

O mundo rural e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

Anajá Antônia Machado Teixeira dos Santos
Carlos André Moura Arruda
Tatiana Engel Gerhardt

O presente ensaio busca trazer elementos sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas no contexto das novas ruralidades, elementos importantes que compõem as problemáticas da vida social e das relações que se estabelecem dentro deste espaço diversificado que é o rural. Pensar nessa diversidade do espaço rural significa “apreendê-lo para além de um espaço apenas agrário, produtivo e do quadro demográfico e de distribuição de doenças” (Gerhardt; Lopes, 2015, p. 7).

Numerosos são os estudos sobre o mundo rural que têm contribuído para darmos visibilidade para a vida social rural onde as relações sociais não são mais pensadas somente pelas relações de trabalho, mas interligadas às relações familiares, comunais, de lazer e com o Estado, por meio das políticas

públicas. É nesta teia de relações sociais que o dinamismo dessa nova ruralidade se organiza sem perder o elo com a sua história; e é justamente por não perder esse elo que os espaços rurais se tornam atrativos para outras pessoas, dando uma nova ressignificação para este lugar, tornando-o um local para além da produção agrária e sim um espaço que alcança novas dimensões sociais (Wanderley, 2009).

Já no campo da saúde, pensar o rural tornou-se objeto recente de preocupações acadêmicas e políticas, sendo que o modelo proposto por esse campo para o rural brasileiro acompanha historicamente os interesses econômicos, seja para alcançar patamares aceitáveis nos indicadores mensuráveis de desenvolvimento e de saúde exigidos pelas grandes agências de acompanhamento e de fomento de informações relativos ao desenvolvimento, seja para manter a força de trabalho sadia, capaz de atender as demandas de mercado e a restrita relação do desenvolvimento ao crescimento econômico. No entanto,

[...] entende-se que para apreender as necessidades de saúde da população não bastam indicadores epidemiológicos e sociais tradicionais que partem de uma lógica biologicista ou mecanicista que, por exemplo, tenta demonstrar a relação direta entre o crescimento econômico, o acesso às políticas e a superação dos problemas de saúde. Para avançar na discussão, sugere-se considerar também outros elementos e os aspectos mais dinâmicos e subjacentes de cada realidade em questão. Ou, em outros termos, atentar para a forma concreta com que os atores sociais constroem suas necessidades e lidam com a relação entre as condições de vida e os problemas de saúde no cotidiano. (Ruiz, 2013, p. 25)

Nesse sentido, repensa-se o rural enquanto espaço de produção de vida para além de um espaço produtivo, um lugar em que se vive em relação ao e com o mundo, espaço em que se inventa a vida, o que dá voz e protagonismo às pessoas que vivem nesse lugar (Ruiz, 2013).

Assim, é importante compreender o papel das pessoas que vivem no rural e como eles próprios entendem o seu espaço de vida, de forma a desmistificar o que na essência, conforme Fernandes e Pontes (2002), não é imutável, é um território com vida socioeconômica dinâmica e específica. O espaço rural está aberto a novas emergências, a uma nova ruralidade, que vai além de sua simples urbanização. Tal urbanização aponta para um meio rural moderno, compreendido como um lugar de encontro de pessoas e grupos de origens diversas em situações de confronto ou de integração, as diferenças entre rural e urbano diminuíram, mas a igualdade social ainda está longe de ser atingida.

A maioria das políticas públicas voltadas para os espaços rurais estão vinculadas aos meios de produção agropecuária, como o Programa Nacional do Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf), o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Nacional da Alimentação Escolar (PNAE), todas relacionadas a esta visão de que o rural existe apenas para abastecer o meio urbano. Essa visão demonstra uma falta de identificação do que acontece na sociedade rural e de que tais espaços são apenas para servir o “[...] campo de aplicação do capital, à semelhança de qualquer outro setor passível de investimento [...]” (Wanderley, 2009, p. 205), numa clara negação da existência da vida social ali existente.

Assim, para repensarmos o mundo rural e suas relações com o campo da saúde, é necessário que haja compreensão das dimensões presentes nesse novo rural, incluindo a necessidade de haver políticas públicas que atendam às demandas dessas populações, garantindo acesso às condições econômicas, sociais e culturais e a própria permanência dando visibilidade às novas ruralidades emergentes no campo. É com esse intuito que trazemos elementos para o debate sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), que surge no contexto das discussões sobre as novas ruralidades, ou seja, da concepção de rural como espaço de vida e da importância da elaboração de políticas públicas que contemplem a saúde da população rural.

O rural como um espaço de vida

Em meados da década de 1980, ao mesmo tempo em que o Brasil vivenciava o processo de redemocratização, o espaço rural brasileiro iniciava também alterações em suas concepções. Alteram-se lentamente as percepções sobre quem vive no rural e quais são as necessidades para que possa se manter e aprimorar seu modo de vida, procurando, assim, trazer à tona que o rural é mais do que simplesmente um lugar de produção agropecuária, mas é, principalmente, um espaço de vida.

O mundo rural não é um espaço isolado, mas está integrado à sociedade. Ele possui, porém, suas peculiaridades históricas, sociais, culturais e ecológicas que definem sua realidade. É um espaço físico diferenciado e um lugar de vida, lugar onde se vive e onde se vê o mundo (Wanderley, 2001). Wanderley (2009) coloca que o meio rural se caracteriza pelas relações sociais de interconhecimento e carrega em si a diversidade das próprias relações e destas com os espaços urbanos. O rural é um espaço de relações sociais específicas,

construído por seus habitantes e suas relações consolidadas por laços familiares e de vizinhança, no nível da vida cotidiana e ao longo dos seus ciclos – essas são a base fundamental da vida social desses locais.

Muitas vezes, para os que residem nas cidades, “viver no rural” significa pertencer ao passado ou estar em um momento de atraso em relação ao meio urbano, de forma que “[...] a racionalização avança por todos os domínios da vida rural, em geral vista sob o signo oposto, como lugar da tradição em oposição à modernidade geralmente representada pelo mundo urbano” (Favareto, 2006, p. 25). Porém, segundo Wanderley (2009), as mais recentes transformações no meio rural são resultado de fatores internos e externos e são efeitos das novas relações políticas e econômicas de um mundo cada vez mais internacionalizado. As relações do rural com o urbano perderam o caráter antagonico diante das formas de produção agrícola, da valorização do meio rural e do profundo processo de diversificação social.

Sendo assim, o meio rural moderno é compreendido como um lugar de encontro de pessoas e grupos de origens diversas, em situações de confronto ou de integração. A transformação do meio rural não é um processo homogeneizador e resulta em uma diferenciação dos espaços rurais e urbanos, constituindo uma rede de relações heterogêneas (Wanderley, 2009). Sob essa ótica, a autora coloca que o espaço local deve ser o lugar da convergência entre o rural e o urbano, no qual as particularidades de cada um são a fonte da integração e cooperação, resultando dessa aproximação uma rede de relações recíprocas.

Nesse mesmo sentido, conforme Abramovay (2009), a ruralidade não é uma etapa do desenvolvimento a ser superada para o progresso gerando a urbanização. Essa ruralidade é um valor para as sociedades contemporâneas que possui características próprias e não somente atividades econômicas. Desse modo, essas características e valores trazem consigo um novo olhar para o desenvolvimento, revelando novas relações entre cidade e campo, mostra dinâmicas regionais onde pequenas aglomerações urbanas dependem das áreas ao seu redor para expandir sua economia em nível nacional e global (Abramovay, 2009).

Considerando as características apresentadas, há a necessidade de pensar em uma forma de desenvolvimento rural que abranja aspectos que vão além dos econômicos – ou, como Wanderley (2001) apontou, é necessário pensar na ruralidade como uma forma de promover o desenvolvimento local sem ignorar as necessidades do meio rural. Tais concepções são possíveis a partir da participação das lideranças sociais e dos estudos acadêmicos que vêm sendo desenvolvidos para (re)pensar o Brasil integralmente e, assim, trazer à tona políticas públicas voltadas para além da agropecuária, buscando integrar o rural e o urbano, dando maior ênfase aos atores envolvidos.

Aos poucos, percebe-se que há a necessidade de criar estruturas com a nova configuração do rural, pois, conforme Graziano e Del Grossi (1997), o espaço do meio rural gradativamente está sendo utilizado também com fins não agropecuários, como moradia de trabalhadores não rurais ou turismo ecológico. Essa “nova forma de valorização do espaço vem remodelar as atividades ali existentes, em função da preservação ambiental e do atendimento aos turistas” (Graziano; Del Grossi, 1997, p. 166). Wanderley (2001) chama atenção para a especulação imobiliária, que acaba por transformar o rural. Um outro problema apresentado com a venda dos imóveis rurais para populações tradicionalmente urbanas é que esses moradores das zonas rurais são forçados a deixar seus espaços de moradia e de vizinhança, levando à perda imediata da vitalidade social, ou seja, a rede de relações construída ao longo do tempo vai se esvaindo, empurrando essas famílias para o meio urbano.

Atualmente observa-se que o meio rural vem sendo cada vez mais valorizado também como um espaço para lazer e opção de segunda moradia para as famílias urbanas com maior renda. Somado a isso, a diminuição da oferta de empregos urbanos e maior dificuldade na aquisição da casa própria faz do rural uma opção de moradia mais interessante para boa parte da população de baixa renda também (Graziano; Del Grossi, 1997).

A pluriatividade passa a ser uma alternativa para fixar as populações no meio rural, amenizando as migrações. Graziano e Del Grossi (1997) utilizam como exemplo o caso italiano em que a pequena agricultura faz parte de um sistema no qual as atividades das agroindústrias e a pluriatividade são fundamentais. Nesse sistema, as cadeias agroindustriais, a industrialização difusa e a prestação de serviços estão interconectadas, formando áreas rurais diferenciadas, não agrícolas, mas também não funcionam como centros urbanos.

Considerando isso, faz-se necessário que existam políticas públicas que atendam da mesma forma as famílias que não se dedicam integralmente à produção agropecuária, ou seja, que atendam, além dos agricultores *full time*, também as famílias que não se dedicam integralmente às atividades agrícolas internas do seu estabelecimento (Graziano; Del Grossi, 1997). Tendo em vista que os pluriativos são um segmento crescente de agricultores, é necessário que haja o alargamento das diretrizes das políticas públicas¹ para que esses também possam acessá-las.

¹ A título de exemplo, citamos as políticas públicas do Programa de Aquisição de Alimentos, do Programa Nacional de Alimentação Escolar e a Extensão Rural, que priorizam os agricultores que dedicam a maior parte do seu tempo e obtenção de renda à agricultura.

No momento em que o governo e a sociedade perceberem que o rural está para além de produção agrícola, verificar-se-á a necessidade de elaborar outras políticas públicas para esses espaços. Atitudes governamentais demonstram, conforme Graziano e Del Grossi (1997), que outros serviços públicos, aos poucos, vão sendo oferecidos para essa população (serviços básicos como educação e saúde), proporcionando também a empregabilidade no serviço público. Contribuindo com esse pensamento:

Para que a intensidade de vida social se mantenha, é preciso que a população rural possa encontrar em seu espaço de vida – que inclui, como foi dito, suas relações com os espaços urbanos – os meios necessários para garantir, pelo menos, um patamar mínimo de subsistência socialmente aceitável. Isso porque, aquém deste patamar, o abandono do meio rural é inevitável, com a consequente debilitação da vida social local. (Wanderley, 2001, p. 35)

A partir das visões dos autores sobre o tema, é possível certificar que há vida social no meio rural, penetrada por uma intensa teia de relações humanas. São essas relações que demonstram a riqueza do envolvimento entre os mais diversos setores do meio rural. O espaço rural aos poucos vai sendo ocupado por outros segmentos, como o chamado neorrural e aqueles que não possuem nada, os “sem sem”: “quase sempre também sem casa, sem saúde, educação, e principalmente sem organização, coisa que os sem-terra indiscutivelmente já conseguiram” (Graziano; Del Grossi, 1997, p. 171).

Graziano e Del Grossi (1997), Wanderley (2000) e Veiga (2001) apontam para a direção de que o rural possui necessidades específicas para esta nova realidade, que abrange uma agropecuária moderna, um conjunto de atividades não agrícolas ligadas a moradia, lazer e prestação de serviços, além de novas atividades agropecuárias, localizadas em nichos especiais que não a propriedade rural em si. E essa nova realidade possui, dentro de sua grande diversidade, um imenso potencial econômico e cultural que deve ser utilizado para potencializar forças para o desenvolvimento local/rural.

Isso posto, percebe-se a inevitabilidade da presença e intervenção do poder público mediante políticas públicas que visem propiciar facilidades e conforto de vida aos moradores desses locais. É a partir desse pensamento que surge a reflexão sobre as políticas públicas voltadas à saúde e de como essa discussão contribui para a permanência das populações no meio rural. Além disso, faz-se necessário compreender ainda o papel do Sistema Único de Saúde (SUS).

A construção e o papel do SUS

Segundo Souza (2006), as políticas públicas nascem em 1930. Para a estudiosa:

Pode-se [...] resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real. (Souza, 2006, p. 26)

As políticas públicas são elaboradas a fim de garantir o que preconiza a Constituição Federal bem como tudo aquilo de que a população brasileira tem necessidade, ou seja, é exatamente através dos problemas existentes no país – e, também, com relação às suas potencialidades – que tais políticas são instituídas. Políticas públicas configuram decisões de caráter geral que apontam rumos e linhas estratégicas de atuação governamental, visando responder a demandas, problemas e necessidades sociais, potencializando e democratizando os recursos disponíveis.

Cabe a cada cidadão ter participação ativa nessa constituição por meio das distintas representações existentes no âmbito dos serviços: associações, instituições, conselhos, fóruns, colegiados, dentre outros espaços que são potenciais para o incremento de novas proposições e iniciativas de políticas que corroborem com o que a população tenciona e necessita. Nesse sentido, as políticas públicas devem nascer das necessidades da população, implicando participação ativa de todos os sujeitos envolvidos na sua materialização e consequente operacionalização.

No Brasil, historicamente, as políticas públicas foram planejadas e executadas com base em uma visão homogeneizadora da população e da realidade nacional, o que as tornava inadequadas para atender às demandas da população brasileira, sobretudo do campo e da floresta.

No campo da saúde, podemos trazer como exemplo desse processo a constituição do Sistema Único de Saúde enquanto política pública. Ao longo da história, várias transformações ocorreram nessa área, desde a Constituição de 1891, que determinou aos Estados a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento, até a Constituição de 1988, que instaura a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Na década de 1980 o Brasil vivia grandes transformações com o processo de abertura política depois do período difícil da ditadura militar, iniciado em 1964. Era um momento de efervescência social, e se fortalecia o diálogo por meio dessa abertura. A partir dela, e com a maior reivindicação emanada da sociedade civil organizada com relação aos direitos de cidadania e a responsabilização do Estado em oferecê-los e mantê-los, houve a necessidade de uma nova Constituição, que se efetivou em 1988. Porém, antes desse processo, os mais diversos grupos da sociedade civil já faziam a discussão nos seus campos de conhecimento e de atuação (Escorel, 2008).

Um desses campos era o Movimento Sanitarista, que desde a década de 1970 havia iniciado suas discussões sobre a saúde pública. Eram professores, profissionais de diversas áreas, ligados ao tema da saúde, que representavam institutos e departamentos, e muitos estavam alocados no governo e em partidos políticos ou organizações não governamentais. Os sanitaristas detinham o conhecimento e a legitimidade necessária para a reorganização do sistema de saúde do país (Costa, 2014).

A partir desses debates, na segunda metade da década de 1970, surgiram duas organizações desse campo de conhecimento: o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Esses dois importantes atores da discussão contribuíram de forma determinante com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), entre os dias 17 e 21 de março de 1986. A CNS de 1986 foi um marco importante de participação da sociedade civil organizada, pois o número de delegados que nela atuou ultrapassou o esperado e foi a partir dela que saíram itens relevantes à Assembleia Constituinte, assim como a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) (Faleiros, 2006; Escorel, 2008).

Os campos estavam dados e as discussões iniciaram junto àqueles que estavam responsáveis por concluir a nova constituição. Em 1988 finalizou-se a Assembleia Constituinte e, assim, foi promulgada a oitava Constituição do Brasil, que ficou conhecida como a “Constituição Cidadã” por garantir vários aspectos da cidadania. Além disso, ela foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política de Estado na área da saúde pública (Escorel; Nascimento; Edler, 2005).

O sistema de saúde brasileiro foi construído e desenvolvido ao longo dos anos dentro de toda a complexidade político-histórica do país, desde sua colonização. Polignano (2001), ao analisar o caso brasileiro, afirma que o Brasil da época colonial não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde, e que não existia, por parte do governo colonizador (Portugal), a vontade de criá-lo.

Foi na Constituição Cidadã, no artigo 196, que a saúde foi descrita como um direito de todos e dever do Estado, dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, era necessário garantir direitos mediante políticas sociais e econômicas que priorizassem a redução de doenças e os demais agravos, bem como o acesso universal às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tudo por meio da intersetorialidade entre os serviços do Estado.

A partir da Lei Orgânica da Saúde (LOS), especialmente das leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, o SUS passou a ser regulamentado, o que contribuiu para a garantia de direitos constitucionais e estratégias importantes para sua efetivação. Dito isso, o SUS é uma construção social que, apesar de todos os desafios desde a colonização brasileira, foi concebido através da reforma sanitária com a participação popular. Cabe-nos lembrar que o papel do profissional da saúde é fortalecer essa política pública no que tange à ampliação do acesso e à melhoria das condições de saúde da população do nosso país. Para tanto, o esforço coletivo de todos os envolvidos se fez e faz necessário, uma vez que tais melhorias não dependem somente do esforço da gestão local, mas sim do compartilhamento das ações entre população, profissionais e gestores.

Dentre os procedimentos fundantes do SUS, destacam-se seus principais princípios e diretrizes: a universalidade, que visa o acesso aos serviços independentemente de questões financeiras; a igualdade, pois na nova constituição não há distinção entre credo, etnia ou classe social; a integralidade, que propicia que todo brasileiro acesse de forma articulada os serviços nas três instâncias de governo. A participação social veio aprimorar o que já existia, ou seja, os conselhos de saúde, levando esses até o nível municipal. E a descentralização trata das responsabilidades de cada instância de governo e de como elas se articulam (Noronha; Lima; Machado, 2008).

Na Constituição Cidadã, em seu Título II, estão colocados os direitos fundamentais e sociais da população brasileira. Esses direitos são a educação, o acesso a saúde, alimentação, direito ao trabalho e à renda, ter moradia, com o resguardo do lazer e da segurança. São garantidos, também, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, além da assistência à pessoa desamparada (Brasil, 2012).

Diante disso, verifica-se a necessidade da compreensão ampla do que significam os direitos sociais do cidadão e, entre eles, o acesso a saúde e a importância da saúde e outras políticas no cotidiano do meio rural. Nota-se que é justamente nessa população que há a necessidade da revalorização do rural como um lugar que vai além do trabalho, mas também de vida. Além disso,

há a retomada da construção da permanência ou o retorno à terra, e para que isso ocorra são necessários investimentos em estruturas públicas, como escolas, energia elétrica e saúde, evitando assim o êxodo rural (Wanderely, 2000).

No campo da saúde, a luta pelos direitos sociais foi uma conquista resultante do movimento da Reforma Sanitária do Brasil, que – por meio de diversos segmentos da sociedade civil organizada – se mobilizou reivindicando a saúde como direito universal e ao Estado as condições para o exercício desse direito. O relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) subsidiou as bases para definições da Constituição Federal (1988), na qual a saúde foi definida como direito de todos(as) e dever do Estado, e ratificou a necessidade de instituir um Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do conceito ampliado de saúde: “a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Brasil, 1986, p. 4).

Apesar da instituição do SUS, o momento atual ainda demanda o que Carvalho (1993), há duas décadas, já apontava no título de um de seus artigos de reflexão: “a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, referindo-se a alguns dos seus princípios constitucionais explicitados nas leis 8.080 e 8.142: saúde como direito de todos e dever do Estado; universalidade e equidade do acesso; fim da divisão entre promoção, prevenção, assistência e reabilitação, com ênfase na prevenção; integralidade na assistência ao indivíduo; gratuidade; descentralização com gestor único em cada esfera de governo; participação complementar do privado, com preferência para os filantrópicos e os sem fins lucrativos, ainda que a atividade privada seja livre, sob controle do Estado; ênfase em algumas áreas como saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação e nutrição, portadores de deficiência; participação comunitária efetiva através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde; financiamento tripartite entre União, Estados e Municípios e através dos recursos da Seguridade Social.

A construção da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e as novas ruralidades: caminhos trilhados

De uma forma geral, ao longo de todo o processo de criação e de consolidação do SUS, muitos grupos populacionais ainda são invisíveis a esse sistema. É nessa perspectiva e direção que muitas políticas e programas específicos a determinadas populações foram reivindicados. Esse é o caso da construção e implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, que demandou grande mobilização e apresentação de reivindicações pelos movimentos sociais das populações concernentes. Participaram ativamente dessa construção o Grito da Terra, a Marcha das Margaridas, o Abril Vermelho, e o Chamado da Floresta.

Foi a partir das discussões no campo da saúde entre Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Comissão Pastoral da Terra (CPT), Movimento das Mulheres Camponesas (MMC), Seringueiros, Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA), Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), além de outros ligados ao meio rural, aos povos das florestas e das águas, que

[...] o Ministério da Saúde [...] instituiu o Grupo da Terra (por meio da Portaria nº 2.460/2005), composto por representantes de órgãos governamentais, movimentos sociais e convidados, que teve entre os seus objetivos elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) e definir estratégias para a sua implementação no País. Este grupo constitui-se como um espaço de diálogo entre os movimentos sociais e o governo federal, buscando dar respostas às suas demandas e necessidades de saúde. (Brasil, 2013, p. 9)

Assim, a PNSIPCF expressa o compromisso político do governo federal de garantir o direito e o acesso à saúde por meio do SUS, além de contribuir para a concretização dos seus princípios de equidade, universalidade e integralidade. O texto inicial da Política reforça ainda que ela

[...] traduz o desafio dessa garantia e também contempla o atual momento brasileiro de desenvolvimento do campo, de forma a incluir as peculiaridades e especificidades das demandas e necessidades em saúde dos trabalhadores rurais, dos povos da floresta e comunidades tradicionais. (Brasil, 2013, p. 9)

Essa política parte do reconhecimento da necessidade de novos rumos para o desenvolvimento econômico e social brasileiro. É preciso romper com a lógica perversa de reprodução do capital calcada num modelo de produção agrária que vem acarretando, de forma interdependente, a degradação do meio ambiente e da qualidade de vida e saúde das populações do campo e da floresta, assim como é preciso romper com a visão de que o rural é apenas um espaço produtivo.

Assim, a construção da Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta significou um compromisso pela saúde dessas populações, que compreendem povos e comunidades que têm seus modos de vida e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, dentre os quais podemos citar:² camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; e outras comunidades tradicionais.

Essa política é um marco na construção de um SUS que abrange as mais diversas frações da população e cultura brasileira. A portaria foi atualizada em 2014, quando foi acrescida a palavra “águas”. Dessa forma, a partir da Portaria nº 2.311/2014, fica instituída como Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

O Grupo da Terra é um ator importante da PNSIPCFA, pois faz a discussão da diversidade existente no interior do Brasil, além de trazer à tona suas demandas e necessidades. Por meio dessas observações é que o Ministério da Saúde tem verificado as reais condições das comunidades, num claro reconhecimento de que a saúde é determinada por questões que vão além da doença, mas por condições que abrangem a moradia, a cultura, a educação e as questões ambientais (Brasil, 2013).

Considerando a necessidade de realização de ações intersetoriais imprescindíveis para o impacto da saúde dessas populações, a PNSIPCFA está organizada em quatro eixos estratégicos. Cada eixo inclui ações incidentes sobre os distintos condicionantes e determinantes que reforçam a desigualdade social na saúde. Os aspectos analisados nesses eixos avaliam o acesso aos serviços, a promoção e vigilância em saúde e a educação permanente e popular (Brasil, 2013).

² Nos documentos da PNSIPCFA, pressupõe-se que os termos camponeses, agricultores, trabalhadores, assentados, acampados, assalariados etc. contemplam a sua flexão de gênero, ou seja, camponesas, agricultoras, trabalhadoras, assentadas, acampadas, assalariadas etc.

Essa política é recente e encontra-se em fase de estudo e implementação nos estados brasileiros. É o que ocorre no Estado do Rio Grande do Sul, onde o Comitê da PNSIPCFA foi instaurado pela Secretária Estadual de Saúde (SES) através da Portaria nº 1.261/2014. Os movimentos sociais que compõem o comitê representando os demais são MST, FETAG, MMC, MPA, Pescadores Artesanais e Profissionais, Quilombolas, representações do governo, Secretaria de Desenvolvimento Rural e Cooperativismo, representante das Secretarias Municipais de Saúde, além dos representantes da SES com o Departamento de Ações em Saúde (DAS) e Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVES) (Estado do Rio Grande do Sul, 2014).

Esse comitê tem entre suas atribuições mobilizar, organizar e fortalecer a gestão participativa no que se refere às ações em saúde. Para isso, os atores estão buscando informações junto aos seus movimentos sobre a situação dos acampados e assentados da reforma agrária, quilombolas, pescadores, atingidos por barragens, agricultores familiares, camponeses, populações ribeirinhas, assalariados rurais, extrativistas além dos trabalhadores sazonais das áreas rurais e das águas (Estado do Rio Grande do Sul, 2014).

Segundo a Portaria nº 1.261/2014, o comitê tem a finalidade consultiva e propositiva acerca de uma política de saúde para essas populações no Estado. Para isso, ele se balizará nas políticas transversais à política nacional e naquelas que foram julgadas importantes na instauração do comitê, como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (portarias nº 971/2006 e 1.600/2006) e a Política Nacional da Atenção Básica (Portaria nº 2.488/2011), por exemplo.

Diante disso, é notório que um dos focos principais da PNSIPCFA é sua articulação com outras políticas (além das já citadas, podemos mencionar também as Políticas de Saúde para o Homem e Saúde para Mulher). O importante nas articulações dessas políticas é compreender o universo, as particularidades dessas populações, sejam elas do campo, da floresta ou das águas. Cada uma tem seu próprio modo de compreender a vida, o lugar, e possui seu próprio meio de buscar estratégias importantes para a produção econômica e social.

Dessa forma, conforme o tempo passa, vão se modificando as formas como determinadas sociedades se organizam e as considerações que estas fazem sobre questões inerentes à sua própria realidade social, seja ela da saúde ou do próprio modo de perceber a vida, assim como sua própria reprodução econômica e social (Barata, 2008).

Além disso, é preponderante assimilar que outros fatores determinam como esses grupos sociais compreendem as questões relacionadas a saúde e adoecimento. Para eles, aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e

simbólicos interferem no seu modo de ver e conceber os fatos relacionados ao estar saudável e estar doente. Diante disso, é importante que políticas públicas específicas e com ações articuladas sejam elaboradas, pois é necessário preservar todo um conhecimento simbólico que é inerente a esses grupos sociais (Barata, 2008).

Aprimorando a relação com as populações residentes fora das cidades é que a PNSIPCFA foi elaborada, para construir o diálogo aproximado com esses grupos sociais, visando apreender seu modo de vida, sua forma de trabalho e geração de renda, além de viabilizar os processos de enfrentamento quando o assunto se refere à saúde e à doença. Com tais atitudes espera-se proporcionar uma diminuição da desigualdade social em que se encontram estas famílias, respeitando seu modo de vida e de reprodução social.

No Brasil, no que tange às políticas públicas sociais, observa-se uma sociedade organizada sob o olhar de uma nova configuração social, política, econômica e ambiental no país. Isso permite que as políticas públicas sociais contribuam para o rompimento de possíveis barreiras que separam a administração pública da sociedade.

O que se observa também com a PNSIPCF, a despeito de outras políticas, é que depois de planejadas e legisladas, elas se desdobram em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistemas de informação e pesquisa que, em algumas situações, requerem a aprovação de uma nova legislação e, quando operacionalizadas (colocadas em ação), são implementadas, ficando submetidas ao acompanhamento e avaliação por parte de governos, instituições e população.

Segundo dados do Censo 2010, no Brasil há 190.755.799 pessoas residentes, sendo 160.925.804 na zona urbana e 29.829.995 na zona rural, ou seja, 15,6 % da população brasileira vive em áreas rurais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010). Essa população, público-alvo da PNSIPCF, é compreendida e representada por distintos grupos:

[...] povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidade de quilombolas; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros. (Brasil, 2013, p. 22)

Vale salientar que o Brasil, em 50-60 anos, transformou-se numa potência industrial média, algo que alguns países levaram séculos para fazer (Bacelar, 2003). Como afirma Pessoa (2010), o país possui características promissoras, e dessa forma é visto internacionalmente. A autora assinala que, com a criação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), o Brasil busca o crescimento econômico e o seu desenvolvimento, e que mesmo sendo recente tal programa “[...] já provocou significativas transformações nos territórios, com potencial para incidir nos condicionantes da saúde, trazendo repercussões para o processo saúde/doença” (Pessoa, 2010, p. 41). A autora ainda adverte que devemos ter o 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. (Pessoa, 2010, p. 262)

Mesmo tendo sido reduzido ao longo dos séculos, o setor agropecuário familiar faz parte da história do Brasil e da própria humanidade (Guilhoto et al., 2006). Assim, pode até parecer um quantitativo pequeno o percentual de 15,6 % da população brasileira residir em zona rural. É importante que se destaque que essa população tem grande participação na produção de alimentos para a mesa dos brasileiros, ou seja, tal produção, na verdade, é garantida, por exemplo, pela agricultura familiar, que garante 70 % dos alimentos da mesa do brasileiro, segundo o Censo Agropecuário do IBGE de 2006.

É necessário compreender o desenvolvimento social do país e entender que a saúde deve ser entendida numa concepção ampliada. Segre e Ferraz (1997, p. 542), ao tecerem críticas acerca do conceito ampliado de saúde formulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que descreve que a saúde é o completo bem-estar físico, mental e social, interrogam, ao concluírem o seu manuscrito: “[...] não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?”. Nesse mesmo sentido, Gerhardt e Lopes (2015, p. 19) enfatizam que

[...] a definição científica do que é saúde (limitada a uma abordagem biomédica) é uma contribuição limitada para sua compreensão. Considerando sua complexidade, incluem-se, nessa compreensão, as concepções e percepções das próprias pessoas, de sua capacidade de influência na própria vida e nos processos de ser saudável e adoecer. Saúde, nesse sentido, não é um estado de estabilidade, mas, sim, algo em constante mudança, uma conquista da qual se depende. Portanto, a saúde das pessoas é um assunto delas próprias e motivo de busca constante e dinâmica. É, antes de tudo, uma sucessão

de compromissos com a realidade em direção ao bem-estar físico, mental e social. Esses compromissos constituem-se na conquista dos meios capazes de proporcionar a regulação das variações do estado orgânico; as adaptações necessárias ao meio; a realização dos desejos; e a liberdade de ação individual e coletiva, potencialmente capazes de proporcionar bem-estar.

Caminhos a serem trilhados

Nas políticas setoriais do campo da saúde, anteriores à PNSIPCFA, persistia a visão restrita do que é campo e floresta, concebidos muitas vezes em oposição ao urbano. Nessas políticas, as ações em saúde não levavam em conta a diversidade e as dinâmicas próprias do espaço rural: os diferentes sujeitos sociais; as mobilidades populacionais; as relações sociais; os modos de produção; os aspectos culturais e ambientais; as formas de organização dos assentamentos, acampamentos, aldeias indígenas, comunidades quilombolas, ribeirinhas etc. Não havia uma compreensão de que esses diferentes modos de vida se inter-relacionam com os processos de saúde e doença, que atingem as populações do campo e da floresta de maneira específica.

Assim, as políticas públicas que visam atender às especificidades das concepções do novo rural demandam, da mesma forma, que as especificidades da saúde sejam igualmente centrais. Os arranjos criados pela PNSIPCFA têm o intuito de contribuir com esse papel, como uma tentativa de aproximar o diálogo e avançar na percepção da saúde como um determinante social, portanto específica de um determinado contexto.

Não há dúvidas de que o SUS vem se tornando, a cada dia, a maior das políticas de Estado deste país, pela promoção da equidade, inclusão e justiça social. Assim, temos a PNSIPCFA como uma política que potencializa a promoção de tais indicadores. Essa trajetória é uma construção social, e em cada passo, após todos esses anos, deve-se fazer presente a busca pela garantia à saúde como direito universal apesar de todos os desafios da sociedade capitalista. Os ganhos, avanços e resultados já obtidos com o SUS nos retroalimentam no desenvolvimento de ações e estratégias operacionalizadas nos diversos serviços de saúde, tanto no setor público como no setor privado.

Não sendo o objetivo deste ensaio discutir a PNSIPCFA em si, mas trazer à tona as formas como ela pode contribuir para a problemática apresentada, coloca-se que ela foi implementada no ano de 2011 e atualizada em 2014, o que impede uma análise profunda dos seus resultados efetivos. A curto prazo, como exemplo, podemos citar algumas ações já realizadas que vão ao encontro

dos objetivos da política: ampliação da Política Nacional de Atenção Básica e instituição de novos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Rural e Comitês de Políticas de Promoção de Equidade, que contam com a participação de representantes dos movimentos sociais do campo, floresta e águas.

Mediante as ações intersetoriais das políticas públicas envolvidas no contexto do universo rural (referentes a infraestrutura, educação e saúde), nota-se que a divisão da PNSIPCFA nos seus quatro eixos de ação contribui de forma efetiva para a diminuição da desigualdade social na saúde do meio rural. Dessa forma, observamos que os eixos aos quais ela se refere podem proporcionar uma maior elaboração e interdisciplinaridade entre as diversas ações do Estado.

Contudo, apesar de todos os esforços realizados, a não implementação, até o presente momento, da PNSIPCFA e de ações em saúde ofertadas às populações do campo, da floresta e das águas mantêm tais populações invisibilizadas e excluídas, contrapondo-se aos fundamentos do Sistema Único de Saúde e as concepções das novas ruralidades. O acesso dessas populações ao SUS e aos seus princípios, por meio dessa política, como garantia constitucional, tem demandado intervenções sobre os problemas relacionados ao processo de trabalho e às ameaças à vida no campo e na floresta, que são de ordem que extrapolam o campo da saúde.

As discussões presentes na própria política (Brasil, 2013, p. 16-17) demonstram que muitos são ainda os desafios para sua implementação, tais como maior financiamento; processo ágil de educação permanente dos trabalhadores de saúde e dessas populações (de modo a aumentar a compreensão de ambos sobre as especificidades da relação entre o processo de trabalho no campo e na floresta e a saúde); ações que considerem a diversidade dessas populações (cujo processo de reprodução social se contrapõe às relações de trabalho hoje hegemônicas); avanços dos processos de descentralização que vêm ocorrendo nos municípios brasileiros que abrigam as populações-alvo dessa política; intervenções que respeitem o conjunto de crenças e valores e o modo de produção próprio de cada grupo social que compõe as populações do campo e da floresta; e maior mobilização e protagonismo nos mecanismos de participação social por parte dessas populações – que enfrentam diversas barreiras, tais como excessiva concentração de informação e recursos nas mãos dos gestores; forte rigidez e normatização dos mecanismos operacionais de implantação dos conselhos de saúde; disputas e interesses corporativos nos processos decisórios, que muitas vezes se sobrepõem aos interesses coletivos mais amplos; e, ainda, dificuldades de se estabelecer o princípio da igualdade política entre os segmentos representados.

No entanto, são esses desafios que devem impulsionar usuários, profissionais da saúde e gestores para a elaboração de ações e estratégias capazes de amenizar e melhorar o estado e os indicadores de saúde da população, em especial a população que reside no meio rural. Para tanto, é necessário a criticidade da população para exigir a efetivação do SUS, a não permissividade da ampliação da comercialização da saúde e da precarização do trabalho em saúde.

Portanto, caminhos ainda devem ser trilhados para que ações específicas atendam às demandas das populações do campo, florestas e águas, garantindo que permaneçam em seus lugares de origem ou até mesmo retornem a elas. Com isso queremos dizer que as ações do Estado são fundamentais para criar mecanismos que garantam a permanência dessas populações em suas comunidades com qualidade de vida. E é justamente essa qualidade de vida que garante aos habitantes desse espaço rural condições de produzir e viver com dignidade.

Referências

ABRAMOVAY, Ricardo. *O futuro das regiões rurais*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

BACELAR, T. As políticas públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. In: SANTOS JÚNIOR, O. A. et al. (Org.). *Políticas públicas e gestão local: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais*. Rio de Janeiro: FASE, 2003. p. 1-10.

BARATA, Rita Barradas. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. 8ª Conferência Nacional da Saúde. *Relatório Final*. 1986. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005. Cria o Grupo da Terra. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção I, p. 44, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2015.

CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, 1993.

COSTA, Nilson do Rosario. Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 809-829, 2014.

ESCOREL, L. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008. p. 385-434.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.; EDLER, F. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59-81.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria nº 1.261. Institui o Comitê de Saúde das Populações do Campo, das Florestas e das Águas do Estado do Rio Grande do Sul. *Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul*, 5 dez. 2014.

FALEIROS, V. P. et al. (Org.). *A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FAVARETO, Arilson. *A racionalização da vida rural*. 2006. Trabalho apresentado ao 30º Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (Anpocs), GT 23 (Sociologia Econômica), Caxambu (MG), 2006. 33 p.

FAVARETO, Arilson. As políticas de desenvolvimento territorial rural no Brasil em perspectiva: uma década de experimentações. *Desenvolvimento em Debate*, v. 1, n. 2, p. 47-63, jan./ago. 2010.

FERNANDES, Bernardo Mançano; PONTE, Karina Furini. As vilas rurais do Estado do Paraná e as novas ruralidades. *Terra Livre*, São Paulo, ano 18, n. 19, p. 113-126, jul./dez. 2002.

GERHARDT, Tatiana Engel; LOPES, Marta Júlia Marques. *O rural e a saúde: compartilhando teoria e método*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2015. 206 p.

GRAZIANO, José da Silva; DEL GROSSI, Mauro Eduardo. O novo rural brasileiro. *Nova Economia*. v. 7, n. 1, p. 43-81, 1997.

GUILHOTO, J. J. M. et al. A importância do agronegócio familiar no Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, v. 44, n. 3, p. 355-382, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *População residente, por sexo e grupos de idade, segundo as grandes regiões e as unidades da federação*. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Brasil_tab_1_12.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2008. p. 435-472.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PESSOA, V. M. *Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental e do trabalhador na atenção primária à saúde em Quixerê-Ceará*. 2010. Dissertação

(Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária, Fortaleza, 2010.

POLIGNANO, M. V. *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. 2001. Biblioteca virtual. Internato Rural. Faculdade de Medicina da UFMG. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/artigos/mimeo-23p.pdf>>.

RUIZ, E. N. F. *Relações sociais nas situações de adoecimento crônico no rural: expressões de cuidado e de sofrimento na perspectiva da dádiva*. 2013. 212f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Rural) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas, Porto Alegre, 2013.

RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. Mediações na atenção à saúde sob a ótica da Teoria da Dádiva: a saúde da população rural em destaque. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 829-852, 2016.

RUIZ, E. N. F.; GERHARDT, T. E. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1.191-1.209, 2012.

SANTOS, V. C. F.; GERHARDT, T. E. O rural e sua gente: as distâncias entre os serviços de saúde e o território. In: VERDUM, R. et al. (Org.). *Processos sociais rurais: múltiplos olhares sobre o desenvolvimento*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016. p. 85-105.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 5, p. 538-541, 1997.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

VEIGA, José Eli da. O Brasil rural ainda não encontrou seu eixo de desenvolvimento. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 15, n. 43, p. 101-119, set./dez. 2001.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas: o “rural” como espaço singular e ator coletivo. *Estudos Sociedade e Agricultura*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 87-145, out. 2000.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. A ruralidade no Brasil moderno: por um pacto social pelo desenvolvimento rural. In: GIARRACCA, Norma (Org.). *Una nueva ruralidad en America Latina?* Buenos Aires: Clacso, 2001. p. 31-44.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. *O mundo rural como espaço de vida: reflexões sobre a propriedade da terra, agricultura familiar e ruralidade*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.