalho. Este, que é fundamental à existência humana, permanece desconhecido e invisível nas práticas dos profissionais da APS, e, não só destes, mas no setor saúde de maneira geral.

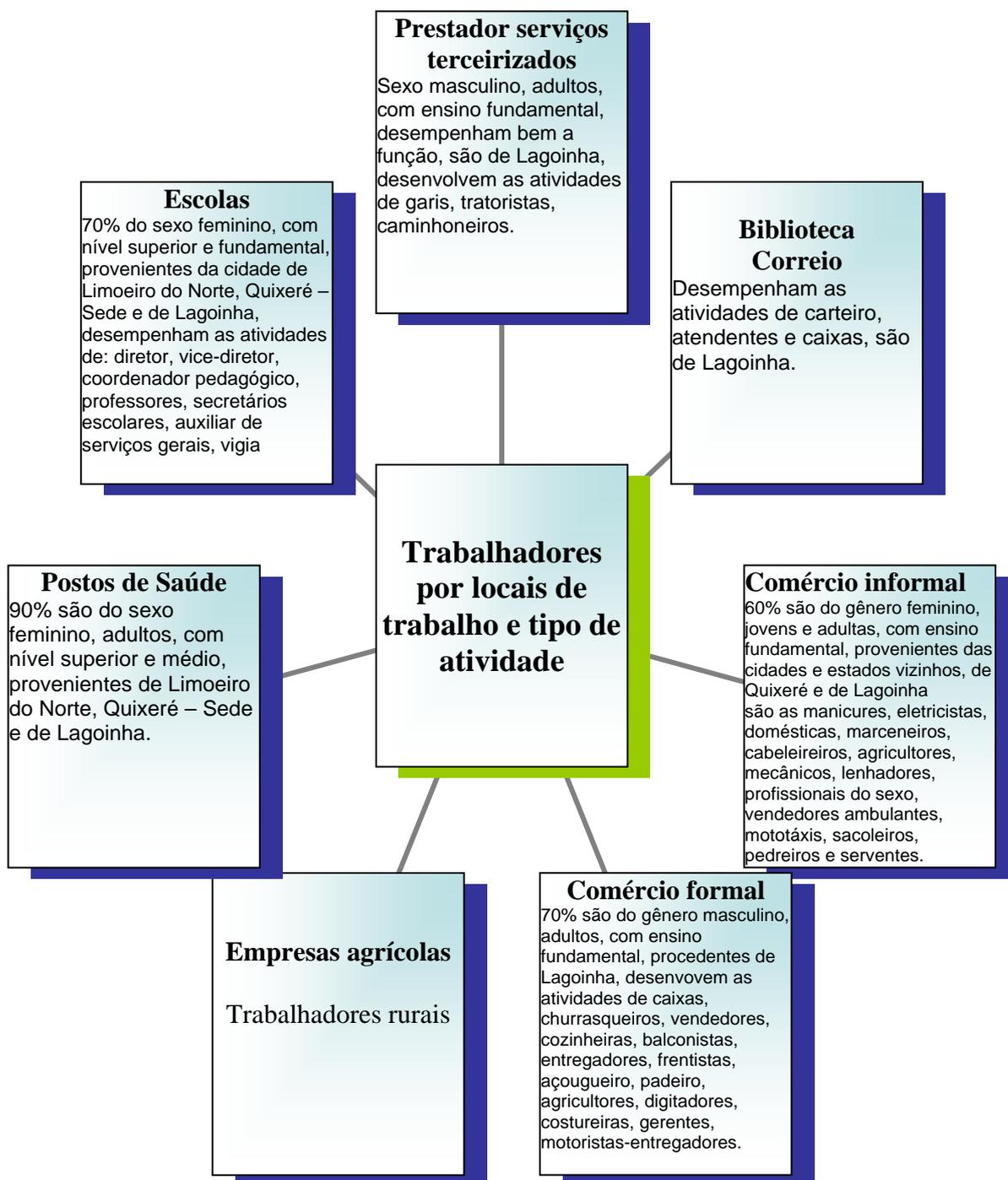


Figura 45 - Diagrama representativo dos trabalhadores, por locais e tipo de atividade existentes em Lagoinha – Quixeré – Ceará, segundo o grupo de pesquisa, 2009.
Fonte: organizado pela pesquisadora, conforme apresentado pelo grupo de pesquisa.

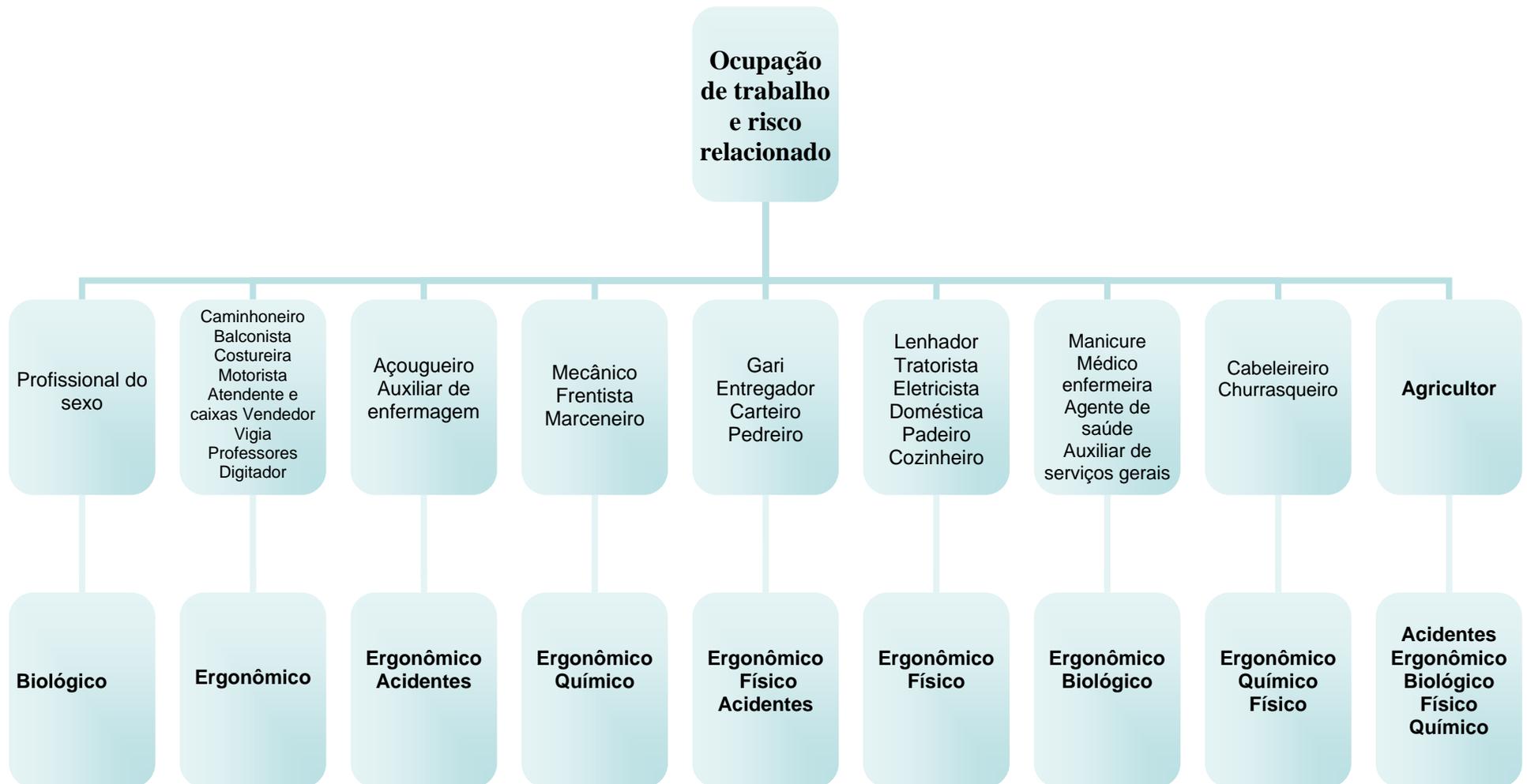


Figura 46 - Diagrama das ocupações de trabalho e os riscos relacionados, em Lagoinha – Quixeré – Ceará, 2009.
Fonte: elaborado pela pesquisadora.

A aproximação com o mundo do trabalho, no território, aponta para a necessidade de avaliações constantes das práticas de saúde na atenção primária à saúde, na tentativa de enumerar novas estratégias, que viabilizem a realização de diagnósticos socio sanitários capazes de promover o delineamento de ações em conformidade com o que pensam Santos e Rigotto (2009, p. 4).

A apreensão e compreensão do território, em que pese toda a sua riqueza e complexidade, sinalizam uma etapa primordial para a caracterização descritiva e analítica das populações humanas e de seus problemas de saúde, bem como se aplica à avaliação dos reais impactos dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, possibilitando ou efetivamente abrindo espaços para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para o chão concreto da vida cotidiana das pessoas, o lugar.

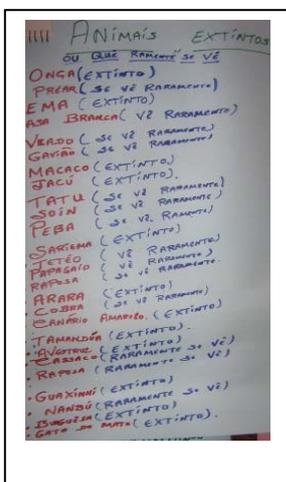
No tópico quarto deste estudo, apresentamos breve discussão sobre o trabalho e o emprego com a análise dos discursos dos sujeitos envolvidos neste processo.

A elaboração do mapa ambiental nos auxiliou no debate sobre as transformações percebidas no território local e de que forma enseja impactos à saúde das pessoas do lugar. Com esse mapa, foi possível perceber que há um processo em curso que ocasiona repercussões não só benéficas, mas que também podem ser e o são muitas vezes maléficas à vida. Nesse sentido, o grupo surpreende-se com a rapidez das transformações ocorridas no território. Identifica-se inclusive um aspecto de fundamental importância, que é a perda da liberdade de ir e vir, pois a terra passa a ser propriedade privada; ou seja, há uma perda para os camponeses do contato com a natureza que se materializa na liberdade de andar, correr, brincar pelos campos sem medo, numa relação de convivência que dá prazer e saúde. O processo acontece, porém, de forma tão “despercebida” que somente em um processo reflexivo como este que as pessoas se dão conta das transformações no modo de vida delas decorrentes de agentes externos, alheios as suas relações sociais, mas potencialmente transformadores da vida.

[...] eu moro há 26 anos aqui na Lagoinha e já passei por várias mudanças, mas você percebe no dia-a-dia, mas quando você pára para fazer um mapa com as mudanças que houve no lugar que você mora, você, chega a ficar surpreso e vê o quanto de benefício trouxe, mas por outro lado quantos malefícios trouxe também! Quando as pessoas que tinha a liberdade de correr e brincar nos campos e hoje não tem mais essa liberdade, hoje é tudo tomado de plantação! [...] você pára para analisar as mudanças você

fica surpresa com tanta mudança que veio e o quanto beneficiou, mas também o quanto trouxe de prejuízo, é aquele ditado: traz vantagens, mas também desvantagens para o seu município, para o lugar que você mora! (Grupo de pesquisa).

Em Lagoinha, o grupo enumera profundas transformações no ecossistema, em uma análise, a partir do vivido e conhecido, relatam como se deu a extinção de espécies vegetais e animais na chapada do Apodi e de que forma isso contribui para ‘minimizar’ ou ‘maximizar’ os efeitos à saúde humana.



[...] há animais extintos [...] pouco se ouve falar em: onça, ema, macaco, jacu, seriema, canário amarelo, avestruz, arara, guaxinim, burques, gato do mato, tamanduá. [...] são onze extintos! Não existem mais, [...] hoje não vê mais. [...] ou raramente se vê: preá, asa branca, [...] veado, gavião, tatu, soim, peba, tetéu, papagaio, raposa, cobra, cassaco, nambu. Tem onze extintos e treze que raramente se vê, aqui. Agora de animais que foram trazidos de fora: avestruz, pavão, ganso, macaco, canário belga, periquito australiano; praga: mosca branca que veio com o agronegócio, gafanhoto, minadora, formiga de roça porque são dois tipos de formiga, bicudo de algodão e lagarta. (Grupo de pesquisa).

Vegetação extinta [...] pau d'arco, sabiá, mororó, e cedro e [...] raramente se vê: aroeira, emburana, catingueira, pau branco e mameleiro. As plantas que não existiam e foram trazidas de fora: ninho, palmeira, carambola, centaia, açai, pêra, melão, abacaxi, uva, maçã, bananeira, tangerina e pimenta. (Grupo de pesquisa)

Figura 47: Foto das tarjetas elaboradas pelo grupo de pesquisa, ilustrando as transformações ambientais locais na chapada do Apodi – Ceará, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa.

Na fala citada na sequência, podemos perceber que muitas espécies utilizadas como fontes de proteína na alimentação das pessoas do lugar há anos não mais existem e a chegada de outras espécies, como os vegetais, principalmente as frutas, não enriqueceu a alimentação da população, pois não são consumidas pelos moradores da Lagoinha. O grupo compreende que a produção de alimentos gerou emprego para alguns, mas que, para a população de uma forma geral, essa plantação não se apresenta como alternativa alimentar, e, conseqüentemente, não trouxe benefícios do ponto de vista da soberania alimentar.



[...] não tinha um monte de frutas, aí apareceu, poderia gerar uma riqueza na vida das pessoas em relação a [...] terem oportunidade de se alimentar de outras coisas, de outras vitaminas, [...] então [...] gerou emprego, mas não gerou o benefício de alimentação, porque está aqui (produzido em Lagoinha) o produto, mas ninguém está consumindo [...], então, não foi uma coisa tão boa para a população. (Grupo de pesquisa).

Figura 48 – Foto das tarjetas feitas pelo grupo de pesquisa, ilustrando as transformações ambientais locais na chapada do Apodi – Ceará, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa.

Em relação à temática saúde e ambiente, discutiremos mais detalhadamente no tópico 5. Faremos uma amostra de como o modelo de produção agrícola se relaciona com a geração de transformações ambientais locais, com repercussões sobre o global e a saúde humana, e de que forma a política de saúde ambiental com vistas à qualidade de vida tem caminhado nesse enfrentamento.

Neste tópico, priorizamos um esboço geral do elemento central, ou mediador de reflexão que serviu de alicerce para o grupo propor o plano de ação. A feitura dos mapas, em dois momentos, garantiu os seguintes processos:

Primeiro momento – em subgrupos

- a) reflexão sobre o território; e
- b) ação de desenhá-lo, segundo a interpretação refletida em subgrupos.

Segundo momento – em sessão plenária

- a) apresentação do interpretado para os demais; e
- b) problematização – reinterpretação do território.

Considerando o que apresentamos nesse tópico, isto se refere ao primeiro momento do grupo até o item *a* do segundo momento. Os tópicos seguintes referem-se ao item *b* do segundo momento, que são os discursos feitos com base nas perguntas problematizadoras procedidas pela pesquisadora. Então, emergem categorias não previstas inicialmente na investigação, mas que se constituem como fundamental para o debate das inter-relações saúde-ambiente-trabalho em contextos em transformações. Respeitando o cunho participativo em que se insere esse estudo e a complexidade de cada território, é evidente que teríamos que lidar com o incerto, o imprevisto.

Organizamos, então, a nossa análise, priorizando algumas categorias que no grupo surgem como prioritárias, além do que havíamos previsto inicialmente. Assim, apresentamos a partir de agora a discussão e análise dos resultados, com origem no que já tecemos sobre território, conforme esquema apresentado a seguir:

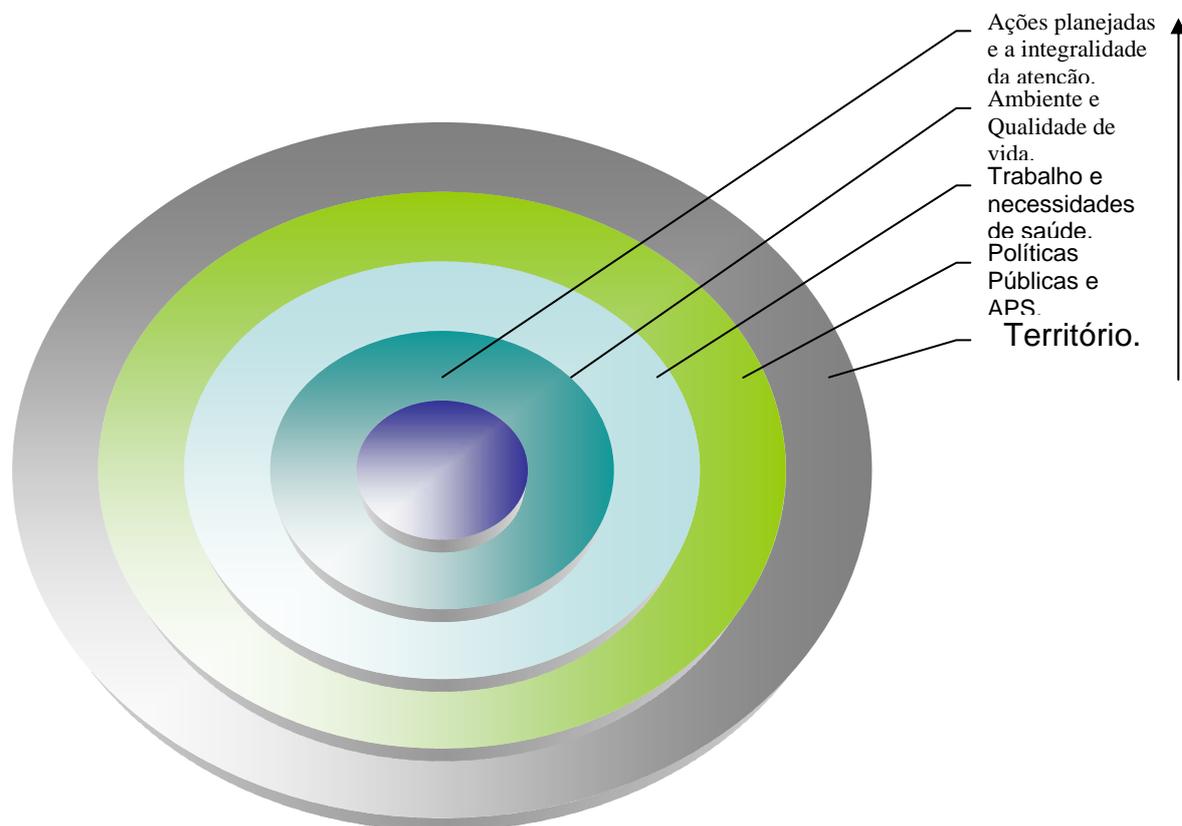


Figura 49 - Esquema-síntese das categorias abordadas na análise dos resultados
Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

4 TÓPICO TERCEIRO

4.1 Políticas públicas: descaso, insuficiência ou inoperância da ação intersetorial?

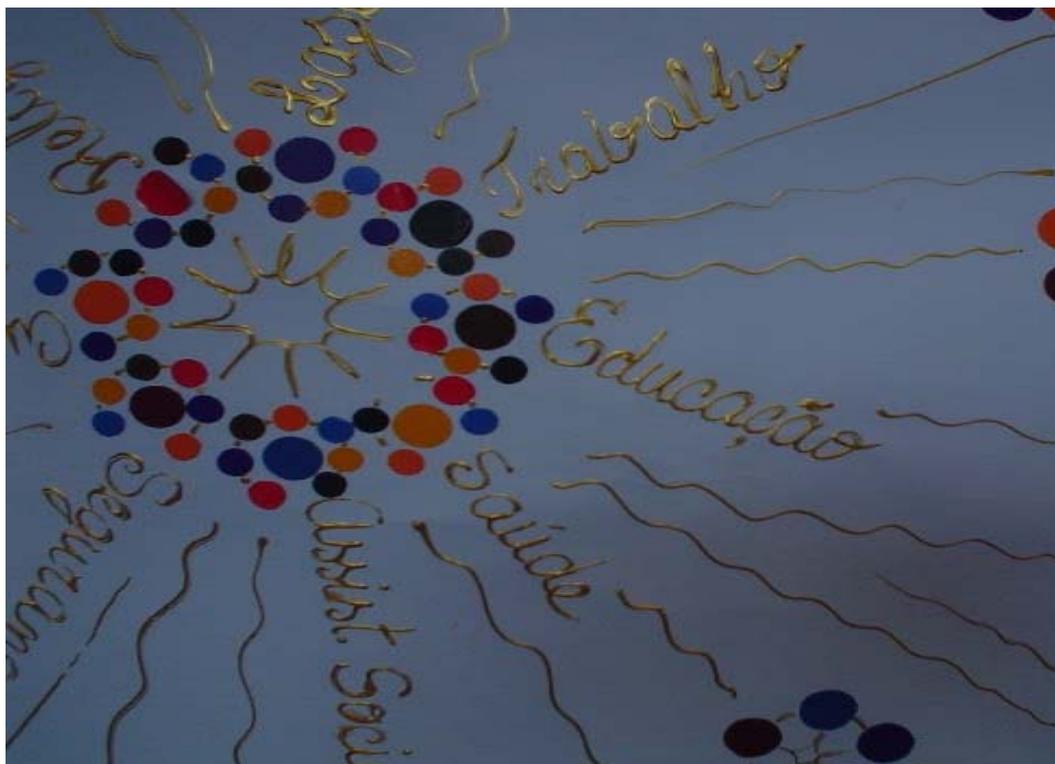


Figura 50 – Foto de cartaz apresentado na I Mostra de Educação Comunitária em Saúde, 2007, autor desconhecido.
Fonte: acervo da pesquisadora.

4.1.1 Direitos sociais básicos: a complexidade da vida e a participação social na chapada do Apodi – CE

A efervescência de problemas identificados, após a feitura do mapa social, se apresenta como um convite para os formuladores e implementadores das políticas a promoverem uma análise consubstanciada das políticas públicas, da capacidade gerencial, técnica, administrativa e política do Estado no apoio e garantia de vida digna aos cidadãos.

Para a nossa crítica, embasamo-nos no anunciado na Declaração de Adelaide, realizada há mais de dez anos, já que a política de saúde brasileira expressa o compromisso conforme descrito no referido documento, tendo em vista, que o SUS tem proposto mecanismos políticos na tentativa de viabilizar a operacionalização estratégica no campo da saúde por meio dos documentos a saber: política Nacional de Atenção Básica, Subsídios para a Política Nacional de Saúde Ambiental, Política Nacional de Promoção da Saúde e Política Nacional de Saúde do Trabalhador.

Mergulhamos aqui na concretude da execução dessas políticas, que é o território. Indagamos de que forma são implantadas e operacionalizadas essas políticas diante dos contextos sociopolítico-sanitários na intenção de seguir os propósitos da declaração de Adelaide.

As políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. O principal propósito de uma política pública saudável é criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis. As políticas saudáveis facilitam opções saudáveis de vida para os cidadãos. Criam ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde. (ADELAIDE, 1988, p. 2).

É salutar repensar do ponto de vista local, da exclusão social, da sobrevivência à margem de um mundo moderno, imperioso, promissor, que oferece lucros e produção de alimentos para nutrir os anseios de um modelo econômico que traz para a população local, como bem dito nas palavras de Santos *et al.* (2007, p. 822).

[...] na sociedade capitalista as responsabilidades de produzir e distribuir são do mercado, por meio de atos individualizados e egoísticos, mas, ainda assim, uma parcela ponderável da produção social fica sob a égide do Estado. Isso ocorre porque a sociedade, de alguma maneira, manifesta algum grau de insatisfação com os atos de produzir e distribuir quando realizados pelo mercado, em particular o ato de distribuir. Ou porque os capitais privados ainda não estão aptos o necessário para desenvolver certas atividades econômicas ou, ainda, simplesmente não os interessa em determinado contexto histórico. Sendo a ação do Estado voltada para atender a uma insatisfação manifestada pela sociedade ou desinteresse ou incapacidade do capital, então, a mesma só tem qualquer sentido se a finalidade última for eliminar a insatisfação manifesta, portanto, a angústia e o sofrimento.

Considerando o pensamento dos autores sobre o papel do Estado e do mercado, o que apontamos nesse estudo são, sem dúvida, profundas insatisfações e aumento das desigualdades sociais, o que traz para o Poder Público a responsabilidade analítica de sua práxis no contexto capitalista, tendo em vista que não está conseguindo agir, na sua finalidade última, como diz Santos (2007), que é eliminar a insatisfação, a angústia e o sofrimento.

Em Adelaide (1988), fala-se que os governantes podem contemplar no desenho de uma política pública a saúde humana, incorporando essa questão antes de propor outras políticas setoriais.

Para formular políticas públicas saudáveis, os setores governamentais de agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação devem levar em consideração a saúde como um fator essencial. Estes setores deveriam ser responsabilizados pelas conseqüências de suas decisões políticas sobre a saúde da população. Deveriam, também, dar tanta atenção à saúde quanto aos assuntos econômicos. (ADELAIDE, 1988, p. 2).

Essa aliança, no entanto, esse ato de entender a saúde humana numa perspectiva transversal, fluida, perene a todos os setores e segmentos onde há gente, ainda não está incorporada ao cotidiano. Essa percepção decorre das análises dos sujeitos deste estudo, como veremos adiante.

Discorreremos, ainda que de forma breve, como se efetiva e, digamos, de maneira promissora, a desigualdade social na Chapada, e o quanto se apresentam fragilizadas e pouco operantes as políticas públicas de saúde, educação, ação social, geração de emprego e renda, para citar só as principais.

4.1.2 Prostituição e drogas entre adolescentes – dimensão social dos problemas, responsabilidade de todos?

Um problema emergente no Distrito de Lagoinha, que pautou as discussões do grupo de forma intermitente, e, portanto, não pode deixar de ser entendido dentro da complexidade de relações do mundo do trabalho, foi a

prostituição feminina. Diga-se feminina, em primeira instância, para não dizer infanto-juvenil, porque ela acontece em tenra idade, e no tempo de vida da juventude, quando reinam a beleza e o vigor da força de trabalho juvenil.

Quinze, quatorze, vinte, dezenove anos. Tem de quinze até trinta anos. De trinta acima não tem, só as donas dos bares. É adolescente, e é proibido, tem umas que [...] já tem outros filhos que a mãe cria e não sei quem, elas deixam na cidade, aí elas dizem [...] o meu documento ficou lá com mamãe que ela está cuidando dos meninos. É tanto prova que toda semana e a cada quinze dias elas vão na cidade delas deixar o dinheiro para o sustento dos filhos, a maioria. É complicadíssimo. [...] para fazer o exame lá no hospital tem que ter o documento e elas não tem documento [...]. (Grupo de pesquisa).

Neste relato podemos perceber que são mulheres biologicamente falando, são mães, são adolescentes, são trabalhadoras atiradas e corajosas que migram em busca do sustento para si e para os filhos. Pelo exposto, a venda do corpo constitui mecanismo de subsistência nesse contexto. É nessa realidade que seguiremos imersa ao longo desse tópico, desvelando diversos problemas sociais com severos impactos à saúde. Permearemos a vida marginal, a vida sem perspectivas, a vida de vários grupos populacionais de Lagoinha, como expresso em outros dizeres por Gomes (2006) *apud* Santos (2007):

A grande maioria dos grupos sociais desprovida de capital, uma vez não tendo possibilidade de adquirir os bens necessários para sua sobrevivência, vende sua força de trabalho (única coisa que lhe resta) para manter-se vivo (a preço estabelecido pela dinâmica da acumulação capitalista), constituindo uma força produtiva controlada e “submissa”, mas que é a principal impulsionadora do avanço capitalista, seja como mão-de-obra, seja como consumidora. (SANTOS *et al.* *apud* GOMES, 2006b; GOMES, 2007, p. 830).

Na perspectiva capitalista, o desenvolvimento na região jaguaribana possibilita a geração de lucros para alguns e exclusão de outros. Os lucros ficam para as grandes multinacionais e os resquícios, os problemas ambientais, sociais com consequências desastrosas para a saúde ficam para os camponeses, os sertanejos da Chapada.

Assim, espalha-se de forma potente, dentro de uma comunidade de um município pobre do Ceará, como é o caso de Lagoinha, com toda a eloquência e as distintas vertentes que dão origem a tal questão, a prostituição e as drogas, dentre

outros problemas, como as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez precoce. Nessa construção em que se promovem transformações do modo de vida no território, apresentamos o que nos dizem as interpretações dos sujeitos do grupo.

[...] as donas dos bares, geralmente são mulheres que já foram a vida todinha prostituta, então elas vão lá buscar três quatro mulheres, não sei como é esse buscar, eu sei que elas vem por livre espontânea vontade. Nunca uma disse que vinha enganada [...]. (Grupo de pesquisa).

Agora vale ressaltar [...] que a maioria desses bares que tem aqui [...] não são pessoas daqui que colocam, tem alguns, mas a maioria são pessoas de fora que vem colocar o bar aqui. (Grupo de pesquisa).

[...] eu percebo que quando tem as novas você vê que não é gente que não sabe, ela já vem de outro canto como prostituta. (Grupo de pesquisa).

Chegam à comunidade novas pessoas e velhos problemas que integram a dinâmica local, sem a calorosa acolhida, que é própria dos cearenses. Porém, se não são gente de lá, de onde vêm as donas dos bares e as jovens prostitutas? Não é de muito longe, são provenientes das cidades circunvizinhas e da Capital do Estado, no entanto, a relação e os vínculos com a comunidade praticamente inexistem, porque a sua estada é breve, pois logo será necessário vir outra “novata” para assumir o posto, talvez porque esta, que hoje está a serviço, amanhã esteja parida, ou quem sabe por que o seu tipo de trabalho lhe exige sempre caminhar e ser “novata” em outros lugares.

Elas vem de Fortaleza, Baraúna, Mossoró, Lagoa Vermelha que é por perto aqui [...]. Morada Nova também tem muito. [...] é muito rotativo, elas vem e passam quinze dias, um mês no máximo e vão embora aí depois passa o quê, passa um mês fora, porque é assim, elas passam um mês, mas elas passam um mês só nesse bar aí não, toda semana elas estão num bar diferente [...]. (Grupo de pesquisa).

Essa cadeia de prostituição promove vários impactos à cultura, ao modo de vida local, e também sobre o serviço de saúde, e, primeiramente, é claro, causa danos irreversíveis a estas mulheres. São trabalhadoras, são sobreviventes, são vítimas! Na luta psíquica travada para sobreviver ao seu trabalho, assumem o uso

das drogas, que, talvez, amenizem as sensações, as percepções doídas do seu viver no mundo.

Eu tive uma gestante que chegou [...] e quando eu botei os olhos em cima dela eu disse: isso é sífilis, aquelas pataquinha no corpo, só rodando de bar em bar e isso quando começa o pré-natal já está [...] com cinco meses, quatro meses. Essa mesma [...] eu perguntei para ela [...] uma pergunta [...] íntima, você do jeito que está aí hoje, que era feio, aquele monte de mancha no corpo dela e grávida [...] de noite tem homens que lhe querem? Ela disse: tem. Aí, ela disse: aí eu uso craque, quer dizer está grávida e [...] usa, as outras devem usar também [...]. (Grupo de pesquisa).

As consequências físicas, psíquicas e sociais esbarram na ausência de políticas públicas comprometidas com a preservação da vida humana. Estando o setor saúde no território, e, no caso, a atenção primária à saúde, que representa o contato mais próximo com a realidade local, não nos parece preparado para intervir em questões como estas.

Através delas vem a droga. Aqui rola craque. [...] tem as boca de fumo porque [...] não tem condição de uma pessoa viver uma vida dessas... a maioria ganha, mas gasta com droga [...]. (Grupo de pesquisa).

A drogadição circula em diversos espaços comunitários, dentre eles as escolas, onde o público-alvo são as crianças. Para alguns participantes do grupo, isso constituiu descoberta dolorosa, pois se descortina a vulnerabilidade. Dos presentes, alguns são pais e mães de crianças que estão nas escolas locais, e trazem o relato de como famílias que já foram vítimas das drogas reagiram. A necessidade de lidar com isso é uma realidade que chega e se impõe, e o que predomina é o desconhecimento de como enfrentar essas questões, seja pelos professores, profissionais de saúde e famílias.

[...] vou sair triste daqui hoje porque, [...] essa questão de ter traficante na porta das escolas [...] eu até sabia que aqui rolava droga e alguma coisa, mas na parte dos prostíbulos. [...] para mim, isso é novo, eu acho que a escola com saúde [...] urgentemente ter que trabalhar a questão das drogas dentro das escolas [...]. (Grupo de pesquisa).

[...] ela (professora) já está ficando angustiada porque ela não sabe nem como lidar com esses meninos [...]. (Grupo de pesquisa).

[...] nós estamos vendo agora como é que está Lagoinha, essa prostituição, a droga que está entrando na escola, que até mesmo, a gente, tem um filho na escola, e até use também ... eu tenho filho também estudando a noite, aí a gente fica até com medo. (Grupo de pesquisa).

O meu filho chegou para mim, e disse: papai, filho de fulano está usando droga e o pai já transportou ele daqui para Manaus, aí eu fiquei até abismado [...]. Só que infelizmente não é a melhor solução essa do pai mandar o menino para longe, lá ele está só, aí agora é que ele vai usar droga ... a pessoa tem que lembrar que a família é o amparo, é o porto seguro é a primeira coisa. (Grupo de pesquisa).

Na alusão que o grupo faz à denominação do bar como sendo “bar familiar para não dizer que é prostíbulo” acreditamos, que decorre da percepção de que o poder da palavra prostíbulo tem diante de uma comunidade do interior, o que poderia cultivar uma rejeição cultural, rechaçando as donas dos bares e as prostitutas, e passa-se utilizar a terminologia familiar, que promove agregação, como vimos em outra fala a família entendida como porto seguro, alguém que cuida.

Ela chama bar familiar para não dizer que é prostíbulo.[...] tem mulher semi-nua, tem homem [...] família com adolescente, com criança para beber [...]. (Grupo de pesquisa).

A violência, a negação do direito infantil ao convívio familiar na cadeia da prostituição de jovens, é um panorama real em um distrito de um município pequeno do interior do Estado. Isso nos leva a afirmar que os problemas rurais, hoje, não são tão diferentes dos problemas urbanos, como também estão os problemas locais relacionados aos globais, socializando-se e contemplando as comunidades rurais com problemas de toda magnitude.

O desenvolvimento na região tem como mola mestra o agronegócio, onde se centra todo o investimento financeiro, e este caminha lado a lado com a desigualdade social. Soma-se a isso, como podemos identificar nas falas a prostituição infanto-juvenil sustentando crianças, que, também, são vítimas da precariedade das políticas de proteção social.

Isso nos obriga a indagar: quem são as vítimas e os algozes? Quem são as pessoas que exploram a terra, os trabalhadores, sejam eles ou elas trabalhadoras do sexo, do agronegócio, sejam trabalhadores crianças, adolescentes,

homens ou mulheres? Ante o exposto, que políticas públicas o Estado propõe que ampare as vítimas do mundo do trabalho tão moderno e arcaico? Transformações nos territórios em desenvolvimento: quais as benesses e para quem?

[...] a violência é porque as mães deixam os filhos trancados só, ou deixa solto no meio da rua e as que trazem filho não tem quem cuide e elas saem fazendo os programas... junto com as crianças e isso é uma violência, é horrorizante e o pior que para você ir dentro (do prostíbulo) você tem que fechar os olhos, se você chegar reclamando, dando lição de moral você nem pisa lá porque elas fecham [...]. (Grupo de pesquisa).

Em outro momento, faz-se referência às perdas que a comunidade tem sofrido, dentre elas os espaços de lazer, pois estes foram convertidos em locais de manutenção de condições favoráveis à sustentação do agronegócio. Os trabalhadores precisam estar imersos em prazeres fugazes, que os destituam de sua capacidade de reflexão crítica, e se cria um invólucro, onde se favorecem a alienação dos trabalhadores e a subordinação da comunidade a esses anseios; onde se transformam as práticas de convivência familiares e se propicia terreno fértil para a incorporação de novas práticas que garantam a manutenção do modelo atual.

[...] em 2008 [...] antigamente, você ia para aquela seresta e você ia brincar a noite todinha lá, tinha coisas ilícitas, tinha, porque onde tem gente cada um vive a sua vida do jeito que quer e faz o que quer, só que hoje [...] as mulheres casadas fica em casa, não sei de algumas, mas a maioria é assim, e os maridos vão para os bares beber com as outras. (Grupo de pesquisa).

Essa é uma pequena parte do todo, apenas um recorte, que pôde ser apreendida nesse processo de pesquisa-ação, mas que já explicita suficientemente a problemática local, compreendendo-se a relação saúde-trabalho, porque também é saúde do trabalhador e é responsabilidade da atenção primária à saúde. Entendendo desse modo, dialogaremos com os desafios, os limites e as possibilidades de ação da política de saúde na porta de entrada do sistema de saúde.

4.1.3 Atenção primária à saúde: limites e possibilidades de ação em saúde do trabalhador

Como descrevemos há pouco, na indução do desenvolvimento aparecem em Lagoinha as drogas e a prostituição. Isso traduz uma das facetas da perspectiva desenvolvimentista vivida no mundo moderno. Como o SUS, contudo, propõe um modelo assistencial que se põe a favor da qualidade de vida, e para isso, como muitos autores referem como um caminho de promoção da saúde, como bem dito por Buss (2000, p. 167), sobre esta moderna concepção:

[...] sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico e limpo; apoio social para as famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço do (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

Salientamos que o serviço de saúde, deve portanto, montar estratégias para lidar com os excluídos, com os mais vulneráveis, pois estes ainda estão muito distantes de acessar quaisquer elementos constituintes do conceito de promoção da saúde. Desse modo, que estratégias locais estão sendo desenvolvidas no âmbito das políticas públicas que incorporem a dimensão da promoção da saúde?

Aludimos, por oportuno, ao que nos falam alguns autores sobre saúde no campo, pois entendemos que o Distrito de Lagoinha, que abrange doze comunidades rurais, é um território situado dentro da concepção de saúde no campo, conforme destacam Pinheiro *et al.* (2009, p. 25)

Falar em saúde no campo tanto do ponto de vista humano quanto ambiental significa falar de determinantes, riscos, agravos, atenção, promoção e vida numa perspectiva justa. Saúde deve ser vista como um processo histórico de luta coletiva e individual, que expressa uma conquista social dos povos de um determinado território.

É importante indagar: em que medida a implantação dessas empresas agrícolas na chapada do Apodi tem se constituído em alternativa promotora de saúde e de melhoria da qualidade de vida?

A geração do emprego, por si só, constitui uma estratégia de garantia de acesso a direitos fundamentais?

Não nos parece uma resposta fácil pela complexidade que envolve as relações que se dão no território em relação ao mundo do trabalho; mas à luz dos escritos de Pinheiro *et al.* (2009) sobre os riscos socioambientais advindos com a moderna agricultura, deixamos a reflexão acima para que busquemos respondê-las com base no que nos dizem os autores já citados.

No campo, ainda existem importantes limitações de acesso e qualidade dos serviços de saúde, bem como uma situação deficiente de saneamento ambiental. O processo de “modernização conservadora” da agricultura no Brasil ainda tem agravado mais esse quadro, uma vez que criou novos riscos socioambientais para a saúde dessa população. Toda esta discussão sugere que, no Brasil, existe um quadro de franco desfavorecimento da população rural em relação à urbana no que se refere às condições de vida, trabalho e saúde. Não se compartilha aqui da visão de que o “rural” seja uma esfera atrasada, arcaica, passiva e superada, mas, sim, de que é necessário o estabelecimento de políticas públicas justas e inadiáveis que resgatem essa imensa dívida social, cultural, ambiental e sanitária com as populações do campo. (PINHEIRO *et al.*, 2009, p.28).

O panorama que nos é apresentado por meio da descrição e reflexão do grupo não é totalmente favorável à alusão de que o agronegócio na região se constitua como estrutura promotora de saúde, na medida em que carrega em si o potencial gerador de danos irreparáveis à saúde dos trabalhadores a ela diretamente vinculados, às comunidades, ao ambiente e, também, às próprias políticas públicas, que passam a ser sobrecarregadas pelos impactos das condições de vida da população.

A gente fala que na agricultura você está exposto ao sol, não sei o quê, agrotóxico, veneno! Sim! E, eu vou para que lugar, se não for trabalhar? Qual a minha perspectiva de vida? É complicado por que não tem mesmo, ou você está lá nas empresas morrendo com agrotóxico, no meio do sol sem uma proteção, exposto a tudo que é tipo de doença, ou você vai morrer de fome! É o que eles dizem logo. [...] ‘ou a gente vai está lá a mercê dessas doenças, ou vai morrer todo mundo de fome, porque não tem outra

área, não tem empresa, indústria, não tem nada, a não ser a terra. A única fonte de riqueza é a terra! Então, são poucos os que se destacam, vão ser professor ou agente de saúde, não sei... Realmente no município não dispõe de outra fonte de riqueza a não ser a terra. Eles mesmos (jovens) tem consciência dos problemas, só que, a gente vai para onde? Que outra situação? Ou vão trabalhar em empresa, ou vão para São Paulo, Rio de Janeiro, para aquelas empresas de construção civil e tal. (Grupo de pesquisa).

É uma bola de neve que acaba englobando tudo: meio ambiente, saúde, educação, lazer, ação social, tudo! Então, tem que começar a fazer uma varredura de todos os problemas futuros [...] A coisa mais preocupante que eu vejo [...] é o estudo, terminando o colégio, não tem mais o que fazer [...]! E eu conheço muitos, acho que 90%, não tem condição de pagar uma faculdade e nem de sair daqui para ir para Limoeiro, nem para canto nenhum, aí pronto! Aí é mesmo que não ter feito nada. Com cinco, seis anos não quer saber de mais nada. Os homens vão para empresa X e as mulheres vão ser mãe! (Grupo de pesquisa).

[...] não tinha nenhum critério para que essa empresa fosse implantada aqui [...] o critério era a geração de emprego! (Grupo de pesquisa).

A terra, maior bem pertencente à população para sobreviver, passa a ser propriedade privada, numa lógica de produção que incorpora diversos riscos à saúde. Com o progresso, há uma reestruturação dos modos de vida, inclusive a segurança, condição valiosa para os camponeses, perde-se neste processo, sem que, na mesma medida, caminhem as políticas nesse sentido. Desse modo, o território e os problemas de saúde são modificados, e os serviços de saúde precisam acompanhar essas mudanças e lidar com questões cada vez mais complexas.

[...] eu morava nas Queimadas, me lembro que era tudo muito calmo e hoje ninguém vive como vivia antes, [...] nós dormíamos com as portas abertas, podíamos deixar as bicicletas lá fora e a gente dormia tranquilamente, e hoje ninguém dorme mais tranquilo, mesmo com as portas fechadas, mas não dorme mais tranquilo! (Grupo de pesquisa).

Começou a ter outras coisas [...] que com o progresso vem! Porque é uma minoria que se preocupa em preservar o meio ambiente e os que não estão preocupados são muitos, envolvendo desde o governo municipal, estadual, federal, a preocupação é mínima! Por isso que o povo, por exemplo, que trabalha na firma, se preocupa em ganhar o dinheiro, ganhando o dinheiro deles não quer saber se vai prejudicar, o que causa a falta de ar, o que causa o câncer, ele não vai se preocupar. A preocupação é em ganhar o dinheiro, como o governo, a preocupação dele é saber se o Brasil está produzindo muito, se está sendo exportado muito [...]. (Grupo de pesquisa).

Na opinião expressa na sequência pelo grupo, existe a compreensão da necessidade de ação conjunta das políticas públicas, ou seja, dialoga com a ideia

da ação intersectorial como potencial para o fomento à promoção da saúde, no enfrentamento da problemática apresentada, ao mesmo tempo em que refere as dificuldades de se operacionalizar tais aspectos no âmbito da saúde, reconhecendo o potencial dos agentes locais, quando diz: “[...] tem que procurar quem está aqui dentro[...]”.

[...] todos os problemas [...] estão interligados, tem tudo a ver com a saúde, a educação do povo, é uma coisa muito ligada [...] , todos os problemas [...] tem a ver com a Secretaria de Saúde e tudo tem a ver com o Programa Saúde da Família, se é o problema de drogas nós temos que trabalhar as drogas, se é prostituição nós temos que trabalhar, se é gravidez na adolescência que, por exemplo, o nosso último dado agora, gravidez na adolescência acho que pelo Ministério da Saúde [...] preconizam até 10% [...] o nosso em setembro foi 33% de gestante menor de 20 anos, [...] são vários problemas [...] que a saúde [...] tem que fazer alguma coisa, mas [...] não é a saúde sozinha não, se eu não tiver educação [...] ação social, a gente tem que procurar quem está aqui dentro da Lagoinha que possa ajudar [...]. (Grupo de pesquisa).

O grupo destaca que há dificuldades na operacionalização das ações de saúde no local, haja vista que há a compreensão de que a estratégia Saúde da Família deve exercer atividades focalizadas a grupos de risco específicos, o que não dialoga com o conceito ampliado de saúde, nem com o princípio constitucional do SUS, que é a universalidade. Essa percepção está relacionada, acreditamos, ao arcabouço normativo que traça as diretrizes e para as quais se pactuam indicadores de saúde a serem alcançados na formulação da Política Nacional de Atenção Básica (2006).¹¹

Mesmo atuando com esse direcionamento, a capacidade de resolução dos problemas ainda é débil, pois se o setor saúde encontra limitações, os demais pelo que percebemos do exposto nas falas as têm em maior severidade. Essa falta de vigor das políticas no apoio à população contribui para que perdurem e prevaleçam os problemas descritos.

Em relação à efetivação da política de saúde do trabalhador na porta de entrada do sistema, percebe-se que esta se encontra ainda mais enfraquecida e relaciona-se com a tendência da equipe Saúde da Família de acumular as ações assistenciais voltadas para os grupos específicos, primordialmente, saúde materno-infantil, ações voltadas para doenças infecto-contagiosas, como a tuberculose e a

¹¹ Ver série Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ministério da Saúde. 2006

hanseníase, e as doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial sistêmica e Diabetes *mellitus*, culturalmente fomentados no serviço de saúde como prioritários, o que não foi feito de forma tão incisiva em relação à saúde do trabalhador. Entendemos que há uma demanda reprimida, e que o contexto favorece o surgimento de agravos, que por sua vez requerem mais ações assistenciais. O objeto das ações da APS, no entanto, é bem mais amplo, não sendo aceitável estreitar as ações da ESF somente para o âmbito da assistência a determinados grupos de patologias endêmicas ou prevalentes, sendo importante que seja realmente assumido um modelo assistencial condizente com as necessidades de saúde da população.

Não queremos aqui desmerecer a necessidade de fomentar ações estratégicas para esses grupos, haja vista que o quadro exposto anteriormente pelo grupo de pesquisa denota o quanto ainda se faz necessária atenção nessa linha. Só queremos reiterar o fato de que isso contribuiu no distanciamento das ações de saúde do trabalhador na prática das equipes, o que é explicitado no discurso que segue.

Porque infelizmente é difícil trabalhar (saúde do trabalhador) porque a saúde da família está mais fundamentada em quê? Mulher! A gente sabe que cuida um pouco da saúde do homem, mas é o quê? É prevenção para mulher, gestação é mulher [...] E é um problema grande (saúde do trabalhador) para Lagoinha. (Grupo de pesquisa).

A proposição da Política Nacional de Atenção Básica enumera as prioridades para atenção primária à saúde no País, ao mesmo tempo em que propõe um processo de territorialização que possibilite a análise das necessidades de saúde do território. São propostas desencontradas, pois tentam respeitar a dinâmica de cada território, já apontando o que deve ser priorizado e norteando verticalmente as ações da APS.

Esse processo não facilita o desenvolvimento da autonomia e fortalecimento das ações da APS, favorecendo uma prática comprometida com as necessidades de saúde, mas corrobora a ideia programática de fazer para gerar informações condizentes com o que é pressionado do ponto de vista dos indicadores de saúde.

Submete-se o território à busca ativa de agravos determinados, desconsiderando os reais problemas. Se existem documentos oficiais que foram formulados distantes do território e têm protocolos normativos e avaliativos de seguimento para APS, porque estariam preocupados os profissionais da APS em indagar as necessidades de saúde a partir do território? Uma política de saúde orientada para dar conta da complexidade que existe no território não pode focalizar as ações, pois tem que estimular a autonomia e a responsabilidade sanitária dos profissionais.

Acreditamos que a concepção de políticas desarticuladas tem contribuído para que a APS se limite a olhar o território de forma restrita, mapeando áreas de risco para dar respostas aos programas. Esse tipo de abordagem não está em consonância com os pressupostos da vigilância à saúde e, muito menos, com o arcabouço teórico da promoção da saúde, sendo essencial pensar o processo de trabalho da equipe a partir do território: de como ele é, e em que medida a saúde pode desenvolver ações respeitando a proposta do modelo assistencial centrado na saúde. A vigilância em saúde precisa atuar no território, aproximar-se da vida cotidiana. Fazer vigilância requer ter atitude vigilante, e, para tal, olhar para as pessoas, o território e não somente conhecer e intervir no processo saúde-doença. Como podemos fazer vigilância dentro dos gabinetes fechados das secretarias de saúde? As ações da vigilância não são somente alimentar sistemas de informação informatizados, gerar informações em bancos de dados e analisar os relatórios utilizando os parâmetros institucionalizados! A vigilância à saúde (epidemiológica, sanitária, ambiental, do trabalhador) adentrando os territórios em parceria com a atenção primária à saúde pode aumentar sobremaneira o potencial do serviço de saúde nesse ponto de atenção.

No grupo de pesquisa, o que foi dito em relação a este setor consistiu em um fazer bastante fragilizado.

Aqui não tem vigilância à saúde do trabalhador. E nem do ambiente. [...] quando há um problema, por exemplo: ali tem uma criação de porco, mesmo no centro da cidade (Lagoinha) e que está com mau cheiro, aí foi comunicado a vigilância sanitária. [...] e tiveram acesso? Não, porque o proprietário não aceitou! (Grupo de pesquisa).

[...] tinha que ter uma fiscalização, uma vigilância primeiro, tinha que ter uma interferência do Ministério Público para fiscalizar essa empresa! [...]

essas empresas terem regras para que essas pessoas possam realmente ter acesso a saúde [...] a fiscalização do uso de equipamentos, a prevenção de doenças [...]. (Grupo de pesquisa).

Além de o processo de trabalho na atenção primária à saúde não contemplar de forma consistente as ações em saúde do trabalhador, o que tem se dado em Lagoinha é que há um contingente de trabalhadores que estão no agronegócio que sequer existem nos bancos de dados oficiais do Município, que são os migrantes para o emprego temporário, mas que durante um período médio de seis meses trabalham e moram no Município.

É bem provável que esses trabalhadores se constituam dentro dos grupos populacionais mais vulneráveis, somando-se as trabalhadoras do sexo, pois, como estas, que não têm moradia, alimentação adequada, dentre outros, se encontram estes. Ambos, trabalhadores do agronegócio, homens, e trabalhadoras do sexo, mulheres, vivem em condições que ferem os princípios da dignidade humana, no entanto, por questões culturais, assim entendemos, que o homem sertanejo, principalmente o camponês, se constitui, no imaginário coletivo e, também no setor saúde, em uma figura humana resistente à dor, que não chora nem adocece, não havendo, portanto, a mesma preocupação com estes como há com as trabalhadoras do sexo.

Frisemos, no entanto, que no agronegócio também temos mulheres trabalhando, e, que estas também estão submetidas a condições de trabalho que precisam ser vistas pelo setor saúde. A perspectiva de abordagem à saúde do trabalhador avança muito mais do que uma política voltada para a saúde da mulher ou saúde do homem, sem querer adentrar as questões de gênero.

[...] o agronegócio aqui tanto é para mulher como para homem e empregam muita mulher, muita mulher. (Grupo de pesquisa).

Figueiredo (2005) aponta em um estudo sobre a saúde dos homens, dialogando com a questão de gênero e não com a categoria trabalho, que nos modelos de masculinidade idealizadas estão presentes as noções de invulnerabilidade e de comportamento de risco – como valores da cultura masculina. O autor considera que a atenção primária tem um desafio a enfrentar, que precisa

ser compreendido desde várias dimensões que interagem : os homens na qualidade de sujeitos confrontados com as diferentes dimensões da vida; os serviços na maneira como se organizam para atender os usuários, considerando suas particularidades e os vínculos estabelecidos entre os serviços e vice-versa (FIGUEIREDO, 2005).

Com base nos eixos apresentados pelo autor em relação a gênero masculino e serviço de saúde, há de se pensar que, além de conseguir criar pontes entre serviços de saúde – homens, é preciso criar pontes entre serviços de saúde - homens trabalhadores, assumindo a categoria trabalho como interferente no processo saúde-doença.

É necessário dizer que a preocupação com as mulheres tem origem, também, por figurarem como dentro da atenção prioritária no SUS, merecendo, portanto, uma acolhida de seus problemas de forma extensiva pelo setor saúde.

Eles (migrantes para o emprego) estão em Lagoinha, dependem da saúde de Lagoinha. [...] não querem ser cadastrados, [...] porque eles vêm por safra, passam seis meses e vão embora, é temporário. Tem muita gente, mas não é registrado infelizmente, porque eles não aceitam. Ela (Agente de Saúde) tem no cadastro dela 303 pessoas [...] porque têm essa condição [...], essas casas com esses monte de homem que não querem. Não tem uma casa para ter menos de seis, sete homens. Só homens, que vem da Paraíba, Maranhão, de todo canto que você possa imaginar [...] do meio do sertão. E a maioria deles não estão cadastrados [...] no SIAB, no sistema de informação [...]. (Grupo de pesquisa).

Além da falta de ações que contemplem o trabalhador, há um agravante, que é a invisibilidade dessas pessoas nos bancos de dados oficiais, como no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)¹²; e, também são migrantes não estão registrados no Censo populacional do Município. Ainda bem que esse processo não pode tornar esses trabalhadores e trabalhadoras invisíveis dentro da comunidade, como também não o são os seus problemas.

Nesse íterim, desenvolvem-se as ações locais de saúde, mergulhados numa complexa teia de sujeitos visíveis e invisíveis, dependendo de quem olha e como os percebe. Esse processo cíclico é determinado pela produção da fruta, no

¹² Ver Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília-DF. 2000, 68 p.

caso, o melão? Na verdade, esse ciclo é promovido pela forma como se organiza o agronegócio onde os interesses mercantis, o lucro, se sobrepõe a quaisquer vidas que ousem lhes cruzar o caminho. Perguntamos, então: cabe a quem enxergar os laços ocultos da injustiça, do descaso com vidas humanas no seio das nossas terras?

No seguimento podemos ler relatos da invisibilidade oficial.

[...] no alto da safra dá 300 pessoas sem cadastro. [...] tem época que pode ter 30 dentro de uma casa, como ter 15, aí vai depender muito da safra. E é triste, [...] quando ele aceita, você cadastra, e quando você vai amanhã, já não é mais ele não. É porque [...] a verba da saúde ela depende do tanto de habitantes que tem, então é um custo a mais e é como se fosse uma casa só [...]. (Grupo de pesquisa).

E tem muitos projetos que não só trabalha de carteira assinada não, então tem muitas pessoas [...] foragida. [...] eu fui numa (casa) e tinha dez homens e eles não aceitavam cadastro e com três dias estouraram uma boca de fumo na área e a polícia descobriu que tinha quatro foragidos do presídio, quer dizer, é uma área que eles não aceitam nem mulher [...]. (Grupo de pesquisa).

[...] e as mulheres (trabalhadoras do sexo) também é esse mesmo problema, [...] não aceita de jeito nenhum ser cadastrada. (Grupo de pesquisa).

Ora, se não existem no cadastro das agentes comunitárias de saúde, não estão contemplados no censo municipal e, também, possuem frágeis relações de vínculo trabalhista, como dito “não só trabalha de carteira assinada, não”, em que medida, esses trabalhadores e trabalhadoras estariam contemplados em ações locais de saúde? O que nos faz inferir que estariam fora da capacidade do sistema de captar agravos, por exemplo, os acidentes de trabalho, como as intoxicações agudas e crônicas causadas pela exposição a agrotóxicos, dentre uma infinidade de patologias ocupacionais.

Unida a isso temos a sazonalidade do trabalho, que está inteiramente relacionada ao ambiente, se tem chuva ou se tem seca.

É julho a dezembro, depende muito do inverno, se o inverno se estender mais e que custe mais a plantar o melão, porque tendo o inverno não se planta melão, nesse ano o inverno se estendeu muito, então começaram a plantar só a partir de agosto, então, a partir de agosto é que começa a chegar à população, aí vai se estender mais, e a safra se estende dependendo também das chuvas, se começa a chover cedo se acaba rápido, dezembro, novembro se acaba, senão vai em janeiro, isso aí

depende muito do inverno, [...] porque quando o tempo começa a mudar é três meses a safra para plantar e colher o melão, se começar a chover eles não plantam. (Grupo de pesquisa).

Os trabalhadores atraídos pelo emprego são retirantes e estão sempre de malas prontas, nos lembrando a asa branca, que na autoria da música de Luís Gonzaga e Zé Dantas, vivem voando em direção a outras paragens, em busca de condições de sobrevivência, sem deixar, no entanto, de retornar ao seu local de origem.

Nem um pé de plantação
 Por falta d'água perdi meu gado
 Morreu de sede meu alazão
 Por falta d'água perdi meu gado
 Morreu de sede meu alazão
 Inté mesmo a Asa Branca bateu asas do sertão
 Entónce eu disse Adeus Rosinha Guarda contigo meu coração.

Estão, assim, os jovens trabalhadores “batendo asas”, só que não encontram a fartura e bonança, mas sim precárias condições de trabalho e de vida.

[...] 18 até 40 (anos) é uma média [...] É aquele povo que [...] a mala é um saco e o cadeado é um nó [...] porque só traz uma rede só, chega aqui fala com um desses bodegueiro para ficar comprando, cozinha mesmo na lenha e não tem estória de fogão e nada e vão simhora não tem nada para levar, só anoitece e amanhece. (Grupo de pesquisa).

Há diversos estudos sobre migração e aqui não pretendemos aprofundar essa questão. Estamos somente apresentando o contexto do território que precisa ser visualizado pelo setor saúde no momento de definir as ações prioritárias a serem desenvolvidas.

Ressaltamos, no entanto, que um estudo sobre os trabalhadores migrantes da cana de açúcar refere que as causas que dificultam a pequena produção, gerando como consequência a ampliação do processo de expulsão dos trabalhadores do campo para a periferia das cidades e aprofundando as desigualdades, relaciona-se no caso do Nordeste nas últimas décadas a:

[...] relações de subordinação à grande propriedade e à monocultura, [...] a substituição de lavouras tradicionais por produtos de maior valor comercial;

a consolidação da fruticultura nas áreas irrigadas; a manutenção de grandes extensões de terra como fonte de especulação; a diminuição da produção dos roçados em decorrência do enfraquecimento das terras; a elevação do preço do arrendamento; e o insuficiente apoio de políticas governamentais. (NOVAES; ALVES, 2007, p. 110).

Percebemos, com efeito, que este é um processo bastante vivo em Lagoinha. Essa perspectiva de transitoriedade da moradia e do trabalho contribui para a não-construção de vínculos comunitários, o que, em certa medida, fragiliza ainda mais esses trabalhadores, que enfrentam os percalços da sua existência marcada pela limitada ação das políticas de proteção e pela intempestiva ação do mercado, como referem Santos *et al.* (2007, p. 825).

[...] mesmo na labuta diuturnamente, não conseguem sequer alcançar a materialidade indispensável à sobrevivência da espécie humana. A segregação praticada pelo mercado e o alcance limitado das políticas voltadas para a proteção social têm aumentado o infortúnio e encurtado a temporalidade da existência de parcela ampla da raça humana.

Com efeito, consideramos que atenção primária à saúde constitui estratégia que pode dar visibilidade a tais questões, no entanto, faz-se necessário que o setor saúde abrace com veemência o desvelar desse submundo, pois, ele traduz o reflexo do pouco exercício das políticas pensadas para a melhoria da qualidade de vida.

Essa visibilidade precisa ser procedida dentro do local e fora deste, em uma parceria entre o serviço de saúde e trabalhadores. A atenção primária precisa apreender o território, assumindo-o como um espaço sociopolítico, dialogando com os conflitos locais e promovendo o desenvolvimento da consciência cidadã.

Avançar na promoção da saúde pode se efetivar pondo à mesa: a ideologia dominante da geração do emprego e renda, e, conseqüentemente, desenvolvimento econômico, e, sobretudo, visualizar os reflexos disso à saúde do trabalhador no cotidiano local. Essa ideologia do progresso e do crescimento econômico contribui para adormecer os profissionais de saúde e os tornar insensíveis às necessidades de saúde dos trabalhadores, nos territórios de responsabilidade sanitária da equipe da Saúde da Família.

Do outro lado, há que se reestruturar os caminhos propostos atualmente para avançar nas ações da Estratégia Saúde da Família. Dentre as diversas

considerações acerca disso está a intersectorialidade, que destacamos porque a enxergamos como uma tática basilar no enfrentamento dos problemas por ora expostos.

Um estudo avaliativo da APS em alguns municípios do Brasil demonstrou que esta prática ainda é pouco exercitada no cotidiano, como podemos observar.

A intersectorialidade esteve claramente presente em 10 (32,26%) dos municípios. Em 11 (35,48%) foi categorizada como "Incipiente", sendo ausente em 8 (25,81%) dos municípios. Em 2 (6,45%) municípios consideramos que não havia informação suficiente para categorização. (CAMARGO, JR. *et al.*, 2008, p. 564).

Do ponto de vista prático, há uma divergência sobre o que é, e como se processa a intersectorialidade no âmbito municipal. Por isso discutiremos sucintamente a que perspectiva de ação intersectorial e transdisciplinar estamos nos referindo na nossa análise.

Alguns estudos sobre a intersectorialidade apontam questões relevantes de como esta tem sido percebida na prática. Esta é apresentada como um caminho fundamental para se avançar no âmbito local na implantação das políticas públicas, tendo em vista que a articulação com os demais setores, estabelecendo um diálogo sobre os problemas na saúde, que de forma bastante significativa não decorrem da falta de assistência, mas por falta de resolubilidade de outros setores (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004); ou seja a intersectorialidade constitui um dos elementos centrais para a operacionalização da APS nos serviços de saúde, compreendendo-a como a capacidade de articular os vários setores presentes tanto no nível mais operacional, local onde as ações de saúde são ofertadas à população, como nos níveis regional e central, com uma dimensão mais voltada ao planejamento e com potencialidade de articular setores fundamentais que podem desencadear mudanças mais efetivas e duradouras para o setor saúde (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Nessa perspectiva, Paula, Palha e Protti (2004) em um diálogo com Feix (sem/data) referem que o autor aponta os setores como a educação, agropecuária, ambiente e habitação como parceiros importantes na concretização de ações pensadas do ponto de vista político. Referem que

[...] a intersectorialidade, além de estar em intrínseca consonância com a amplitude do objeto saúde, tem como preceito a reestruturação e reunião de vários saberes e setores no sentido de um olhar mais adequado e menos falho a respeito de um determinado objeto, proporcionando uma melhor resposta aos possíveis problemas encontrados no dia a dia. (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004, p. 334).

A dialética entre as necessidades de saúde e o modo de organização e interação das partes, com ausência de integração e ineficiente comunicação intrasetorial e entre os demais setores sociais são fatores que interferem na intersectorialidade na prática dos serviços.

O estudo empírico realizado pelos autores há pouco referidos buscava identificar se a intersectorialidade fazia parte da vivência prática dos profissionais enfermeiros da APS ou se isso ainda era um desafio. Para eles, os resultados apontados, com a análise do discurso do sujeito coletivo, é que as alusões feitas à intersectorialidade são conceitos e práticas interdisciplinares e não intersectoriais, *pois falam das relações entre sujeitos sociais, entre equipe e entre níveis de atenção nos serviços de saúde*. (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004, p. 334).

Percebemos que há uma concepção de ação intersectorial ainda bastante confusa, o que pode em certa medida dificultar avanços nessa prática. Portanto, há que se clarear o entendimento de tais aspectos para que a intersectorialidade possa ser paulatinamente constituída. Inojosa (2001), considerando os ensinamentos de Junqueira (2000), apresenta o que este autor nos diz sobre esse aspecto. Considera que a intersectorialidade incorpora a resolução das necessidades individualizadas, ideias de integração, de território, de equidade ou seja, a noção de direitos sociais, constituindo-se em uma concepção ampliada de planejamento, execução e controle da prestação de serviços, com objetivo de garantir acesso igual aos desiguais, pressupondo alterar todas as formas de articulação nos diversos pontos de organização governamental e de interesses (JUNQUEIRA *apud* INOJOSA, 2000).

Em relação à prática interdisciplinar, os estudiosos do assunto, como Fourez (1995), segundo destaca Inojosa (2001), a caracterizam como uma negociação entre diferentes pontos de vista, visando a decidir sobre a representação considerada adequada tendo em vista a ação. Isso requer aceitar confrontos e tomar uma decisão que, em última instância, não decorrerá de

conhecimentos, mas de um risco assumido, de uma escolha finalmente ética e política (INOJOSA, 2001).

Percebemos que são conceitos diferentes e que precisam ser apreendidos. Avançando na discussão sobre isso, a autora citada anteriormente, embasada na Teoria da Complexidade, de Edgar Morin, enfatiza que a transdisciplinaridade é a geração de conhecimentos “ecologizados” e outros estudiosos asserem, com base na Carta da Transdisciplinaridade, que essa forma de pensar situa-se num paradigma que possibilita e necessita promover o diálogo entre as ciências exatas e as humanas, como também levar em conta fatores como as artes, mitos e religiões (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

Podemos notar que há uma ampliação bem mais complexa nessa concepção da transdisciplinaridade, o que auxilia Inojosa (2001) a indicar as críticas ao prefixo inter, considerando que o prefixo trans no campo organizacional e institucional expressam melhor a ideia. Para ela a ideia é definir intersetorialidade ou transetorialidade:

[...] como a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados visando a um efeito sinérgico. Transpondo a idéia de transdisciplinaridade para o campo das organizações, o que se quer, muito mais do que juntar setores, é criar uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional. (INOJOSA, 2001, p. 105).

Ela destaca que a crítica ao prefixo “inter” decorre do entendimento de que este poderia significar apenas a proximidade de saberes isolados, sem produzir novas articulações, o que tem acontecido com a ideia da equipe multiprofissional, que pretendia articular vários saberes profissionais com vistas a solucionar um mesmo problema, mas que, na prática, ficou limitado, na maioria das vezes, a reunir diferentes profissionais em um mesmo lugar ou com igual objeto, sem que o diálogo prosperasse (INOJOSA, 2001).

Então, ela destaca quatro aspectos básicos para se trabalhar desde uma perspectiva de transetorialidade: *mudança de paradigma; projeto político transformador; planejamento e avaliação participativos e com base regional; atuação em rede de compromisso social.* (INOJOSA, 2001, p. 106). Consideramos

que esse caminho indicado pela autora tem um potencial para concretizar as ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador no SUS.

Faz-se imprescindível, pois, a elaboração de um projeto mais amplo, mais efetivo, e que possa agregar setores distintos e saberes específicos, compreendendo que nenhum setor da sociedade consegue resolver sozinho todos os problemas. Assim, as propostas que tomam o eixo da transdisciplinaridade, intersetorialidade e interdisciplinaridade podem ser entendidas como opções para a resolução dos problemas das populações (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Portanto, além da ação intersetorial, precisa-se caminhar em direção à ação transdisciplinar, o que representaria um significativo avanço para as práticas em saúde; mas, para isso, há de se descobrir, primeiramente, como agir intersetorialmente no âmbito local, tendo em vista que percebemos nas falas a presença constante da preposição “se”, que sempre acompanha qualquer perspectiva de intersetorialidade, como “se” esse agir intersetorial não fosse algo possível de ser. Isso nos leva a inferir que esse entendimento do grupo advém da “duvidosa capacidade humana de agir com compromisso ético-social, no campo das políticas públicas” na óptica dos participantes, pois apontam um componente atitudinal, relacionado à dimensão ser, ou, seja, são necessários iniciativa e compromisso na efetivação das políticas públicas.

[...] se unisse, esporte, cultura, lazer, educação, saúde, ação social, se todos se unissem e realmente colocasse [...] as forças dava para começar a resolver parte desses problemas, mas envolve muito o quê? A iniciativa e [...] o compromisso de iniciar e terminar um projeto [...] que venha [...] solucionar esses problemas. (Grupo de pesquisa).

[...] se tivesse uma secretaria de agricultura atuante, ação social, saúde, educação, todos esses campos juntos poderia ser que surtisse algum efeito, [...] de tentar pelo menos amenizar [...] os problemas sociais aqui da Lagoinha. (Grupo de pesquisa).

Alicerçada, sem dúvida, na descrença dos agentes locais encontra-se a ação intersetorial, o que não destitui seu potencial, ao contrário, a torna ainda mais necessária, e, portanto, um desafio a ser superado no campo das políticas públicas, cabendo ao setor saúde que lida cotidianamente com os mais graves problemas, que desembocam na sua governabilidade elencar os meios disponíveis e as condições favoráveis e aplicá-los a fim de alcançar a prática intersetorial. Dizemos

isso comungando do pensamento dos autores (COMERLATTO *et al.*, 2007) que apresentam a intersetorialidade como alternativa no enfrentamento de problemas complexos.

Os limites atingidos pelas formas tradicionais de conceber e operacionalizar a intervenção no campo das políticas públicas provocam a desarticulação interinstitucional e a falta da integralidade na atenção ao conjunto dos direitos sociais, não respondendo mais aos graves e complexos problemas sociais historicamente vivenciados por uma parcela significativa da população brasileira. Frente a isso, coloca-se a intersetorialidade, alinhada à descentralização das políticas públicas em vigência no Brasil, como uma alternativa capaz de encontrar novos arranjos e novas articulações para o enfrentamento desses problemas. (COMERLATTO *et al.* 2007, p. 266).

Considerando o exposto pelos sujeitos envolvidos neste estudo e os estudiosos do tema, entendemos que a prática intersetorial requer ampla negociação, alcançando uma dimensão transectorial capaz de produzir novas possibilidades, visões e instauração de valores, respeitando as diferenças e a incorporação das contribuições de cada política social na compreensão e na superação dos problemas sociais (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

Comungamos, pois, da ideia de que precisamos tecer uma verdadeira rede de compromissos, na qual as instituições, organizações e pessoas se articulam em torno de uma questão da sociedade, programam e realizam ações integradas e articuladas, avaliam conjuntamente os resultados e reorientam a ação com vistas a cuidar da transformação da sociedade e promover o desenvolvimento social por meio de uma abordagem que significa a repartição mais equânime das riquezas (INOJOSA, 2001)

Há estudos referindo que, desde a década 1990, o País vem ampliando a participação social na gestão das políticas públicas, desde a formalização dos conselhos gestores, a instituição dos fundos orçamentários e a elaboração de planos de atenção locais. Esse processo constitui-se numa maneira de fortalecer a descentralização e possibilitar a entrada em cena de novos atores na gestão dos serviços públicos, com atribuições, propiciando ressignificar as relações de poder, em prol de decisões e práticas intersectoriais que assegurem o acesso e a efetivação de direitos sociais (COMERLATTO, 2007, p. 266).

4.1.4 A organização do serviço e as práticas dos profissionais: convergências e divergências

Procedendo-se a análise da política de saúde, ainda que restrita ao contexto de uma unidade básica, pois não foram apurados dados quantitativos e qualitativos, para inferir em um processo analítico genérico e profundo, percebemos que as fragilidades se apresentam em quase todos os eixos: financiamento, gestão do trabalho em saúde, humanização, educação permanente e cobertura assistencial.

Todas essas questões contribuem direta ou indiretamente no processo de trabalho da equipe e se refletem nas práticas de saúde. Merhy (1999, p. 307), teorizando sobre o agir em saúde, pondera que “[...] o trabalho em saúde produz um certo modo de cuidar, que poderá ou não ser curador ou promovedor da saúde.” Considerando que a equipe tem uma área de cobertura já contando com uma população superior à capacidade de suporte dos profissionais, com o incremento dos “trabalhadores nômades”, e a influência do modelo biomédico, a equipe restringe-se a práticas de saúde hegemônicas, corroborando a ideia apresentada por Merhy (1999, p. 307)

As produções de atos de saúde podem ser simplesmente *centradas em procedimentos* e não nas necessidades de saúde dos *usuários*, e a finalidade última pela qual esta produção se realiza esgota-se na produção de um paciente operado, vacinado e ponto final.

Ao se olhar a percepção dos sujeitos participantes deste estudo, pode-se dizer que há clareza quanto à fragilidade do funcionamento do serviço de saúde local; apontam-se a demanda reprimida, a escassez e o possível descompromisso dos profissionais de saúde. Quanto ao comprometimento ou responsabilização, ao que parece, para o grupo, convivem os dois tipos de profissionais - irresponsáveis e responsáveis - prevalecendo os comprometidos.

[...] a saúde é falha, realmente é um pouco insuficiente para o total dessa população, mas é porque tudo se leva só até a saúde, não se distribui as responsabilidades, está direcionando todos os problemas, que são: a droga, prostituição, as doenças, direciona a saúde, [...] está sobrecarregando um

pouco essa área e [...] não é um problema só de saúde, é um problema de todas as áreas, de todos os campos e também devido [...] esse problema dessas pessoas não serem cadastradas e de não se saber no real o total da população aqui e, que a população de uma maneira direta e indireta usa essa saúde, chega a ser insuficiente mesmo, porque vem o tipo de assistência para um tanto de gente quando na verdade tem outro número de pessoas utilizando porque além de ser falho tem esse agravante. (Grupo de pesquisa).

É porque a situação é precária, tem muita gente e pouco funcionário. Tem dois médicos um em cada posto, tem poucos enfermeiros, tem um único dentista, [...] não é as pessoas que são irresponsáveis ou pode até ser, não sei, mas a maioria eu tenho certeza que não é, mas só que tem muita gente para ser atendida e pouca gente para atender. (Grupo de pesquisa).

Quanto ao agir em saúde promovendo saúde, nos foram apresentados relatos desfavoráveis a essa questão, perpassando pelo acolhimento inadequado dos usuários pelo serviço de saúde. No que tange a essa questão, Emerson Merhy destaca que a abordagem do profissional de saúde constitui-se num ato relacional, interação de pessoas, que necessariamente acessa a subjetividade humana.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz através de um trabalho vivo em ato, em processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momento de possíveis cumplicidades, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (MERHY, 1999, p. 308).

A expressão “atender mal” e/ou “destratou”, como observamos na fala seguinte nos apresenta uma ruptura com a possível construção de um vínculo profissional de saúde - usuário. Pensando que todas as relações humanas envolvem subjetividades e incorporam uma dimensão cultural, este fato nos condiciona a questionar: se está preconizado como ação prioritária a garantia do atendimento à mulher e à criança, e esse processo ainda esbarra em questões como esta, como se dará, então, a relação profissional de saúde - trabalhador?

Mas, não tem dentista que queiram vir, e o que está vindo, todo mundo reclama que ele atende mal e ele está sendo processado [...] porque ele destratou uma mãe com uma criança especial [...]. (Grupo de pesquisa).

Não nos parece afortunado dizer, que, no presente, o trabalhador rural, em foco o trabalhador do sexo masculino e do agronegócio, dentro de uma perspectiva individual e coletiva, já esteja inserido na rede SUS com um atendimento em conformidade os seus princípios, não só na atenção primária à saúde, mas em todos os espaços de execução da política de saúde no Município e na região. O grupo desconhecia inclusive o que poderíamos dizer que se tem constituído em elemento importante na consolidação da RENAST, que são os CEREST; percebemos que as ações da política de saúde do trabalhador têm pouco se materializado no território.

[...] o CEREST, a gente não sabia que existia e outras coisas, a gente vai vendo mais aprofundado a realidade da nossa cidade, da nossa comunidade, e a partir daí a gente pode mudar as coisas, e quando tem pessoas competentes como todos que estão aqui, e que realmente quer mudar é mais fácil levar adiante esse projeto. (Grupo de pesquisa).

Falar em CEREST! O pessoal pergunta: aonde é? (Grupo de pesquisa).

Apesar disso, e de outras questões levantadas na efetivação da saúde do trabalhador, a pesquisa-ação propiciou, como podemos ver no discurso anterior, o reconhecimento da importância e da necessidade da mudança, numa perspectiva proativa, sem negar, no entanto, as dificuldades desse caminhar.

Outra dificuldade referida envolve a quantidade insuficiente de profissionais e está vinculada a dois aspectos: recursos escassos, principalmente para viabilizar concurso público, e a falta de profissionais dispostos a trabalhar no interior do Estado. Em relação ao primeiro item, a falta de recursos para contratação inclui todos os profissionais, sejam, os profissionais não graduados, como agentes comunitários, sejam profissionais graduados, como os cirurgiões-dentistas, entre outros. Pelo que expõem, a partir das suas vivências percebe-se que não há uma política efetiva da gestão do trabalho em saúde no Município, o que, em certa medida, contribui para as más práticas de saúde.

Mas, o que acontece, o problema [...] é a dificuldade de contratar pessoas, a dificuldade e o dinheiro [...] e outra dificuldade é, porque tem que ter concurso [...]. (Grupo de pesquisa).

Aí alegam também que é a dificuldade de contratar pessoas, que é difícil contratar pessoas que queiram vir trabalhar em interior. (Grupo de pesquisa).

O dentista foi embora [...] ele fazia um curso [...] de ortodontista que ia ser bom até para o PSF daqui e não deixaram. [...]. Botou um carimbo bem grande de falta e descontou do salário dele, aí ele [...] pediu exoneração do cargo, [...] não deixaram ele fazer o curso, e só era dia de sexta de quinze em quinze dias, e de manhã, que ele não vinha para Lagoinha, aí está o sofrimento, dentista morto de bom e todo mundo gostando dele e foi embora. (Grupo de pesquisa).

O trabalho em saúde produz resultados na saúde individual e coletiva, e não se pode negar as transformações na saúde pública, que denotam o quão importante é essa atividade, o que torna imprescindível para quem a pratica, zelo no seu ato, tendo em vista que ato pressupõe compromisso com a vida e o modo de viver na terra. Os resultados do fazer saúde devem expressar maior defesa possível da vida do usuário (individual ou coletivo), maior controle dos riscos de adoecer ou agravar seu problema e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo (MERHY, 1999).

A organização dos serviços de saúde encontra numerosos desafios que passam pela humanização, política da gestão do trabalho e de educação permanente, dos profissionais da saúde. Apesar de termos uma política de educação permanente, ela ainda não tem adentrado as unidades de Saúde da Família, ficando quase sempre restrita às escolas formadoras. A dicotomia teoria-prática parece prevalecer no cotidiano dos serviços de saúde, e o que se evidencia desde a graduação é uma cultura acadêmica que desvaloriza determinados campos do conhecimento, sendo isto o que se traduz na prática dos serviços. Em relação aos profissionais do ensino médio, há um reflexo direto destas questões nas suas práticas. Não entraremos no detalhamento aprofundado em relação às políticas de educação permanente e gestão do trabalho em saúde, mas somente deixamos aflorar nossa inquietação acerca dos processos formativos e suas implicações nas práticas profissionais.

4.1.5 Educação e cultura – analfabetismo e trabalho como se encontram no campo?

Para o enfrentamento da problemática vivida, identificam-se os elementos que poderiam contribuir para podar o avanço desses problemas na comunidade, e, principalmente, entre as crianças e adolescentes. O fator principal transformador seria propiciar oportunidade! Oportunidade de estudar, de acesso à cultura, ao lazer, que fortalecesse a integração dessas crianças e jovens, ou seja, sua inserção social de forma gradativa e justa. Essa perspectiva é defendida por Sen (2000) *apud* Jardim (2005)

Com oportunidades sociais adequadas, os indivíduos podem efetivamente moldar o seu próprio destino e ajudar uns aos outros. Não precisam ser vistos, sobretudo como beneficiários passivos de engenhosos programas de desenvolvimento. Existe, de fato, uma sólida, base racional para reconhecermos o papel positivo da condição de agente livre e sustentável [...] (JARDIM *apud* SEN, 2005, p. 196)

Para Amartia Sen, o desenvolvimento precisa ser baseado em uma concepção que seja capaz de enxergar muito além dele com uma lente que alcance além da acumulação de riqueza e do crescimento do Produto Nacional Bruto e de outras variáveis relacionadas à renda. Não obstante, deve-se considerar que o desenvolvimento econômico não pode ser o fim em si mesmo. É impossível desfrutar a liberdade, tendo qualquer privação de oportunidade, ou seja, a ausência de condições mínimas de existência (tais como, o acesso a saúde, saneamento básico, educação funcional, emprego remunerado) impossibilita os sujeitos sociais de atuar livremente e de construir o futuro como queiram, ou seja, na transcendência de si mesmo (JARDIM, 2005, p. 195).

O autor considera que toda forma de privação de liberdade é a negação da liberdade de sobreviver, sendo, portanto, uma concepção de desigualdade (JARDIM, 2005). Para tal, ele está embasado nos ensinamentos de Sen sobre liberdade, que entende incluir as capacidades elementares como, por exemplo, ter condições de evitar privações como a fome, a subnutrição, a morbidez evitável e a morte prematura, bem como as liberdades associadas ao saber ler e

fazer cálculos aritméticos, além de ter participação política e liberdade de expressão etc. (SEN *apud* JARDIM, 2005).

[...] educação [...] um projeto que viesse dar mais valorização a essas crianças que estão estudando e que não tem recurso [...] Sai da sala de aula e quando chega em casa, os pais [...] não sabem ensinar essas crianças, esses adolescentes [...]. Se tivesse um projeto [...] uma área de lazer, [...] eles sairiam da escola, mas tinham alguma coisa para fazer quando saísse da escola, porque muitos jovens aqui quando sai da escola não tem para onde ir [...] aí passa para droga. (grupo de pesquisa)

Nos relatos apresentados a seguir, nossos participantes revelam o descaso que se estabelece nas condutas, inclusive nas ditas reparadoras, em que não há acompanhamento nem preocupação com a reinserção dos adolescentes no convívio com a comunidade. Aborda-se também um dos principais aspectos para a saída das pessoas da escola – o trabalho. A necessidade de sobreviver contribuiu ao longo da história de Lagoinha para que as pessoas abandonassem as salas de aulas e pegassem no cabo da enxada, como diria o nosso trabalhador rural.

[...] falta de oportunidade de lazer, de esporte de uma forma geral, porque uma criança com esporte, com atividade cultural ou esportiva ela vai preencher seu tempo. Eu sei que não é um problema só da Lagoinha [...]. (Grupo de pesquisa).

Quando algum adolescente ou alguma pessoa [...] vai pagar pena comunitária não tem ninguém orientando. Ele vai só para escola e lá faz qualquer coisa, não tem orientação, ele vai lá para escola para aguar planta, ele agúa as planta e depois fica conversando com os alunos, induzindo. (Grupo de pesquisa).

[...] numa sala [...] de 30 pessoas, apenas 10 alunos [...] sabem ler e [...] temos que fazer duas atividades diferentes. Isso criança já com dois, três anos de atraso e [...] os pais também em sua grande maioria, são analfabetos, é um problema [...] antigo, [...] pois a grande maioria da população da Lagoinha, talvez a grande maioria seja a população analfabeta, que não tem o acesso a leitura [...]. (Grupo de pesquisa).

Muita gente começava (os estudos) e não terminava porque decidiram trabalhar, então muita gente estudou o tal do supletivo, mobral e essas coisas que não dá para aprender muita coisa e deu mais só por cima [...]. (Grupo de pesquisa).

4.1.6 Participação social: um caminho a ser percorrido?

De que forma se pode intervir nesse processo de forma salutar é uma questão a ser respondida às crianças, adolescentes, trabalhadores e trabalhadoras, famílias, profissionais da saúde e educação e movimentos sociais. Percebe-se um clamor por isso. Os aspectos descritos aqui estariam elencados nos problemas historicamente atribuídos ao campo, ao espaço rural? Ou assemelham-se mais às características peculiares presentes nas periferias dos grandes centros urbanos?

Parece-nos que a forma como o agronegócio se apropria do território local contribui de forma efetiva para aproximar o campo das periferias, que a sobrevivência deste modelo carrega em si, a habilidade de ser co-produtor de iniquidades sociais por onde passa. Nota-se no rastro deste processo de geração de emprego vão se aniquilando e destruindo o que teoricamente representam os mais frágeis dentro da comunidade, que são as crianças e adolescentes.

Tem-se um tensionamento constante por uma perda da identidade cultural do camponês, de agente ativo produtor a agente submetido ao emprego, às regras do trabalho empresarial, acessando aqui de modo mais expressivo o componente consumo, propagado como uma necessidade humana nos tempos modernos. Tem-se, portanto, a transformação das pessoas em mercado-consumidor, seja de drogas, seja de meios de transportes, equipamentos eletrônicos, dentre outros.

Esse processo é dito de outra forma por alguns autores, denominando-o de desterritorialização, reterritorialização, ou ainda multiterritorialidade. Em relação a este último, Haesbaert (2005, p. 10) destaca que

[...] o poder no seu sentido simbólico também precisa ser devidamente considerado em nossas concepções de território. É justamente por fazer uma separação demasiado rígida entre território como dominação (material) e território como apropriação (simbólica) que muitos ignoram e a complexidade e a riqueza da "multiterritorialidade" em que estamos mergulhados.

O autor aponta que precisamos compreender o conceito de multiterritorialidade e territórios-rede que são moldados no e pelo movimento, implicando o reconhecimento da importância estratégica do espaço e do território na dinâmica transformadora da sociedade (HAESBAERT, 2005).

Para ele, faz-se necessário avançar no entendimento sobre o território para que possamos efetivamente propor ações que promovam mudanças singulares para a sociedade. Isso significa compreender o território como espaço dominado e/ou apropriado e que se manifesta hoje, em um sentido multiescalar e multidimensional, que só pode ser devidamente apreendido dentro de uma concepção de multiplicidade, de uma multiterritorialidade, sendo essencial trabalhar com a multiplicidade de nossos territórios, com vistas a alcançar mudanças efetivamente inovadoras (HAESBAERT, 2005).

O autor nos fala que,

[...] dentro das novas articulações espaciais em rede surgem territórios-rede flexíveis onde o que importa é ter acesso, ou aos meios que possibilitem a maior mobilidade física dentro da(s) rede(s), ou aos pontos de conexão que permitam “jogar” com as múltiplas modalidades de território existentes, criando a partir daí uma nova (multi)territorialidade. (HAESBAERT, 2005, p. 14).

Então, esse é um desafio para a saúde coletiva, no sentido de produzir conhecimento e estratégias para que os profissionais do SUS e os movimentos sociais compreendam esses processos e repensem os modelos de territorialização em saúde, incorporando aspectos relevantes que muitas vezes passam despercebidos.

Há que se criar canais de aproximação do conhecimento científico com a sociedade para que esta seja fortalecida e consiga empreender uma luta mais justa nesses territórios. Não queremos dizer com isso que não há forças contrárias, comprometidas com a igualdade social, com os direitos humanos, com a vida, há sim, mas que essa conquista tem se dado singularmente desigual dentro do campo político nos territórios. A aparelhagem de proteção social que pode favorecer o desenvolvimento da consciência crítica encontra-se burocratizada, travada, para não dizer com os “braços cruzados”.

Há que se engajar de forma mais expressiva e intensa a população para uma transformação social de base local. O exercício do poder pelo controle social nos espaços representativos precisa ser ampliado no território, com base uma visão complexa sobre a realidade, e travar continuamente debates comunitários, políticos e ideológicos que traduzam e expressem os desejos e anseios do povo que está na

Chapada desde 1880, 1930, até os seus herdeiros, que povoaram e enfrentaram os desafios para ali sobreviverem.

No processo de pesquisa, nossos participantes apontam para o equilíbrio das responsabilidades nessa conquista, distribuindo-as entre população e governo. E atribuem que a comunidade precisa ter uma atitude proativa, pois creem que a acomodação contribui para a não-tomada de decisão e efetivação das políticas no município.

Eu atribuo ao [...] governo e a [...] população, que não cobra [...] Eu acho que tem as duas vertentes, porque quem tem que construir as políticas, a gente sabe que são os governantes, é quem está em conselhos, quem está [...] nessas lutas, porque algumas pessoas são escolhidas, porque não dá para todo mundo ir para lá, mas nós, população, a gente quieta muito, a gente se acomoda demais com as coisas, vai levando e vai deixando. A gente reclama, mas também não ajuda em nada e vai deixando as coisas caminhar. (Grupo de pesquisa).

Às vezes o povo pensa, ah porque ele é o prefeito ele tem que resolver isso, tem não, ele não tem que resolver tudo não, vai ser ele, a câmara de vereadores, conselheiros e nós população, nós temos que cobrar, que participar, a gente começa por uma simples reunião [...](Grupo de pesquisa).

Utilizando uma lupa, e ampliando a imagem para o setor saúde, que tem uma trajetória na garantia da participação social no SUS, e, que, sem dúvida, conseguiu avançar, problematizamos a práxis desse, no local-sede dos problemas, até aqui refletidos.

O Município de Quixeré tem o Conselho Municipal de Saúde, que, no momento deste estudo, estava em reestruturação. Pelas observações e registros em diário de campo, evidenciamos que houve um truncamento, uma parada, pois o Conselho não estava com *quorum* para desenvolver suas atividades, e, também, se aproximava do período de eleição dos membros, sendo que a participação é um processo que está em curso na vida do setor saúde e comunidade.

Os limites impostos à próspera atuação dos conselheiros vão desde a falta de apoio, como provisão de transportes para que participem das reuniões, ao desconhecimento das atribuições e competências do Conselho de Saúde. A concessão desse espaço de participação social no SUS não garante a ação

participativa do conselheiro como é dito na expressão, que ainda são “conselheiro lagartixa”.

[...] controle social é a questão do conselho municipal de saúde [...] a gente vê a maioria dos conselhos é conselheiro lagartixa mesmo! Eu, secretário de saúde dizendo e todo mundo concordando e confirmando e não abre nem a boca para reclamar algo de errado, eu não sei como o daqui funciona [...]. (Grupo de pesquisa).

[...] conselho de saúde daqui [...] o secretário marca a reunião e a gente se encontra e ele coloca ali o que vai acontecer na reunião, os pontos que a gente vai falar e se ele tem algum projeto, alguma coisa em mente, ele pergunta e quer a opinião de todo mundo, o que cada um acha, se concorda, se não ou se é melhor assim ou se é melhor assado, cada um dá a sua opinião, não fica a opinião do secretário, é bem participativo e cada um tem seu momento de falar, de criticar, se está certo e se não está certo. (Grupo de pesquisa).

No avanço do debate, aborda-se a ação fiscalizadora, sem identificar ação deliberativa, que segundo Silva (2006, p. 193), em um **estudo sobre participação popular, educação e cidadania: ressignificações no campo político da democracia participativa no Brasil**, expressa que a democracia participativa teve seu apogeu nas proposições que significaram a constituição de 1988, em que se busca a combinação entre jeitos de realizar a luta política por meio da participação direta ou pelo estatuto da representação da participação com vistas à democratização da política e ampliação do poder, tendo no processo deliberativo uma espécie de centro do fazer democrático por dizer respeito a como se decide e quem decide (SILVA, 2006).

O autor aponta que há bloqueios e desafios à política deliberativa como objetivo desse campo político, na medida em que

[...] deveria estar fundada na combinação entre democracia representativa e democracia participativa, como idealização dos encontros entre sociedade e Estado. Tal combinação ainda está por acontecer, o que se constitui em um desafio a ser enfrentado, afinal, se processa um tipo de relação mais comum entre, digamos, movimentos sociais e o poder executivo. (SILVA, 2006, p. 194).

Ante o exposto, entendemos esses espaços como imprescindíveis para que se prossiga na garantia da efetiva participação popular, que ainda está longe de ser a idealizada por muitos, mas que é processo democrático, constituído com

entraves e percalços. Ainda conversando com Silva (2006) sobre a finalidade desses espaços quando pensados no contexto histórico bem recente da história brasileira, ele nos diz:

O compromisso era gerar novas práticas sociais assim como estruturas horizontais de relacionamentos na sociedade e no governo. Com isso sairiam fortalecidos os grupos sociais em situação de vulnerabilidade e exclusão, propiciando-se maior possibilidade de simetria às relações de poder, desde a sociedade. Ou seja, tratava-se de adentrar num ciclo da vida política brasileira em que seriam reforçados os diversos vínculos associativos, as mobilizações, as organizações representativas, as articulações na sociedade, de modo a se constituir com altivez uma nova esfera pública no país. (SILVA, 2006, p.195).

Acreditamos que esse ideário ainda é o desejável, apesar de percebermos nas falas dos nossos interlocutores a fragilidade com que isso tem sido praticado no Município, pois trata de questões complexas, como dito pelo autor, no entanto, é a trilha que precisa ser percorrida em direção ao fortalecimento da democracia. Para o autor, trata-se de progredir na transformação da cultura política vigente.

Democratizar a cultura e a sociedade para que os direitos sociais e culturais se realizassem fortalecendo a igualdade, a liberdade de associação e as diversas identidades que conformam distintos sujeitos políticos [...] [...] afinal, é de mudança na cultura política que se está a falar sempre que o debate da democracia assume centralidade. (SILVA, 2006, p.195).

A fiscalização das ações da gestão apareceu no entendimento do grupo como fundamental.

[...] o conselho você tem que fiscalizar, o conselho tem poder de formar as comissões. Essa comissão vai fiscalizar o recurso da prefeitura [...]. (Grupo de pesquisa).

[...] as conta é fiscalizada tudo junto, lá na reunião e mostra tudo que foi gasto, [...], se você quer ir conferir está tudo [...] na câmara de vereadores está tudo lá nas planilhas com os recibos, tudo que foi gasto, que foi pago todo o pequeno serviço. Se for feito um concerto numa torneira no hospital, no posto de saúde, ou seja, em que for é tudo notificado, tem o recibo onde foi comprado a torneira, tem o nome da pessoa que prestou o serviço, tem tudo anotadinho, a prestação de contas é feito todo mundo junto [...]. (Grupo de pesquisa).

Destacamos, porém que para um conselho se constituir ele precisa ser:

[...] atuante, eficaz e solidário comprometido com os movimentos sociais, necessita realizar avaliação sistemática da sua atuação, auto-avaliação dos conselheiros, além do cuidado permanente com a convivência grupal dos integrantes do conselho, para facilitar a interlocução e escuta do cidadão [...]. (SOUSA *et al.*, 2009, p. 1).

Portanto, é preciso mais do que fiscalizar! Segundo os pesquisadores do assunto, o controle social consiste em canais institucionais de participação na gestão governamental com a presença de novos sujeitos coletivos nos processos decisórios, não se confundindo com os movimentos sociais que permanecem autônomos em relação ao Estado (ASSIS; VILLA, 2003). A participação social para estes autores consiste em

[...] um campo em construção com “múltiplas possibilidades, de organização autônoma da sociedade civil, por meio das organizações independentes do Estado, tais como as associações de moradores, conselhos de saúde, associação de docentes, grupos de mulheres, que poderão confluír ou não suas intervenções para uma atuação direta junto aos órgãos de controle previstos em Lei. (ASSIS; VILLA, 2003, p. 377).

Já o controle social compreende um campo de relações sociais, no qual os sujeitos participam por meio de articulações distintas, processadas no âmbito interno e externo dos espaços institucionais, na busca da identificação de necessidades dos trabalhadores de saúde e grupos da comunidade em corresponsabilidade com as instâncias governamentais – Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (ASSIS; VILLA, 2003).

O controle social deve atuar na gestão das políticas públicas, com o intuito de controlá-las para que atendam às demandas e interesses da coletividade, e, nessa perspectiva, requer lutar pelo fortalecimento do setor público, com ênfase no âmbito municipal (ASSIS; VILLA, 2003).

O município é entendido como espaço de confronto de interesses, identificação de necessidades e alternativas. É onde os problemas são identificados com maior clareza e rapidez, assim como a solução a ser buscada em parceria com os segmentos sociais: gestores, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços com vistas à qualidade do atendimento (ASSIS; VILLA, 2003).

Nessa perspectiva, os conselheiros de saúde precisam estar apropriados da legislação como também compreender o SUS numa perspectiva que traduza um

projeto de sociedade. Segundo o Ministério da Saúde, o Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto de representantes do Governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, e deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (ASSIS; VILLA, 2003). Percebemos, no entanto, nos discursos dos participantes do grupo que ainda precisamos aprofundar todas essas questões no âmbito local, pois, para que um conselho seja atuante, faz-se necessária uma participação efetiva dos sujeitos, como cidadãos representativos capazes de definir as políticas de saúde em todas as esferas governamentais (ASSIS; VILLA, 2003).

5 TÓPICO QUARTO

5.1 Trabalho e emprego: como ocorreu os impactos ao modo de vida e à saúde na chapada do Apodi-CE?



Figura 51 – Foto de trabalhador e máquina de aplicação de agrotóxicos utilizada no agronegócio, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa.

5.1.1 Um modelo de produção no caminho das desigualdades sociais: sucede a geração de agravos à saúde dos trabalhadores?

Uma questão que consideramos importante abordar diz respeito a quais são as necessidades de saúde dos trabalhadores de Lagoinha. Nessa perspectiva, surge uma enorme variedade de situações, em que responder adequadamente a tal questionamento implica uma exaustiva tarefa. Em um artigo publicado sobre necessidades de saúde, os autores fizeram uma análise da produção científica

brasileira desde a década de 1990 até 2004 e sistematizaram em três categorias de entendimento desse conceito. Assim, as categorias consistiram em:

Oferta/demanda de ações nos serviços de saúde – constituída por resumos que associavam necessidades de saúde à necessidades de consumo de serviços de saúde; **administração/planejamento de serviços de saúde** – constituída pelos textos que apresentavam as necessidades de saúde como instrumento para o planejamento de serviços e ações de saúde; **necessidades de saúde** – constituída pelos resumos que tinham como centralidade as necessidades de saúde, tanto no âmbito abstrato quanto no operacional do conceito – na perspectiva da organização da produção de serviços de saúde ou de processos de trabalho, com a finalidade de ampliação do objeto de atenção em saúde. (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p. 609).

Apesar das categorias apresentadas, os autores consideram que 100% dos trabalhos publicados referiam-se a necessidades de saúde institucionalmente determinadas, que prescindem da leitura de necessidades dos indivíduos que ocupam o território de abrangência dos serviços de saúde, evidenciando que os serviços estão abordando necessidades como necessidades de cuidado de agravos (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

A última categoria proposta serve-nos como guia na análise do contexto que se descortina a nossa frente. Isso porque estamos propondo uma abordagem em saúde do trabalhador, dentro da saúde coletiva que precisa atender as necessidades de saúde por meio da instauração de processos de trabalho que tragam ações para responder aos problemas, intervindo nas raízes deles (os determinantes) como também nos resultados advindos destes problemas, que são as doenças, encaminhando uma política pública de saúde de direito universal e igualitário (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Com tal discussão do conceito de necessidade e de trabalho em diálogo com Marx e Engels (1993), Mendes Gonçalves (1992), Antunes (2000), Heller (1986) os autores exprimem que a finalidade do trabalho é, primordialmente, o aprimoramento das necessidades humanas que, se respondidas, têm potência para aperfeiçoar a essência humana (CAMPOS; BATAIERO, 2007, p. 607).

Destacam, no entanto, na interpretação que fazem dos escritos de Antunes (2000), que nas formações capitalistas o aprimoramento das necessidades humanas deixou de ser a primazia do trabalho, ficando este subsumido aos instrumentos de trabalho, possibilitando a realização de atividades sem que o resultado deste guiasse e subordinasse a vontade do trabalhador, inferindo que a

necessidade social no modo de produção capitalista é a expansão do capital, em prejuízo do desenvolvimento e aprimoramento das necessidades humanas dos trabalhadores (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Assim é vivida a prática laboral dos trabalhadores do agronegócio na chapada do Apodi, sendo essencial para que haja a compreensão do fenômeno das necessidades de saúde dos trabalhadores da região, que a política de saúde do trabalhador entrelace-se a complexas tramas que perpassam a relação humana com o trabalho. A visualização do mundo do trabalho pelos profissionais de saúde da atenção primária, refletido e compreendido, pode caminhar na direção da ideia ampliada de saúde, que precisa dar respostas a necessidades elásticas. Os autores afirmam que, para a saúde coletiva, é fundamental considerar a reprodução social dos diferentes grupos sociais, para caracterizar os variados processos saúde-doença que acometem os indivíduos (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Sabroza (1992, p. 4) apresenta em um quadro um esquema de como se dá a expressão do processo saúde-doença, destacando que

[...] no nível individual, eles podem ser, simultaneamente, alterações fisiopatológicas para a dimensão orgânica; para o cidadão, uma representação e um papel mediado por valores culturais, e para o indivíduo singular, sofrimento. No nível das sociedades, ou formações sócio-espaciais complexas, como a nossa, eles se expressam como problemas de saúde pública, na interface entre o Estado e a Sociedade, entre o particular e o público, entre o individual e o coletivo.

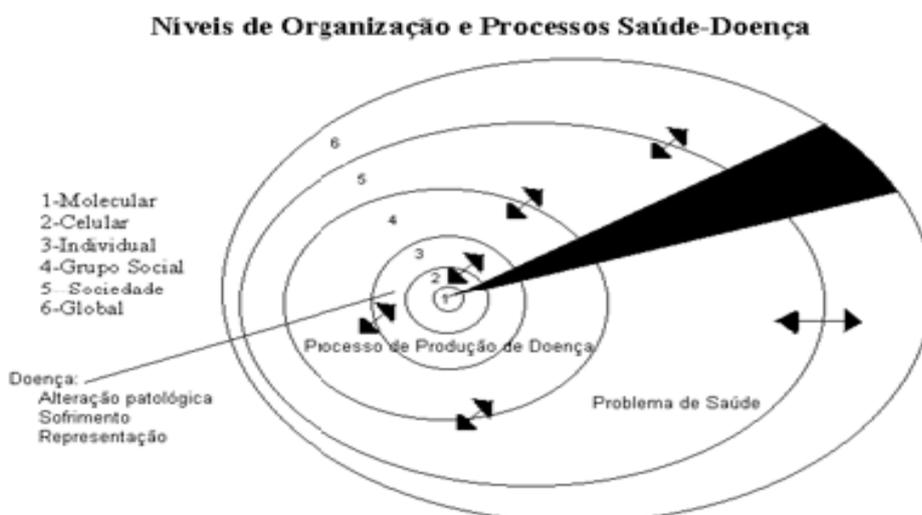


Figura 52 – Esquema de apresentação dos níveis de organização e processo saúde- doença.

Fonte: Sabroza, 1992, p. 5

Considerando o exposto, trazemos e exploramos as percepções do grupo acerca de como ocorre o trabalho no agronegócio em Lagoinha-Quixeré-Ceará, procurando clarear a forma como se estabelece as relações de trabalho no campo; caracterizando as necessidades de saúde dos trabalhadores, com base na análise da produção, do modelo de desenvolvimento proposto para o distrito e as implicações para a saúde humana, na visão dos integrantes do grupo.

O grupo considera que a agricultura sempre foi importante para a população da chapada do Apodi e, hoje, o agronegócio, pela geração do emprego, consiste na principal fonte de renda do Distrito de Lagoinha, que se relaciona com a potencialidade dos bens naturais existentes na região, especialmente a terra.

Há a percepção de que a terra está sendo utilizada de forma inadequada pelos grandes empreendimentos agrícolas, podendo ocasionar dentro de poucos anos a perda da produtividade, pelas agressões promovidas pelo agronegócio na Chapada. O uso dos bens naturais na prática da agricultura é essencial, não podemos produzir sem utilizá-los. O que está em questão são as formas como a humanidade vem desenvolvendo esse processo. A produção de alimentos no Planeta, e no Ceará, deveria estar comprometida com a segurança alimentar, com a garantia de melhores condições de vida para a população local e global. Dessa forma, visitar o contexto da produção agrícola no Distrito de Lagoinha nos impulsiona a indagar: quem produz, como produz, o que produz e para quem são produzidos os produtos agrícolas na chapada do Apodi no Distrito de Lagoinha? O que comem os moradores e trabalhadores da Chapada?

A principal fonte de renda é a agricultura. A maior parte da população sobrevive do agronegócio pouca gente faz a agricultura familiar. (Grupo de pesquisa).

Antes era tirar lenha [...] depois os projetos começaram a chegar ai que foi mudando [...] e hoje em dia [...] para você tirar lenha é uma dificuldade agora você tem que ir para o fim do mundo, porque é tudo plantação, plantação, plantação, aonde sua vista alcança e esses trabalhadores, eles principalmente, estão em contato com esses maiores riscos [...] e ninguém está [...] prestando atenção para isso, nem os próprios trabalhadores. (Grupo de pesquisa).

[...] muitas (frutas) é exportada e só vai primeira qualidade. A visão desses projetos principalmente desse grande é exportar [...] para Europa e para

fora do Brasil [...]. Os trabalhadores lá não tem o direito de comer um melão no meio da plantação, por que ali eles (trabalhadores) deixam exposto as cascas que [...] chama a mosca, a mosca chama a outra mosca que é a mosca branca. Ele não tem o direito de comer ali, às vezes, tem casos que eles deixam levar para casa [...]. As pessoas só vivem de exportar e uma fruta que a gente [...] chama de refugo [...] é essas frutas que tem defeito que são mais miudinhas, às vezes, um arranhãozinho de nada, por que o melão é embalado em caixa, por exemplo, se é uma caixa de seis melões é seis melões do mesmo tamanho da mesma cor, tem que ser por tamanho, peso e tudo, [...] aí aqueles que são mais deformados tem uma arranhadura levou uma queda, aí já vai complicar o que é bom. (Grupo de pesquisa).

[...] mais de 30% das frutas são enterradas, jogadas no lixo [...] acho que o município o Estado deve fazer um convênio para as empresas que estão aqui, para ser aproveitado também essas frutas, para as fábricas fazer poupas, [...] para as creches, casas de apoio, escolas e etc. (Grupo de pesquisa).

Nas palavras de Sabroza (1992), com o desenvolvimento das forças produtivas, há também um deslocamento da produção para a distribuição e o consumo do que é produzido, em que se faz uma indução de consumo, utilizando-se estratégias midiáticas na criação de necessidades de consumo, como, por exemplo, os *commodities*.

As políticas econômicas, entretanto, se mostram mais voltadas para atender aos interesses de setores de produção do que as necessidades fundamentais dos consumidores (SABROZA, 1992,). Dito de outra forma, a produção, seja ela de alimentos ou de outras coisas, está direcionada em manter alta produtividade e lucro numa lógica que atenda as exigências de mercado.

Sobre a expansão do agronegócio na região, há um estudo que descreve como isso acontece, a modernização da agricultura no Distrito de Lagoinha, destacando nas considerações finais o quão avassalador tem sido isso para o campo.

O processo de modernização agrícola em curso no distrito de Lagoinha é *conservador, excludente e doloroso*. *Conservador* porque não provocou mudanças na estrutura fundiária, tornando a posse da terra cada vez mais concentrada. *Excludente*, pois a participação do trabalhador está apenas na venda da sua força de trabalho e no recebimento de um salário, pois os mesmos não dispõem de condições para participar desse processo da mesma forma que as grandes empresas, faltam-lhes terra e dinheiro. É *doloroso*, pois apesar de mudar a realidade de algumas pessoas, continua concentrando a riqueza para um pequeno grupo e aprofundando desigualdades já existentes e criando novas desigualdades. (COSTA, 2006, p. 70).

No caso dos trabalhadores do agronegócio do abacaxi em Limoeiro do Norte-CE, há um estudo epidemiológico realizado em 2009 que considera negados os seus direitos e saberes, levando-os à exposição cada vez mais frequente. Essa negação dos direitos e subestimação do saber dos trabalhadores está relacionada à desigualdade social a que se encontram impostos, à baixa renda, à pouca oferta de emprego, à cultura de dominação, dentre outros fatores que contribuem para uma maior vulnerabilidade dos trabalhadores rurais (ALEXANDRE, 2009).

Segundo a pesquisa ora referida, os trabalhadores do agronegócio do abacaxi 38(50,6%) têm mais de 13 anos de trabalho com agricultura, embora a maioria 62(82,6%) seja de trabalhadores rurais assalariados com tempo de um a quatro anos na empresa, e 63(83%) são sindicalizados. Para admissão à empresa agrícola 49(65,3%), realizaram exame admissional, e 49(65,3%) somente fizeram exame laboratorial do tipo hemograma antes da admissão (ALEXANDRE, 2009).

Pelo exposto, podemos considerar que há necessidade de se avançar na busca de relações de trabalho mais justas, identificar e fortalecer práticas agriculturáveis mais saudáveis e de formas diferentes de lidar com a terra.

Percebe-se que a produção não está comprometida com a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e moradores da região, no entanto, isso não é uma característica somente da forma como floresceu esse processo desenvolvimentista no baixo vale do Jaguaribe, pois, segundo Sabroza (1992), esse modelo nos tempos atuais apresenta uma característica bem peculiar, que é a dissociação entre crescimento econômico e o desenvolvimento social; ou seja, a expansão das forças produtivas não implica necessariamente melhoria progressiva das condições de educação, saúde e trabalho (SABROZA, 1992). Considerando isso, imaginamos que analisar os contextos locais e identificar juntamente com os agentes sociais que estão mais próximos dessas questões, vivenciando um enfrentamento cotidiano, pode contribuir para que nasçam estratégias de base local que influenciem e tensionem por mudanças sinérgicas. Isto porque, se considerarmos o projeto desenvolvimentista, que está em curso em outros territórios com as obras do PAC, podemos a partir deste lugar, onde aprofundamos como tem se dado no contexto local os impactos a saúde, inferir novas perspectivas de

atuação para as políticas públicas, tendo em vista que todos esses processos promovem alteração no modo de vida e transformações territoriais com repercussões sobre o ambiente e o trabalho.

Acreditamos que na região pesquisada há uma transição da agricultura familiar para uma agricultura de mercado, bastante avançada, pois, ao que nos parece, já está consolidada a prática do agronegócio na Chapada.

De 2006 para cá é contínua a expansão da produção centrada nas monoculturas do melão, banana, mamão, abacaxi, dentre outras frutas. Isso contribui sobremaneira para o enfraquecimento da agricultura familiar.

A integração do município/distrito de Lagoinha, a lógica da produção e consumo globalizado de frutas tropicais, está gradativamente extinguindo a pequena produção não capitalizada. Está ocorrendo uma queda acentuada na área plantada e na produção voltada para o mercado interno e o consumo local. O milho, o feijão e o algodão estão sendo substituídos pelo melão, a banana e o mamão, onde toda a cadeia produtiva está sob o domínio de empresários com larga experiência no ramo da fruticultura. Portanto, está mudando a cultura e o tipo de produtor, do pequeno produtor familiar não capitalizado para grandes empresários. (COSTA, 2006, p.52).

Sobre as relações sociais de produção e distribuição, ou seja, quem produz e para quem produz, alguns autores destacam que estas são permeadas pela instabilidade, incerteza e egoísmo, exigindo uma árdua busca para conseguir garantir a existência. Desse modo, estas relações não se apresentam como saudáveis e promotoras do desenvolvimento humano, pois estão alicerçadas na competição, na destruição e na incessante falta de opções, o que caracteriza as relações de trabalho capitalizadas.

A instabilidade, a incerteza, o egoísmo e a crueldade são tão determinantes nas relações sociais de produção e distribuição que mesmo aqueles que conseguem alcançar essa materialidade não estão dispensados de continuar lutando por ela, seja porque não conseguem enxergar alternativa para a sua existência. (SANTOS *et al.*, 2007, p. 824).

5.1.2 Trabalho no agronegócio: alternativa de sobrevivência adoecida!?



Figura 53 – Foto de recorte do mapa ambiental do Distrito de Lagoinha, Quixeré – Ceará, 2009.

Fonte: Acervo da pesquisa.

Detalharemos um pouco mais sobre as condições de vida dos trabalhadores do agronegócio, pois o contingente de trabalhadores que compõe a mão de obra na região de Lagoinha está representado, em uma boa parcela, pelos moradores locais, como também pelos migrantes. Esse fluxo migratório dos trabalhadores atraídos pelo emprego no agronegócio, como já referido, está entrelaçado com a vinda das trabalhadoras do sexo, com a inauguração dos bares – locais de moradia destas mulheres – e o incremento do uso das drogas na vida comunitária. Essa realidade está relacionada com a instituição de um modelo produtivo que opera com profundos efeitos colaterais para a sociedade como um todo, e de modo muito particular aos trabalhadores diretamente vinculados às empresas agrícolas.

Quixeré, o pessoal só vivia da agricultura no inverno, aí quando passava três, quatro invernos, que era fraco e não tinha inverno, aí as pessoas tinham uma necessidade maior. As pessoas tinham uma necessidade muito

grande, aí vivia da lenha e da pedra e muitas vezes não tinha a quem vender - eu pequeno, pivete eu via aquele pessoal sofrendo tanto e hoje não existe mais isso, pelo menos aqui já acabou! Quem está hoje como gestor a nível municipal, para eles está bom demais, porque não tem que se preocupar com isso. (Grupo de pesquisa).

Na fala do grupo, evidencia-se que o tempo passado, quando a agricultura familiar ficava a depender do inverno por falta de investimento estatal de apoio que garantisse a fixação do camponês, fortalecendo as formas de sobrevivência por meio dessa atividade laboral, contribui para que, no presente, em que há um estímulo ao emprego em detrimento de investimento no empreendedorismo dos pequenos produtores, para uma visão determinista de aceitação do agronegócio como alternativa satisfatória para os gestores públicos.

Apresenta-se uma dicotomia que assevera acessar uma forma de sobrevivência, ainda que esta prejudique a vida, determinando mudanças diversificadas nas condições de viver, com repercussões sobre a qualidade de vida.

Eu sei que tem a necessidade, mas também tem o descrédito de que as coisas não vão acontecer, está entendendo? Que você vai falar, mas que vai continuar do mesmo jeito, você convida a comunidade a participar de uma reunião para você vê: de cinquenta vem cinco, porque os outros dizem assim: 'a gente senta, conversa e finda do jeito que governo quer', então, tem o descrédito e claro que tem a necessidade de trabalhar, se eu fui para uma empresa, se eu pudesse ficar em casa sem trabalhar eu estava em casa sem trabalhar! Minha família está lá em Limoeiro, podia estar lá agora, mas estou aqui, é a questão da necessidade, mas tem o descrédito. (Grupo de pesquisa).

Em outras palavras, no sertão do semiárido cearense havia poucas escolhas de sobrevivência há 25 anos, o que obrigava os camponeses a subordinar-se à espera da chuva, de políticas de apoio do governo, a espera! Disso nos fala um dos nossos sujeitos, quando relata as diversas possibilidades de trabalho que tem hoje à porta da sua casa, e o quanto tinha que andar para trabalhar há duas décadas e meia, apresentando o emprego como estratégia de sobrevivência importante para a comunidade.

Eu achei muito importante esse mapa que nós fizemos porque há vinte e cinco anos atrás se eu quis trabalhar fui trabalhar na Carbomil e dá uns 25 quilômetros de bicicleta indo e vindo todo dia. E hoje, se eu botar [...] o pé fora do meu terreiro já estou dentro do projeto, para onde a gente sair se escolhe, [...] mas por outra parte acaba com nós, com o veneno medonho que a gente come, é na melancia, no melão, na banana, tudo que você

come hoje e naquele tempo você plantava um pé de melancia e colhia só com a natureza mesmo sem ter o veneno e hoje, é muito bom, tem banana aí sobrando por cima, é o melão e naquele tempo você ia comer uma fruta dessa não tinha. O primeiro melão que eu vi eu fiquei abismado! Oh, que cor é o melão? É amarelo e [...] hoje está aí jogando para gado, jogando para porco [...] é uma riqueza [...] (Grupo de pesquisa).

Demonstra-se no relato a necessidade de sobrevivência pela busca de uma condição básica que é o acesso a alimentação, quando expressa que não tinha uma banana para comer, e que hoje elas existem, apesar de compreenderem que a forma de produção utilizada é bem diferente da forma tradicional de plantar pelo uso intensivo de venenos. Apesar dessa compreensão consideram que é uma riqueza ter o que comer. Apesar de identificar que essas frutas se consumidas são danosas à saúde pela quantidade de veneno que possuem e que servem de alimento para o gado e para os porcos, porque só fica no distrito o que denominam de 'refugo'; ou seja, a existência dessas frutas não induz o seu consumo no âmbito local, porque elas são produzidas para a exportação, mas ao mesmo tempo contribui para identificar que havia escassez de alimentos para consumo humano e que hoje apesar da intensa produção, continua havendo escassez de alimentos, pois estes são produzidos com outros fins.

Esta asserção dialoga com o pensamento de Sabroza (1992) de que é preciso uma nova ética no desenvolvimento, sendo que para isso é indispensável a superação da miséria e da falta de instrução em que vive uma grande parte da população brasileira, o que impede a sua efetiva inserção no processo econômico e político, e, portanto, o controle sobre suas condições concretas de existência, garantindo o exercício da cidadania (SABROZA, 1992).

A troca do trabalho pelo salário, estabelecendo uma relação de empregado-empregador na agricultura em busca de garantir a subsistência, é aceita mesmo considerando que este tipo de trabalho *“prejudica a vida de cada um das pessoas que está trabalhando.”* A saúde fica em um plano secundário, pois primeiramente é preciso comer!

[...] a única visão que as pessoas que trabalham aqui hoje é o salário [...] porque aqui a mágica do emprego que nós temos é [...] a agricultura só, que aí, está uma importância muito grande também para os comerciantes por que esse dinheiro está vindo para os comerciantes e o [...] comércio

crece, mas vem [...] prejudicar a vida de cada uma das pessoas que está trabalhando [...]. (Grupo de pesquisa).

Identifica-se também no discurso um desconhecimento das responsabilidades do Estado e das empresas com o território e com os trabalhadores. A legislação ambiental e trabalhista é totalmente desconhecida pelos sujeitos do grupo.

[...] há quinze vinte anos atrás [...] duzentas pessoas invadiram Quixeré [...] por que aqui não tinha emprego, não tinha nada e as pessoas necessitadas mesmo, hoje [...] vê assim (o gestor) como uma situação muito boa [...] não ter essas coisas, [...] de querer invadir [...]. A gente queria era uma responsabilidade maior das empresas [...] ter digamos tipo um convênio das empresas com o Estado para ter uma responsabilidade maior, ter um acompanhamento para que não venha prejudicar, por que é importante, mas que não venha prejudicar tão rápido. (Grupo de pesquisa).

Quanto ao desenvolvimento local, observa-se que o impacto gerado para a economia dos comerciantes está caracterizado por uma relação de dependência com o agronegócio, já que este dinheiro que circula é proveniente da venda de mão de obra barata, que compra vestuário, alimentos e produtos de higiene pessoal e do lar, com a obtenção desses dividendos, no entanto, a sazonalidade do trabalho, os períodos de entressafra, demonstram como se estabelece o vínculo de dependência, porquanto há trabalhadores que ficam seis meses comprando para pagar somente quando retornar às atividades na empresa. Este aspecto é abordado por Costa, apresentando o seguinte entendimento.

Os trabalhadores assalariados do campo constituem uma mão-de-obra sem qualificação e que permanece empregada em torno de cinco meses para a colheita do melão, passando o restante do ano desempregada submetendo-se a “bicos” para sobreviver. Normalmente, no mês de janeiro essa mão de obra é dispensada devido ao período invernos, onde a colheita é reduzida em mais da metade. Tal fato reflete diretamente no comércio da Vila de Lagoinha, que durante a entressafra que corresponde de janeiro a julho, as vendas sofrem uma queda em torno de 60%. Isso mostra a dependência do comércio local em relação ao trabalho assalariado na agricultura, que se mostra bastante precarizado. (COSTA, 2006, p.54).

Todas essas questões levantadas vão do encontro do que Sabroza destaca no tocante à subordinação de grupos sociais inteiros a constrangimentos em consequência das dificuldades de acesso à terra, relações de trabalho não protegidas efetivamente e limitações de educação e conhecimentos adequados às novas práticas produtivas que se impõem (SABROZA, 1992). Os agentes locais

percebem estas relações e destacam que já são trazidos os profissionais qualificados de outros lugares e, para os moradores, ficam os cargos que pagam os menores salários.

[...] a pessoa chega, tem certa condição, [...] compra terra começa empregar o pessoal e vai fazendo, ele já vem com o conhecimento de como fazer, geralmente traz profissionais de fora, que a maioria dos técnicos agrônomos são de fora [...] cidades vizinhas, que se formaram nessas escolas agrotécnicas e vem trabalhar tudo aqui, e os daqui ficam a mão de obra barata. (Grupo de pesquisa).

Nessa fala, alude-se claramente às formas de dominação e subjugo dos moradores que são explorados de maneira desmedida por parte dos ‘colonizadores’ modernos, como também a apropriação dos bens naturais locais. Inclusive aponta para os danos à saúde que já se configuram na população local inter-relacionados ao processo de modernização agrícola, premissa do agronegócio. Os sujeitos reconhecem que a natureza constitui bem valioso, pela qual há disputas diversas no mundo globalizado e que não há um amparo na divulgação da informação para a população, que acaba não dando o valor real à terra.

Mas interesse é porque essa terra daqui esse solo daqui da chapada do nosso rio (Jaguaribe) certo está como se fosse o segundo solo melhor do mundo não é nem do Brasil, [...] aí tem aquela música que diz: ‘tudo que se planta dá’, pois essa terra tudo que se planta dá, e nós graças a Deus moramos aqui, e era para valorizarmos muito mais. Por isso que existem guerras em países aí, pessoas que brigam por causa disso, nós aqui estamos dando as terras, vendendo [...], as pessoas que vem de fora explora a nossa situação sem limite, sem nenhuma responsabilidade e hoje nós estamos sofrendo [...] porque o índice de câncer está aumentando muito de um certo tempo para cá [...] várias conseqüências para saúde física do trabalhador encarecendo o sistema de saúde municipal.(Grupo de pesquisa)

5.1.3 Saúde ou trabalho: a escolha é dos trabalhadores?

Pelo exposto, fica evidente que o modelo de desenvolvimento econômico enseja graves problemas de saúde ao trabalhador e à população em geral, caracterizando-se por relações trabalhistas sem garantia de condições de trabalho

dignas, como a exposição dos trabalhadores aos venenos e à radiação solar nos campos de plantios, além de outros, como não dispor de local adequado para as refeições. Todas essas condições interferem na qualidade de vida, impactando negativamente no estado de saúde das pessoas, gerando maior demanda de serviços assistenciais, pois há um contexto de risco, que se perpetua no surgimento de doenças crônicas, dentre outras. O desenvolvimento passa a ser entendido como sinônimo de acesso às condições básicas de vida, o que reflete a história de exclusão social no Nordeste brasileiro.

[...] você olha ao redor você vê [...] só estou aqui há sete anos, eu vejo a diferença em termos de desenvolvimento [...] está adoecendo mais gente, tem a longo prazo, tem o desgaste, mas hoje a maioria das pessoas tem seu transporte para andar, [...] tem sua casinha boa com suas coisinhas dentro, tem seu emprego, [...] aqui tem muita gente que passa seis meses, cinco meses comprando fiado para pagar com o dinheiro sete a oito meses que vai se empregar na firma e que não tem para onde se virar. Se não for isso, se não for essa firma que vai empregar, [...]há uma diferença grande por que a maioria das casas eram de taipa, [...] que a agricultura subsistência era muita [...] dificuldade [...] de alimentação, era muito precária [...] os empregos que garantem o padrão de vida mais ou menos, tem as conseqüências, têm [...] a longo prazo, agora tem veneno [...] e o que seria se não tivesse essa firma? [...] era gente invadindo ! Não sei o que seria, tire as firma daqui de dentro para vê se tinha outra coisa! (Grupo de pesquisa)

Neste contundente relato, é revelado que a exposição aos venenos, que é uma prática cotidiana no modo de produção vivido na região, acontece sem nenhuma preocupação de órgãos públicos, destacando a omissão dos sindicatos dos trabalhadores rurais, e até mesmo o desconhecimento de quais instituições deveriam assumir a responsabilidade social por zelar pela melhoria das condições de trabalho nas empresas agrícolas.

[...] os trabalhadores estão expostos a veneno, a luz solar. Eles não tem nenhum amparo [...] apoio por conta da empresa [...] porque não existe entidade para cobrar, não existe um sindicato que vá cobrar de uma empresa para dá o protetor solar, [...] um refeitório adequado para ele fazer, ao menos, a refeição não existe, porque a maior plantação aqui é melão, melão não tem sombra. (Grupo de pesquisa).

5.1.4 Pulverização aérea de veneno e comunidade: convivência imposta pelo modelo de produção agrícola

Há diversos estudos que apontam a relação dos agrotóxicos com várias doenças, caracterizando os agroquímicos como um dos mais importantes fatores de risco para a saúde humana. Estes produtos são utilizados em grande escala por vários setores produtivos e mais intensamente pelo setor agropecuário. Atualmente se discute o uso dos agrotóxicos, tendo em vista seu potencial gerador de danos. Os agroquímicos estão relacionados com o surgimento de problemas de saúde nos trabalhadores e na população em geral, além da contaminação ambiental por estas substâncias.

Com o uso intensivo desses produtos na agricultura de larga escala, principalmente nos sistemas de monocultivo, foram aparecendo resistências por parte dos organismos-alvo (pragas e vetores) a tais substâncias (SILVA, 2005).

A resistência das “pragas da lavoura” contribuiu para o desenvolvimento de produtos com maior capacidade de matar, e também da utilização de variadas técnicas de expurgo. Dentre as técnicas, destacamos uma intensamente utilizada na chapada do Apodi, que é a pulverização aérea. Abaixo, temos o relato da aplicação de veneno nas ruas, nas casas em meio à comunidade de Lagoinha. A comunidade é obrigada a conviver com os venenos que são lançados ao ar pelas grandes empresas, tornando a população do entorno susceptível a uma diversidade de riscos, que são pouco conhecidos pelas comunidades e, inclusive, pelos profissionais da saúde.

[...] ali, na travessa João de Matos, naquele terreno de banana é dentro de Lagoinha quando o aviãozinho [...] um ultra leves, quando ele está expurgado ali, a gente só falta não agüentar com catinga de veneno é dentro da rua encostado das casas. (Grupo de pesquisa).



Figura 54- Foto de residências vizinhas ao plantio de banana que consiste em uma área de pulverização aérea no Distrito de Lagoinha – Quixeré Ceará, 2009.
Fonte: Acervo da pesquisa.

O contexto apresentado nos permite indagar como é possível termos uma população saudável numa convivência tão grotesca, e por que não dizer tão vil e desumana. De que forma se pode organizar um serviço público de saúde com foco na promoção da saúde, em um contexto de vulnerabilidade social tão explícito e tão ocultado pelos detentores das forças motrizes de condução desse modelo destrutivo?

Além da pulverização aérea, são utilizadas outras técnicas, em que o contato ou a exposição ao veneno se dá muito mais com o trabalhador que realiza as atividades de trabalho.

[...] engravidei trabalhando, com nove meses foi que eu parei de trabalhar para tirar a licença e eu tive ameaça de aborto como muitas outras colegas minha tem, por conta do cheiro forte do cloro porque quando não é o veneno é um cloro que eles botam que é para as bactérias não penetrarem no melão. Botam um produto muito forte, ai maioria delas sofrem ameaça de aborto por conta desses produtos fortes [...] vi mulher desmaiando porque não agüenta o cheiro, e é qualquer um que desmaia [...] por que não tem proteção [...] estão botando a noite mas de manhazinha quando você chega ao campo o cheiro está do mesmo jeito. [...] é mesmo que está passando na mesma hora. (Grupo de pesquisa).

Nesse relato, os sintomas apresentados caracterizam quadro sugestivo de intoxicação aguda por agrotóxicos, que em nenhum momento surge nas

estatísticas oficiais. Se há doentes hoje, haverá ainda mais doentes filhos das plantações envenenadas. Se nossas crianças eram vítimas das diarreias e doenças imunopreveníveis, que com pouco recursos financeiros puderam ser combatidas, nossas crianças de hoje e de amanhã serão vítimas das doenças que têm na exposição a agroquímicos o principal agente causal que é disseminado pelos aviões carregados de venenos.

Nessa perspectiva, dentro desse modelo de desenvolvimento, que aspectos de promoção da saúde podem ser conquistados? Afinal, defendemos propostas políticas e ideológicas comprometidas com a vida, como explicitado na Constituição de 1988. Se a saúde é um direito de todos e dever do Estado, de que forma o Estado propõe opções de enfrentamento e transformação desse contexto com vistas a oferecer ações de promoção da saúde e não somente de atenção a saúde dentro de uma lógica curativa? Ademais, o Estado brasileiro assume realmente a Política Nacional de Promoção da Saúde?

[...] tem o enxofre, cloro e o veneno [...] e o melão não é só expurgado, não, também coloca os produtos [...] diluído na água que vai aguar as plantas, que vai fazer aguação [...] de mangueira é só gotejando [...] só no tronquinho do melão porque não pode molhar a terra que o melão está exposto, que se não ele fica vulnerável as bactérias, aí apodrece [...] você vai limpar vai tirar o melão do lugar, limpar os matos que nasce [...] vai virar o melão [...] tem várias técnicas, em cada projeto tem uma técnica diferente. (Grupo de pesquisa).

[...] essas empresas não estão nem um pouco ligando para o que está acontecendo [...]. Nós não temos obrigação de estar engolindo a poeira desses carros que vai para lá e para cá, direto [...]. Passa de quatro, cinco ônibus [...] é a poeira, é no centro de Lagoinha [...] na Rua Valdiano Fernandes, não tem calçamento nem nada, certo, e [...] passando por Itaitinga, [...] o pessoal tem crianças doentes [...] e aí fica engolindo poeira, isso é uma coisa que não pode acontecer, mas fazer [...] o quê? Essas empresas, no mínimo, podiam mandar aguar (com água para baixar poeira) pelo menos a onde tem essas casas. (Grupo de pesquisa).

5.1.5 Adoecer consiste em perda da oportunidade de emprego; ou novos critérios na contratação do trabalhador rural do melão?

Nas asserções seguintes há evidências do desconhecimento das responsabilidades legais dos órgãos públicos fiscalizadores, sendo o INSS a única

instituição reconhecida como atuante junto a trabalhadores e empresa. Não há, nem sequer, o conhecimento sobre que órgão ampara a legislação trabalhista e quem deve assumir as responsabilidades em relação à atenção a saúde dos trabalhadores, e, menos ainda, no que se refere às condições de trabalho na empresa.

Até para se consultar é complicado, [...] por que se [...] levar o atestado de doente, como é por safra [...]. Eu sou contratada por seis meses, eles me demitem quando vem a outra safra eles olham até quantos atestados você botou por que ele vai botar aquele que não colocou nenhum (atestado) [...] (Grupo de pesquisa).

[...] o médico que o examinou dá um atestado [...], embora seja recriminado pelo médico da firma e o patrão, [...] de qualquer maneira os trabalhadores agrícolas têm o INSS que [...] dá um amparo [...] se precisar de quinze dias, trinta dia. (Grupo de pesquisa).

A maior assistência que tem ao trabalhador, aqui é em termo curativo, preventiva não tem nenhum! Vou deixar bem claro, curativo por que o INSS cobra, ele cobra isso do dono da empresa, [...] e se ele tiver algum dano no trabalho, ele vai ser atendido, realmente vai ser curativa, não vai ser preventivo não. O INSS está ali para cobrar, mas tirou isso não tem nenhuma prevenção, tem [...] em termos de vacina [...] eles visam [...] o empregado [...] vacinado contra o tétano, se houver um corte não vai haver um risco do tétano [...]. Eu acho que tem até um documento que diz que eles são obrigados a ter que vacinar os trabalhadores, por que quando vem a fiscalização parece que eles tem que comprovar que eles foram vacinados. É por isso que eles até ligam pedindo, talvez seja até o INSS, alguma coisa desse tipo que cobre. (Grupo de pesquisa).

5.1.6 Agricultura familiar: representações no imaginário coletivo

A referência do grupo em relação à agricultura familiar consiste em percebê-la como um modelo de produção somente vinculado a uma estrutura de família, que planta para a subsistência e os pequenos projetos entendidos como 'agronegócio', com o diferencial que empregam por um período de tempo maior, quando comparados ao agronegócio que vincula o emprego a safras; entretanto vale dizer que as culturas provenientes da agricultura familiar são produtos utilizados na alimentação.

[...] a agricultura familiar é ali, família, restrito aquele pedaço de terra que planta feijão, arroz o milho [...] (Grupo de pesquisa).

Agricultor é isso aí, só que quando gente fala de agronegócio não levamos em conta só os projetos grandes, mas tem pequeno projetos que [...] empregam 20 pessoas, 15 pessoas e empregam por muito tempo, quer dizer é importante. [...] tem de melancia a tomate, não é uma empresa X uma Y [...] (Grupo de pesquisa).

Há divergências, certamente, quanto à compreensão da agricultura familiar, que figura no simbólico como um método de produção ligado à subsistência e arcaico, em que as pessoas não podiam acessar a escola porque os filhos deviam se submeter a cultivar a terra como os pais.

Mesmo com a divergência de opiniões, em outro discurso há a percepção que alude no sentido de que é melhor ter o próprio negócio do que ser empregado, mas a forma tradicional de agricultura que o sertanejo conheceu não é a mais desejada e, percebe-se, há uma confusão quanto ao entendimento do que é agricultura familiar, quando se tenta conceituá-la fazendo referência aos aspectos dentro da modalidade de ser empregado, que não estaria presente na agricultura familiar, como, por exemplo, o direito ao seguro-desemprego.

Destaca-se também que a prática da agricultura familiar está diretamente relacionada ao amor à terra, e que há um processo em curso de mudança cultural, em que foi se constituindo a perda dessa identidade, figurando no desejo dos jovens outras profissões não relacionadas ao cuidar da terra.

[...] para sobreviver da agricultura as pessoas têm que ter amor a essa terra [...] e nós temos que cuidar dela por que [...] a maioria dos filhos, aqui, não quer ser agrônomo, não querem ser agropecuário vão querer ser outra coisa. [...] vai querer ser uma secretária, uma médica, uma veterinária é sobreviver de coisa melhor não querem viver de agricultura. (Grupo de pesquisa).

[...] com certeza, sem dúvida, trabalhar no seu próprio negócio, para você trabalhar para outro você dá renda para os outros. É melhor você trabalhar para dar renda para você mesmo. Mas eu estou falando de voltar para cultura de antigamente como minha mãe [...] não estudava, por que ela tinha que ajudar: plantando e colhendo [...] feijão e algodão, eu não vou querer isso para mim, [...] quero uma coisa melhor, eu não quero ficar lá plantando e colhendo feijão. (Grupo de pesquisa).

(Agricultura familiar) seria para os agricultores, [...] se teu pai [...] tiver um recurso garantido [...] para fazer esse plantio, para trabalhar, não vai impedir você de estudar, eu creio que não vai impedir! E você, com teu pai e a família vai viver muito melhor do que se tiver empregado, trabalhando recebendo só um salário para sustentar a família [...]. (Grupo de pesquisa).

Agricultura familiar, a pessoa tem seu próprio negócio. Familiar por que estou produzindo para mim mesmo, mas isso não quer dizer que a família vai estar lá dentro. [...] Não vai ter carteira assinada [...] não vou tirar seguro desemprego [...]. (Grupo de pesquisa).

Além da compreensão da agricultura familiar como um meio de sobrevivência que só garante a subsistência, também se alude à dimensão cultural da mudança advinda após o estabelecimento da relação emprego-empregado, que o desresponsabiliza diante de um todo.

Para que haja uma agricultura familiar sólida no sertão, há que se desconstruir a percepção coletiva do esforço sem medidas, do trabalho árduo sem retorno que perdura em razão das experiências insalubres vividas no passado recente.

Mas agora tem muito da cultura daqui [...]. Você acha que é melhor para mim ser empregado de carteira assinada, [...] passando o sábado e o domingo bebendo, do que eu começar a fazer uma agricultura, aqui em um pedacinho meu, que eu vou ser responsável sábado e domingo? Não posso nem sair de casa, vou ter que ter gasto para lá e para cá, vou ter que plantar, aguar [...]. A cultura daqui hoje é outra, devido até a questão da fábrica, [...] o povo [...] com todas as conseqüências [...] está achando muito melhor desse jeito 'eu ser empregado' 'eu vou no dia que eu quero', no dia que eu não quero vão ter que pagar o meu salário no final do mês, não são todos, mas a maioria. (Grupo de pesquisa).

Uma questão fundamental identificada é que a expansão do agronegócio está imbricada à falta de investimento na agricultura familiar. Não há uma política de apoio ao camponês auxiliando a produzir e garantir a sobrevivência, o que impulsiona transformações no território. Essas transformações são alavancadas pelo descaso com os pequenos produtores rurais, que vão desde garantir o acesso à informação acerca das técnicas de cultivos mais adequados até o financiamento, passando por um elemento central, que é o analfabetismo presente, que torna o trabalhador rural presa fácil dos estelionatários, sendo vítimas de roubos singulares, em que se utiliza da boa-fé e da honestidade tão peculiares ao nosso sertanejo.

[...] muitos agricultores têm suas terras, tem três, quatro quintais de terras, não sabem que tem esses recursos do governo federal que poderiam abrir seu próprio negócio que seria muito melhor [...] as pessoas são desinformadas [...]. (Grupo de pesquisa).

[...] tem vontade de fazer, mas não tem aqueles critérios [...] para poder adquirir o recurso, às vezes, a quantidade de terra não é suficiente para que ele consiga o empréstimo. [...] existe o Banco do Nordeste [...] só que existe um bocado de burocracias e que o pequeno agricultor não tem informação e as pessoas não chegam para capacitar essas pessoas [...] como seria bom que essa reunião que temos aqui também se tivesse para os pequenos agricultores para saber o caminho de buscar seus recursos, quem tem hectares férteis tem muitos aqui, que tem mas fazem é vender porque não sabe ir buscar. (Grupo de pesquisa).

Ponto central que corrobora a manutenção dessa conjuntura é a falta de informação para os pequenos produtores acerca de manejo dos solos e de sementes, política de crédito. O grupo considera que não há uma política eficaz de apoio ao pequeno produtor, o que vai ao encontro do estudo de Costa (2006), que aponta o fato de na chapada do Apodi não existir água superficial disponível, ou seja, não há captação de águas e reservas destas em rios ou lagoas, excetuando-se o período chuvoso, em que há disponibilidade das águas das chuvas, todo o potencial hídrico disponível está no subsolo, o que dificulta aos pequenos produtores ampliar suas lavouras, pois a maioria não dispõe de recursos para perfurar poços profundos com fins de irrigação (COSTA, 2006).

A esse respeito Sabroza (2006) pondera que, para se viabilizar a possibilidade de modos de vida que garantam a produtividade, a autonomia e a integridade, há que se promover o acesso à informação diversificada e atualizada. O autor destaca ainda que a valorização da informação, possibilitando aos indivíduos acessar o conhecimento acumulado pela sociedade, contribuirá para a definição de estratégias de produção autônomas, e não para definir padrões de consumo (SABROZA, 1992).

[...] aqui nós temos mais ou menos 50% de agricultores que tem suas terras, que criava [...] uma vaquinha [...] ia pegar seu dinheiro no Banco do Nordeste tinha uns esperto lá que tirava 6.000,00 mil, mas só passava 3.000,00 mil (para o agricultor), para comprar uma vaca [...] ovelha [...] plantar milho, ficava com três mil [...]. Não sei por que a falta de fiscalização, que quem tem cinco, não quem tem quinhentos garrotes digamos ali para vender, ele não vendia passava para o banco dizendo que vendia para o agricultor. Na hora lá, no banco que apresentava quinze dias, passava seis mil, o cara ainda ficava com os três mil e voltava e o garrote ficava para ele, não ficava para o agricultor [...]. (Grupo de pesquisa).

[...] as pessoas que tem terras aqui sofre e está vendendo suas terras e que no futuro não vai ter mais nada para as pessoas [...] na Chapada do Apodi,

um hectare de terra hoje está valendo no Banco do Nordeste três mil reais, o pequeno agricultor pega um hectare de terra e vende por mil reais, o máximo mil e quinhentos reais [...] a falta de conhecimento. (Grupo de pesquisa).

[...] como vou trabalhar na terra? Cadê o capital de giro para eu cortar a terra, para plantar banana? Não tem! Agora, vou fazer o que? Vou só espiar as terras dos outros, por que eu [...] fiz os tanques, os tubos de energia para ampliar o transformador, tirar um menor e botar um melhor [...] gastei dez mil e setecentos [...] aí fiquei sem nada [...]. Estou com quatro hectares e meio arrendado com banana, eu não posso plantar, eu não tenho dinheiro. (Grupo de pesquisa).

5.1.7 Instabilidade da vida ante o modelo de desenvolvimento econômico

É já sabido por todos que a mobilidade do capital acontece com a exaustão das condições essenciais para que ele ali se estabeleça. Essas condições são essencialmente, estruturas de sustentáculo temporário para o empreendimento. Isso porque o modelo de produção adotado força à exaustão dos bens naturais. Para que a empresa se acomode confortavelmente na Chapada, ela precisa de terra e água para garantir sua ascensão e competição no mercado, pois funcionam como substrato para o uso intensivo de agroquímicos e fertilizantes, garantindo uma safra de toneladas de frutas, e, portanto garantia do lucro. Somado a isso, ela precisa que o Estado lhe ofereça condições essenciais, por meio da oferta de subsídios que lhe permitirão obter mais lucros, além, é claro, de um elemento fundamental que é a mão de obra.

Esse tripé é possível por um certo período, e, no transcorrer dos dias, em um processo autofágico, são destruídas essas condições e, talvez, a mais relevante, para as empresas agrícolas que é a capacidade produtiva da terra, o que promove a necessidade de migrar para outros contextos e abancar-se em outros territórios.

Então, compreendemos que a introdução do pacote agrobiotecnológico reflete em grande parte o incremento de capital e a manutenção da estrutura fundiária, mantendo também precárias relações de trabalho, tudo isso associado à elevação dos riscos socioambientais vinculados às atividades deste setor (CARNEIRO; ALMEIDA, 2007). Os autores destacam, também, que, apesar da recente crise por que passa o agronegócio brasileiro, não há uma reflexão

estratégica e ampla sobre o modelo agrícola no País, sendo estimuladas ações que podem ser consideradas como aprofundamento dos riscos e de impactos socioambientais ao Brasil (CARNEIRO; ALMEIDA, 2007).

[...] a população já sabe, todo mundo ouve falar que [...] as empresas vão todas embora que não vai ter mais empregos, que as terras não vão servir mais, todo mundo sabe mas ficam acomodadas. (Grupo de pesquisa).

[...] trabalhei cinco anos e seis meses na empresa Y, eles tem um esquema que, [...] quando as terras ficam fracas eles compram outras terras e botam o nome de outra empresa, não sei por que isso [...] lá eu catava melão, caju, tinha até uma empresa de castanha [...] e hoje estão abandonadas essas terras. O governo federal, o Lula, isso há quatro atrás, mais ou menos, veio lá, para dá aos sem terras, as pessoas que não tinha terra, e foi invadido, e hoje tem um assentamento, e as terras não tem [...] como produzir [...] quer dizer enfraqueceu, [...] quando for daqui dez ou quinze anos, acho que essas terras não vai produzir tudo isso não, a Lagoinha vai ser assim, bem parecido [...], e hoje essas empresas [...] tem um bocado de terras, mas não está plantando. Mas [...] não faz um trabalho social e dá as pessoas que não tem terra para plantar na época do inverno [...] Tem muitas terras que ficam sem plantar eles passam quatro, cinco anos para depois a terra se recuperar e começar a plantar de novo, [...] passa cinco anos plantando e passa mais cinco ano sem plantar e aí vai [...] até a terra perder sua potência, como hoje se transformou empresa Y, que também foi embora daqui [...], essas terras da empresa Y já estão abandonadas, eles já foram para outro canto, com certeza com outro nome [...]. (Grupo de pesquisa).

[...] se obedecem ao tempo (de descanso da terra), a terra perde a capacidade, porque eles usam muito agrotóxicos, [...] o uso abusivo. (Grupo de pesquisa).

[...] o gestor maior permitiu que as empresas viessem, [...] ele vê a questão do desemprego, da necessidade, [...] ele também não analisou o outro lado da coisa que ia acontecer [...]. (Grupo de pesquisa).

Interessante é assinalar que, aliados às condições ora referidas, a empresa conta com a pouca ou inexistente ação fiscalizadora do Estado, o que a deixa agir livremente nos territórios.

[...] vocês podem implantar sua empresa com essas condições e tal, aí podia ser que tivesse alguma melhoria [...] nas condições de trabalho dos funcionários e o descanso para a terra, um período você planta, período de descanso da terra para que não tenha exaustão da terra. [...] não tem uma fiscalização. (Grupo de pesquisa).

[...] cabe ao poder público ir até essas empresas por que sempre falam que tem um apoio, mas que tipo de apoio tem, que a gente não está vendo, [...] tinha uma plaquinha dizendo que a empresa X e Y [...] apoiava a prefeitura. Mas de que forma ela apóia? (Grupo de pesquisa).

[...] para essas empresas virem para cá, existe uma carência [...] não sei se é dez anos ou cinco anos, não paga certos impostos. É para a empresa ser

[...] implantada visando os empregos são isentos de impostos não sei quais são, seria uma boa se [...] em troca desses impostos [...], fosse algum serviço social, serviço preventivo, pensando o lado da população, seria interessante o governante, a gente começar a cobrar, acho que é todos, em vez de ser isento de impostos, [...] acrescentar [...] tem que fazer certos benefícios sociais de prevenção [...] porque é uma faca de dois gumes, [...] você não paga imposto, você dá emprego, mas você dá todas as outras conseqüências daquela implantação daquela firma, por que [...] não tem nenhum cuidado com as conseqüências, que é [...] o uso inadequado de adubo, de veneno de agrotóxico. Quer dizer, futuramente daqui a dez, vinte anos essas terras não irão ser produtiva [...] eles vão embora, deixa aqui o povo todo desempregado, a terra sem serventia eles não estão visando a gente lá na frente. (Grupo de pesquisa).

[...] geração [...] de emprego [...]. O que é que ela vai me dar em volta de troco [...] quando ela for embora? Ou agora, no momento [...] tem um monte de fruta que está sendo jogada, enterrada, por que não dão para as escolas [...] para as creches, [...] por que não distribuí? Não é uma pessoa ir lá tirar, era eles mesmos terem o transporte deles e deixar nas escolas. (Grupo de pesquisa).

Apesar de os participantes do grupo identificarem vários aspectos de degradação ambiental e das conseqüências para as gerações futuras decorrentes do processo produtivo, continuam apontando outros bens naturais a serem explorados, o que nos infere a pensar que há dificuldades de visualizar opções a este tipo de desenvolvimento pelo grupo; mas, a que se deve essa dificuldade para identificarmos novas estratégias de trabalho saudáveis?

[...] além do solo ser muito bom nós temos também a pedra [...] que serve para gesso, seria importante que viesse uma empresa para esse tipo de trabalho[...]. (Grupo de pesquisa).

Precisamos estar atentos para o custo de cada emprego gerado nas condições que relatamos aqui. Nesse custo, há de se considerar os impostos que deixam de ser recolhidos, a oneração dos serviços de saúde pelo aumento de doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônicas decorrentes da exposição ao veneno na população em geral, as doenças ocupacionais, o sofrimento psíquico pela instabilidade do emprego, além do impacto ambiental, com as conseqüências praticamente irreversíveis.

Esses impactos produzem uma necessidade maior da ação estatal, que terá de recuperar danos, os recuperáveis, porque a maioria dos agravos à saúde humana e ao ambiente, por mais efetiva que seja a política de saúde, não

conseguirá abrandá-los. Injetar recursos numa forma de produção que abarque a precaução, a prevenção, a sustentabilidade não se constitui em caminho mais ameno?

Não seria mais viável economicamente e sustentável investir na própria comunidade, na capacitação permanente do pequeno produtor, fortalecendo a prática da agricultura familiar, como indaga também no avanço da discussão, nossa participante do grupo?

[...] se a fábrica está cheia de agrotóxicos [...] por que não ter a agricultura familiar, [...] seria uma forma de geração de emprego, [...] ele não ficou com a terra [...] porque não tinha recursos para continuar o plantio dele, mas se a prefeitura, [...] o órgão maior [...] pode dar apoio ao pequeno agricultor [...] à agricultura familiar, ela não geraria tantos problemas de saúde [...] já diminuiria os gastos com a saúde, [...] de voltar o agricultor familiar em vez de trazer empresas grandes. (Grupo de pesquisa).

5.1.8 A cultura do consumo e a perda da identidade com a terra

Sabroza (2006) considera que os custos sociais da pauperização, do desemprego, do aumento da mobilidade populacional, de desestruturação das famílias, da perda da referência cultural e de resolubilidade dos serviços públicos já recaem pesadamente e de modo desigual sobre a sociedade brasileira. Em adição, as condições de circulação espacial viabilizaram a urbanização acelerada e a pressão sobre as áreas com baixa densidade demográfica e o ambiente, além das pessoas passarem a ter acesso por meio dos veículos de comunicação de massa a novos objetos de desejo. Esse contexto é o que apresenta para nós na apreensão do território. Nas falas que seguem se pode claramente perceber como o discurso hegemônico funciona como catalisador eficaz de mudanças culturais, além de favorecer o enfraquecimento de instituições de defesa dos direitos trabalhistas, como os sindicatos.

Os meninos que convivem comigo geralmente falam: eu não vou nem estudar eu vou trabalhar na empresa X, por que vou trabalhar seis meses e vou passar seis meses ganhando sem trabalhar, vou comprar o que eu quero! (Grupo de pesquisa).

[...] uma coisa muito importante, é que o trabalho na vida pública não pode sair do incentivo [...] esse trabalho social e o incentivo é uma das coisas que levam a pessoa a uma formação melhor. (Grupo de pesquisa).

A empresa não tem nenhum trabalho, nem de forma educativa, nem de ajudar a comunidade em nada, não tem nada! Isso era para o sindicato da gente cobrar [...] em benefício da comunidade, aliás eles que cobram da gente eles pedem cartão saúde, vacina, eles pedem que a gente vá lá com os trabalhadores, pedem para benefício próprio, mas dá para gente não! (Grupo de pesquisa).

E o sindicato dos trabalhadores poderia também estar incluído para [...] ver o projeto, não é só recolher no final do mês a contribuição! (Grupo de pesquisa).

[...] o sindicato [...] não existe aqui, [...] já abriu algumas vezes, a tarde, para recolher a contribuição, mas não tem trabalho efetivo [...] com os trabalhadores [...] mostrar para o trabalhador olha, esse caminho aqui pode ser melhor, vamos procurar esse projeto que vai beneficiar a comunidade, não existe isso aqui. (Grupo de pesquisa).

Um estudo publicado em 2009 pela Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde realiza uma avaliação dos ecossistemas e a saúde humana, e aponta algumas questões fundamentais para a política de saúde pública. Dentre os aspectos abordados, o documento refere que *as relações* “de causa e efeito entre as mudanças ambientais e a saúde humana são complexas, por serem frequentemente indiretas, deslocadas no espaço e no tempo, e dependentes de várias forças modificadoras”. (OPAS, 2009, p. 8); ou seja, lidar com a complexidade é primazia das ações de saúde ambiental na saúde coletiva, já que vivenciamos um processo de mudanças e que estas ocorrem em escalas e magnitudes diversas. As alterações ambientais podem ser intensificadas ainda mais, o que corrobora a produção de efeitos catastróficos sobre os processos econômicos, sociais e políticos dos quais a estabilidade social, o bem-estar humano e a boa saúde são dependentes (OPAS, 2009).

Esse processo em curso no mundo contemporâneo vem exigir que, no caso do Brasil, a saúde coletiva situe-se no processo em consonância com o paradigma da promoção da saúde, incorporando uma perspectiva de saúde comprometida com o bem-estar social. Como dito no relatório, há que se agir politicamente, e entendemos que, quanto mais imprevisíveis, graves, inevitáveis possam vir a ser os problemas decorrentes das alterações ambientais, maior a responsabilidade dos serviços de saúde e setores acadêmicos.

Isso sugere que uma abordagem preventiva com relação à proteção ambiental configura-se como a mais apropriada para proteger e melhorar a saúde. Incertezas inevitáveis sobre o impacto das mudanças ambientais globais na saúde pública não devem servir de desculpa para o adiamento na tomada de decisões sobre políticas de ação. (OPAS, 2009, p. 25).

As transformações nos ecossistemas que tem sido provocadas pela ação humana “estão alterando de forma fundamental – e, de certo modo, irreversível – a diversidade da vida na terra em um grau significativo de irreversibilidade.” (OPAS, 2009, p.11).

Essa alteração fundamental no ambiente ocorre de forma expressiva nos diversos lugares do Globo, e o que podemos constatar no nosso estudo é que ela

também acontece de maneira desastrosa e à margem das ações das políticas públicas no contexto da chapada do Apodi.

Há alterações no ecossistema da região sem significar garantia dos direitos fundamentais como o acesso à cultura ou socialmente determinado a recursos essenciais, como abrigo, alimento ou água limpa (OPAS, 2009).

Podemos identificar nas falas dos participantes do grupo que há na região diversos problemas que abrangem a inter-relação saúde-ambiente no local. Dentre eles, destacam-se: o uso irracional da água para irrigação pelos grandes produtores agrícolas; uso à exaustão da terra para plantio de monoculturas e desmatamento intensificado a partir deste processo; uso desordenado de agroquímicos potencialmente danosos à saúde humana e ao ambiente, poluindo aquíferos, o ar, a terra; água inadequada para consumo humano, por apresentar alta concentração de calcário; transformações radicais na biodiversidade da caatinga com características de irreversibilidade pela substituição da mata nativa pelas monoculturas.

Os problemas de Lagoinha já foi dito: a questão do uso da terra excessivo, até exaustivo sem o cuidado da prevenção, até para você continuar usufruindo deste recurso natural, e a questão do desmatamento, da queimada, acho que tudo isso interfere no aquecimento global, efeito estufa, tudo isso está relacionado! (Grupo de pesquisa).

O grupo faz referência à não-existência de água em Lagoinha, porque não há água superficial, e também porque a água não é considerada como de boa qualidade; no entanto percebe-se que há dificuldades de identificar a importância do aquífero no primeiro momento, mas já em outro identificam que há muitos poços profundos que as empresas utilizam para pegar a água. E, quando compreendem isso, destacam que essa água é da comunidade.

[...] aqui o único recurso natural que não tem é a água, porque também se tivesse com certeza estaria com problemas [...] de poluição [...] mas a questão da terra que é a maior fonte de riqueza aqui, está tendo um prejuízo no [...] uso excessivo de agrotóxicos, do não cuidado com a terra! [...] Isso são problemas que vão cada vez mais gerando outros, como doenças e vai acarretar vários problemas na área da saúde e do meio ambiente. (Grupo de pesquisa).

[...] o consumo da água, há um aumento pela questão do agronegócio! É quatro mil hectares de plantação, é isso? Você já pensou: quatro mil

hectares irrigando esse monte de planta [...] Há dez, quinze anos atrás na época da caatinga, na época do inverno aumentava muito, aí quando passava o inverno, abaixava, a cacimba secava. Tudo é poço no agronegócio [...] Os poços são em torno dos quatrocentos metros, e é água da comunidade! (Grupo de pesquisa).

[...] a água é salobra, serve para cozinhar, para tomar banho, mas para beber... Mas esse povo que está tudo acostumado! (Grupo de pesquisa).

Considerando, então, que as transformações ambientais locais requerem ação/intervenção do setor saúde focando na promoção da saúde, fomentando a efetivação da política de saúde ambiental visando à melhoria da qualidade de vida. O contexto de vulnerabilidade socioambiental em curso, onde a exposição a agroquímicos constitui-se como um dos principais “agentes causais” geradores de problemas de saúde, sendo os agrotóxicos disseminados pela pulverização aérea, ainda é pouco apreendido na prática em saúde.

E meus filhos que tem 26 anos, daqui a 20 anos como é que vai ficar a situação? As terras sem condição de produzir devido o veneno, que é muito. [...] Até o índice de câncer está aumentando no mundo. (Grupo de pesquisa).

Aí as pragas vieram, essa praga veio por causa do agronegócio, mas eu acredito que passa [...] para os pequenos agricultores, [...] se expande e [...] os animais extintos deve ter sido pelo desmatamento e também até doença você pega, porque se você desmata e o animal que era para viver na mata, ele passa a vir para zona urbana, ele pode trazer doença como a [...] raposa, o soim, quer dizer fica trazendo doenças que é só do animal que estava na selva. O mosquito da dengue, eu não sei se [...] o bicudo do algodão [...]o barbeiro, [...] o alto índice de mal de Chagas nos municípios é devido [...] aos grandes desmatamentos, [...] acabam o seu habitat natural e ele vai em busca de onde, principalmente nas casa de taipa [...] e nunca acaba o mal de Chagas. (Grupo de pesquisa).

Como a lagarta na época do feijão. A mosca branca na época do melão [...] para mim é coisa da natureza, não sei. [...] a questão da cadeia alimentar, um animal come o outro... Será que a questão da mosca branca é que nós teríamos que ter alguns animais, até para combater essa mosca branca, e que estão extintos? Como o tamanduá, ele se alimenta da formiga, não é? Devia ter algum animal nessa cadeia que foi extinto, aí está causando esse aumento das pragas! (Grupo de pesquisa).

O maior prejuízo que tem na Lagoinha hoje é na vegetação, a quantidade de área desmatada. (Grupo de pesquisa).

Ressaltamos que os efeitos à saúde da população, por doenças relacionadas à pobreza e à falta do direito fundamental, não nos permite ser

negligentes quanto à formulação e execução de políticas de saúde. A esse respeito o documento da OPAS (2009, p. 27) afirma que o “provimento desses recursos deve ser a prioridade máxima da política de saúde pública”.

Desse modo, desnudamos os agravos à saúde humana relativos às alterações ambientais na chapada do Apodi-Ceará. E perguntamos: o que está sendo feito no âmbito local em relação à vigilância à saúde ambiental?

Ante a complexidade do contexto que expomos ao longo deste texto, pensamos que há de se iniciar de algum lugar intervenções que venham propiciar a efetivação do direito à saúde como concebido nas formulações do conceito ampliado de saúde. Assim, corroboramos a ideia de que o local constitui-se na estrutura mais capacitada para se envolver e envolver pessoas, grupos políticos e instituições para desenvolver ações articuladas e intersetoriais, como expresso nesta citação.

Não podemos deixar de considerar que efetivamente um trabalho local pode conduzir ações de Saúde Ambiental e promoção à saúde integrada ao ambiente se for ao encontro das necessidades da população, e para isso as comunidades envolvidas devem ser agentes dessa ação. Para promover saúde e recuperação sócio-espacial de áreas vulneráveis, acreditamos que isso se dá através do resgate da participação social, da busca de identidades locais e do conhecimento do cotidiano dos moradores do lugar, possibilitando, assim, a valorização ambiental e conseqüente Saúde Ambiental. (AMORIM, *et al*, 2009, p. 119).

O ambiente se configura como uma dimensão essencial para a saúde humana, e, sendo objeto das ações da vigilância em saúde ambiental no SUS, e, para tal, requer a necessidade de compreendê-lo no processo em desenvolvimento nos territórios. Alguns autores da saúde coletiva teorizam sobre o tema e reforçam a ideia da interdependência humana com a natureza, e de que esta não é algo externo às nossas vontades (AUGUSTO, 2009).

Em outras palavras, a autora nos reporta à necessidade de ampliar a percepção sobre o ambiente, incorporando as dimensões subjetivas e compreendendo a intersubjetividade das relações nos territórios que favorecem ou desfavorecem o bem-estar.

O ambiente tem um caráter mais global e contínuo em termos de materiais, fluxo de energias e de afetividades para manutenção da vida, tanto biológica como social e cultural, e que se expressam nos territórios de forma a produzir elementos de bem-estar ou de desequilíbrios que geram nocividades para o ecossistema em que vivem todos os seres vivos, incluindo o ser humano. (AUGUSTO, 2009, p. 107).

No âmbito local percebe-se, pois, que a relação estabelecida entre humanos e a natureza tem se modificado na Chapada. Como expressado pelo grupo, a forma de trabalho praticada há duas décadas era de certo modo mais respeitosa com a natureza do que a vivenciada atualmente. Ora, se temos mais incremento tecnológico e avanço científico, seja do ponto de vista da Biologia, Sociologia, Economia, devia-se pressupor que avançaríamos no sentido de agregar conhecimentos e práticas mais saudáveis; práticas que incorporem a relação sociedade-natureza como condição básica de sobrevivência para todos, incluindo a humanidade. Sobre isso, isto é, a relação humana com o ambiente, o grupo aponta a convivência harmônica, percebendo as pessoas como parte do ambiente.

O ambiente é o conjunto de coisas, a vegetação, os animais, os humanos, o solo, o ar, é um conjunto dessas coisas em harmonia, que vão formar o ambiente. (Grupo de pesquisa).

No entanto, pelos relatos apontados pelo grupo, no entanto, fica bem evidente que ainda estamos longe de estabelecer relações ecossociais. É preciso desenvolver novas formas de agir e interagir que favoreçam a relação harmônica com a natureza e desacelerar o processo predatório que incendeia as práticas nos territórios.

[...] o homem modifica o ambiente, [...] através do desmatamento [...] estão se extinguindo algumas espécies e [...] as queimadas prejudica o nosso ar [...] leva a um outro problema, problemas respiratórios, que além da fumaça, a poeira existente na Lagoinha associada a queimadas, isso traz malefício, é uma maneira de o homem prejudicar o próprio homem. Ele está modificando o ambiente e já está trazendo conseqüências para ele. (Grupo de pesquisa).

O homem tanto constrói como destrói. O desequilíbrio está grande porque ele está destruindo mais do que construindo. O causador as coisas erradas é o homem mesmo [...]. (Grupo de pesquisa).

[...] vinte anos atrás [...] o meio de sobrevivência aqui, maior, era tirar lenha para vender [...]. Para fazer o carvão, [...] queimar as caeiras [...], o cal, mas [...] eles cortavam essa lenha, aí ficava o tronco e com cinco, seis anos depois estava tudo do mesmo jeito, aí cortava de novo. No caso dessas queimadas que fizeram aqui, dessas terras que plantaram o melão, o

abacaxi, essas coisas todas [...] não vai voltar nunca mais, porque [...] a terra não tem mais como produzir essa vegetação que tinha. É uma das coisas muito importantes que vejo que não tem mais essa vegetação, porque na época, há vinte anos as pessoas fazia isso, mas tinha como a terra produzir de novo a vegetaçãozinha, e agora não tem mais, é tanto que essa vegetação não vê mais na área do agronegócio. Aí gostam de dizer que o mundo mudou. Não, nós estamos mudando o mundo! (Grupo de pesquisa).

Então, identificamos nesses discursos que há um processo irreversível já instituído, pelo padrão predatório que este assumiu nos últimos tempos e que abrange a relação local-global e sociedade-natureza.

Apesar da magnitude dos problemas ambientais sentidos e vividos atualmente, ainda se apresentarem fortemente desigual para os segmentos populacionais urbanos e rurais, pobres e ricos, desenvolvidos e sub-desenvolvidos, a tendência é que as alterações ambientais cheguem a dimensões cada vez maiores. Isso implica numa abrangência sistêmica dos danos, em que os efeitos serão sentidos por todos os seres da terra com consequências desastrosas e possivelmente irreversíveis.

[...] envolve o aquecimento global, [...] poluição da fumaça de carro, de queimadas, [...] a falta da vegetação, da mata que influencia no clima, esse clima quente, é o desmatamento que acontece. O maior desequilíbrio está nisso, aqui em Lagoinha, um é a água o outro é o desmatamento. (grupo de pesquisa)

A Organização Pan-Americana da Saúde refere que há duas formas para evitarmos as doenças e os danos decorrentes da ruptura dos ecossistemas. A primeira maneira é *prevenir, limitar ou gerenciar os danos ambientais*; e a segunda *promover qualquer alteração que seja necessária para proteger os indivíduos e as populações contra as consequências das mudanças nos ecossistemas*. Para entendermos os potenciais impactos negativos sobre a saúde advindos das mudanças nos ecossistemas, é preciso considerarmos dois aspectos: a *vulnerabilidade atual* (e provavelmente também futura) das populações e suas futuras *capacidades de adaptação*. (OPAS, 2009).

Para a OPAS, tanto a vulnerabilidade atual e futura como a capacidade humana de adaptação estão intimamente relacionadas, tendo em vista que as

forças que submetem as populações a risco, como a pobreza e altas cargas de doenças, em grande parte dos casos também reduzem a capacidade dessas populações de prepararem-se para o futuro (OPAS, 2009).

Mesmo considerando a perspectiva sistêmica, há que se perguntar: quem é este homem que polui, degrada, violenta o ambiente, já que esta prática fortalece as desigualdades, as vulnerabilidades socioambientais, a pobreza e o adoecimento? Há punição para tais ações humanas? Ou estas são livres?

No caso específico da chapada do Apodi, o grupo aponta claramente este 'homem'. Denomina-se agronegócio, um processo produtivo embasado numa ideologia de modelo de desenvolvimento econômico que instaura e investe em favor da geração de uma nova configuração paisagística, substituindo aroeira por melão, oração por agrotóxico, como podemos observar nos relatos que seguem.

O agronegócio [...] em percentual, a terra que ele usa é menor do que o contexto todo, mas quem está usando mais de forma desordenada, [...] que vai estragar mais o meio ambiente é o agronegócio. Do plantio aqui da cidade (Lagoinha), você vê que a empresa X chegou aqui comprou 200 hectares de terras, aí comprou do vizinho mais duzentos e tem em média quase uns 600 hectares. (Grupo de pesquisa).

Se comparar o (pequeno) agricultor, por exemplo, quem tem plantação de banana são dois mil pés, três mil pés, a quantidade de terra que ocupa é muito pequena. Porque é assim, esse pequeno agricultor, se ele vai fazer um plantio de banana, [...] aqui e acolá ele planta um pé de mamão, uma árvore frutífera, uma siriguela, pé de coco para aproveitar a água. (Grupo de pesquisa).

[...] na minha época [...] as pessoas fazia oração, pessoas que plantava milho na Santa Rita, tinha a oração que espantava os gafanhotos e hoje também os gafanhotos voltaram. (Grupo de pesquisa).

Quando discutimos sobre o papel dos órgãos ambientais e a sua atuação diante dos problemas ambientais locais, o grupo apresenta indagações, desconhecimento sobre quem são esses órgãos, quais suas responsabilidades e como podem atuar em prol do bem-estar da coletividade e da proteção ambiental. Não citam sequer um órgão ambiental que tenha sido visto, percebido no território. Isso seria reflexo de quão distante se encontram atualmente estes órgãos da vida comunitária? Qual o diálogo esperado destas instituições com a sociedade civil? Como já mencionamos, estamos em um grupo com representações diversas e um

perfil bastante heterogêneo, no entanto, nenhum dos integrantes conseguiu elucidar e inferir como poderia ocorrer a parceria do setor saúde com o setor ambiental, pois os órgãos ambientais são bastante desconhecidos. Ainda indagamos sobre a SEMACE e IBAMA que ao nosso ver são mais conhecidos, no entanto, o grupo disse que nunca os viu naquele território. Em razão de todos os problemas ambientais que o setor saúde juntamente com os movimentos sociais e poder público conseguiram ser sensíveis, estariam também estes órgãos disponíveis para o envolvimento com essa problemática? De que forma o Ministério Público se posiciona em prol da garantia dos direitos humanos fundamentais?

Tendo em vista esse fato, o grupo apresenta o Sindicato dos Trabalhadores Rurais com o órgão que poderia 'saber' o que acontece na empresa e gerar informação sobre os impactos ambientais locais com repercussões à saúde decorrentes da utilização dos agrotóxicos e outras práticas.

[...] precisava mesmo o sindicato [...] fiscalizar essas empresas, porque nós falamos das empresas, mas ninguém sabe a fundo realmente o que acontece ali. E o órgão mais legalizado para fazer esse trabalho seria o sindicato? (Grupo de pesquisa).

Porque poderia trazer e até ajudar a gente realmente no que a gente precisar mais a fundo, falando das empresas, mas eu sei e tenho consciência que o sindicato daqui não fiscaliza essas empresas, não tem fiscalização de nada [...] levam do jeito que querem! (Grupo de pesquisa).

Se tem alguém do Ministério do Trabalho que vem fiscalizar alguma coisa aí [...] eu nunca ouvi dizer! Se tem fiscalização ninguém está sabendo não! [...] só o carro da Secretaria da Fazenda, aquele que tem os quadrinhos verdes, este é o carro que a gente vê por lá. Ele vem também para pegar carga sem nota [...]. (Grupo de pesquisa).

Perante as questões locais encontra-se o setor saúde com a responsabilidade de atuar em parceria com os demais setores governamentais e não governamentais no enfrentamento dos problemas existentes ou previstos para a saúde da população.

São numerosos os desafios e ainda maiores as discussões sobre a atuação da saúde. Limitar-nos-emos a discutir como a APS pode desenvolver ações de saúde ambiental nesses territórios, com suporte na reflexão do grupo, o que nos aponta muitas dificuldades para a implementação de ações nesse campo. Há que

se admitir a complexidade e estruturar ações dentro de um paradigma científico pouco praticado no cotidiano.

O grupo que registrou desde o primeiro momento o seu compromisso com a melhoria da qualidade de vida da população encontra-se aberto a novas perspectivas e disposto a empreender novas visões.

Eu digo: o nosso plano vai ser um desafio muito grande porque se 'bater de frente' com esses grandes produtores, não são só eles, está o governo, o gestor municipal, estadual, e eles vão defender votos [...] políticos. E o que nós vamos fazer? (Grupo de pesquisa).

Eu vejo uma saída, mas para isso tinha que dizer ao governo federal. Se tivesse [...] aqui dois mil hectares de terra e [...] pudesse plantar em dez hectares, para cada família, cada agricultor vai ter um recurso para isso é uma saída positiva! [...] cada um ia ser responsável por aqueles dez hectares. (Grupo de pesquisa).

Além de entender o processo saúde-doença e ser capaz de intervir adequadamente por meio da execução de ações assistenciais, preventivas, promocionais, há que se perceber e incorporar uma consciência política e ética que possa vivificar os profissionais de saúde e comunidades no local; pois há de se dar vida para a ação, tendo em vista que esta só se efetivará mediante uma atitude humana comprometida com o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades.

A preocupação do grupo com a melhoria da qualidade de vida serviu de substrato que o revigorou para propor um plano de ação em saúde ambiental, que será detalhado no tópico sexto, no desenvolvimento da consciência cidadã. Minayo *et al* (2000), em um estudo sobre qualidade de vida, refere que esta é uma noção eminentemente humana, que se aproxima do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial dos humanos.

Para os autores, *o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.* (MINAYO *et al.*, 2000, p. 8).

Destacam, ainda, que, ao se abordar o tema qualidade de vida, as pessoas fazem referência a *valores não materiais, como amor, liberdade,*

solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção. (MINAYO *et al.*, 2000, p. 9).

Os autores prosseguem na análise da expressão qualidade de vida e destacam que, para o setor saúde, a visibilidade ampliada deste conceito converge com a capacidade de compreender as necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante. Numa visão mais focalizada, a qualidade de vida em saúde tem a centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade (MINAYO *et al.*, 2000)

Desse modo, pode-se dizer que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde. (MINAYO *et al.*, 2000, p. 16).

Considerando o exposto pelos autores e a problemática local, nos remetemos às responsabilidades do setor saúde com a qualidade de vida da população local, compreendendo esta inteiramente relacionada à constituição e manutenção da saúde ambiental no território. Percebemos que as mudanças advindas com o desenvolvimento no Distrito de Lagoinha não incorporam algumas dimensões essenciais para a garantia da qualidade de vida, ou melhor, tem em certa medida contribuído com profundas transformações no modo de vida que tem implicações diretas com a qualidade de vida. Apresentamos a seguir o que nos apontam alguns autores sobre as condições mínimas para a qualidade de vida, e de que forma isso ocorre no ocidente nos últimos tempos.

O patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. No mundo ocidental atual, por exemplo, é possível dizer também que desemprego, exclusão social e violência são, de forma objetiva, reconhecidos como a negação da qualidade de vida. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço. (MINAYO *et al.*, p. 10, 2000).

O grupo de pesquisa aponta os nossos encontros, em que estamos dialogando sobre saúde ambiental como qualidade de vida, demonstrando o quanto foi significativo para eles participar desse processo, e como se sentiram imersos.

Qualidade de vida [...] é o que nós estamos fazendo aqui falando sobre saúde ambiental, [...] já é um projeto que nós vamos ter e que já está mostrando o que [...] é saúde para as pessoas de Lagoinha. (Grupo de pesquisa).

A inter-relação saúde-ambiente que sucede no território local na interface com a produção apresenta variáveis que requerem atuação intersetorial e transetorial. E para que o setor saúde seja capaz de pensar/agir em direção à qualidade de vida, é fundamental apreender os processos reais, que não são transparentes no cotidiano das relações sociais no território.

Nessa perspectiva, a problematização e a reconstrução com a sociedade de pensar e agir em saúde no SUS, incorporando as dimensões da lógica da produção e da reprodução social no contexto capitalista, podem ser uma caminho. Esta, no entanto, não é uma prática efetiva nos serviços de saúde, como apontado por alguns autores, que até mesmo o papel de mediação intersetorial e entre a população sob risco ou em situação de vulnerabilidade e o poder público – bastante preconizado como estratégia para a promoção da saúde – tem sido pouco acionado pelo setor, na maior parte dos países do mundo (MINAYO *et al.*, 2000, p. 16).

Completam, afirmando que, em relação aos determinantes extrassetoriais, entendido pelos autores como os mais relevantes componentes da qualidade de vida e de uma vida saudável, o setor saúde tem quase sempre adotado uma posição de retórica (MINAYO *et al.*, 2000, p. 16).

Nessa linha de pensamento, têm-se estudos que apresentam a necessidade de valorização do contexto para o desenvolvimento de ações em saúde ambiental, bem como o diálogo entre os saberes.

A construção de ações em saúde ambiental requer que o contexto seja devidamente valorizado. Então, a dimensão territorial passa a ser uma estratégia interessante para a saúde ambiental, partindo de um sistema complexo e necessitando, portanto, do estabelecimento de um diálogo entre saberes (técnico/local), envolvendo as diferentes áreas do conhecimento

construído e os saberes dos lugares e dos territórios da nossa cidade. (AMORIM *et al.*, 2009, p. 117).

Acreditamos que o SUS trilha um percurso como política pública, de 1988 até hoje, na intenção de compreender o ambiente como essencial, incorporando-o à concepção das novas práticas em saúde. Apesar disso, os passos dados ainda demonstram que temos muito a dizer e a fazer para viabilizar de forma ética a saúde ambiental no SUS. Entendemos que propiciar o desenvolvimento da interlocução dos agentes locais e o Poder Público é um caminho que precisa ser fortalecido na busca de se efetivar as ações de saúde ambiental.

Não existe nenhum saber ou especialidade autossuficiente para tratar de temas de saúde pública. Também não pode ser papel de um único setor ou só da esfera governamental atender aos problemas de saúde apresentados pelas coletividades humanas. Os requisitos da interdisciplinaridade e da intersetorialidade são, sem dúvida, uma premissa guia do planejador, do gestor e dos profissionais de saúde. (AUGUSTO, 2009, p. 107).

Há diversos estudiosos que, no âmbito da academia, empreendem esforços para apontar as fragilidades, os avanços da saúde ambiental no campo teórico-metodológico, na formulação e implementação desta política nos serviços de saúde.

Optamos por discutir o assunto desde o lugar onde ele se torna vivo, pulsante, e local alvo de críticas, porque não logra praticar as ações de saúde-ambiente, da forma desejável, onde estas se apresentam frágeis, débeis, inexistentes! Este lugar, que é a atenção primária à saúde, considerada a porta de entrada do sistema, que está na comunidade, próximo dos problemas locais, e que já tem dentre as suas ações a responsabilidade de realizar o reconhecimento do território e análise da situação de saúde da população sob a sua responsabilidade sanitária.

Desse modo, centralizando a análise com a visão sobre o território, indagamos em que medida o SUS executa ações de saúde ambiental no âmbito da vigilância e da assistência. Para responder à pergunta, precisaríamos nos esforçar na análise dos serviços de saúde, na dimensão da gestão, vigilância e assistência.

Como neste estudo nos propomos à discussão com os profissionais da saúde, movimentos sociais, controle social e Poder Público acerca da identificação

e análise da situação local, território de atuação da APS, utilizando como mediador a elaboração do que denominamos 'mapa ambiental', explicitaremos de forma sucinta e, também incipiente, o que conseguimos em conjunto debater sobre as transformações ambientais decorrentes da ação humana e as consequências dessas alterações à saúde percebidas no contexto local, bem como a responsabilidade da APS no que concerne a tais questões. Consideramos que a "internalização do ambiente onde vivem e trabalham as pessoas das comunidades sob um planejamento territorial intersetorial é um avanço que se requer para o Sistema Único de Saúde" (AUGUSTO, 2009, p.108), sendo este desafio apresentado e refletido nas proposições do nosso grupo de estudo.

6.1.2 Os problemas ambientais locais e a interface com o modelo de produção agrícola

Os problemas ambientais locais perpassam a questão fundiária, ou seja, a perda da terra pelos camponeses, promovendo a expulsão do campo para a periferia urbana que tem seu processo deflagrado no Distrito de Lagoinha, constituindo em mão de obra assalariada.

A implantação dos empreendimentos agrícolas atrai também um fluxo intenso de pessoas, em um processo migratório, contribuindo no agravamento de problemas sociais, como prostituição, drogadição e violências.

O modelo de agricultura centrado na monocultura para exportação pressupõe desmatamento intenso, uso exaustivo da terra, agroquímicos, uso exagerado d'água para irrigação, levando à extinção de espécies animais e vegetais associadas à geração da improdutividade do solo. Essas questões sedimentam repercussões diversas à saúde humana, dentre elas: mudanças de hábitos alimentares, laborais e culturais, favorecendo o aumento da obesidade, hipertensão, problemas psicológicos, má nutrição, alergias e persistência de doenças como Chagas, verminoses, disenterias, dengue, entre outras.

[...] vai chegar um momento que a terra não serve mais para plantio, e aí a empresa vai embora e acaba emprego e acaba tudo. Mas, hoje o que a

comunidade está vendo é a questão de geração de emprego! Porque muita gente não pensa no ambiente em que vive! Pensa no trabalho e no dinheiro que está ganhando! Não pensa na degradação do ambiente, no que vai causar no meio e para saúde deles também, o ar, a poluição. (Grupo de pesquisa).

A gente trabalha na agricultura familiar ela não é agricultura permanente, é sempre em períodos de invernos, que a gente cultiva a terra, planta e colhe [...] vende aquilo e fica esperando chover novamente, então quer dizer que aqueles empregados só ficam aquele tempo ali, aí depois que passa o período do inverno e que termina a colheita, a safra, eles já ficam desempregados. (Grupo de pesquisa).

Não tem mais como plantar (pequeno produtor) por que não tem como aguar, aí vai esperar que chova para plantar de novo. Aí fica, dependendo do inverno. Eles (agronegócio) tem a água direto e não é por conta da chuva, é aguação! (Grupo de pesquisa).

Quanto à participação da comunidade no enfrentamento das questões de saúde-ambiente, consideramos importante destacar que esta envolve necessariamente a movimentação de agentes sociais organizados em agrupamentos de várias naturezas, cujos interesses particulares e coletivos podem variar de acordo com o conjunto de saberes e concepções também individuais e/ou coletivas. Os autores anunciam que o Estado Moderno utiliza recursos advindos da cobrança dos impostos e taxas para manutenção da prestação de serviços e bens de consumo coletivo, além dos investimentos na infraestrutura industrial (LACAZ; FLORIO, 2009)

Lacaz e Florio (2009), considerando os estudos de Valla (1998), referem que há maior investimento por parte dos países de economia capitalista em obras de desenvolvimento da indústria do que na quantidade e qualidade de serviços de consumo coletivo. Isso ocorre por uma pressão relacionada ao capital, que preconiza um modelo contraposto aos padrões de proteção social e de cidadania, na medida em que a adoção das leis do capital afeta profundamente a capacidade do Estado prover condições que favoreçam o bem coletivo (LACAZ; FLORIO, 2009). A participação popular caminha na contramão destas forças capitalistas, pois consiste, em uma tentativa das forças sociais para se fortalecerem com o fim de fiscalizar e avaliar as políticas públicas (LACAZ; FLORIO, 2009)

Para atuar numa perspectiva que garanta qualidade de vida, há de se agir de forma a fortalecer cada vez mais os movimentos sociais. Isso nos remete a

pensar que, quando o grupo considera que os seminários deste processo de pesquisa-ação se constituíram como qualidade de vida, é porque o processo propiciou ânimo e encorajamento coletivo para pensar as questões exploradas neste estudo. Demonstra também o quanto ainda precisamos avançar para fortalecer os espaços de debate no âmbito local, sendo essencial incorporar a complexidade das relações entre o Estado e a Sociedade, no intuito de favorecer o desenvolvimento de uma cidadania política e social (LACAZ; FLORIO, 2009).

Para esses autores, tais relações se apresentam bastante conflituosas, pois ora prevalece a hegemonia do Estado e ora se destaca a hegemonia de determinado grupo social, seja ele representado pela Igreja, por sindicatos ou associações (LACAZ; FLORIO, 2009).

Consideram, na leitura de Costa (1998), que a participação do cidadão no Estado dentro das suas dimensões organizacionais, especificamente o setor saúde, “vem se expressando a partir das necessidades não satisfeitas da reprodução da força de trabalho e do estilo de fazer política, baseado em “inversões públicas rentáveis à reprodução do capital” (LACAZ; FLORIO, 2009, p. 2127).

Nessa perspectiva, entendemos que o Ministério Público, que é um órgão da Administração Pública responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais, com a devida competência jurídica, constitui-se em um mecanismo importante na construção e legitimidade do SUS, principalmente no que concerne às questões advindas com a temática saúde-ambiente-trabalho nos territórios. Para tal, se faz indispensável a ação deste como interlocutor do controle social (ASSIS; VILLA, 2003).

Foi criado recentemente o Conselho do Meio Ambiente, mas só tem no papel. O papel que cabe ao conselheiro é realmente para fazer o papel do conselheiro, de fiscalizar, de ver como as coisas estão andando. (Grupo de pesquisa).

Outro aspecto que emerge é a educação, compreendida como oportunidade de o sujeito cuidar de si em relação a questões básicas de higiene do lar e pessoal em busca do bem-estar, o que nos faz inferir que ainda há muito o que se fazer na garantia do acesso ao sistema educacional.

A educação é entendida como condição que influenciará na qualidade de vida, deixando subentendido que há um contingente populacional mais vulnerável que não acessa e, por conseguinte, está exposto a vulnerabilidades decorrentes de práticas inadequadas.

[...] tendo educação, esclarecimento, se consegue uma boa qualidade de vida. Esclarecendo às mães os cuidados com as crianças, ensinar as crianças andar calçada, lavar as mãos, não andar em hora quente, ter cuidado de limpar pelo menos o quarto, principalmente, quem tem criança, porque a gente sabe que Lagoinha é um lugar muito cheio de poeira, tudo envolve educação! Com educação se pode prevenir muita doença, pode se ter muita saúde [...]. (Grupo de pesquisa).

A abordagem que é realizada hoje dos problemas locais na percepção do grupo é de maneira genérica, não aproxima os estudantes do contexto em que estão inseridos, há carência de reflexão e discussão sobre os problemas ambientais locais. Quando se abordam temas como queimadas, desmatamentos, poluição do ar e contaminação dos mananciais, refere-se normalmente a estados numa perspectiva generalista, que para alunos de um distrito como este não tem significado e sentido, enquanto os problemas locais não são debatidos e visualizados, perdendo-se uma oportunidade de ressignificar o espaço local. Para a Educação Ambiental, esta reflexão do grupo aponta para a necessidade de implementarmos programas educativos orientados pelo território, numa perspectiva que integre local-global.

[...] como cuidar do ambiente? [...] a escola já poderia fazer esse paralelo juntamente esse grupo de ação da saúde ambiental. Dentro da disciplina trabalhar os problemas da localidade por precaução, não só como é trabalhado, já é trabalhado a situação ambiental como um todo [...] lixo, poluição, água, todos esses recursos do meio ambiente. Uma atividade que poderia ser feita é trabalhar na escola os problemas da comunidade de Lagoinha e não só como é, o todo, [...] os problemas do Pará, São Paulo, Ceará, todos praticamente se repetem, então [...] poderia trabalhar os problemas ambientais aqui da Lagoinha, [...] é uma forma da escola atuar, voltado mais para localidade de Lagoinha em si e não como um todo mas, trabalhar aqui dentro os problemas daqui mesmo, da comunidade. (Grupo de pesquisa).

[...] gostei de estudar o lugar que a gente vive que é como um estudo, estudar a comunidade que você vive. (Grupo de pesquisa).

Ponto importante a destacar o fato de que, apesar de estarmos em um distrito, os problemas como o saneamento básico inadequado e destino final de lixo não aparecem nos discursos como problemas vividos no lugar.

Mesmo aqui sendo um distrito, mas passa o carro do lixo recolhendo duas vezes na semana. Aqui tem fossa. (Grupo de pesquisa).

Nesse tópico da discussão, de forma breve, trouxemos a dimensão das implicações ambientais para a saúde e qualidade de vida no território da Lagoinha. Acreditamos que, dada à relevância da temática saúde-ambiente, e por conceber como essencial dar visibilidade às questões ambientais locais, com vistas a identificar ações de promoção da saúde, esta última, como dito na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006, p. 11)

[...] que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham. (BRASIL, 2006, p.11).

Finalizamos esse tópico utilizando-nos da fala tão bem elaborada de Merhy (2005) sobre os múltiplos modos de se inventar o viver compatível com distintas maneiras de criar e recriar os desejos e suas concretizações, na consolidação da justiça social

[...] com a aposta de que minha vida é sua vida, a minha liberdade é sua liberdade, o meu direito é o seu direito. A minha igualdade é sua igualdade. Na medida em que somos responsáveis pelo que construímos e estamos profundamente implicados com a produção da igualdade como aceitação da singularidade do outro. Com a defesa intransigente de que todos somos tão iguais, que devemos ser diferentes. Poderemos usufruir da crença de um futuro distinto do atual e mais rico para todos. (MERHY, 2005, p. 2).

7 TÓPICO SEXTO

7.1 Estratégias de enfrentamento dos problemas locais na atenção primária à saúde: da reflexão à ação em saúde ambiental e saúde do trabalhador e o desafio da integralidade na prática do SUS

Ação	Objetivo da ação	Modo da ação	Outros de articulação	Período de realização	Responsáveis
Elaboração de um grupo de trabalho com a finalidade de avaliar a importância da implementação de ações na comunidade de Lagoinha.	Elaborar ações voltadas à população.	100% das ações com caráter coletivo.	Organização do grupo: 10 de moradores; 20 de adultos; 20 de adolescentes; 2 de representantes com ações pontuais.	3 anos	Grupo da Saúde Ambiental
Elaboração de documentos para a Saúde Ambiental e ações orientadas por especialistas.	Elaboração de documentos para a Saúde Ambiental e ações orientadas por especialistas.	Indicação de profissionais para a elaboração de documentos.	Realização de Seminários e Jôias de experiências.	2º Semestre 2010	Grupo da Saúde Ambiental
Realização do Conselho Local (Interdisciplinar).	Realização de reuniões com profissionais da comunidade para a elaboração de documentos.	Realização de reuniões com profissionais da comunidade para a elaboração de documentos.	Atas: Inequilíbrio, Qualidade de Ambiente.	2º Semestre 2010	Grupo da Saúde Ambiental
Realização de visitas às empresas de Lagoinha.	Realização de reuniões com a comunidade local.	Realização de visitas às empresas.	Realização de visitas às empresas.	1º Semestre 2010	Grupo da Saúde Ambiental
Elaboração de Lei Municipal para a Saúde Ambiental e ações orientadas por especialistas.	Elaboração de documentos para a Saúde Ambiental e ações orientadas por especialistas.	Elaboração de documentos para a Saúde Ambiental e ações orientadas por especialistas.	Elaboração de documentos para a Saúde Ambiental e ações orientadas por especialistas.	3 anos	Grupo Ambiental Comunidade de Lagoinha

Figura 56 – Foto do plano de ação elaborado pelo grupo de pesquisa, Lagoinha - Quixeré – Ceará, 2009.
Fonte: Acervo da pesquisa.

Efetivar o SUS no território por meio de ações de saúde que sejam baseadas nas necessidades de saúde dos moradores, e não somente atender/identificar problemas de saúde advindos com a demanda espontânea, mas, sobretudo, desenvolver uma prática em saúde na atenção primária que entrelace uma abordagem complexa, tendo em vista complexidade vivida no território, é o que ousamos dizer que é responsabilidade inerente aos profissionais da atenção básica, pois está dado o seu objeto de atuação: território e comunidade – famílias compostas de trabalhadores, de crianças, adultos, idosos, homens, mulheres, enfim, pessoas.

Augusto (2009) relata que a Estratégia Saúde da Família (ESF) propicia ao SUS cumprir o princípio da universalidade, no entanto destaca que pouco se avançou para cumprir a integralidade da atenção. A autora frisa que capilaridade social da ESF representa um grande potencial para cumprir também com o princípio da integralidade das ações, especialmente aquelas relativas a promoção, proteção e cuidados da saúde e à prevenção das situações de risco presentes no ambiente onde vivem e trabalham as pessoas (AUGUSTO, 2009).

Optamos, então, por discutir e analisar o plano de ação elaborado pelo grupo, à luz da integralidade da atenção, neste tópico.

Para tal, empreenderemos um caminho que tenta pensar a ação em saúde. Agir de maneira contextualizada à dinâmica local, com responsabilidade sanitária, e não se subordinar à pressão exercida por uma atenção ainda 'medicalizada' e curativa, promovendo o equilíbrio e instituindo na prática uma ação comprometida com uma concepção ampliada de saúde é necessário, mas constitui desafio indescartável, não só para os profissionais da saúde, como também para a população e gestores.

Mattos (2009) destaca, na análise que faz dos princípios do SUS e a humanização das práticas em saúde, que a preocupação com as práticas de saúde no âmbito do SUS somente começam a merecer atenção após o Fórum da Reforma Sanitária realizado em 2006. Até então, pouca ou nenhuma atenção era dada, não se concebendo essas práticas como objeto das políticas de saúde. Para o autor, esse tema não era central nas políticas que se desenhavam. (MATTOS, 2009). Ele destaca que a produção da má qualidade da assistência que estava relacionada às características da formação dos profissionais ou à própria racionalidade médica, que orientava essas práticas, não tiveram atenção até o Fórum, sendo este o primeiro documento oficial a fazer alusão ao fato. Em sua análise, o autor considera que o período anterior ao fórum caracteriza-se por uma subordinação da má qualidade da atenção médica às características tecnocráticas, autoritárias, centralizadoras e privatizantes, esperando-se que a qualidade da atenção à saúde se estabeleceria com a mudança desta política, com o processo de democratização possibilitado pela articulação entre a descentralização e a participação popular, com o fortalecimento dos serviços públicos e a valorização dos profissionais (MATTOS, 2009).

Sabroza (1992) faz alusão ao fato de como acontece a manutenção dessa atenção “medicalizada”, com suporte nos processos econômicos sociais mais gerais, que para o autor promovem alienação de grandes contingentes populacionais de seus contextos coletivos e ambientais, o que contribui para que estes direcionem a representação das necessidades de saúde para a demanda de cuidados assistenciais.

Visualizar os diversos fios que envolvem e dão vida a essa teia de significados no território como sujeito do processo requer disponibilidade e coragem, pois há de se mudar ‘formas tradicionais de conceber o fazer’, no entanto, as pressões exercidas pelo sistema e fora deste exigem atuação complexa do profissional da atenção primária à saúde.

Então, o processo que ora tecemos nesta pesquisa-ação dialoga com este emaranhado de fios que colorem as relações sociais e se apresentam aos serviços transbordando a capacidade resolutive, mas sem destituir o potencial criativo do indivíduo e do coletivo. Entendemos que o enfrentamento dos problemas sociais com repercussões negativas sobre o modo de vida, bem como o enfrentamento do adoecimento individual e coletivo visualizado nesta pesquisa, pôde, de certa maneira, provocar-lhes inquietude! As indagações acerca da realidade vivida pelos sujeitos sociais e sobre a ação em saúde os jogaram diante da ação ética e os incentivaram a buscar possibilidades de intervenção, de reconstituir novos sentidos para a promoção da melhoria da qualidade de vida.

Dessa forma, o plano de ação que o grupo propõe dialoga com o processo que se deu ao longo desta pesquisa, na medida em que se repensa e se dispõe a ação, abraçando os desafios desta, ou seja, caminha-se em direção à desterritorialização da prática em saúde, como na fala de Merhy (2005, p. 6):

Tomar o mundo do trabalho como escola, como lugar de uma micropolítica que constitui encontros de sujeitos/poderes, com seus afazeres e saberes, permite abrir a nossa própria ação produtiva enquanto um ato coletivo e como um lugar de novas possibilidades de afazeres, a serem extraídas do próprio encontro e do próprio fazer, ao se desterritorializar dos núcleos profissionais e se deixar contaminar pelo olhar do outro do campo da saúde: o usuário, individual e coletivo, como lugar de um complexo modo de viver o mundo.

Inicialmente, quando concebemos esse projeto de pesquisa, propusemos evidenciar de que forma a integralidade ocorre no contexto das práticas de saúde, especificamente passando pela execução das ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador na interface com a atenção primária em saúde.

Para tal, utilizamos a pesquisa-ação, em um processo que levou à formulação, pelos sujeitos envolvidos, das ações consideradas estratégicas para o território local. Ressaltamos que estas ações foram propostas coletivamente após cinco encontros do grupo, em que se descortinou a problemática saúde-ambiente-trabalho em Lagoinha. A concepção deste plano reflete o *empowerment* dos participantes do grupo acerca das necessidades de saúde do território.

[...] esse trabalho que estamos fazendo aqui agora [...] nós estamos conversando, vendo a realidade das coisas, tentando buscar uma forma, um caminho para a gente ter uma saúde melhor, uma educação melhor, então eu acho que começa por aqui [...]. (Grupo de pesquisa).

[...] tem uma coisa muito mais ampla [...] como participar de conselho, de sindicato, de coisas que podem ajudar [...] por exemplo, agora tem o conselho do meio ambiente, eu posso tentar, eu posso não ser conselheira, mas eu posso participar das reuniões, eu posso dar uma ajuda, eu posso está na reunião do Conselho Municipal de Saúde ou em outros conselhos tentando mostrar a realidade [...]. (Grupo de pesquisa).

[...] nós não podemos oferecer dinheiro e nem recurso nenhum, [...] o que a gente pode oferecer é informação [...] a gente sempre faz visita todo mês [...] passa a informação [...] a gente vai mudando [...] denuncia, então tudo isso pode mudar. (Grupo de pesquisa).

Do grupo nasce o desejo de ser sujeito, e ele traz a si a responsabilidade de propor e executar passos em busca do desenvolvimento de ações que traduzam respostas a curto, médio e longo prazo às descobertas que tiveram no processo em relação ao vivido. Isso nos remete ao que dizem alguns autores em alusão às lutas hegemônicas e contra-hegemônicas, onde destacam que a produção e a regulamentação do desejo são tão importantes quanto a elaboração do significado e que a ideia e a experiência do prazer devem ser tecidas politicamente (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

Concordamos com Wimmer e Figueiredo (2006), como já relatado no tópico sobre políticas públicas, em relação à proposição de ações intersetoriais e transdisciplinares, em que haja o engajamento dos sujeitos como coletivos

organizados, pois, desenvolvendo ações coletivas, podem eles intervir na realidade local em uma perspectiva de estabelecer uma educação para autonomia.

A elaboração deste plano compreende a necessidade de enfrentar problemas e propor soluções que em certa medida se apresentam como um pensar contra-hegemônico, considerando como fundamental no processo e para o plano o estímulo à “crítica social e à compreensão de que a realidade de vida que se vivencia na pobreza não é natural, mas reflexo da exploração social histórica gerada pelo lucro” (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006, p. 152).

Esse plano compromete-se com o agir em saúde na perspectiva defendida por Merhy (2005, p. 3).

A construção de novos modos de agir em saúde, que se orientam pela lógica de uma integralidade radicalmente comprometida com a produção da vida, deve estar articulada às intenções que ambicionam um agir micropolítico como dobra de fazeres macro, como o ecologista que deve imaginar seu fazer aqui e agora, olhando para o mundo em geral e o amanhã.

Para apresentação do plano, sistematizamos as ações em dois fluxogramas conforme figura 57 e 58, organizados em duas categorias temáticas, que talvez sejam restritas, mas que estão em consonância com os objetivos propostos neste estudo:

a) *Ações Transversais à Saúde Ambiental e à Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde; e*

b) *Ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde.*

Na análise das ações, percebemos que elas transitam da intersetorialidade à transversalidade, na medida em são propostas ações que extrapolam a dimensão do território local para o âmbito municipal, onde se propõe a construção de pontes entre as instâncias do serviço de saúde – atenção, vigilância e gestão no desenvolvimento da política de saúde do trabalhador – percebendo o quanto não podem ser entendidas isoladas as práticas de saúde; e aponta de forma expressiva a necessária atuação do Poder Público na proteção ambiental, além de destacar o papel da sociedade, por meio da ação participativa como controle social.

O nosso papel é sensibilizar o poder [...] o governo municipal, estadual, federal, sensibilizar e mostrar a necessidade que o povo tem. (Grupo de pesquisa).

Quando a gente ver às coisas erradas a gente falar [...] para as pessoas que realmente podem mudar aquilo, porque [...] quase todo mundo reclama com o vizinho, com o amigo e coisa e tal [...] mas ninguém vai até ao órgão competente e denuncia [...]. Não sabe que tem o poder dela mesma ir lá e cobrar do órgão competente, mas também tem que cobrar e saber cobrar, não chegar agredindo as pessoas. Tem que ter educação para cobrar o que você tem direito. (Grupo de pesquisa).

[...] quando a saúde não está indo bem [...] do jeito que a população espera, eu acho que o primeiro passo começando dos vereadores até a equipe que trabalha na saúde, certo, ver primeiramente a receita do município como é que está, quanto é que o gestor maior passa para saúde, para que possa ir cobrar a ele, se ele realmente está passando. Vê aqui na Lagoinha, [...] uma população de praticamente 10 mil habitantes e nós não temos ainda uma equipe médica 24 horas para atender aqui em Lagoinha. (Grupo de pesquisa).

[...] é importante que o gestor maior vá fazer, por exemplo, um trabalho com a empresa, com os donos das empresas, para que possam ajudar também, certo, porque eu acho que tem muitas empresas aqui que são isentas de impostos, quer dizer, só está dando o salário do trabalhador, mas quando o trabalhador precisa da saúde, aí as empresas não dão condições! [...] Era importante que o gestor juntamente com a equipe médica e os empresários desse apoio, até o governo do Estado, até o governo federal, dá apoio aos municípios que também recebem pessoas de fora que vem para cá. Isso é muito importante, porque quantas vezes nós estamos querendo cobrar só aquele valor da receita que entra no município. (Grupo de pesquisa).

Esse processo foi formulado de forma horizontal, em que o saber sobre saúde ambiental e saúde do trabalhador foi sendo paulatinamente desvelado por parte de cada um no grupo, em um esforço coletivo, de maneira colaborativa, na redescoberta de um mundo, em certa medida, invisível.

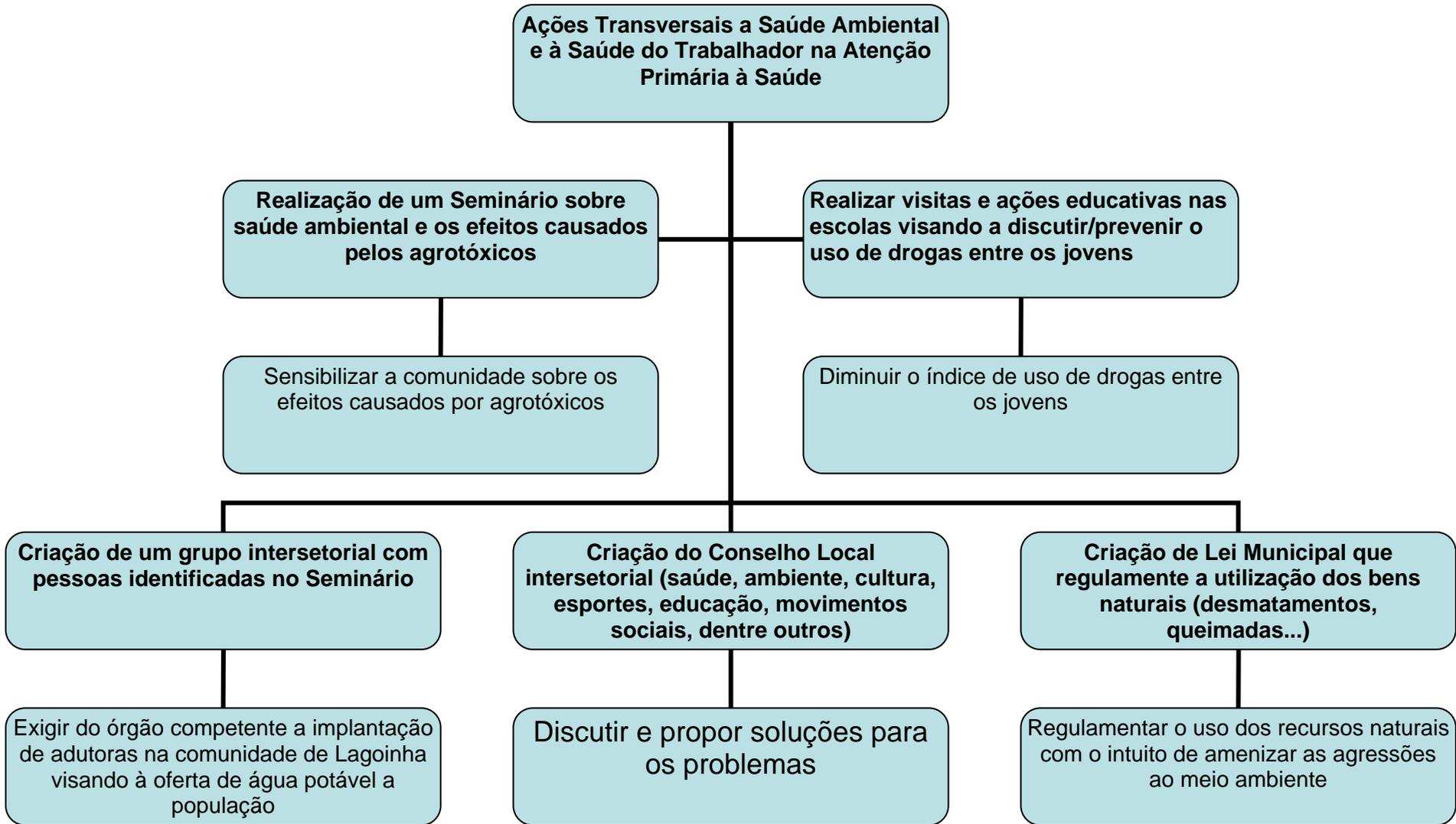


Figura 57 - Fluxograma das ações transversais à saúde ambiental e à saúde do trabalhador na atenção primária à saúde.

Fonte: esquema elaborado pela pesquisadora, com as ações e objetivos propostos pelo grupo de pesquisa.

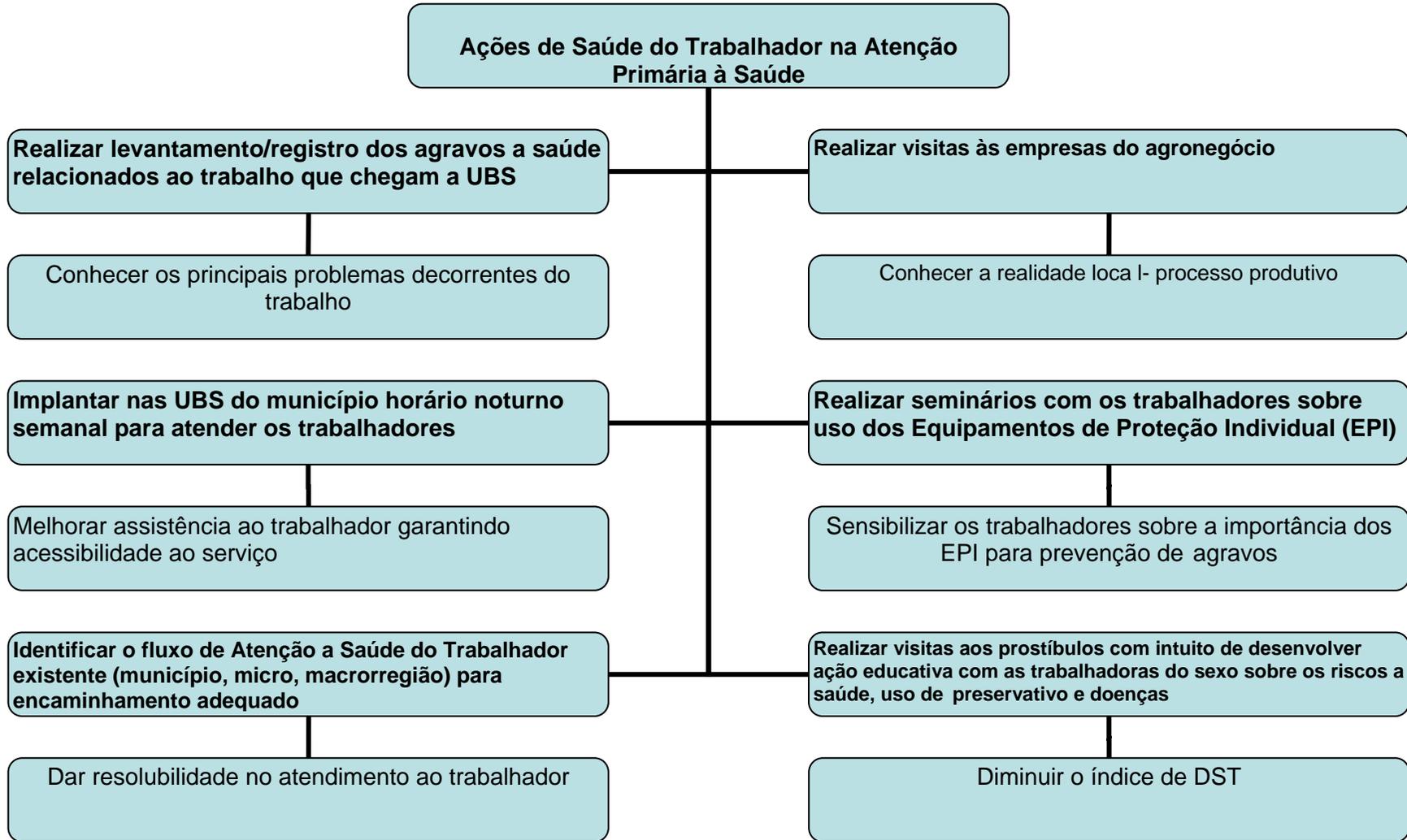


Figura 58 – Fluxograma das ações de saúde do trabalhador na atenção primária à saúde.
 Fonte: esquema elaborado pela pesquisadora, com as ações e objetivos propostos pelo grupo de pesquisa.

Podemos dizer, utilizando as palavras de Merhy (2005, p. 8), que alcançamos em certa medida a submissão “do modelo tecnoassistencial a um olhar ético-político, centrado no território situacional dos usuários: lugar legítimo a definir o sentido e as intencionalidades dos agires em saúde”. O grupo demonstra a sua preocupação com a ideia de um plano dinâmico, exequível, participativo, que fortaleça os coletivos em organizações representativas, pois identificam que os saberes isolados, ou a preocupação individual dos profissionais da saúde, dos educadores, vereadores dentre outros, têm pouca capacidade de mobilizar e envolver o Poder Público com os problemas comunitários.

A população tem o poder de formar o conselho, porque o conselho municipal de saúde é uma maneira de se reunir, discutir os problemas da comunidade e a partir daqui tentar procurar alguma solução e ir para um órgão maior! [...] se a gente tiver um conselho local de saúde, meio ambiente [...] para que a gente possa discutir os problemas da comunidade para gente poder levar para uma instância maior para tentar junto resolver. Porque não adianta eu, vereador, eu, enfermeira, eu, professora ir e dizer para o prefeito! Nós temos que ter um grupo organizado que a gente possa se reunir, que a gente possa discutir e dar continuidade a isso aqui que a gente está fazendo! Não é parar aqui, e ela colocou muito bem no início que a gente vai fazer um plano de ação, mas ele não é estável, ele é uma coisa que a gente tem que dar continuidade, o plano é o primeiro passo, a gente não pode morrer aqui, não! [...] o nosso plano de ação tem que começar e ver uma maneira de continuar com ela (pesquisadora), mas tentando amenizar, a gente continua se reunindo, continua fazendo outras propostas, outras estratégias de como ir melhorando cada vez mais! A população e a gente! Não pode fazer isso individual, tem que ser o coletivo, tem que ser junto, tem que ser representante das comunidades que possam estar formando um conselho aqui. É assim que a comunidade participa e você não tem que chamar todo mundo, mas as pessoas que representam, vereador, as pessoas que representam o povo. (Grupo de pesquisa).

Percebemos que os objetivos vislumbrados não conseguem, em alguns momentos, traduzir o potencial da ação, no entanto, podemos identificar nas falas dos sujeitos os desejos, anseios, expectativas e a intersubjetividade humana que traz o plano de ação do grupo.

[...] a gente no PSF tem aquela estória que você tem que estar apropriado do seu terreno, então foi uma apropriação mesmo do terreno, de conhecer novas coisas, que até então, a gente não sabia porque a gente vai para a comunidade, às vezes a gente é tão atribulada de fazer, vou fazer pré-natal, vou fazer planejamento familiar que você não pára para ver outras coisas que estão ao seu redor, embora a gente saiba que [...] tem que ter análise da situação da nossa área, e também a gente nunca tinha parado para fazer os mapas, [...] foi um momento muito rico de construção junto com a comunidade [...] que a gente fez aqui durante esses dias. (Grupo de pesquisa).

A utilização do enfoque do território contribuiu para a caracterização da população e dos problemas de saúde, promovendo a responsabilização e o fortalecimento dos vínculos entre o serviço de saúde e a população. Essa apreensão ocorreu também no processo, porque está presente na atenção primária a responsabilidade de realizar análise da situação de saúde, mediante a construção de mapas, ou seja, já se tem um saber acumulado.

Esse é, portanto, um terreno fértil para se concretizar ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador, sendo preciso que seja clarificada para os profissionais de saúde, gestores, técnicos e população a necessidade do olhar ampliado sobre o território, que se traduz em realizar uma leitura efetiva dos processos em curso na área da equipe, migrando de uma visão restrita de cuidado em saúde para o debruçar-se ante a magnitude dos problemas locais, e, no plano concreto de fazer, atuar com uma atitude de pertença aos problemas relativos ao trabalho e ao ambiente da equipe.

Podemos dizer que, no início desta pesquisa, havia um distanciamento considerável entre o campo saúde do trabalhador e ambiental na atenção primária. O grupo sequer sabia o que era o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, como já apresentamos em outro tópico; ou seja, no território da equipe, demonstrase o quão ausente estão os pontos de atenção da garantia da atenção à saúde. Dessa forma, não se trata de normatizar que ações devem ser realizadas na atenção primária. Longe de um ato prescritivo, estamos motivada a utilizar as potencialidades de que já dispõe a atenção primária para avançar no seu fazer em busca de definir com os movimentos sociais e Poder Público as necessidades de ação local.

Dessa forma, comungamos com a formulação das redes de atenção à saúde adotada por Mendes (2005, 2007), exigindo que ela seja funcional e resolutiva, pois a atenção à saúde passa por uma rede de serviços articulados e integrados horizontalmente, conforme Mendes (2007). As redes na perspectiva do autor são organizações poliárquicas que oferecem atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, sendo este um dos pontos de atenção nessa rede com o intuito de que essa oferta se processe no

que o autor diz: tempo certo, lugar certo, custo certo, qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica sobre a população (MENDES, 2007).

Desse modo, as ações propostas como “identificar o fluxo de atenção à saúde do trabalhador...” reforçam a importância da rede, e que a atenção primária tem um leque de ações nestes campos disciplinares, sem contudo, destituir ou tirar as responsabilidades de outros setores como a vigilância em saúde. O plano de ação denota a necessidade de agregação e de estruturação da rede de atenção no sistema de saúde, não sua desarticulação.

Como referem Dias *et al.* (2009), o reconhecimento e/ou a identificação das situações de risco à saúde, originários dos processos produtivos, como também das situações de trabalho envolvendo o ambiente de trabalho e olhar atento para o meio ambiente, conferem concretude às relações produção/trabalho/ambiente e saúde, ensejando a possibilidade de ações de vigilância e a oferta de assistência adequadas, tanto pela atenção primária e demais pontos da rede de atenção (DIAS *et al.*, 2009).

[...] PSF a gente tem que trabalhar a promoção e a prevenção, então a gente pode trabalhar com as pessoas a questão de orientar em relação aos malefícios de agrotóxicos [...] a gente pode fazer [...] promoção, [...] prevenir que eles adoeçam, e também fazer a parte curativa, que é o próprio atendimento a esses pacientes que procuram a gente. (Grupo de pesquisa).

É nesse sentido que o processo ora vivido nesta pesquisa possibilitou o nascimento de ações endógenas, ações pensadas para um lugar específico, com origem na apropriação, pelos sujeitos sociais das necessidades de saúde da população e o entendimento destas ações como promotoras e desencadeadoras de benefícios a longo prazo para a vida no território.

[...] partindo de um princípio de qualidade de vida, é [...] ter saúde, [...] boa moradia, [...] [...]no instante que está botando em prática essas ações (do plano), seria a forma de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, [...] estaria evitando consequências futuras para aquele usuário, trazendo benefícios para a vida dele, [...] colocando as ações em prática! (Grupo de pesquisa).

O grupo percebe as dificuldades, no entanto, não desanima na busca de soluções que tragam melhorias para a população. Apesar da complexidade dos

problemas de saúde-ambiente-trabalho no território, percebe-se a necessidade de enfrentamento!

Em muitos desses momentos nós vamos ter que continuar a conviver com as empresas, mas vamos ter que encontrar soluções para esses grandes problemas! Nós não vamos conseguir que elas saiam e venham novas coisas para que as pessoas possam trabalhar [...]. (Grupo de pesquisa).

Então, até para gente ter um conhecimento maior eu acho que a gente podia visitar uma empresa dessas para gente conhecer a realidade, era uma forma de fazer uma orientação melhor. Eu estou falando para gente poder orientar bem o paciente. [...] eu acho interessante ir lá [...] Para gente ver como é que funciona o negócio. Só que não aceitavam isso nas empresas. A empresa é fechada demais e não deixa ninguém entrar. Tem que marcar hora e depende do local que quer visitar... Para visitar uma empresa dessas, até mesmo para fazer uma pesquisa da escola... Só para você ver como é plantado o melão tem todo um processo para conseguir, imagine para você ver como é esse trabalho. Porque é que você acha que é desse jeito? É porque eles sabem que você vai entrar para ver e para depois divulgar! E por mais que eles deixem (empresa) avisam aos trabalhadores para não falar nada, eles sempre dizem essa coisa. Aí como é que a gente pode orientar? (grupo de pesquisa).

Além do desconhecimento do processo produtivo que tem implicações no estado de saúde dos trabalhadores rurais, o grupo aponta como fator limitante a dificuldade que os trabalhadores encontram para acessar os serviços da atenção primária, pois a ausência do trabalho para cuidar de questões de saúde pode propiciar o surgimento de outros problemas para eles na empresa.

Eu como atenção primária vejo muita coisa que eu possa fazer: primeiro é a questão de facilitar o acesso deles (trabalhadores) porque ele não vem por essa questão que foi colocada, que realmente eles (empresa) não querem deixar! [...] pode deixar, mas quando chegar o empregado for olhar para cara dele ele (empresa) faz uma chantagem psicológica que ele não vem nem que o doutor dê atestado! Eu sei que ele não vem, então como é que poderia fazer? É providenciar um acesso mais fácil para ele e a outra coisa poderia ser na escola, ou seja, onde for, mas que seja um espaço que eu pudesse trabalhar a questão da promoção da saúde mesmo através de educação e saúde, de palestras e alguma coisa desse tipo. (Grupo de pesquisa).

Apontam a importância da atuação dos órgãos públicos de fiscalização como o próprio serviço de saúde, por meio da vigilância sanitária, como também o Ministério Público para garantir o direito de ir ao serviço de saúde aos trabalhadores, pois sequer um exame de prevenção ginecológica as mulheres podem fazer. Até casos já constatados com agravos à saúde, os trabalhadores não

têm o direito garantido de ir ao serviço; imagine-se a mulher realizar um exame preventivo...!

Pode-se questionar que as ações não são inéditas e nem diferentes do que se tem nos documentos oficiais, como as políticas e as conferências, termos de compromisso, dentre outras recomendações dos teóricos do assunto. Destacamos, porém, que a diferença está, em, sendo sujeito, corresponsável, ser agente e produtor de ações coletivas reconhecidas como cabíveis e exequíveis naquele lugar, sem sequer ter lido quaisquer documentos que expressem o que deve ser feito, mas descobrir o que deve ser feito, assumir e propor o que fazer. E, ainda assim, quanto às ações propostas em relação a alguns temas complexos que tem relação com o acesso a água potável de boa qualidade para toda a população e a presença das drogas ilícitas na comunidade, o grupo ainda diz: 'se acontecer 30% do que nós fizemos aqui hoje', demonstrando suas incertezas quanto à concretude destas ações, pois carregam em si o reconhecimento dos percalços em processos inovadores no distrito.

Se acontecer [...] 30% do que nós fizemos aqui hoje [...] já é realmente uma saúde, uma qualidade de vida melhor! Porque nós precisamos aqui de água de boa qualidade, [...] pelo menos um mini-hospital, [...] e diminuir esse índice de drogas que está muito grande aqui [...]. (Grupo de pesquisa).

As premissas que diferenciam a concepção do plano relacionam-se à proposição de algo que cabe na dinâmica da vida local, em um processo horizontal e articulado da saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária, que possibilitou se descobrir com potencial de ação transformadora da dinâmica dos processos. A proposição de ações de saúde ambiental e do trabalhador para serem executadas na atenção primária considera nesse plano, o território e as necessidades de saúde, e não se preocupa em operacionalizar ações referentes a políticas específicas, mas garantir atenção de qualidade, pois, são ações que traduzem a mudança endógena, refletida, democrática e participativa.

[...] se melhorar a qualidade da água, futuramente vão ter menos casos de doenças como pedra nos rins e outras doenças causadas pelo calcário na água, então são ações que a longo prazo terão resultado e vão com certeza beneficiar, melhorar a vida das pessoas. (Grupo de pesquisa).

Nessa perspectiva são expressas as ações contempladas no fluxograma (figura 57), que, para nós, de forma transparente, elucida a compreensão acerca da integralidade da atenção em saúde, dentro do sentido apresentado por Mattos (2004).

Tomamos o princípio da integralidade na nossa dimensão de análise porque o entendemos dentro do que Mattos (2004) aponta, quando relata em seus estudos sobre integralidade que este funciona como imagem-objetivo, como uma forma de indicar, mesmo que sinteticamente, as características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que são exercidas neste sistema (MATTOS, 2004). Para o autor, essa imagem-objetivo possibilita contrastar as características desejáveis com as características vigentes ou predominantes (MATTOS, 2004).

Para nós, a integralidade constitui, portanto, um princípio que tem maior aproximação de diálogo com a discussão de saúde-ambiente-trabalho na atenção primária. Isso porque o princípio em questão apresenta potencialidades de inovações no campo político-institucional, desde que seja apreendido o seu potencial como eixo estruturante de novas práticas sanitárias nos diferentes níveis de complexidades da atenção à saúde (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

Mattos (2004) identifica três conjuntos de sentidos da integralidade, a saber: um sentido que se relaciona a características das políticas de saúde ou de respostas governamentais aos problemas de saúde, referindo-se à abrangência das respostas governamentais no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais; outro referente a aspectos da organização dos serviços de saúde, e o terceiro voltado para atributos das práticas de saúde (MATTOS, 2004).

O autor discute também as dimensões da integralidade, apresentando-nos o que considera como a primeira forma de expressão na prática deste princípio. Esta se manifesta na capacidade dos profissionais de responder ao sofrimento manifesto resultante da demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos (MATTOS, 2004). Ele explica.

Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências

individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção. (MATTOS, 2004, p. 1413).

Com amparo nos ensinamentos de Mattos (2004), entendemos que o fluxograma apresentado na figura 58 exhibe ações de saúde que dialogam com esta forma, quando a atenção primária reconhece a necessidade de organizar a unidade básica de saúde, para que seja possível os trabalhadores acessarem esses serviços, bem como percebe que há de se implantar um serviço de registro de agravos relativos ao trabalho demandados por parte dos usuários; e quando enumera nas ações o ato de realizar atividades extramuros à unidade básica de saúde, incluindo aqui realizar visitas às empresas para tomar conhecimento de como se dá o trabalho, e quais as implicações do processo produtivo para a saúde humana. Essas ações estão comprometidas com a prevenção de sofrimentos e funcionam com gatilhos para que o serviço de saúde aja numa perspectiva mais abrangente. São ações que necessariamente reestruturam o *fazer* saúde no território, percebendo e compreendendo a integralidade como essencial para a resolubilidade do serviço de saúde. Identifica-se a necessidade de garantir a acessibilidade, de ser vigilante em relação aos agravos e ao território, de estabelecer um fluxo de atenção à saúde do trabalhador, que é coletivo, porque é, sobretudo, dialógico, inclusive nas quatro esferas de governo, extrapolando a municipalidade, como muito bem dito por Mattos (2004).

A integralidade se manifesta aqui na postura de não aceitar a redução da necessidade de ações e serviços de saúde à necessidade de identificar e dar resposta para a doença que suscita o sofrimento manifesto (e, nesse caso, a procura ao serviço de saúde). Isso envolve duas coisas: uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito, que englobe tanto as ações de assistência como as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros; e uma capacidade de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta. (MATTOS, 2004, p. 1414).

Em relação ao fluxograma das Ações Transversais à Saúde Ambiental e Saúde à do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde, mostrado na figura 57, o que aflora de forma majestosa é a capacidade de pensar contextualizada à vida como esta é, ou seja, apoderar-se do processo em curso de forma coletiva.

Quando o grupo aponta ações envolvendo a população e não só os doentes, ou expostos, considera essencial a mobilização da comunidade e

reconhece o potencial da organização comunitária na identificação das necessidades de saúde e no enfrentamento dos problemas locais.

Embasa-se na compreensão da participação como ação fundamental para o bem comum. A organização comunitária, exercendo o seu poder, tem na percepção do grupo um potencial na geração de uma nova realidade, em que haja promoção da melhoria da qualidade de vida no local. São ações transversais, que puxam para a roda da discussão a necessidade de atuação coletiva diante dos problemas locais, da ação intersetorial a transversalidade do fazer, apontando uma concepção que traduz o conceito ampliado de saúde.

Para nós, o fazer a política de saúde ambiental e saúde do trabalhador nos territórios da atenção primária nessa dinâmica, não sendo aqui implantada uma política de saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária, mas gestado em âmbito local, de forma sensível e respeitosa, e, portanto, o nascedouro da política a partir de quem as executa, em conformidade com o caminho, condizente com os princípios da atenção primária: território local (área de atuação da equipe saúde da família) – Município – Estado – Federação. Entendemos que desenvolver ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador contextualizada desponta como uma forma de se avançar na garantia da integralidade. Em referência contextualização, a interpretação de Mattos acerca de como acontece os encontros entre a equipe de saúde e as pessoas, soma-se ao que pensamos:

[...] o princípio da integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro. Não importa em que contexto ocorre o encontro entre as pessoas e os membros da equipe de saúde. A possibilidade de articular ações preventivas e assistenciais envolve um duplo movimento por parte dos profissionais. De um lado, apreender de modo ampliado as necessidades de saúde. De outro, analisar o significado para o outro das demandas manifestas e das ofertas que podem ser feitas para responder as necessidades apreendidas, tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro, de modo a selecionar aquilo que deve ser feito de imediato e gerar estratégias de produzir novos encontros em contextos mais adequados àquelas ofertas impertinentes no contexto específico daquele encontro. O que nos remete à questão da contextualização. (MATTOS, 2004, p. 1414).

É fundamental, portanto, compreender que se estamos discutindo um plano de ação em saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde com uma equipe Saúde da Família, que sequer até então havia realizado

uma territorialização em saúde por estar sufocada por uma demanda assistencial, e, que apesar de não apresentar os requisitos mínimos referidos, como, por exemplo, o número e categorias de profissionais determinados, elencar ações dessa magnitude nos induz a afirmar que o caminho mais adequado e eficaz para a efetivação da integralidade é por meio do fomento às políticas de saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária. Cabe-nos a defesa da flexibilização dos processos, tendo em vista o local, negociar fluxos e contrafluxos em diálogo com os usuários dos serviços de saúde. Adentrar essas discussões às capacitações das equipes de Saúde da Família, minimamente dentro do eixo da territorialização em saúde, como temas pertinentes e básicos, como são trabalho em equipe, família, sistema de informação da atenção básica, dentre outros. Para avançarmos de forma qualitativa no nosso sistema de saúde, é preciso agir em defesa da garantia efetiva dos princípios do SUS, utilizando os dispositivos que estão dados, e, em especial, no que se refere à integralidade, comungamos da ideia de defender a integralidade, apresentada por Mattos.

Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica.[...] é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro. (MATTOS, 2004, p. 1414).

No que concerne à integralidade na atenção básica, foi realizado um estudo avaliativo publicado em 2008, sendo esta entendida na referida pesquisa como atributo das práticas profissionais de saúde e da organização dos serviços. O estudo concluiu que a presença da integralidade se manifestava em 6 (19,68%) municípios; em 11 (35,48%), foi considerada incipiente; e ausente de 14 (45,16%) dos 27 municípios pesquisados, nos Estados de Minas Gerais e Espírito Santo (CAMARGO Jr. *et al.*, 2008). Consideramos à vista desse estudo, o quanto é salutar desenvolver processos que fortaleçam esta prática no SUS.

Dessa forma, o contexto dos problemas locais que carrega expectativas individuais e coletivas passa pela identidade cultural do lugar na elaboração social das práticas em saúde e sustenta a necessidade de se estabelecer a sintonia entre os profissionais e a população do território, apreendendo os sentidos da vida comunitária.

Trazemos o pensamento de Merhy para nos auxiliar na reflexão que estamos desenvolvendo sobre a integralidade da atenção, que, para ele, deve estar *amarrada à construção de um agir ético-político intransigente com a produção da vida, ou seja um agir que seja permanentemente um ato autopoietico, no qual a vida produza vida.* (MERHY, 2005, p. 1) Essa maneira de produzir vida, entrelaça-se ao desejo, que é expresso na fala dos participantes do nosso grupo, quando, em contato com as necessidades de saúde, descortina a violação dos direitos individuais e coletivos, identifica a importância da ação na preservação da vida no território e expressa suas esperanças nascidas nesse processo.

[...] parabenizar pelo trabalho que tem sido feito por esse grupo, inclusive aqui nós temos [...] a educação [...] a saúde e mais [...] o trabalhador [...] foi um trabalho muito importante. Discutimos aqui muitas coisas importantes que precisa que aconteça e que vai acontecer, para que as pessoas se sintam melhor [...] com certeza esse trabalho vai trazer muito resultado para cá, e estou dentro do grupo e quero fortalecer mais ainda, trazer mais [...] vereadores para [...] discutir o que nós já discutimos aqui [...] convidar o secretário de educação, o secretário [...] de obras, de agricultura para que possa discutir e possa fortalecer mais ainda para [...] trazer bons resultados para cá, que é o [...] pensamento do grupo, e vai dar um [...] grande resultado para Lagoinha[...]. (Grupo de pesquisa).

Os desafios são grandiosos, mas também estimulantes da criatividade. Precisam ser enfrentados e transpostos de uma maneira singular, única e própria de cada lugar, expressando o compromisso com um modo de vida baseado em princípios que garantam a dignidade humana e a preservação das condições necessárias à manutenção da vida. É necessário repensar e reconstruir um modo de viver dialogando com o que nos aponta Merhy (2005, p. 2) “Produzir modos de viveres coletivos, que, ao construírem vida não gerem destruição, não só é possível como é um desafio a ser fabricado diariamente pelos coletivos sociais, em geral, e pelos coletivos de trabalhadores, em particular”. Quando assim fala, o autor se refere aos trabalhadores da saúde, e, ampliamos tal asserção para todos os trabalhadores da educação, da ação social, de esportes, lazer, meio ambiente, dentre outras, para ser coerente com o nosso compromisso de fazer saúde dentro do conceito ampliado, que é tão bem dito pelo nosso grupo: ‘convidar o secretário de educação, o secretário [...] de obras, de agricultura pra que possa discutir e

possa fortalecer mais ainda' o desenvolvimento do plano de ação em saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária a saúde.

E para isso podemos aprender, fazendo e pensando sobre como fazer, aprender pesquisando, agindo como cidadão comprometido, e, mais ainda, ser o profissional que no SUS acredita, pois, segundo Merhy é aquele que precisa

[...] apontar para outros caminhos que não os que a sociedades capitalísticas, ou incrivelmente instrumentais, constroem para o consumo da vida individual e coletiva. Ou seja, terá que mostrar a compatibilidade entre produzir vida no e com os outros, produzindo vida para o mundo como um todo. Muito ao contrário do que vivemos atualmente, no campo da saúde. (MERHY, 2005, p. 6).

Realçamos, por oportuno, a ideia de que os entrelaçamentos, as conexões, as articulações entre os problemas sociais e os problemas de saúde, seja no campo da saúde ambiental ou da saúde do trabalhador, ou ainda materno-infantil, escolares e outros, exigem um fazer estruturado para ser resolutivo. Não passa por uma organização didática em documentos que aprofundam as questões específicas de um campo, mas que requerem uma ação generalista comprometida com o enfrentamento dos problemas locais; ou seja, há de se estabelecer um saber-conhecer e um saber-fazer, que expresse a competência necessária aos profissionais da atenção primária à saúde. Essa expressão é perene na formulação deste plano, quando, ao lado de ações específicas de saúde do trabalhador e ações genéricas de saúde ambiental, são propostas ações voltadas para trabalhadoras do sexo e para escolares, em relação à inserção do consumo de drogas nas escolas.

Avança-se, com efeito, no sentido de um pensar e fazer integrado, superando a fragmentação vista em muitas formulações políticas ao propor ações para o território. Como trabalhamos tendo o território e seus processos como o foco para se fazer a análise e a proposição de ações para abordar as questões relativas à saúde ambiental e saúde do trabalhador, valorizando as relações intersubjetivas, no plano afloram ações que muitos não entenderiam como pertinentes às políticas de saúde ambiental e saúde do trabalhador.

Desse modo, abraçar a cadeia de problemas, considerando o espiral em que se constroem na dinâmica local as transformações e necessidades de saúde da população apresenta-se como uma variável inquestionável neste grupo.

PARTE IV

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1 Pressupostos e principais conceitos refletidos

No decorrer deste escrito procuramos nos aproximar, compreender e desvelar alguns aspectos relacionados ao modelo de desenvolvimento econômico que se entrecruzam e se contrapõem, dificultando o exercício das boas práticas de saúde no território.

Cuidamos de apreciar o contexto da vida comunitária e procuramos expor nosso pensamento e nossas percepções por meio do diálogo com alguns teóricos do assunto, no intuito de ofertar um estudo que seja útil para as pessoas e instituições públicas comprometidas com a vida, com a política de saúde, e, acima de tudo, zelosa de realizar uma pesquisa que sirva aos moradores e aos trabalhadores que vivem e convivem com o processo de desterritorialização presente na chapada do Apodi.

Compreendemos que cada vez mais necessitamos nos desvencilhar dos nossos títulos de sábios e nos dispor aos desafios da realidade; que a sabedoria está em ser capaz de observar, questionar, propor e construir juntos nossos sonhos de vida digna para todos.

Destacamos alguns aspectos observados pelo grupo de pesquisa a desde a base, o território referente às respostas das políticas públicas de saúde ambiental, saúde do trabalhador e atenção primária à saúde. Apresentamos como estão sendo desenvolvidas no âmbito do município essas políticas, considerando as transformações advindas com os processos desenvolvimentistas na região do baixo vale do Jaguaribe. Dessa forma, tentamos recortar, com amparo na dimensão do território, como se entrelaçam as diversas faces do modelo de desenvolvimento econômico com os aspectos da vida comunitária.

Entendemos a complexidade do objeto e reconhecemos que promovemos uma leitura parcial da dinâmica local, mas afirmamos que, apesar disso, conseguimos elencar numerosos desafios e estratégias de enfrentamento da problemática vivida.

Embasada em uma proposta de reorientar e fomentar ações de saúde ambiental e do trabalhador no escopo de atuação da APS, caminhamos ao longo do trabalho de campo, sistematização e análise das informações. Para tal, assumimos um compromisso de tecer coletivamente desafios e os limites presentes no cotidiano da vida comunitária, para propormos ações para o local na perspectiva de aprimorar e efetivar a política pública de saúde com vistas a garantir a integralidade da atenção em saúde.

Assim, tomamos o território como ponto de partida das ações individuais e coletivas, assistenciais e de vigilância, ou seja, como lugar onde acontece os problemas e onde também se viabilizam as soluções, sendo portanto o primeiro contato com uma atenção à saúde, com foco na promoção da saúde.

Tomamos o território como categoria central, que possibilita a partir do ato de *refletir-teorizar-agir*, caminhar na efetivação das políticas públicas e como contexto primeiro a ser considerado para as práticas de saúde que preconizam a reorganização dos serviços primários com base na apropriação e reconhecimento da dinâmica da vida nos territórios que estão em transformação contínua e complexa.

Considerando esses aspectos, realizamos uma territorialização em saúde capaz de incorporar as dimensões do trabalho e do ambiente e as relações que o fato tem com a vida comunitária, com as famílias, com as pessoas acompanhadas pela APS.

Percebendo esse território com a complexidade que lhe é própria, procuramos reconstituir a territorialização em saúde, pois defendemos a idéia de que este passo é fundamental para a efetivação de novas práticas de saúde, capazes de abraçar contextos diversos. Para isso, consideramos essencial que o método utilizado para realizar a territorialização em saúde de cunho participativo seja capaz de:

- ✓ debater os problemas sociais, procurando desvelar as origens e os efeitos destes sobre a saúde humana e de que forma as políticas públicas, principalmente a política de saúde, focando a APS, lida com essas questões no território;
- ✓ analisar de que forma os problemas sociais estão implicados com o modo de vida das pessoas, relacionando em primeira instância o mundo do trabalho, procurando identificar como este trabalho se constitui como mediador de novas formas de adoecimentos e sofrimentos no território, ou seja, identificar as necessidades de saúde dos trabalhadores e em que medida isso relaciona-se com a população em geral;
- ✓ analisar quais as transformações ocorrentes no âmbito local e de que maneira estão inter-relacionadas com o modelo de produção agrícola, centrado no agronegócio, em que há proletarização do camponês e conseqüente reorganização do território em torno de uma lógica que serve aos interesses mercantis com prejuízos para o desenvolvimento comunitário de forma sustentada;
- ✓ identificar as transformações ambientais locais e analisar as repercussões sobre a saúde das pessoas, principalmente em relação à qualidade de vida;
- ✓ evidenciar as inter-relações de saúde-ambiente-trabalho percebidas na vida comunitária e como as políticas de saúde ambiental, saúde do trabalhador e APS em um diálogo com a participação social vivenciam esse processo; e
- ✓ propor ações integrais em saúde, com o intuito de desenvolver práticas de saúde que contemplem a dimensão local, incorporando as ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador na APS, não como 'um fazer a mais', mas como um fazer pertencente a ESF, porque parte das necessidades de saúde identificadas com origem no território.

Partimos do princípio de que a magnitude dos problemas locais e a complexidade do território não constituem empecilho à operacionalização das políticas públicas. Acreditamos, também, que as conquistas humanas se dão por aqueles que “na terra firme” do lugar onde vivem, trabalham, amam, sofrem encontram forças e constroem estratégias de luta e resistência, enfrentando as adversidades em um processo histórico e valoroso para cada um dos envolvidos.

Em grupo, nos redescobrimos como pensantes, propositivos, comprometidos e atuantes em prol de uma saúde coletiva mais ativa, dinâmica, que

englobe o humano nas suas práticas, antes das patologias, dos riscos, dos estudos verticais e universais; uma saúde coletiva que perceba a singularidade dos contextos, escute os gritos e as dores locais e aja conforme as necessidades que se desvelam nesses territórios.

Considerando nossos anseios e sonhos como agentes do SUS – profissionais da APS, pesquisadores, movimentos sociais, Poder Público, usuários do sistema de saúde, trabalhadores e representantes de escolas – cidadãos desejosos de ser parte de uma história que seja tecida no sentido da garantia de um SUS universal e equânime é que vivenciamos esse processo.

Sabemos que toda transformação está sempre entremeada de percalços e a insalubridade que faz parte desses processos de luta por uma vida digna, em que há conflitos de interesses pode minimizar, mas impende não silenciar a reivindicação social e a consequente construção/conquista de novos dispositivos a favor da vida.

Com esse entendimento, realizamos o que por ora expomos – uma proposta de ações de saúde ambiental e saúde do trabalhador, a ser executada não pelos profissionais da APS, mas por estes agentes do SUS! Os problemas a serem enfrentados para a efetivação das políticas de saúde ambiental e do trabalhador necessariamente precisam comprometer-se com o fortalecimento da participação social, haja vista que o desenvolvimento como sinônimo de crescimento econômico não dialoga com os propósitos constitucionais previstos para a saúde. O modelo de desenvolvimento econômico não incorpora os princípios da equidade e da justiça social, ao contrário, está embasado na competição e concentração das riquezas, onde quem tem deve sempre ter mais! E para que floresça essa perspectiva de desenvolvimento não se propõe solidariedade e cooperação – os princípios norteadores são bem diferentes.

Dito isso, somente para que entendamos que as pessoas usuárias dos serviços de saúde estão também como nós, imersas neste processo; ou seja, na convivência com a desigualdade e com a exclusão social, encontra-se a reprodução dos atos em saúde. Questionamos até que ponto somos capazes de desenvolver práticas de saúde inclusivas nos nossos serviços, quando estamos imersos em um modelo de desenvolvimento econômico que gera exclusão. Essa reflexão nos encaminha para a defesa de uma participação social sólida, que expresse as

necessidades humanas com arrimo no paradigma da promoção da saúde, que possa aproximar e conquistar um equilíbrio das forças, efetivando a cidadania.

Esses agentes sociais, que se apresentam como humanos e como representantes institucionais carregando em si o reflexo da insuficiência do debate político e institucional que garanta a efetivação dos papéis do Estado e da Sociedade precisam ser fortalecidos como sujeitos ativos na efetivação dos direitos já conquistados, mas não praticados.

Afirmamos que há protagonistas e que estão disponíveis e dispostos, mas há um mundo desvelado que intimida, amedronta e aniquila, por vezes, e se perpetuam as práticas hegemônicas de fazer saúde.

Desenvolver mecanismos que garantam a participação social e promover estratégias que propiciem o “empoderamento” dos agentes sociais consistem um desafio e um horizonte para as políticas públicas se tornarem vivas no cotidiano da vida.

Este estudo traz a reflexão de quanto as políticas públicas precisam se tornar públicas, voltadas para o bem-estar social, a serviço de uma sociedade mais justa e igualitária, tendo em vista que encontramos desconhecimento, desinformação e contradições em relação aos papéis do setor saúde, dos órgãos ambientais, do Poder Público como agentes promotores da qualidade de vida.

Havemos de empreender um debate político e ideológico que reflita e reconstitua os sentidos e significados do Estado democrático, descentralização do poder e da participação das comunidades nos processos de tomada de decisão, nos planejamentos das políticas públicas. Percebemos isso de forma mais evidente, quando afloramos o mundo do trabalho e identificamos o quanto este reorganiza a vida individual e coletiva, emergindo suas relações trabalhistas desumanas e marginais por promoverem incertezas e dúvidas e pelo seu potencial por produzir danos ambientais e sociais com repercussões diversas à saúde humana.

O trabalho faz parte da vida, mas quase sempre não é considerado no processo de territorialização em saúde, e, quando é feito, se faz de forma mecânica, que pouco traduz a essência dos processos. Tornar visíveis as implicações sociais, culturais, ambientais decorrentes dos processos de produção, que alteram o estado de saúde, pressupõe dialogar com questões complexas que não estão claras para

os profissionais de saúde. É fundamental para o SUS, em consonância com sua proposta, romper com essa invisibilidade, elucidar as consequências e também traçar estratégias para que as comunidades se apoderem desses desafios e possam pensar e estruturar ações de saúde compatíveis com as suas necessidades. Como nos disse um participante deste estudo, 'eu posso tá apagando um foguinho', mas isso é insuficiente e incongruente com a proposta do SUS.

Algumas questões básicas precisam ser respondidas, dentre elas: *Quem controla o quê no território? O que compete ao mercado? O que compete ao SUS? O que compete aos demais segmentos sociais? O que compete ao Estado?*

Parece-nos que operacionalizar as políticas públicas consiste em um desafio municipal e estadual diante da lógica capitalista. Afirmamos isso, considerando as falas apresentadas pelos nossos interlocutores quanto ao desconhecimento sobre: política de saúde do trabalhador e ambiental – ou seja, o papel do SUS – além das questões apresentadas sobre o papel dos órgãos ambientais, do poder público, dos sindicatos para citar só alguns.

A maneira de utilização dos bens naturais, por exemplo, de forma exacerbada e violenta pelos processos produtivos (agronegócio), caracterizando um processo de degradação ambiental que acontece às vistas dos órgãos competentes, ou melhor, responsáveis, e tão incompetentes e irresponsáveis no seu fazer nos induz a pensar que o Estado se torna parceiro e colaborador no território, servindo aos interesses do capital e não das necessidades humanas.

Faltam-nos muitas respostas convincentes! Temos respostas evasivas e desconexas! Pensando, porém no SUS, que propomos e que já apresentamos, concebendo-o como uma proposta de saúde pública solidária e humanitária, nos preocupamos com o desafio que grita à nossa porta como agentes do SUS.

Inicialmente, precisamos assumir os limites atuais das políticas públicas no País, e, de forma cidadã, promover o engajamento dos outros setores na formulação e execução das políticas que interferem na saúde humana, não sendo mais possível fazer saúde considerando esta como uma responsabilidade única e setorial, mas como resultante da ação de políticas integradas e humanísticas.

Precisamos efetivar da ação transetorial à ação transdisciplinar e, para que isso seja possível, urge reconhecermos as dificuldades intersetoriais/ transetoriais, encará-las e debatê-las do ponto de vista institucional. Como se daria esse processo? Sabemos que a cultura organizacional atual reflete o processo histórico do País, e isso se materializa nas relações estabelecidas no plano local. Temos um processo democrático maduro o suficiente para promover ações intersetoriais?

Acreditamos que tudo é processual e que a história das sociedades influencia nas formas e concepções adotadas para alcançar novos patamares de sobrevivência. Pensamos que seria ousado e inovador conceber políticas públicas integradas e articuladas no momento atual, no entanto, hoje podemos identificar as incongruências das políticas, fomentar junto à sociedade proposições que tenham convergência com os interesses sociais. Analisar as limitações e redefinir estratégias participativas, propondo planejamentos com mecanismos claros e precisos de monitoramento e avaliação embasados na conjuntura local, sem desconsiderar o global.

As pontes precisam ser construídas entre a universidade e o serviço, entre o serviço e o serviço, entre os setores e as pessoas, entre os gestores e trabalhadores, e entre as pessoas, para que possamos efetivar a intersetorialidade. Não se pode avançar em um sistema de saúde integrado e integral compreendendo-o como ponta e nível central. Precisamos compreendê-lo sob uma perspectiva sistêmica, seja no campo prático – onde se executa ação, seja no campo teórico – onde se formula ação (política). Considerando isso, trazemos algumas reflexões que nos inquietam: *o que é o início, meio e o fim do sistema de saúde? O que é central? O que dá vida e legitima a necessidade de existência dos serviços de saúde pública? Seria a população? Os profissionais de saúde ou os usuários? A saúde humana ou as doenças?*

Pensamos que, em relação à política de saúde, questões como estas precisam ser explicitadas em termos de concepção, missão e valores debatidos dentro e fora das instituições e que se traduzam na prática dos acadêmicos, gestores, profissionais de saúde e usuários. Enfim, a mudança da cultura organizacional passa pela conquista da cidadania e pelo envolvimento da sociedade civil nas formulações e decisões.

Não podemos conceber saúde sem desenvolver uma empatia com o ambiente e as pessoas usuárias do sistema de saúde. Um sistema de saúde integrado é capaz de desenvolver ações integrais; sem isso, as ações de saúde permanecem fragmentadas, pois não fazem parte da essência do sistema – ele não é. Se ele não é entendido como complementar, identificando-se as interseções que há, pode-se correr o risco de continuarmos formulando políticas isoladas que muitas vezes são conflitantes no plano operativo no território local.

Partindo desse entendimento, acreditamos que a amplitude e complexidade dos problemas locais exigem o reconhecimento do pouco saber-fazer que temos incorporado em todos os pontos do sistema, em relação à ideia ampliada de saúde.

Nessa perspectiva, a saúde ambiental e a saúde do trabalhador no SUS podem contribuir para aprendermos a agir considerando as inter-relações ambiente-produção e os impactos à saúde, tanto no plano específico como no genérico; ou seja, percebemos que estas políticas, sendo vivas nas práticas de saúde no âmbito local, podem nos possibilitar um salto qualitativo das ações de saúde dentro de uma lógica integrada. Ensaia-se, com efeito, um caminho para transitarmos de um paradigma centrado na doença e tecnoburocrata para um pensamento alicerçado nos valores positivos que constituem o bem-estar e promovem vida, incorporando as dimensões ambiente e trabalho na atenção à saúde.

As políticas de saúde ambiental e saúde do trabalhador são interdependentes e precisam, essencialmente, para tornarem-se efetivas, do desenvolvimento da ação intersetorial. Isso, porque estas políticas estão situadas na inter-relação trabalho-ambiente-saúde. A ação em saúde ambiental e saúde do trabalhador requer muito mais do que dialogar com campos disciplinares distintos, pois exige apropriar-se de novos meios de reconhecer a realidade.

Com base em tal reflexão, apontamos para o setor saúde a necessidade inquestionável de avançar na execução da política de educação permanente, utilizando metodologias que dialoguem com a complexidade dos territórios, promovendo o desenvolvimento de uma consciência crítica nos profissionais da saúde. A incipiência dos processos de formação na abordagem da categoria trabalho e ambiente, tanto para a formação técnica como para as graduações da saúde de uma forma geral, em adição aos cursos de qualificação para APS em nível

de pós-graduação que raramente abordam estes temas, pois estes não estão compreendidos como prioritários, precisa ser superada.

Notamos que na APS um mecanismo que viabiliza a discussão de forma bastante promissora e possibilita o avanço desse debate no plano prático é por meio da proposição de uma territorialização em saúde, que saia da proposta de focalização de riscos e agravos para a perspectiva ampla sobre as inter-relações, os processos geradores de transformações no modo de vida que causam adoecimentos. Precisa-se de uma proposta de territorialização em saúde que tenha a concepção de promoção da saúde e da qualidade de vida, que traga para a análise dos profissionais e comunidade a dimensão social, cultural, ambiental dos problemas e a interface com o trabalho, caracterizando os desafios prioritários conforme os princípios da ESF; uma perspectiva de territorialização em saúde crítica e participativa.

A interação serviço-serviço significa a vigilância em saúde nas quatro esferas governamentais, criar laços efetivos com a atenção primária. A retro-alimentação do território com informações para os profissionais de saúde locais e para a população em geral precisa ser assumida pela vigilância como um compromisso ético de possibilitar o acesso ao conhecimento às pessoas sobre a situação de saúde vivida. As informações em saúde não podem permanecer centralizadas, pois há que se começar pela democratização do conhecimento, propiciando a análise das situações em saúde em conjunto no território local – espaço mais adequado para discutir os indicadores de saúde!

A gestão municipal de saúde há de percorrer uma trajetória e romper com uma cultura organizacional fragmentada, que instiga a desigualdade nas relações trabalhistas entre os profissionais da assistência e vigilância, entre trabalhadores das diversas categorias, entre APS e hospital, como vistas a propiciar a horizontalidade de relações dentro do setor saúde e deste com os demais, para que seja possível o diálogo sobre produção e ambiente e os impactos à saúde – discussão pouco conhecida por quase todos no território.

Como já falamos, a desinformação, o desconhecimento sobre os direitos dos cidadãos e dos deveres dos órgãos governamentais demonstram o quanto as políticas continuam na obscura e confortável posição de inoperância, apesar do

tensionamento provocado pelo controle social e movimentos sociais. Isto nos induz a perguntar: *em que medida o controle social tem sido efetivo?*

Várias questões contribuem para que o controle social se constitua mecanismo de manutenção e subordinação ao pensamento dominante. Dentre estas, citamos pouca capacidade técnica, instrumental e política dos conselheiros. Não há um investimento real no desenvolvimento de uma atitude crítica e ativa dos conselheiros. Estes apresentam muitas dificuldades para empreender debates com os governos. Como dito em uma fala, são os “conselheiros lagartixa”, ou seja, aquele que só balança a cabeça afirmativamente. Isso advém ainda da carência de uma política de educação formal que se preocupe não só em ensinar Matemática, mas desenvolver uma consciência cidadã, abordando temas relativos a Filosofia, Sociologia e Direitos Humanos, contribuindo para que as pessoas possam desenvolver criticidade.

Há de forma camuflada uma negação do acesso à informação essencial, que se expressa no desconhecimento que apresentamos nos tópicos de discussão dos resultados, em que as pessoas referem, por exemplo, qual o papel dos sindicatos, do INSS, dos órgãos ambientais, do CEREST, do Poder Público....

Então, como uma população pode cobrar o que desconhece? O acesso a este tipo de informação precisa estar presente na educação formal, numa perspectiva de formar cidadãos críticos! Há um mundo ocultado e o Estado tem responsabilidades na produção dessa invisibilidade, desse desconhecimento. Essas questões contribuem em certa medida para que muitas coisas aconteçam a olhos vistos, sem que sejam percebidas e compreendidas, como é o caso da implantação dos empreendimentos agrícolas ocorrentes na região da chapada do Apodi.

Os processos produtivos comprometidos com a mais-valia encontram todas as condições favoráveis e só passam a ser notados quando estão causando danos á saúde humana; ou seja, podemos perceber que as decisões são tomadas com pouca ou nenhuma participação da sociedade, ou, se houve participação, ela não consegue transpor a ilusão do emprego/renda e visualizar a necessidade de avançar nas políticas públicas.

Nesse estágio, as fases iniciais já promoveram intensas transformações ambientais e sociais que repercutem na saúde da população local. Nesse momento, quando o setor saúde, controle social e movimentos sociais conseguem ver o processo em curso, os danos já são de tal modo intensos, que acabam contribuindo para que estes assumam uma prática de atuar/reparar os danos, pois ele já grita à porta dos serviços de saúde.

Dentre essas transformações, existe a própria questão estrutural, que em certa medida conflui como uma conjuntura de não ter incorporado a atitude vigilante. A ausência dessa atitude vigilante está em todos os setores, mas nos limitaremos a refletir sobre o setor saúde. Para nós, essa atitude é essencial para os profissionais da saúde, gestores, conselheiros, acadêmicos que trabalham e pensam sobre a saúde coletiva.

O sistema de saúde precisa ser vigilante, mas isso não incorre dizer que é um núcleo, um departamento, uma ficha! Estamos falando de práticas de saúde, da mesma forma que abordamos o agir em saúde com vistas à integralidade da atenção. Assim devem ser estes *agires vigilantes* em relação ao território e à população; ser vigilante numa perspectiva endógena do fazer saúde. Isso requer despertar nos profissionais, lideranças comunitárias e comunidade o sentimento de serem contribuintes e participantes do processo de tomada de decisão, significa reapropriar-se do território.

Acreditamos que este movimento de ser capaz de identificar, analisar e propor opções, inicialmente, há de ser empreendido no âmbito dos serviços de saúde pelo setor de vigilância articulado com a APS, numa perspectiva de atuação participativa e democrática, em que há necessidade de mobilização dos profissionais e comunidade para entendimento das situações de risco e vulnerabilidades nos territórios.

Realizar análise da situação de saúde por meio de uma territorialização em saúde, como já apresentamos, pode subsidiar a incorporação de novas informações para a vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e do trabalhador. As possíveis implicações à saúde identificadas pelos sujeitos podem ser úteis na formulação de estratégias, visando ao desenvolvimento de uma atitude vigilante.

Entendemos que o aprofundamento das desigualdades sociais no nível local, onde disputam o território grandes empresários e populações mergulhadas numa imensa gama de problemas sociais, econômicos e ambientais, que promovem repercussões negativas a curto, médio e longo prazo na vida dos moradores, precisa ser minimamente vista pelo setor saúde, e só será se fortalecermos práticas em saúde vigilantes.

Soma-se a isso a necessidade de o sistema municipal de saúde implementar uma avaliação contínua, elegendo indicadores qualitativos e quantitativos das ações desenvolvidas, no intuito de promover a integração das ações. A avaliação deve ter a sensibilidade de captar as dificuldades, para, então, em diálogo intersetorial, reestruturar as ações e reorganizar o sistema conforme a necessidade sentida.

Essa avaliação deve destacar os benefícios do trabalho integrado nos aspectos sociais, econômicos e de melhoria da qualidade de vida da população. Acreditamos que instituir processos avaliativos qualitativos auxilia a compreensão do processo de trabalho em equipe e converge para o aprimoramento da qualidade do serviço de saúde, garantindo-lhe mais eficácia, eficiência e efetividade.

8.2 Síntese das reflexões epistemológicas e metodológicas

Enfim, retomando os objetivos que nos propomos na Parte I deste estudo, realçamos a ideia de que a forma humana de fazer ciência, em especial na saúde coletiva, que precisa abordar questões complexas, necessita recortar os objetos de estudos. Simplificá-los, contudo, é ser conivente com processos acrílicos e desprovidos de sentido para os sujeitos, que funcionam como objetos para estudiosos 'sabedores'. Problematizamos questões recortadas, aceitando a complexidade, os nossos limites teórico-metodológicos e empreendemos esforços para abrir perspectivas e possibilidades de contribuir com o SUS durante o processo.

A vivência com o grupo de pesquisa e a sistematização deste texto constituiu-se num esforço, pois não é fácil dissecar a realidade, e, menos ainda, nos despir da nossa cultura, da nossa história de vida, para redigir um texto científico,

pois a ciência precisa comprometer-se com o passado, o presente e o futuro das civilizações, o que nos faz crer que a singularidade de cada autor há que se materializar na escrita, e cabe ao leitor a crítica dos escritos com toda a sua autonomia.

Nessa perspectiva, saborear os textos, as conversas com o grupo de pesquisa, desvelar o que há, representam um trabalho longo, mas prazeroso, pois as reflexões suscitadas nos tornaram mais perto do humano, 'humano que é ser gente' nesse mundo desigual.

Evidenciar essa desigualdade social alicerçada na concentração da riqueza, que, no caso da chapada do Apodi, consiste nos bens naturais que passam a pertencer aos grandes empreendedores com uma visão de produção para exportação, utilizando os moradores locais como mão de obra barata, o que reflete um processo de colonização e exploração com características do Brasil colonial, como também elucidar as necessidades de saúde dos trabalhadores, foi por demais gratificante.

8.3 Recomendações e sugestões

Compreendemos que apresentamos um contexto que expressa questões singulares, no entanto, evidenciamos na região da chapada do Apodi, que ele se insere numa perspectiva de desenvolvimento econômico também presente em diversos outros municípios brasileiros. Assim, pensamos que a problemática e as proposições suscitadas nesta pesquisa venham fortalecer alguns pontos que precisam ser debatidos no Sistema Único de Saúde. Como nosso estudo teve o apoio do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pensamos que é essencial minimamente oferecer subsídios para que sejam repensadas as políticas formuladas por esse Ministério e pelo estudo epidemiológico que está em andamento na região.

Acreditamos, por conseguinte, que as transformações no âmbito local passam despercebidas, porque as formas de olhar para o território estão focadas no diagnóstico situacional fotográfico, e não nos processos de mudanças

contemplando o ambiente e o trabalho; ou seja, havemos de nos empenhar para efetivar no local as políticas de saúde ambiental e do trabalhador.

Acreditamos que o caminho mais fértil para se perceber este processo de transformação e caminhar na implantação destas políticas consiste no diálogo dos serviços de saúde com movimentos sociais e trabalhadores, pois, os impactos que o setor saúde precisa visualizar e com os quais lidar no cotidiano vão além dos agravos à saúde decorrente do uso dos agrotóxicos. Incluem, também, compreender que a perda da terra pelas famílias, que passam à condição de proletariado, restringindo nossa análise à proletarização das mulheres-mães, por exemplo, promove mudanças no cotidiano da família, na socialização das pessoas, enfraquecendo a identidade cultural, transformando os aprendizados e vínculos da vida comunitária;

Essa reestruturação e conformação do modo de viver das pessoas desencadeadas pelo modelo de desenvolvimento, traz para o SUS a necessidade de ancorar suas ações, compreendendo que o processo produtivo em si e os impactos à saúde do trabalhadores não se restringem aos muros da empresa, sendo fundamental incorporar os propósitos da política de saúde do trabalhador.

As transformações alcançam os outros modos de produção, como, por exemplo, a agricultura familiar, pois também começam a utilizar os agroquímicos porque há alterações sistêmicas do ponto de vista ambiental, que repercutem na forma de produzir, vender e comprar.

Evidencia-se o fato de que as pessoas/pequenos produtores têm capacidade de aprender e desenvolver novas estratégias de resistência, que fica provada no sucesso deles de sobreviver diante das novas condições impostas pelo agronegócio. Isso significa que políticas públicas adequadas poderiam fortalecer as atividades dos pequenos produtores, sendo necessário mais do que distribuir semente e crédito. Consiste em estímulos à organização em associações e apoio técnico e financeiro nas decisões de: *como e o que produzir!*

A saúde da população reflete a expressão destes processos em curso no território, pois a forma como tem se estruturado o trabalho que promove alterações em todo o núcleo da família promove mudanças que vão além dos danos

específicos e mensuráveis. Assim, é essencial discutir na perspectiva de inter-relação, e não focalizar apenas em agravos.

O controle social e as práticas dos profissionais de saúde e a ação intersetorial ainda apresentam uma grande distância de um modelo de atenção centrado na saúde, contribuindo para que perdure a pouca utilização dos instrumentos, de análise situacional, como a territorialização, os sistemas de informação em saúde e o planejamento participativo. Alguns destes instrumentos, apesar de limitados, sequer são conhecidos, como, por exemplo, as fichas que devem ser utilizadas na notificação ao sistema nacional de agravos notificáveis em casos de intoxicação por agrotóxicos.

Essas questões são importantes para percebermos o lugar onde nos situamos na execução destas políticas no âmbito local e traçar coletivamente estratégias que garantam, por exemplo:

- ✓ que os trabalhadores da chapada do Apodi sejam vistos, ouvidos, acolhidos;
- ✓ que a ação intersetorial possa ser o caminho que mais nos aproxima na busca de garantir o acesso a moradia, comida e trabalho digno – condições necessárias à saúde, e que os desafios observados na assimetria de forças entre os agentes locais e os grandes empreendedores, reforçados pelo Estado, possam ser pautados e discutidos na produção dessa ação intersetorial, com base nos territórios vivos e singulares;
- ✓ que possam ser revistos os mecanismos regulatórios e de planejamento das políticas públicas que interferem na saúde com a participação das comunidades e do setor saúde;
- ✓ que sejam desenvolvidos processos de educação libertadora, que promovam autonomia e criticidade, rompendo com o despreparo dos profissionais de saúde em abordar questões complexas e com a desinformação das comunidades;
- ✓ que APS seja capacitada para ser vigilante do território, incorporando a dimensão do trabalho e ambiente, abrindo perspectivas para a efetiva inversão do modelo de atenção, do

individual, centrado na doença, na tecnologia e no hospital, para o da promoção da saúde; e

- ✓ que o serviço de saúde seja organizado para garantir o acesso, acolher, identificar e cuidar dos problemas de saúde decorrentes do trabalho, sendo capaz de perceber a dinâmica viva das inter-relações do desenvolvimento com a produção e a saúde nos territórios e sua interface com o processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

ADELAIDE, Declaração. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2., 1988, Adelaide, Austrália.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na Atenção Básica à Saúde no Município: em busca da integralidade. **Interface Comunic. Saúde, Educ.**, v. 8, n.15, p. 259-274, 2004.

ALEXANDRE, S. F. **Estudo dos Agravos à Saúde dos Trabalhadores expostos a agrotóxicos no agronegócio do abacaxi em Limoeiro do Norte – Ceará.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

ALMA-ATA, Declaração. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS, 1978.

AMORIM, L.; KUHN, M.; BLANK, V. L. G.; GOUVEIA, N. Saúde ambiental nas cidades. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 111-120, 2009.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Uma História de Atenção Primária. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ANUÁRIO Estatístico do Ceará. Disponível em:<
<http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario/anuario2007/qualidade/saude/>>.
Acesso em: 20 abr. 2009.

ASSARÉ, P. **Triste partida.** Disponível em:<
<http://www.amopoesias.com.br/poesia/patativa-do-assare/a-triste-partida/>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 376-382, 2003.

AUGUSTO, L. G. S. Inter-relações entre saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e a Atenção Básica de Saúde no SUS. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL, 1., 2009, Brasília. **Caderno de Textos...** Brasília, 2009.

AUGUSTO, L. G. S.; FRANCO NETTO, G. Por uma política de “Saúde e Ambiente” não domesticada. **Cad. Estud. Av.**, Rio de Janeiro, v. 3 n. 2, p. 21-33, 2006.

AUGUSTO, L. G. S.; MOISES, M., Conceito de ambiente e suas implicações para a saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL, 1., 2009, Brasília. **Caderno de Textos...** Brasília, 2009.

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C. **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BATISTA, S. M. L. Movimentos sociais e saúde ambiental em construção. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE AMBIENTAL, 1., 2009, Brasília. **Caderno de Textos...** Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde.** Brasília, DF, 2005a. (Caderno de legislação em saúde do trabalhador).

_____. **Portaria nº 2.437/GM de 7 dezembro de 2005.** Brasília, DF, 2005b.

_____. **Subsídios para Construção da Política Nacional de Saúde Ambiental.** Brasília, DF, 2007.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, v.4).

_____. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão.** Brasília, DF, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v.1).

_____. **Pactos pela vida e de Gestão.** Brasília, DF, 2006c. (Série Pactos pela Saúde, v. 2).

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, DF, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 7).

_____. **Vigilância ambiental em saúde.** Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Campo da Saúde do Trabalhador e o papel dos profissionais de saúde na atenção à Saúde dos Trabalhadores. In: _____.

Doenças Relacionadas ao Trabalho: manual de procedimentos para os serviços de Saúde. Brasília, DF, 2001.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CÂMARA, V. M.; TAMBELLINI, A. M. T.; CASTRO, H. A.; WAISSMANN, W. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador: Epidemiologia das relações entre a Produção, o Ambiente e a Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2005. p. 469-495.

CAMARGO JR., K. R.; CAMPOS, E. M. S.; TEIXEIRA, M. T. B; MASCARENHAS, M. T. M.; MAUAD, N. M.; FRANCO, T. B.; RIBEIRO, L. C.; ALVES, M. J. M. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, Supl. 1, p. S58-S68, 2008.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface**, v. 11, n. 23, p. 605-18, 2007.

CARNEIRO, F. F.; ALMEIDA, V. E. S. de. Os riscos socioambientais no contexto da modernização conservadora da agricultura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n.1, p. 22-23, 2007.

CEARÁ. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Cear%C3%A1>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

CEARÁ. Governo do Estado. **Ceará em números**. Disponível em:<http://www.ceara.gov.br/portal_govce/ceara/ceara-em-numeros>. Acesso em: 12 abr. 2009.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Ofício nº 7/2007 – COPROM – Coordenadoria de Promoção e Proteção a Saúde**. Fortaleza, 2008.

_____. **Informações em saúde**. Disponível:<http://www.saude.ce.gov.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=286&showall=1>. Acesso em: 20 abr. 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

COMERLATTO, D. ; COLLISELLI, L. ; KLEBA,; M. E. ; MATIELLO, A. ; RENK, E. C.; Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Rev. katálysis**, v. 10, n. 2, p. 265-271, 2007.

COSTA, R. E. B. **Modernização agrícola conservadora e as alterações socioespaciais no distrito de Lagoa-Quixeré (CE). Limoeiro do Norte-CE.** 2006. 74 p. Monografia (Especialização) - Faculdade de Filosofia Dom Aureliano Matos, Universidade Estadual do Ceará, 2006.

DIAS, E. C.; RIGOTTO, R. M. AUGUSTO, L. G. S.; CANCIO, J. ; HOEFEL, M. G. L. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidade e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2061-2070, 2009.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n. 4, p. 817-827, 2005.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FEUERWERKER, L. C.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 2, n. 4, p. 965-971, 2007.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

FRANCO NETTO, G.; CARNEIRO, F. F.; ARAGÃO, L. G. T. *et al.* Saúde e Ambiente: reflexões para um novo ciclo do SUS. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS – ressignificando a promoção da saúde.** São Paulo: HUCITEC/OPAS, 2006.

FREEDHEIN, S. B. **Porque menos sinos dobram no Ceará:** o sucesso de um programa de agentes comunitários no Ceará-Brasil. 1993. 66 f. Dissertação (Mestrado em Planejamento Urbano) - Instituto de Tecnologia de Massachusetts, 1993.

FREIRE, P. Educação e conscientização. In:_____. **Educação como prática da liberdade.** 21. ed. São Paulo: Paz e Terra,1992 . p. 109-130.

GONDIM, G. M. de M. *et al.* O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. (Org.) **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 13, p. 237-256.

HAESBAERT, R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. In: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA, 10., 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2005. p. 6774- 6792.

IBGE.Estatísticas.

Disponível:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP_2009_TCU.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2010.

_____. **Cidades@.** Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

_____. **Estados@.** Disponível em:<[h.http://www.ibge.com.br/estadosat/perfil.php?sigla=CE](http://www.ibge.com.br/estadosat/perfil.php?sigla=CE)>. Acesso em: 23 set. 2008.

IPECE. **População. Demografia.** Disponível em:<<http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario/anuario2008/demografia/populacao.htm>>. Acesso em: 18 jan. 2010.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001.

JARDIM, J. S. Desenvolvimento sustentável, desenvolvimento como liberdade e a construção da cidadania na perspectiva ambiental. **Rev. Programa de Mestrado em Direito do UNICEUB**, v. 2, n. 1, p. 189-201, 2005.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757-765, 2007.

_____. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 151-61, 2000.

LACAZ, F. A. C.; FLORIO, S. M. R. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2123-2134, 2009.

LAURELL, A. C. Saúde e Trabalho: os Enfoques Teóricos. In: NUNES, E. D. **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília: OPAS, 1985. p. 255-273.

LIBÂNIO, J. B. **A arte de formar-se**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

LIMA, G. F. C. Questão ambiental e educação: contribuições para o debate. **Ambiente & Sociedade**, ano 2, n. 5, p. 135-153, 1999.

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, v. 115, n. 32, p. 121-134, 2007.

MATTOS, R. A. A. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade) **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A. de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface**, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009.

MENDES, E. V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, 2007. Disponível em:<[http:// www.duvas.saude.epi.gov.br](http://www.duvas.saude.epi.gov.br)>. Acesso em: 16 jun. 2009.

_____. **Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005.

MERHY, E. E. **Engravidando palavras: o caso da integralidade**. 2005. Disponível em:<[_acd.ufrj.br/nutes/Home%20LTC/mestrado/arquivos/semmerhy.pdf](http://acd.ufrj.br/nutes/Home%20LTC/mestrado/arquivos/semmerhy.pdf)>. Acesso em: 16 jun 2009.

_____. **Integralidade: implicações em cheque**. Campinas, 2005.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida em Saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. N. A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, Supl. 2, p. 21-32, 1997.

MONKEN, M. *et al.* O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. (Org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 1, p. 23-41.

NOVAES, J. R. P. Idas e vindas: disparidades e conexões regionais. In: NOVAES, J. R.; ALVES, F. (Org.). **Migrantes: trabalho e trabalhadores no Complexo Agroindustrial Canavieiro (os heróis do agronegócio brasileiro)**. São Carlos, SP, 2007. cap. 1, p. 87-118.

OPAS. **Enfoques ecossistêmicos em saúde: perspectivas para sua adoção no Brasil e em países da América Latina**. Brasília, 2009. (Série Saúde Ambiental 2).

ORLANDI, E. P. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 2000.

OTTAWA, Carta. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., Ottawa, Canadá, 1986.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. **Interface**, v. 8, n.15, p. 331-348, 2004.

PINHEIRO, T. M. M. SILVA, J. M.; CARNEIRO, F. F.; FARIA, H. P.; SILVA, E. N. **Saúde no campo**. Brasília, DF, 2009. Cadernos de Textos da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental.

PORTO, M. F. S. **Saúde do trabalhador, meio ambiente e desenvolvimento: estratégias de integração**. Campinas, 2003. Conferência proferida na 1ª Conferência de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente.

PORTO, M. F.; MARTINEZ-ALIER, J. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, supl. 4, p. S503-S512, 2007.

RIBEIRO, H. Saúde Pública e Meio Ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p.70-80, 2004.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt – Terapia – o Processo Grupal**. São Paulo: Summus Editorial, 1993.

RIGOTTO, R. M. **O “progresso” chegou. E agora? As tramas da (in)sustentabilidade e a sustentação simbólica do desenvolvimento**. Tese (Doutorado em Sociologia) - Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

_____. Saúde Ambiental & Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 6, n. 4, p. 388-404, 2003.

RIGOTTO, R. M.; MARINHO, A. M. C. P.; ELLERY, A. E.L.; SAMPAIO, J. L. F.; TUPINAMBA, S. V. Da primavera silenciosa às primaveras silenciadas: conflitos socioambientais no agronegócio da fruticultura e agrotóxicos no Baixo Jaguaribe. In: ZHOURI, A.; LASCHEFSKI, K. (Org.). **Desenvolvimento e conflitos ambientais**. 1 ed. Belo Horizonte: UFMG, 2010. p. 148-175.

RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde e Ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. **Cad. Saúde Pública**, v.23, suppl.4, p. S475-S485, 2007.

SABROZA, P. C. **Concepções sobre saúde e doença**. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

SABROZA, P. C.; LEAL, M. C.; BUSS, P. M. A Ética do desenvolvimento e a proteção às condições de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 8, n. 1, p. 88-95, 1992.

SANTOS, A. L. **A Comunidade do Mangue do Bairro Vila Velha, Fortaleza-Ce: o território e o cotidiano vivido a partir da perspectiva dos moradores e dos profissionais do programa de saúde da família (PSF)**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

SANTOS, A. O. L. RIGOTTO, R. M. **Território e processos de territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica**. 2009.

SANTOS, R. S.; RIBEIRO, E. M.; GOMES, F. G.; SANTOS, L. C.; RIBEIRO, M. M.; SANTOS, T. C. S.; CARIBE, D. A.; SOUTO, I. M.; JÚNIOR, C. D. Compreendendo a

natureza das políticas do Estado capitalista. **Rev. Adm. Pública**, v. 41, n. 5, p. 819-834, 2007.

SANTOS, T. C. C.; CÂMARA, J. B. D. **GEO Brasil 2002: perspectivas do Meio Ambiente no Brasil**. Brasília: edições IBAMA, 2002.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, E. B. Participação popular, educação e cidadania: ressignificações no campo político da democracia participativa no Brasil. In: SCOCUGLIA, A. C.; JEZINE, E. **Educação popular e movimentos sociais**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2006. p. 193-209.

SILVA J. M.; NOVATO-SILVA. E.; FARIA H. P.; PINHEIRO T. M. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n. 4, p. 891-903, 2005.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidades na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 234-242, 2003.

SOUSA, M. S.; PESSOA, V. M.; BARBOSA, M. I. S.; BRASIL, R. W. N. A organicidade de um plano de ação coletivo: a experiência participativa do conselho estadual de saúde do ceará. **Anais do IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 47-59, 1998.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

TUNDISI, J. G. A qualidade ambiental e os impactos sobre saúde. **Cad. Estud. Av.**, v. 3, p. 9-18, 2006.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, F. D. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

VASCONCELOS, L. C. F.; PIGNATI, W. A. Medicina do Trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p.1105-1110, 2005.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. de O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n. 1, p. 145-154, 2006.

ZANOTTO, M. A. C.; DE ROSE, T. M. S. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Educ. Pesquisa.**, v. 29, n. 1, p. 45-54, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Esta pesquisa será desenvolvida por pesquisadores da Universidade Federal do Ceará (UFC) com apoio do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Estou convidando-o a participar de uma pesquisa intitulada **Tecendo Atenção Integral em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde em Quixeré – Ceará**. Esse estudo objetiva contribuir na construção de ações em saúde ambiental e saúde do trabalhador na Estratégia Saúde da Família em Quixeré-Ceará. Para tal, realizaremos observação participante nas unidades básicas de saúde e seminários com o grupo de pesquisa. Você está sendo convidado a participar como **integrante/participante do grupo de pesquisa**, nos momentos dos seminários. Os seminários serão a cada 15 dias em local apropriado a ser definido pelo grupo, no município sede da pesquisa. Serão no máximo 6 reuniões que terão duração de 8 horas e as datas serão definidas em consenso pelos integrantes/participantes do grupo de pesquisa. Estes encontros do grupo serão gravados e, em alguns momentos filmados. Esta pesquisa visa à melhoria da política de saúde – Sistema Único de Saúde, pois nesses seminários serão discutidos os problemas locais e serão propostas ações a serem implantadas no município. Informamos que os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas na área de saúde, ambiente e educação. Esclarecemos que você poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, que esse estudo não acarretará nenhum dano a sua saúde e, que será resguardado o sigilo das informações referente aos nomes dos participantes do grupo. Você não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo.

Orientadora: Raquel Maria Rigotto, endereço eletrônico: raquelrigotto@gmail.com
Fone: (85) 88216299; (85) 3366 8045 Pesquisadora: Vanira Matos Pessoa,
endereço eletrônico: vaniramatos@yahoo.com.br Fone: (85) 87388644

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará - Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo - Telefone: 3366.8338

O abaixo-assinado, _____, ____ anos, RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Nome do voluntário	Data	Assinatura
Nome do pesquisador	Data	Assinatura
Nome da Testemunha (somente se algum integrante do grupo/voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

Fortaleza, _____ de _____, de 2009

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista com informantes chaves

- ✓ Qual a região do município de Quixeré que na atualidade mais tem problemas sócio-ambientais relacionados ao trabalho com impactos na saúde da população?
- ✓ Como você percebe o trabalho da equipe saúde da família em relação à atenção a saúde dos trabalhadores?
- ✓ Como você percebe o trabalho da equipe saúde da família em relação à atenção a saúde ambiental?

APÊNDICE C – Critérios a obedecer na observação participante na Unidade Básica de Saúde

Critérios:

- ✓ Relação profissional de saúde – usuário;
- ✓ Cronograma e horários de funcionamento da unidade de saúde;
- ✓ Tipo de demanda que mais chega à unidade de saúde: idade, sexo, local de procedência, principais queixas referidas;
- ✓ De que forma a equipe realiza o acolhimento dos usuários – triagem, agendamentos, encaminhamentos;
- ✓ Se existem ações de saúde do trabalhador e saúde ambiental sendo desenvolvidas no cotidiano da equipe saúde da família.

APÊNDICE D – Roteiro básico de perguntas norteadoras dos seminários - problematização

Caracterização do lugar

1. Quais os marcos históricos vivenciados pela comunidade?
2. Quem foram os primeiros habitantes a chegar?
3. Quais os eventos mais importantes que aconteceram na comunidade?
4. Que aspectos chamam atenção em relação à cultura, saúde, educação na comunidade?
5. Que o grupo observa em relação ao trabalho e a economia na comunidade?
6. Que importância tem a *territorialização em saúde* para o trabalho da Equipe Saúde da Família?

Caracterização do trabalho

1. De que forma os processos produtivos tem relação com os problemas de saúde?
2. Qual a instituição é mais importante para o desenvolvimento da comunidade?
3. Quais as organizações e grupos ativos na comunidade?
4. Qual a percepção que o grupo tem sobre a atuação dessas instituições?
5. Qual a interação que estas instituições têm entre si?
6. Quais as estratégias de vida adotadas pelas pessoas da comunidade que não tem emprego?
7. Quais os serviços existentes na comunidade?
8. Quais os critérios para se ingressar nesses serviços?
9. Quais os lugares fora da comunidade e a distância para onde as pessoas vão para obter serviços?
10. O que significa para o grupo o acesso a esses serviços? E ao trabalho?
11. Quem são as pessoas que estão neste trabalho (sexo, procedência, idade, escolaridade)?

Caracterização dos problemas sócio ambientais relacionados ao trabalho

1. De que forma se dá a relação trabalho-ambiente no território?
2. Quais os riscos a saúde decorrentes do trabalho?
3. Quais os problemas/agravos a saúde decorrentes do trabalho?
4. Quais os riscos a saúde relacionados ao ambiente?
5. Quais os problemas/agravos a saúde relacionados ao ambiente?
6. De que forma a equipe saúde da família pode intervir nesses riscos relacionados ao trabalho e ao ambiente?
7. Qual o papel dos movimentos sociais, dos usuários do serviço de saúde, do poder público no enfrentamento dos problemas locais?
8. De que forma os participantes percebem as políticas de saúde ambiental e saúde do trabalhador na Atenção Primária?

APÊNDICE E – Orçamento

Esta pesquisa se insere dentro de um projeto denominado Políticas Públicas e Controle Social apoiado pelo Ministério da Saúde. Os recursos necessários para a realização das atividades do projeto serão provenientes deste financiamento, por meio da Fundação para o Desenvolvimento da Pesquisa - FUNDEP.

ORÇAMENTO			
CAPITAL			
EQUIPAMENTOS / MATERIAL PERMANENTE / MATERIAL BIBLIOGRÁFICO			
Especificação	Quantidade	Valor (R\$) Unidade	Valor (R\$) Total
Gravadores digitais	2	350,00	700,00
Máquina fotográfica digital	1	700,00	700,00
Material bibliográfico	-	1.000,00	1.000,00
Impressora	1	600,00	600,00
TOTAL CAPITAL			3.000,00
CUSTEIO			
MATERIAL DE CONSUMO			
Especificação	Quantidade	Valor (R\$) Unidade	Valor (R\$) Total
Material de escritório: caneta, lápis, borracha, prancheta, arquivo polionda, envelope 266x365, etc, cartolinas, pincéis, xerox.	diversos	Diversos	1.000,00
Cartucho de tinta	10	70,00	700,00
Papel ofício (resmas)	10	15,00	150,00
Sub-total			1.850,00
SERVIÇOS DE TERCEIROS			
Especificação - PESSOA FÍSICA	Quantidade	Valor (R\$) Unidade	Valor (R\$) Total
Transcrição e edição de fitas (valor / hora)	40h	50,00	2.000,00
Sub-total			2.000,00
Especificação - PESSOA JURIDICA	Quantidade	Valor (R\$) Unidade	Valor (R\$) Total
Reprodução de material bibliográfico e para capacitação (folhas)	1.000,00	0,10	100,00
Produção gráfica de cartilhas	300,00	1,20	360,00
Arte gráfica de material educativo		600,00	600,00

Instalação, recuperação e manutenção de equipamentos		500,00	500,00
Sub-total			1.560,00
PASSAGENS E DIÁRIAS			
Especificação -	Quantidade	Valor (R\$) Unidade	Valor (R\$) Total
Passagens aéreas	06	1.200,00	7.200,00
Passagens rodoviárias	50	22,00	1.100,00
Diárias	30	187,83	5.634,49
Subtotal			13.934,49
Total geral			29.844,49
Resumo Total das Despesas Para Execução do Projeto			
Total capital		3.000,00	
Material de consumo		1.850,00	
Serviços de terceiros (pessoa física + pessoa jurídica)		3.560,00	
Total custeio		5.410,00	
Passagens e diárias		13.934,49	
Total geral		27.754,49	

