

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO RURAL**

ANAJÁ ANTONIA MACHADO TEIXEIRA DOS SANTOS

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO,
DAS FLORESTAS E DAS ÁGUAS NO RIO GRANDE DO SUL**

PORTO ALEGRE

2018

ANAJÁ ANTONIA MACHADO TEIXEIRA DOS SANTOS

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO,
DAS FLORESTAS E DAS ÁGUAS NO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Rural.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tatiana Engel Gerhard

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Deise Riquinho

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Anajá Antonia Machado Teixeira dos
Política Nacional de Saúde Integral das Populações
do Campo, das Florestas e das Águas no Rio Grande do
Sul / Anajá Antonia Machado Teixeira dos Santos. --
2018.

135 f.

Orientadora: Tatiana Engel Gerhard.

Coorientadora: Deise Riquinho.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Ciências Econômicas,
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural,
Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Saúde. 2. Implementação de política pública. 3.
Política Nacional da Saúde Integral das Populações do
Campo, das Florestas e das Águas. I. Gerhard, Tatiana
Engel, orient. II. Riquinho, Deise, coorient. III.
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ANAJÁ ANTONIA MACHADO TEIXEIRA DOS SANTOS

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO,
DAS FLORESTAS E DAS ÁGUAS NO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Rural.

Aprovada em: Porto Alegre, 16 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Tatiana Engel Gerhard – Orientadora
UFRGS

Prof.^a Dr.^a Gabriela Peixoto Coelho de Souza
UFRGS

Prof.^a Dr.^a Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz
UFRGS

Prof.^o Dr.^o Irio Luiz Conti
UFRGS

Aos meus pais, Maria Helena e Inamar, *in memoriam*.
Meu amado Gilson e meus filhos Cristofer e Quevin.
Obrigada pela compreensão e pelo amor.
Vocês são o esteio da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Concluir esta dissertação de mestrado é algo que me gratifica. Principalmente porque eu pensava, até pouco tempo atrás, que não conseguiria escrever cerca de 100 páginas. E aqui estou, com elas escritas. E como isso é bom! Pois concluir me mostra que posso seguir em frente, mas, antes de seguir, quero lembrar de pessoas que estiveram comigo em todo esse processo de formação que foi meu estudo no PGDR.

Primeiro agradeço aos meus pais, Inamar, *in memoriam*, e Maria Helena. Se aqui estou é porque um dia eles se olharam, se enamoraram, se casaram e eu nasci e porque me deram os melhores exemplos que eu poderia ter.

Às muitas mãos que construíram esta política, tema da minha pesquisa, aqui no RS, em especial à Elissandra Siqueira e ao Ricardo Charão, em seus nomes, aos trabalhadores da Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde do RS no ano de 2014. Nomeando a Paula Fortunato, da FETAG-RS, agradeço aos movimentos e organizações sociais: MST, FETAG, MMC, MPA e PMA por terem partilhado seus momentos de discussão e pela leitura e estudo das Atas do Comitê Estadual da Saúde do Campo, das Florestas e das Águas.

Agradeço à Secretaria Estadual de Saúde do RS, por ter me disponibilizado os relatórios da política, pois, sem eles, este estudo não teria se viabilizado.

À CAPES, pela concessão do apoio financeiro em forma de bolsa, no período do mestrado.

À professora e orientadora Tatiana Engel Gerhardt, por sua dedicação, paciência e conhecimentos transmitidos ao longo dessa convivência. Cada etapa vencida era acompanhada de incentivo.

À professora e coorientadora Deise Riquinho, por ter estado comigo naqueles momentos difíceis em que a dor se fazia presente. Agradeço-a também por sua dedicação, simplicidade e contribuições valorosas.

Aos professores do PGDR, por terem me permitido evoluir e amadurecer nos meus questionamentos. Tenham certeza que saio desta etapa bem diferente de quando aqui cheguei. Em especial agradeço às professoras Rumi Kubo e Cátia Grisa, por terem contribuído para que eu avançasse em minhas reflexões.

Aos funcionários do PGDR, pela sua agilidade e gentileza em todos os momentos. Em especial à D. Marlene, que estava sempre pronta a me auxiliar, obrigada também às funcionárias da limpeza, pelo ambiente estar sempre prazeroso.

Ao PLAGEDER, pela grande experiência que tive, Tânia Cruz, Daniel Centeno, Jorge Aguiar e a todos que, assim como eu, estiveram envolvidos. Com certeza, ser tutora foi uma experiência valorosa.

Aos colegas do mestrado e doutorado da turma 2015 obrigada pela convivência, pelas risadas, pelas dúvidas trocadas e sanadas. Em especial deixo minha saudade ao Francisco Costa, o Chico, *in memoriam*, jovem colega que tão cedo partiu, mas que deixou marcas pela sua alegria contagiante e vivacidade, esteja onde sua fé o levou.

Aos colegas do grupo de pesquisa, coordenado pela professora Tatiana Gerhardt, pelas trocas de conhecimento tão importantes para minha compreensão em saúde.

E à família. Meu marido, companheiro de vida, Gilson, que esteve comigo o tempo todo, apoiando minhas decisões. Meus filhos, Cristofer e Quevin, por sempre acreditarem em mim, e aos meus netos João Vitor, Estevan e Lua, saibam que minha ausência teve um objetivo. Meus irmãos e sobrinhos, todos ao seu modo me deram força para que eu seguisse nessa empreitada, tornando-a mais fácil de ser seguida.

Em especial à minha mãe, Maria Helena, que sempre me disse para estudar.

Agora, é seguir em frente.

A terra guarda a raiz
da planta que gera o pão
da madeira que dá o cabo
da enxada e do violão.
(Arte em Movimento – MST, 1998).

RESUMO

Este estudo tem por objetivo compreender o processo de implementação da Política Nacional da Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas (PNSIPCFA) entre os anos de 2013 e 2014 no estado do Rio Grande do Sul (RS), na Secretaria Estadual de Saúde (SES); por meio de documentos produzidos pelo Comitê Estadual da Saúde das Populações do Campo, das Florestas e das Águas, assim como os relatórios dos consultores que atuaram no processo de implementação da política nesse período. Para isso, foi utilizada como metodologia de pesquisa a análise documental, além do referencial teórico que versou sobre a trajetória da saúde desde 1974 até a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), dando origem à discussão da saúde pública na Assembleia Constituinte de 1988 e, logo após, ao Sistema Único de Saúde (SUS). Além de compreender o surgimento da saúde pública, foi fundamental fazer o reconhecimento das populações que vivem no meio rural, como elas se reconhecem no meio em que vivem e qual a forma como dialogam sobre os processos de saúde e doença. A análise documental apontou que o processo de implementação da política no RS estava em sua fase inicial, não sendo possíveis grandes aprofundamentos em relação às categorias levantadas, mas deixando temas para estudos posteriores.

Palavras-chave: Política Nacional da Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas. Implementação de política pública. Saúde.

ABSTRACT

This research aims to comprehend the implementation process of National Policy of Integral Health of the Populations of the Field, of the Forest and of the Waters - (PNSIPCFA) - between 2013 and 2014 in the State of Rio Grande do Sul (RS) at the State Department of Health, Secretaria Estadual de Saúde (SES) through documents produced by the State Committee of the Health of Field Populations, Forests and Water, as well as the reports of the consultants who acted in the implementation process of the policy in that period. For this, the documentary analysis was used as research methodology, besides the theoretical referential that dealt with the trajectory of health from 1974 to the VIII National Health Conference (CNS), giving rise to the discussion of public health at the Constituent Assembly of 1988 and, right after, to the Health Unique System (SUS). Besides to understand the emergency of public health, it was essential to recognize the populations that live in the rural areas, how they recognize themselves in the environment in which they live and how they dialogue about the health and disease processes. the documentary analysis pointed out that the process of implementing the policy in Rio Grande do Sul was in its initial stage, not being possible to deepen in relation to the categories raised, but leaving tasks for later studies.

Keywords: National Policy of Integral Health of Population of Field, Forests and Water. Public policy implementation. Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias e subcategorias.....	23
Quadro 2 – Propostas para 2015.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARENA	Aliança da Renovação Nacional
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEVES	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conferência Nacional em Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONTAG	Confederação dos Trabalhadores Rurais e Agricultores e Agricultoras Familiares
DAS	Departamento de Ações em Saúde
FETAG	Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Rio Grande do Sul
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GESC	Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MMC	Movimento das Mulheres Camponesas
MPA	Movimento dos Pequenos Agricultores
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PGDR	Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural
PNAE	Programa Nacional da Alimentação Escolar
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNSIPCF	Política Nacional da Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas
PPA	Plano Plurianual
PPV	Programa de Prevenção à Violência

PREVSAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRONAF	Programa Nacional do Fortalecimento da Agricultura Familiar
PT	Partido dos Trabalhadores
RS	Rio Grande do Sul
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SESAI	Secretária Especial de Saúde Indígena
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
STR	Sindicato dos Trabalhadores Rurais
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UNB	Universidade Federal de Brasília
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESCO	Organização das Nações unidas para Educação, a Ciência e a Cultura
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	PROBLEMA DE PESQUISA, OBJETIVOS E METODOLOGIA	17
2.1	OBJETIVOS.....	18
2.1.1	Objetivo geral	18
2.1.2	Objetivos específicos.....	18
2.2	CAMINHO METODOLÓGICO.....	18
2.2.1	Considerações éticas.....	23
3	REVISÃO DE CONCEITOS, MOVIMENTOS E TEORIAS.....	25
3.1	CONCEITOS E MOVIMENTOS QUE IMPULSIONARAM A LUTA POR DIREITOS NO CAMPO DA SAÚDE.....	25
3.1.1	O movimento sanitarista: a origem do Sistema Único de Saúde	25
3.1.2	A Reforma Sanitária: continuidade e evolução para o SUS.....	26
3.1.3	O SUS na Assembleia Constituinte.....	33
3.2	CONCEITOS QUE IMPULSIONARAM A LUTA POR DIREITOS NO CAMPO DO DESENVOLVIMENTO RURAL.....	38
3.2.1	Novas ruralidades.....	40
3.2.2	As políticas de saúde e as pessoas que vivem no rural	43
3.3	REFERENCIAL TEÓRICO PARA ANALISAR A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	48
3.3.1	Ciclo de política pública.....	50
3.3.2	A Implementação dando vida à política pública	60
3.3.2.1	Modelos de implementação de política pública	61
3.3.3	Prós e contras ao ciclo de política pública (<i>Policy Cycle</i>).....	64
4	PRIMEIROS PASSOS DA SAÚDE NO CAMPO, DAS FLORESTAS E DAS ÁGUAS NO RS	66
4.1	CENÁRIOS E ATORES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DAS FLORESTAS E DAS ÁGUAS	66
4.2	CONCEPÇÕES QUE ORIENTARAM A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA NO RS	79
4.3	ESPECIFICIDADES DAS POPULAÇÕES ABRANGIDA PELA POLÍTICA....	84
4.4	DESAFIOS E FRAGILIDADES À IMPLEMENTAÇÃO DA PNSIPCFA	99

4.5	TEORIA E PRÁTICA: UM DIÁLOGO COM O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PNSIPCFA NO RS	105
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICE A – QUADRO DE ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DOS CONSULTORES.....	123
	APÊNDICE B – QUADRO DE ANÁLISE DAS ATAS DO COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS DO RS	133

1 INTRODUÇÃO

O interesse por este estudo foi motivado por questionamentos sobre os rumos da saúde pública no meio rural brasileiro, a partir de uma atividade profissional de consultora à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), desenvolvida no segundo semestre de 2014, no estado do Rio Grande do Sul (RS).

A presente pesquisa se insere na linha de pesquisa Mediações político-culturais, estruturas produtivas e formas sociais do mundo rural, do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural (PGDR) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); e no Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC), na mesma Universidade.

O tema desta dissertação envolve a análise, discussão e problematização do processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Florestas e Águas (PNSIPCFA) no estado do RS, na Secretaria Estadual de Saúde (SES), alocado na Atenção Básica (AB). O intuito deste estudo é identificar as dificuldades, facilidades e outras questões que sejam pertinentes ao processo de implementação da PNSIPCFA no RS. Ao mencionar-se a implementação, trata-se de assuntos relacionados à organização, recursos humanos, planejamento, investimentos públicos financeiros e decisões que foram tomadas ao longo do processo de implementação da referida política.

Um dos interesses que motivaram a realização da pesquisa foi o interesse de sua autora pelas populações do meio rural, seus modos de vida, sua compreensão de saúde e doença e como elas encontram soluções para seus problemas de saúde. Além disso, buscava-se compreender como se dava o acesso ao serviço público de saúde e se este estaria em conformidade com suas necessidades. Outra motivação esteve relacionada ao campo das políticas públicas. Havia o interesse de saber como nasce uma política pública. Com o avanço da pesquisa, compreendeu-se como se organizou o processo de implementação dessa política, que nasceu do esforço dos movimentos sociais que atuam com as populações a ela relacionadas. A discussão da política nasce em 2005, quando se estabeleceu o Grupo da Terra, instituído pela Portaria 2.460/2005 do Ministério da Saúde (MS), composto por integrantes do governo federal, dos governos dos estados, de movimentos sociais, universidades e convidados (BRASIL, 2012). O Grupo da Terra tem entre seus objetivos elaborar a PNSIPCFA (BRASIL, 2013, p. 9).

O foco da política está na discussão da diversidade existente no interior do Brasil e visa trazer à tona as demandas e necessidades dos povos do campo, florestas e águas. Assim:

[...] o reconhecimento de que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que vivem as comunidades e populações foi incorporado nesta política, indicando a necessidade de ações intersetoriais consideradas imprescindíveis para o impacto sobre a saúde das populações do campo e da floresta. (BRASIL, 2013, p. 10).

É justamente na intersetorialidade que essa política procura viabilizar o acesso aos cuidados em saúde, reconhecendo que saúde está para além da presença ou ausência de doença. A intersetorialidade ocorre por meio de políticas que influenciam na autonomia e no bem-estar das populações, como políticas habitacionais, de crédito e educacionais.

Considerar tais políticas e sua transversalidade na saúde passa pelo reconhecimento do direito ao acesso aos serviços públicos para se viver bem. Igualmente passa pelo respeito à diversidade cultural das populações nas manifestações de resistência e no silenciamento no cotidiano de suas vidas em família e na sociedade na qual estão inseridas.

Embora a PNSIPCFA apresente um escopo que abarca as populações do campo, florestas e águas, o Comitê Gestor do RS tinha como foco a saúde da população rural. Aliado a isto, a compreensão sobre saúde rural e suas transversalidades com a produção agropecuária e o modo de vida dos agricultores familiares consistia nos problemas decorrentes do uso de agrotóxicos e nos impasses resultantes da transgenia e da monocultura.

Foi somente a partir da atuação como consultora da UNESCO que a autora desta pesquisa passou a compreender que a saúde, o adoecimento e o cuidado vão além das questões dos agrotóxicos. Também percebeu a importância do conhecimento tradicional que os moradores do rural detêm em relação a esses assuntos. Infelizmente, foi durante esse mesmo período que também se verificou que essas populações não possuem conhecimento da política.

A política está organizada a partir de quatro eixos de ação. O primeiro versa sobre o acesso das populações à política que procura instituir espaços de equidade e promover a informação e a comunicação que vislumbrem ações intersetoriais necessárias ao seu desenvolvimento e à ampliação da AB. O segundo eixo consiste na promoção e prevenção da saúde. Este procura reduzir os agravos provenientes dos processos de trabalho e exposição a alguns determinantes como os agrotóxicos. O terceiro eixo é o da educação permanente, que afirma a necessidade da formação aos profissionais que atuam com as populações da política. É também esperado que os processos se deem nos moldes da educação popular, além de fomentar a pesquisa. O quarto eixo procura organizar o monitoramento da política e sua incorporação ao Plano Plurianual (PPA) (BRASIL, 2013). Além disso, a política visa a:

[...] contribuir para a redução das vulnerabilidades em saúde das populações do campo e da floresta, desenvolvendo ações integrais voltadas para a saúde do idoso, da mulher, da pessoa com deficiência, da criança e do adolescente, do homem e do trabalhador, considerando a saúde sexual e reprodutiva, bem como a violência sexual e doméstica; reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando suas especificidades. (BRASIL, 2013, p. 24).

É possível verificar a amplitude dessa política, que apresenta em seu escopo quais são as competências dos três entes federativos que devem proceder sua implementação. Compreendendo-se a relevância social e econômica da saúde para o desenvolvimento rural, espera-se que os resultados desta dissertação possam contribuir com novos aportes na discussão acadêmica sobre a saúde para as populações do campo, florestas e águas e colaborar com o debate da PNSICPFA e sua implementação no RS.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos, incluindo a introdução. O segundo capítulo traz o problema, objetivos e a metodologia que orientou esta discussão. O terceiro faz a revisão dos conceitos, dos movimentos realizados e as teorias que embasaram este estudo. No quarto capítulo há a apresentação, discussão e análise dos documentos utilizados para esta dissertação, dialogando sobre as estratégias utilizadas para o início da implementação da política no estado. Por fim, nas considerações finais se retomam os resultados mais relevantes, as dificuldades percebidas no processo de implementação da política e possíveis avanços para futuras pesquisas.

2 PROBLEMA DE PESQUISA, OBJETIVOS E METODOLOGIA

A saúde pública está em constante evolução para compreender as diversidades culturais e regionais existentes no Brasil. Uma dessas pluralidades é o universo da PNSIPCFA, que busca ampliar as fronteiras da saúde e adentrar o universo desses povos. Compreende-se que a valorização desses espaços como lugares de trabalho e vida é fundamental para que tais populações permaneçam com dignidade nos seus lugares de origens (WANDERLEY, 2001).

Percebe-se um investimento público para essas populações, e o Ministério da Saúde trabalha com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades sofridas por essas pessoas, muitas das quais ainda não têm acesso à água tratada, saneamento básico, segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2015). A PNSIPCFA foi elaborada após anos de estudo e diálogo entre os diferentes movimentos sociais aos quais ela abrange. É, portanto, um retrato das populações ribeirinhas, dos povos das florestas e das populações do meio rural.

Além disso, essa política é transversal, pois procura dialogar com as demais políticas existentes no SUS, não se eximindo do diálogo com os seres humanos em seu universo de vida e de trabalho. Ela considera que as sociedades vão, ao longo do tempo, transformando-se e, nessa transformação, vão refletindo sobre suas novas necessidades. Ademais, é importante compreender como uma população específica trata as questões do adoecimento e do próprio cuidado, diferenciais com os quais uma política pública deve dialogar (BARATA, 2008).

Compreende-se que há uma dicotomia entre o que é de interesse das populações que acessam a PNSIPCFA e aquelas que compreendem não ser necessário haver políticas específicas e de que o SUS em si já seria suficiente para tal demanda. Mas o importante é se ter a diminuição da desigualdade social dessas populações específicas e compreender como elas interagem com saúde e doença.

Por esse motivo, esta pesquisa terá como objetivo apresentar e discutir essa nova compreensão da ruralidade e verificar como o Sistema Único de Saúde, a partir da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas, vem a contribuir para a discussão da saúde no meio rural. Dessa forma, esta dissertação irá analisar o processo inicial de estudo, análise, discussão e implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas no estado do Rio Grande do Sul.

2.1 OBJETIVOS

A partir desta problematização e constextualização, apresentam-se abaixo os objetivos gerais e específicos deste estudo.

2.1.1 Objetivo geral

Analisar o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas (PNSIPCFA) no estado do Rio Grande do Sul.

2.1.2 Objetivos específicos

- a) Identificar o contexto antecedente de saúde para a população do campo, das florestas e das águas;
- b) verificar os atores e os interesses envolvidos no processo de formulação da política em questão;
- c) examinar a interação e a negociação entre as esferas municipal, estadual e nacional referentes à PNSIPCFA.

2.2 CAMINHO METODOLÓGICO

Assim como não é coerente sair ao mar sem uma carta náutica, ao propor este estudo fez-se necessário organizar um método que suprisse as curiosidades que afloram os questionamentos e de como será importante compreender a forma como essa política foi recebida no Rio Grande do Sul pelos sujeitos diretamente envolvidos em sua implementação, como os próprios usuários do SUS.

Ao buscar responder os objetivos propostos para esta pesquisa, verificou-se que a melhor forma de compreender o processo dessa política pública seria aferi-la documentalmente. Dessa maneira, optou-se por realizar um estudo de caso por meio de análise dos documentos existentes no RS em posse da Secretaria Estadual de Saúde.

A partir desse ponto, a atenção passou a se dar pela própria palavra documento e de sua origem etimológica. Fez-se estudos de Jacques Le Goff (1990), nos quais o autor trata a questão documental e os monumentos como memória coletiva de um determinado momento e

da história da sociedade e de como esses entendimentos poderiam auxiliar no caminho que se apresentava.

Ao pensar sobre método, Deshaies (1992) adentra no universo de Edgar Morin, e nas questões para além do método ou das técnicas. Segundo esse autor:

[...] é preciso aprender a saber e a saber pensar. São duas fases indissociáveis do processo do conhecimento. Ignorarmo-lo é tornarmo-nos cegos, surdos, insensíveis, sem olfacto e sem paladar, uma vez que, no fundo, qualquer método que mereça esse nome deve, antes de tudo ser um método crítico. (DESHAIES, 1992, p. 122).

Ao apresentar o pensamento de Morin, traz-se a reflexão sobre a crítica que a todo instante deve-se realizar sobre o próprio método. Para o autor, o pesquisador deve aprender a verificar suas informações, estando sempre vigilante quanto à teoria que utiliza, e estar aberto a dar novas desordens; pois, segundo ele, as teorias científicas dissolvem-se com o tempo (lembre-se que a terra já foi o centro do universo) (DESHAIES, 1992).

Além disso, o pesquisador deve buscar métodos que o façam pensar por si próprio, e o pensamento deve estar em contato constante com a reflexão. A teoria, método e técnica são fundantes numa pesquisa científica, e a “[...] capacidade criadora e a experiência do pesquisador interagem, num papel importante, relativizando o instrumental técnico e superá-lo pela arte.” (MINAYO, 2008, p. 45).

Essa arte que Minayo menciona faz criadores irem adiante no pensar e questionar, refletirem e avançarem deparando-se com as questões do método voltado para as ciências sociais e humanas que tenham a interface com a saúde. Assim, uma investigação social deve conter e apresentar a diversidade das populações, respeitando as especificidades culturais, bem como seus bens materiais e imateriais (MINAYO, 2008).

Além disso, as pesquisas precisam apresentar e compreender a simultaneidade das variadas culturas que se apresentam no local pesquisado e ter em mente os diferentes tempos em que os fatos acontecem. Ademais, é necessário compreender o global e o local vivendo, ao mesmo tempo, onde eles se alteram e permanecem (MINAYO, 2008)

Ao iniciar a compreensão de como se daria esse caminho, se iria de leste ao oeste, procurando navegar em águas profundas, percebe-se o quão importante é elaborar uma “carta náutica” ou pensar na estrutura da abordagem metodológica pela qual se trilhará. Dessa forma, optou-se por trabalhar o estudo de caso nesta pesquisa.

Segundo Yin (2005), a utilização de tal abordagem permite ao investigador preservar as características holísticas e as mais relevantes da vida cotidiana, como as relações sociais e

os processos organizativos. Dito de outra forma, os estudos de caso procuram responder questões de “como” e “por que”. Além disso, é importante compreender que um estudo de caso é uma investigação empírica que analisa um fenômeno atual dentro do contexto de vida real, principalmente quando “os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.” (YIN, 2005, p. 32).

Outrossim, esse tipo de investigação, conforme Gil (2009), também possui validade quando os resultados são reconhecidos pelos demais envolvidos na pesquisa e não simplesmente pelos resultados do pesquisador, demonstrando a capacidade de interação que deve existir entre os atores envolvidos na pesquisa.

Ademais, os estudos de caso estão sendo utilizados em outras áreas, como a administração e avaliação social. Conforme Minayo (2008), os estudos de caso possuem visão de:

(1) compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta; (2) descrever um contexto no qual será aplicada determinada intervenção; (3) avaliar processos e resultados de propostas pedagógicas ou administrativas e (4) explorar situações em que intervenções determinadas não trouxeram resultados previstos. (MINAYO, 2008, p. 165).

Para a autora é importante que o pesquisador tenha as mesmas técnicas requeridas por outras abordagens qualitativas, como saber ouvir, observar, ser flexível, além de saber fazer perguntas. Tudo isso sem perder o foco na pesquisa e no método escolhido.

Diante do exposto, faz-se necessário demonstrar quais técnicas serão utilizadas neste estudo de caso, a saber: a análise de documentos e a revisão bibliográfica.

A primeira técnica a ser utilizada neste estudo de caso é a análise de documentos, pois, por meio deles, é possível verificar e obter informações referentes às estruturas, às discussões e à organização (GIL, 2009). Para Yin (2005), os documentos devem ser verificados como elementos que contribuem na discussão, mas não como registros literais de eventos que ocorreram. Nos estudos de caso, “[...] o uso mais importante de documento é corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes.” (YIN, 2005, p. 112).

São muitos os tipos de documentação que podem ser relevantes a um estudo de caso. Eles vão desde os pessoais, passando pelos documentos administrativos, material publicado em jornais, revistas, publicações de organizações, documentos disponibilizados na internet e documentos legais (GIL, 2009).

A pesquisa documental remete à primeira reflexão empreendida a partir de Le Goff (1990), quando menciona que documentos e monumentos são fontes de análise e estudos de

uma sociedade. E essas fontes são extremamente complexas atualmente e também abrangem aspectos das artes. Para esta pesquisa serão analisadas as Atas do Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e das Águas e os relatórios (produtos) dos consultores que trabalharam ou atuaram na implementação no período analisado.

A segunda técnica escolhida para esta pesquisa foi a revisão bibliográfica. Através de estudos já elaborados sobre o tema, é possível evidenciar as questões das quais ainda não se tem conhecimento. Minayo (2008) menciona que uma revisão bibliográfica pode ter diferentes aprofundamentos, e deve abordar os estudos clássicos sobre o tema da pesquisa. Além disso, a bibliografia deve apontar “[...]vários pontos de vista, dos diferentes ângulos do problema que permitam estabelecer definições, conexões e mediações, demonstrando o ‘estado da arte.’” (MINAYO, 2008, p. 184).

Ademais, é importante a compreensão do que se lê, e isso significa entender por meio da escrita do autor e, partindo disso, debruçar-se sobre o texto e realizar uma abordagem crítica daquilo que se apropriou das leituras. A partir desse ponto, se pode construir o marco teórico, que é a síntese na qual estão debruçadas as ideias, pressupostos e as hipóteses (MINAYO, 2008). Dessa forma, após um mergulho no estado da arte, procede-se à etapa de pensar a própria política pública.

O estudo desses materiais (documentos) ocorrerá por meio da análise de conteúdo, que:

Diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Em comum, as definições ressaltam o processo de inferência. (MINAYO, 2008, p. 303).

A análise de conteúdo surgiu durante a Primeira Guerra Mundial, nos Estados Unidos, junto ao campo jornalístico da Universidade de Columbia. Entre os nomes que desenvolveram esse tipo de análise, encontram-se Laswell, que fazia a análise de material de imprensa em 1915.

Naquele período, o rigor matemático se tornou o parâmetro da análise de conteúdo, tornando-a vítima da tão desejada objetividade daquela disciplina (MINAYO, 2008). Para Bardin (2004), a análise de conteúdo é muito mais que um instrumento de análise, ela é um apanhado de instrumentos capaz de analisar o grande campo das comunicações.

Para que esse rigor seja possível, há alguns parâmetros necessários que devem permear o trabalho. O primeiro é ter-se reunido as amostras de uma forma sistemática; o segundo,

questionar-se sobre a veracidade dos dados e os procedimentos da coleta e dos resultados; o terceiro, codificar o material para que possam, posteriormente, permitir uma verificação fidedigna; o quarto enfatiza a análise de frequência com um dos critérios de objetividade e cientificidade; e o quinto parâmetro é conseguir medir a produtividade da análise (MINAYO, 2008).

Para analisar os materiais produzidos e coletados, foi utilizada a análise temática, que “[...] quer dizer, da contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação previamente determinada.” (BARDIN, 2004, p. 73).

Para esse autor, o tema tem a libertação natural do conteúdo a ser analisado, é uma significação complexa, de uma extensão variável. Nela, o tema pode ser uma afirmação ou simplesmente uma alusão, e dificilmente um tema pode ser desenvolvido em múltiplas afirmações (BARDIN, 2004). Dessa forma, “[...] fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objeto analítico escolhido.” (BARDIN, 2004, p. 99).

Tanto Bardin (2004) como Minayo (2008) mencionam a operacionalização da análise temática. Para Bardin, ela é a unidade de registro, subdividida em “a palavra, o tema, o objeto, personagem, acontecimento, documento” e a unidade de contexto. Minayo (2008) aponta três etapas para a análise temática:

A primeira diz respeito a uma pré-análise, ou seja, à escolha dos documentos a serem analisados. Essa etapa se subdivide nas seguintes tarefas:

- a) leitura flutuante que exige um contato direto, um mergulho em seu campo de pesquisa (documentos);
- b) constituição do corpus, que diz respeito à exaustividade do material, representatividade e a homogeneidade;
- c) formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, a retomada da etapa exploratória.

A segunda etapa é a exploração do material. Quando se chega a essa etapa, o importante é encontrar o núcleo de compreensão do texto. Novamente, essa fase, tradicionalmente, da análise temática, subdivide-se em três:

- a) divisão em fragmentos, unidades de registro que podem ser personagens, frases, acontecimentos;
- b) organização da codificação e dos índices quantitativos;
- c) classificação, escolha das categorias teóricas ou empíricas.

A terceira etapa é o tratamento dos resultados e a interpretação. É nessa etapa que há inferência e as interpretações por meio do quadro teórico.

Para atingir o caminho proposto pela metodologia, num primeiro momento foi feita uma leitura de todos os documentos que compuseram este estudo. Depois dessa leitura inicial separou-se, manualmente e com auxílio de lápis em cores diferentes, sete grandes grupos, sendo eles: contexto, indicadores, proposições, desafios, encaminhamentos, finanças e dúvidas. Essa divisão se deu em dois grupos, os relatórios dos consultores 1 e 2, assim como as Atas do Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas.

A partir dessa primeira divisão foi realizada uma nova leitura minuciosa, de modo a ser possível identificar aqueles elementos recorrentes nos documentos, bem como os que chamavam a atenção pelo seu diferencial. Essa etapa da revisão também foi catalogada em um quadro. Num terceiro momento, já foi possível identificar mais profundamente o que deu as categorias empíricas deste estudo, como segue:

Quadro 1 – Categorias e subcategorias

Conceitual – concepções	Equidade – agroecologia – saberes tradicionais – desenvolvimento sustentável e cultura
Especificidades das populações desta política e seus problemas	Agrotóxicos – indígenas/quilombolas – álcool e outras drogas, redução de danos, saúde mental e suicídio – mulheres – idosos – crianças e adolescentes – trabalho infantil – câncer de pele – agronegócio – pescadores – doença – relações de trabalho
Operacionalização	Unidades móveis, articulação intersetorialidade, plantas medicinais, fitoterápicos, MS, gestão participativa, sustentabilidade da política, GT/Comitê

Fonte: elaboração própria (2016).

A partir dessas categorias e subcategorias, organizou-se outro quadro com as sínteses de cada subcategoria, assim como refletiu-se sobre sua contradição e questionamentos. Foi importante organizar os temas dessa forma porque assim foi possível perceber as recorrências que alguns temas tinham no processo de implementação da política.

2.2.1 Considerações éticas

Esta dissertação trata de uma política pública na área da saúde destinada a uma

determinada parcela da população brasileira. Compreende-se que este escrito não fere o que diz a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). As entrevistas somente foram efetuadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes. Este foi redigido em duas vias, conforme as normas expressas na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2013), permanecendo uma delas com o sujeito da pesquisa, garantindo-lhe: a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento e sem prejuízo para si; a privacidade; o anonimato; o compromisso com a informação atualizada do estudo e a garantia de que todos os seus questionamentos serão esclarecidos.

3 REVISÃO DE CONCEITOS, MOVIMENTOS E TEORIAS

Nesta seção será abordado o movimento sanitarista, o governo e suas interlocuções, os avanços e os retrocessos para a formulação de políticas públicas, especialmente aquelas relacionadas à saúde. Inicialmente, será apresentado o movimento sanitarista a partir de 1974, o qual promoveu as mudanças e as propostas levadas para a VIII Conferência Nacional da Saúde e posteriormente para a Assembleia Constituinte. Todas essas ações e iniciativas vieram a fortalecer a discussão sobre a saúde pública, originando o que se conhece hoje como Sistema Único de Saúde (SUS). Igualmente, será exposta a imbricação de tais políticas para a população que vive no rural.

3.1 CONCEITOS E MOVIMENTOS QUE IMPULSIONARAM A LUTA POR DIREITOS NO CAMPO DA SAÚDE

Aqui serão retomadas as principais ações no campo da saúde que deram origem ao Sistema Único de Saúde.

3.1.1 O movimento sanitarista: a origem do Sistema Único de Saúde

Na década de 1980, o Brasil vivenciava grandes transformações com o processo de abertura política depois dos anos de chumbo da ditadura militar. Como bem retratado por Escorel (2008), o processo de discussão de novas políticas e o diálogo com a sociedade civil, paradoxalmente, iniciaram durante o governo militar a partir de 1974, com o que seria o Plano Nacional de Desenvolvimento (PND)¹ II; incluem-se aí as políticas relacionadas à saúde, com acesso seletivo apenas aos trabalhadores formais, e o enfoque nas ações curativas ou preventivas a restrito grupo populacional, como mulheres e crianças.

Com maior reivindicação da sociedade civil organizada no que se refere aos direitos de cidadania e à responsabilização do Estado em oferecê-los e mantê-los, houve a necessidade de uma nova Constituição, o que se efetivou em 1988. Antes, porém, desse processo, os mais diversos grupos da sociedade civil já realizavam a discussão em seus campos de conhecimento e de atuação (ESCOREL, 2008).

¹ Plano Nacional de Desenvolvimento que foi elaborado pouco tempo antes da posse do General Ernesto Geisel na Presidência da República.

Um desses campos era o dos sanitaristas, que, conforme Costa (2014), pertencia ao corpo do governo que estava alocado nos departamentos e institutos de pesquisa. Os sanitaristas estavam também presentes nos partidos políticos, nas organizações não governamentais e nos mais diversos grupos de discussão sobre a política pública em saúde. Segundo o mesmo autor, “os sanitaristas apresentavam as características [...] legitimada[s] pela autoridade científica — no debate nacional sobre a reorganização do sistema de saúde.” (COSTA, 2014, p. 810).

Esse movimento, em sua essência, foi composto de três vertentes importantes, a “[...] primeira constituída pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES); a segunda integrada pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e a terceira vertente por profissionais das áreas de docência e pesquisa, a academia.” (SCOREL, 2008, p. 407).

A partir desses grupos, originaram-se as discussões acerca de uma saúde de caráter humanitário. Uma dessas articulações, realizada em 1974, foi chamada de Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária (Sesac) e se propunha, conforme Escorel (2008), a reunir e a realizar as discussões necessárias com estudantes, professores e profissionais da área da saúde e afins com vistas a dialogar sobre os rumos sociais, econômicos e políticos referentes à saúde pública, além de trazer à pauta a saúde comunitária. A intenção, de acordo com a autora, era trazer o que foi chamado de consciência sanitária² da saúde. Logo após, surgiu a revista *Saúde em Debate*, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), que, conforme Escorel (2008), objetivava a articulação com os movimentos sociais. Na primeira edição, em 1976, foi possível assegurar a saúde como integrante de um processo histórico-social, que, dessa maneira, congregou, corporificou e divulgou o pensamento sanitaria, influenciado pelas ciências sociais marxistas (SCOREL, 2008).

Com esse tipo de publicação, a CEBES deixou claro seu posicionamento referente às questões de classe, sociedade e saúde. Essa posição foi percebida em edição posterior da Revista, de 1977, cuja discussão abordava as questões de equiparação salarial em contraponto com a medicina liberal. Escorel (2008) ainda relata que os profissionais envolvidos construíram propostas e projetos divulgados no editorial daquele ano: “[...] democratização do setor da saúde e Reforma Sanitária que teve como marco a unificação dos serviços de saúde públicos e sem fins lucrativos, com participação dos usuários estimulada” (SCOREL, 2008,

² O conceito de consciência sanitária, formulado por Giovanni Berlinguer (1978), diz respeito à ação individual e coletiva para alcançar a saúde como um direito da pessoa em um interesse da comunidade, conforme explicado por Escorel (2008) em seu artigo.

p. 81). Do mesmo modo, Costa (2014) discursou sobre a importância de defender a construção institucional de um Serviço Sanitário Nacional com funções integrais na saúde. Com isso, percebeu-se que a elaboração dos marcos e dos alicerces para uma política sólida estava sendo edificada e que, alguns anos depois, teria força na discussão da Assembleia Constituinte.

Dentro das vertentes que iniciaram as discussões sobre a Reforma Sanitária, encontravam-se os Médicos Residentes e a Renovação Médica. Como Escorel (2008) menciona, com esses dois grupos, instauram-se as discussões sobre as relações do trabalho dentro das quais se insere o sindicato. Foi durante esse processo, no período de 1978 a 1981, que ocorreu a primeira greve geral dessa categoria profissional, por meio da qual reivindicavam melhores condições de trabalho e salário; mas, para além das questões salariais, o movimento se aproximou dos usuários da saúde pública fazendo denúncias sobre as más condições existentes na assistência à saúde (ESCOREL, 2008).

O bloco acadêmico do movimento sanitarista, constituído por professores e pesquisadores, construiu “[...] o marco teórico – o referencial ideológico – do movimento, e se formaram os agentes reprodutores e os novos construtores desse marco.” (ESCOREL, 2008, p. 410). Nesse aspecto, a academia, ou seja, a educação formal, deu grande respaldo metodológico, teórico e prático para que mais tarde fosse possível abrir as discussões sobre a saúde pública no Brasil, principalmente na formação de pessoas capazes de argumentar sobre a necessidade dessas alterações, possuindo o aporte teórico científico necessário para isso.

Na década de 1970, durante o regime militar, aconteceram transformações no que se compreende como saúde pública e no modo como ela deveria ser organizada no País. Procuraram-se, inclusive, mecanismos para tal fim, como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS³), criado em 1974. Foi também nessa década que, além da CEBES, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) foi organizada.

Conforme Fonseca (2006), a ABRASCO foi oficialmente criada um mês após a assinatura da Lei de Anistia⁴. Para a autora, essa associação surge nesse momento conturbado da história brasileira, sem se eximir das discussões que estavam ocorrendo no cenário político. De acordo com Fonseca (2006, p. 22):

³ Disponível em: <<http://sistemaunicodesaude.weebly.com>>.

⁴ A lei de Anistia, n.º 6.683, de 28 de agosto de 1979, foi regulamentada em 31 de outubro de 1979 pelo Decreto n.º 84.143.

A ABRASCO contribuiu para vincular a área de recursos humanos à ação política. Ela atuou nesse processo intermediando a relação entre as proposições e as diretrizes adotadas para a formação da Saúde Pública e as necessidades e articulações políticas estabelecidas. Ou seja, a ABRASCO surgiu, se constituiu e se consolidou institucionalmente nesse eixo de interligação entre formação profissional e ação política.

Numa clara demonstração de cooperação com as transformações que o país estava vivenciando, a CEBES e a ABRASCO foram a público, conforme Escorel (2008), apresentar propostas políticas, as quais incluíam aquelas que fizeram parte da VIII Conferência Nacional de Saúde, que deu origem ao relatório utilizado no congresso constituinte. Entre muitos desses argumentos, pode-se destacar o preparo técnico de profissionais dessa área, que, tempos depois, seria conhecida como saúde coletiva.

3.1.2 A Reforma Sanitária: continuidade e evolução para o SUS

As transformações na saúde brasileira foram influenciadas por outras experiências que ocorriam nos sistemas de saúde já existentes em outras partes do mundo, como é o caso europeu. Segundo Lobato e Giovanella (2008), entre as décadas de 1950 e 1970, nos países europeus, praticamente toda a população já havia sido beneficiada pelo sistema de saúde e de seguridade social. Leva-se em conta, no entanto, que tais sistemas ainda não abrangiam completamente as populações desses países. De acordo com as autoras:

[...] por um processo progressivo de inclusão e expansão, em contexto de pleno emprego e prosperidade econômica, foram incluídos gradualmente novos grupos profissionais e expandidos os benefícios e a abrangência da cesta de serviços abertos. [...] Legislações progressivas uniformizaram o catálogo de benefícios e serviços [...]. Seguros sociais de várias categorias profissionais, ampliando [...] universalizando a cobertura. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 119).

Fica evidente que o sistema de saúde e seguridade não detinha um sistema que fosse amplo, irrestrito e para toda a população. Todavia, não se nega o avanço que tais iniciativas obtiveram, tanto para sua própria política de saúde como para a influência que elas alcançaram no caso brasileiro.

Conforme Lobato e Giovanella (2008) e Costa (2014), um dos casos europeus que inspirou com certa propriedade a Reforma Sanitária no Brasil foi o da Itália. O livro do italiano Giovanni Berlinguer defendia um sistema de saúde que fosse institucional, que atingisse toda a população, além de combater o anticapitalismo da esquerda italiana daquela

época. Essa obra foi traduzida pela CEBES para o português em 1979 sob o título de *Medicina e Política* (COSTA, 2014).

Na Itália, a transformação, conforme Lobato e Giovanella (2008), ocorreu por meio de um intenso movimento da reforma sanitária que por lá iniciou e somente se tornou possível pelo diálogo entre o Partido Comunista Italiano e o da Democracia Cristã. Entre os outros países citados, há Portugal e Espanha, que, entre os anos de 1978 e 1986, realizaram, respectivamente, seus acessos ao serviço amplo de saúde pública.

Há outros países que também realizam algum tipo de reforma na saúde, Lobato e Giovanella (2008) mencionam aqueles que utilizam o modelo bismarckiano⁵, que abrange boa parte da Europa Ocidental, em torno de quinze países, dentre os quais estão França, Holanda e Alemanha.

Compreender como os sistemas de saúde dos outros países foram implantados a partir das décadas de 1960 e conhecer como se dava a discussão da Reforma Sanitária torna-se importante uma vez que essas transformações, principalmente as europeias, influenciaram o caso brasileiro, haja vista a obra *Medicina e Política*, já mencionada.

É inegável que os universos dos sistemas de saúde foram influenciados pelas especificidades de cada país. Contudo, essa compreensão, juntamente com a realidade brasileira pós-golpe de 1964 e com a abertura política da década de 1980, propiciou o momento oportuno para que se fizesse o diálogo com a sociedade brasileira.

Os últimos períodos da ditadura militar, a partir de 1980, mostraram-se oportunos para o aprofundamento das discussões sobre a saúde pública, assim como a necessidade da reforma da Previdência Social. De acordo em Escorel (2008), foi nesse período também, no governo de Figueiredo, que se evidenciou uma grande crise econômica, com altas taxas de juros e com uma dívida externa crescente. A inflação nesse governo chegou a 200% no ano de 1983.

Foram tempos de crise econômica, política e social. Alguns dos principais fatores apontados por Escorel (2008) eram a alta concentração de renda, herança do “milagre econômico”, o arrocho salarial, o desemprego e as imensas desigualdades sociais, levando a população ao desespero extremo de saquear supermercados. Junto a essas “[...] crises pode ser acrescentada a crise moral caracterizada pela perda de legitimidade do regime as denúncias de corrupção e colarinho branco.” (ESCOREL, 2008, p. 417).

⁵ São seguros sociais de saúde de contratação compulsória financiados por contribuições vinculados ao trabalho assalariado (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Além da crise de cunho social, o governo militar, nesse período, buscava impedir a reorganização partidária da esquerda no país. No entanto, o desgaste desse mesmo governo já era visível, e tornava-se praticamente impossível impedir que as forças de esquerda aos poucos fossem adentrando nos espaços existentes, especialmente nos campos da saúde, educação entre outros; intensificando, assim, as discussões que aprofundaram mudanças nesses segmentos da sociedade brasileira (SCOREL, 2008).

A VII Conferência Nacional da Saúde, cujo lema central foi “Saúde para todos no ano 2000”, trazia, em suas discussões, orientações estratégicas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Conferência de Alma-Ata, de 1978, na URSS. Nesse mesmo período, foi criado no Brasil, segundo Faleiros et al. (2006), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PrevSaúde), um programa nacional de serviços básicos em saúde inspirado na Alma-Ata, que, além de respaldar-se na experiência do Piass⁶ Nordeste, tinha como objetivos:

[...] universalização da cobertura de serviços básicos; articulação das diversas instituições do setor saúde para a oferta de serviços; a hierarquização da oferta de serviços por níveis de complexidade, tendo a atenção primária como porta de entrada; a regionalização dos serviços; a utilização de técnicas simplificadas; e a participação comunitária. (FALEIROS et al., 2006, p. 103).

Segundo Scorel (2008), o PrevSaúde sofreu várias readequações pelos gestores da saúde e da previdência social, dado que as questões mais democráticas, como a participação comunitária, enfrentavam sérias objeções de caráter conservador tanto da previdência social como do próprio Ministério da Saúde. Infelizmente, como apontou Carvalho (1995⁷ *apud* FALEIROS et al., 2006), a participação comunitária era apenas utilizada para legitimar as ações do Estado e não as questões sanitárias.

No total, foram doze versões e, em 1981, o PrevSaúde foi definitivamente arquivado. No mesmo ano, a crise da previdência se tornou pública e paulatinamente se percebeu seu agravamento — nem mesmo as medidas paliativas conseguiram evitar a crise que já se evidenciava. Mesmo com a interrupção do PrevSaúde e do Programa de Interiorização de Ações em Saúde e Saneamento (Piass), suas linhas gerais, como a participação social, tiveram continuidade noutras discussões sobre saúde e políticas públicas.

⁶ O Programa de Interiorização de Ações em Saúde e Saneamento para o Nordeste, de 24 de agosto de 1976, aprovado pelo Decreto nº 78.307, era um programa interministerial coordenado pelo Ministério da Saúde que tinha como objetivo principal a implantação da estrutura básica de saúde pública (BRASIL, 1977, p. 21-22).

⁷ CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995

Essa crise não estava vinculada apenas a critérios econômicos, mas também ao que Faleiros et al. (2006) indicam como algumas interferências ocasionadas por organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana para a Saúde, que acabou influenciando na inclusão de quadros técnicos dentro do Ministério da Saúde, onde, segundo ele:

Faziam e pensavam saúde. Esses grupos passavam a operar política tecnicamente no sentido de aprofundar a crítica ao modelo hegemônico de assistência médica previdenciária, procurando superar o caráter dos programas de extensão da cobertura e desenvolvendo-os como alternativas ao modelo dominante. (FALEIROS et al., 2006, p. 39).

Com essa abertura foi possível que toda a discussão que vinha sendo realizada pela CEBES, ABRASCO e outros grupos, em relação à Reforma Sanitária, fosse viabilizada, assim como a ação de outros agentes favoráveis à saúde, visto que a simples menção da participação comunitária já não apresentava forças suficientes para manter uma autoridade que, como já visto, estava enfraquecida.

Já era esperada e previsível a necessidade da reforma na saúde. Os sanitaristas já vinham discutindo os elementos fundantes do que seria a saúde ideal para o povo brasileiro, uma saúde que, entre outros itens, escutasse as pessoas e nela tivesse a centralidade da participação popular que o PrevSaúde não conseguiu.

Os pensamentos da época, de acordo com Escorel 1998⁸ (*apud* FALEIROS et al., 2006) Arouca (1976) e Carvalho (1995), demonstravam a organização existente de pessoas, grupos e partidos políticos que estavam construindo um novo modo de organizar a saúde, partindo de três pensamentos-chave. Essas premissas seriam a construção do saber, a prática ideológica que seria uma transformação da própria consciência sobre o tema e a prática política, que nada mais era que a alteração da forma como as relações sociais e do poder político iriam atuar.

Dessa forma, observa-se que toda uma prática, já mencionada, sobre a participação dos sanitaristas junto a governos municipais e universidades, por exemplo, começa a ser trazida para o novo momento político que estava às portas; sendo exatamente isso o que ocorreu na VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS) (SCOREL, 1998⁹ *apud* FALEIROS et al., 2006).

⁸ SCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998

⁹ SCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998

A VIII Conferência Nacional da Saúde ocorreu entre os dias 17 e 21 de março de 1986. Nessa ocasião, estiveram reunidas cerca de cinco mil pessoas provenientes de vários estados, representando atores da sociedade civil organizada, bem como da política. Conforme o relatório da VIII CNS (BRASIL, 1986), estiveram presentes 135 grupos de trabalho, que discutiram durante a Conferência os seguintes temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. Ao final da Conferência foi apontada, por meio do relatório final, a necessidade de dar ênfase a alguns pontos, abaixo descritos.

O primeiro diz respeito à própria Reforma Sanitária, ou seja, o tema saúde não poderia ficar apenas em reformulações administrativas e financeiras. Suas transformações exigiam algo profundo, como a revisão da legislação. O segundo item do relatório recusa a privatização da saúde e propõe que a participação privada deva ser mediada pelo poder público. O terceiro ponto, e o mais polêmico, segundo o relatório, é a separação entre a saúde e a previdência social. Para os conferencistas, a saúde deveria ser financiada por produtos nocivos à saúde até haver orçamento público para a saúde. O quarto e último ponto em destaque, discutido na VIII CNS, diz respeito ao financiamento do setor e acabou sendo mais indicativo do que conclusivo.

A VIII CNS foi um marco na participação da sociedade civil organizada. Segundo Faleiros et al. (2006), ela ultrapassou o número de delegados previsto em seu regimento interno e, mesmo assim, muitos participaram como ouvintes, fato que se deu pela grande mobilização realizada durante as etapas a nível de estado. “Foi garantida a autonomia das entidades, nas escolhas de seus representantes e das pré-conferências, na escolha das bancadas estaduais.” (FALEIROS et al., 2006, p. 47).

De acordo com Faleiros et al. (2006) e Escorel (2008), um dos itens relevantes dessa Conferência foi a constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), criada através de uma portaria ministerial e com prerrogativas consultivas. Essa comissão foi a primeira paritária entre a sociedade civil e o governo que teve o propósito de elaborar uma proposta da saúde para a Assembleia Constituinte.

Outro item relevante dessa Conferência, segundo Escorel (2008), foi a ampliação dos conselhos de saúde. Dessa forma, a participação da sociedade civil se daria em âmbito municipal, estadual e federal. É na VIII CNS que “[...] os conselhos municipais despontam como órgãos ou instâncias participativas externas ao poder público, de controle, pelos usuários do sistema de saúde e de todas as etapas de seu ciclo político” (ESCOREL, 2008, p. 1000).

Em 1987, no final do mês de agosto, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária entregou à Assembleia Constituinte sua proposta popular com mais de 54 mil assinaturas, referentes a 168 entidades que estavam representadas na Plenária Nacional de Saúde, das quais 52 mil eram de plenárias e movimentos populares. Além dessa comissão, outros grupos também enviaram proposta à Assembleia Constituinte (FALEIROS et al., 2006).

3.1.3 O SUS na Assembleia Constituinte

A primeira eleição brasileira, após os anos de ditadura militar, conforme Escorel, Nascimento e Edler (2005), foi indireta e elegeu Tancredo Neves para a Presidência da República. Com seu falecimento antes da posse, quem assumiu o cargo foi seu vice, José Sarney, que enfrentou as questões econômicas, em dois planos, o Plano Cruzado I e II. Esse governo buscava equilíbrio entre as formas ideológicas que ocupavam espaços nos poderes.

Foi nesse novo governo que, segundo as autoras, o movimento sanitarista ocupou posições em locais-chave, para que, logo após, fosse possível convocar a VIII CNS e que esta tivesse a ênfase necessária. Tendo levado a “[...] proposta discutida, legitimada e completa, do ponto de vista do ideário sanitário” (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 80).

Em 1988, conclui-se o processo constituinte e é promulgada a oitava Constituição do Brasil. A chamada ‘Constituição Cidadã’ foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política de Estado na área da saúde pública. Em seu artigo 196, a saúde é descrita como um direito de todos e dever do Estado, ‘garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação’. (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 80).

No entanto, mesmo com a aprovação da Constituição, era necessário que cada tema fosse gradativamente regulamentado; portanto, havia a necessidade de que fossem abertas novas negociações com a sociedade brasileira. De acordo com Escorel, Nascimento e Edler (2005), durante o ano de 1989 as negociações no tema da saúde se concentraram em torno da lei complementar que viabilizaria as reformas. Boa parte da contribuição para esses temas originou-se do II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e do III Congresso Paulista de Saúde.

Naquele mesmo ano foi eleito para a presidência, de forma direta, Fernando Collor de Mello, e foi exatamente nesse momento político que os “[...] reformistas puderam contribuir efetivamente no projeto de formulação da Lei Orgânica da Saúde. Entretanto, a LOS 8.080,

promulgada por Collor, sofreria [...] vetos” (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 81), numa clara demonstração de que, mesmo sendo eleito diretamente pelo povo brasileiro, o presidente Fernando Collor de Mello representava naquele momento as forças conservadoras que dominavam o cenário político nacional. Segundo Faleiros et al. (2006), os vetos do Presidente atingiram diretamente os artigos referentes à participação social, além de outros assuntos de interesse da Reforma Sanitária. E foi dessa forma que a Lei Orgânica da Saúde (LOS nº 8.080) foi aprovada, em 19 de setembro de 1990.

A LOS nº 8.080/1990 define a saúde como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, e é nesta Lei que os fundamentais princípios e diretrizes são elencados. Conforme Noronha, Lima e Machado (2008):

- a) universalidade: direito que todos têm em todos os acessos e serviços, independentemente da contribuição financeira, como era até então através da contribuição à Previdência Social. É neste item que se menciona que a responsabilidade pelo adoecimento é arcada pela sociedade de uma forma solidária;
- b) igualdade: princípio que traz para a saúde exatamente o que o conceito menciona, ou seja, a ideia de que todos são iguais. Não há razões para que pessoas sejam beneficiadas de forma diferente, devido à sua etnia, renda ou religião.
- c) integralidade: direito que todo brasileiro tem de usufruir de forma articulada e contínua das ações e dos serviços preventivos e curativos, individual ou coletivamente. Para que isso ocorra é necessário que os gestores do SUS aprimorem e organizem os serviços.
- d) equidade: um dos princípios doutrinários do SUS, relacionado à justiça e à igualdade. Por meio desse princípio reconhecem-se as diferenças nas condições de vida e saúde, e consideram-se as diferenciações sociais que perpassam o acesso à saúde.
- e) participação social: forma que o brasileiro possui para participar das decisões a respeito da saúde no lugar onde reside. Tais decisões podem ser acompanhadas no município, no estado e na federação por meio dos conselhos de saúde, bem como das conferências de saúde.
- f) descentralização: princípio diretamente direcionado para cada esfera de governo, seja ela estadual, municipal ou federal, pois é nele que se observam as

responsabilidades e a autonomia que cada uma dessas instâncias possui. Ele possibilita uma maior atenção à regionalização e aos problemas diferentes em relação à saúde de cada localidade do país. É por meio desse princípio que algumas situações são organizadas, como a baixa, média e alta complexidade, sendo o indivíduo encaminhado a cada uma delas de acordo com suas necessidades. Para que esse princípio funcione adequadamente é necessário que os serviços básicos do SUS funcionem de forma coerente e sem ociosidade.

Ao verificar quais são as atribuições do SUS em todos os níveis de atenção, percebe-se a importância de outros serviços que estão vinculados ao sistema. Segundo Noronha, Lima e Machado (2008), todas as instâncias de governo têm responsabilidades com a saúde e com a organização do SUS. Além dessas competências, há outras responsabilidades, como a vigilância sanitária, a epidemiologia, a saúde do trabalhador, a organização dos recursos humanos e a organização de outras políticas relevantes à saúde, a exemplo do saneamento básico, da fiscalização de produtos e do próprio meio ambiente.

Nota-se que a saúde atinge vários sentidos da vida do brasileiro, indo além do tratamento quando se está doente. Pensar em saúde faz com que se reflita em como não adoecer, e é nesse sentido que Noronha, Lima e Machado (2008) mencionam a importância da parceria do setor da saúde com outros setores importantes do governo para a atuação no campo do desenvolvimento tecnológico, humano, de insumos, de urbanização, de saneamento e de educação, construindo políticas de âmbito social.

Esse pensamento só foi possível devido ao empenho dos sanitaristas, que não se satisfizeram com os vetos do Presidente Fernando Collor de Mello e, em 28 de dezembro de 1990, segundo Faleiros et al. (2006), pressionam o Legislativo, e a Lei n.º 8.142 recupera parcialmente os vetos do então Presidente. É nesta Lei que se “[...] dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do [...] SUS e sobre as transferências de saúde intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (FALEIROS et al., 2006, p. 112).

Foi através dessa nova mobilização do movimento sanitarista que se conseguiu a organização das instâncias colegiadas da qual falam Faleiros et al. (2006), qual seja, as conferências de saúde e os conselhos de saúde. No que se refere aos conselhos, estão distribuídos nas três instâncias de governo, e há a necessidade de uma articulação entre eles.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a partir desses conselhos, formam-se as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite, importantes arenas de discussão e formulação de políticas na área da saúde. Toda e qualquer iniciativa intergovernamental está apoiada no funcionamento dessas duas comissões (BRASIL, 2009).

Para Noronha, Lima e Machado (2008), a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) funciona a nível federal e possui representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). É nesta última instância que são definidos os programas e as estratégias. Além disso, é na CIT que os acordos entre as instâncias de governo são instaurados, permitindo o amadurecimento dos gestores no que se refere à saúde.

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB), por sua vez, funciona em âmbito estadual, tendo representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conasems. Nessa comissão, é obrigatória a participação do Secretário de Saúde do Estado. A CIB tem como função a negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. Com a frequência das discussões sobre os problemas próximos da saúde a nível regional, por vezes a CIB é um espaço que formula e planeja as ações que serão realizadas em seu território (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

3.2 CONCEITOS QUE IMPULSIONARAM A LUTA POR DIREITOS NO CAMPO DO DESENVOLVIMENTO RURAL

Este item busca trazer elementos sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Florestas e Águas no contexto das novas ruralidades, apontando elementos importantes que compõem as problemáticas da vida social e das relações que se estabelecem dentro desse espaço diversificado que é o rural. Pensar nessa diversidade do espaço rural significa compreendê-lo a partir do local em que vivem e não apenas como espaço agrário e de produção, assim como um lugar de distribuição de doenças (GERHARDT; LOPES, 2015).

Numerosos são os estudos sobre o mundo rural que têm contribuído para dar visibilidade para a vida social rural, onde as relações sociais não são mais pensadas somente pelas relações de trabalho, mas pela interligação com as relações familiares, comunais, de lazer e com o Estado, por meio das políticas públicas. É nessa teia de relações sociais que o dinamismo dessa nova ruralidade se organiza sem perder o elo com sua história; e é justamente por não perder esse elo que os espaços rurais se tornam atrativos para outras pessoas, dando uma ressignificação para esse lugar, tornando-o um local para além da produção agrária, um espaço que alcança novas dimensões sociais (WANDERLEY, 2009).

Ao se deter no campo da saúde, pensar o rural tornou-se objeto recente de preocupações acadêmicas e políticas, e 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 relativas ao desenvolvimento, seja para manter a força de trabalho sadia, capaz de atender as demandas de mercado e a restrita relação do desenvolvimento com o 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).

Assim, é necessário pensar o espaço 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, que dá voz e protagonismo às pessoas que vivem no lugar (RUIZ, 2013).

É fundamental compreender o papel das pessoas que vivem no rural e como elas próprias entendem seu espaço de vida, de forma a desmistificar o que, na essência, conforme Fernandes e Ponte (2002), não é imutável. Lá 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 ideia de 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 diminuiram, mas a igualdade social ainda está longe de ser atingida.

Muitas políticas públicas que são 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). Essas políticas estão relacionadas a essa visão, ou seja, à ideia de que o rural existe apenas para abastecer o meio urbano. Isso demonstra a 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.

Dessa maneira, para repensar 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 da existência de políticas públicas que atendam as demandas dessas populações. Essas políticas devem garantir acesso às condições econômicas, sociais e culturais e à própria permanência no meio rural, dando visibilidade às novas ruralidades emergentes no campo. É com esse intuito que se traz elementos para o debate sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Florestas e 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.

3.2.1 Novas ruralidades

Após a ditadura militar, nos anos 1980, o Brasil vivia seu processo de redemocratização. Da mesma forma que o universo urbano experimentava mudanças, o mundo rural iniciava um processo de alterações em suas concepções. Alteravam-se lentamente as percepções sobre quem vivia no rural e quais eram as necessidades dessas populações, para que fosse possível manter e aprimorar seu modo de vida. Procurava-se, assim, trazer à tona o fato de que o rural é mais do que simplesmente um lugar de produção agropecuária, sendo, principalmente, um espaço de vida.

Esse foi o início da compreensão de que o mundo rural não é um espaço isolado das demais populações do país, mas um local que apresenta suas peculiaridades históricas, sociais, culturais e ecológicas que o define com uma realidade própria. É um espaço físico diferenciado e um lugar de vida, onde se vive e onde se vê mundo (WANDERLEY, 2001). Passou-se a perceber que o meio rural se caracteriza pelas relações sociais de interconhecimento, que 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 com suas relações consolidadas por laços familiares e de vizinhança, o que, ao nível da vida cotidiana e ao longo de seus ciclos, é a base fundamental da vida social desses locais (WANDERLEY, 2009).

No imaginário da população urbana, “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. 12). Porém, as mais recentes transformações no meio rural são resultado de fatores internos e externos, efeitos das novas relações políticas e econômicas de um mundo cada vez mais internacionalizado sobre as formas de produção agrícola, a valorização do meio rural e um profundo processo de diversificação social, de modo que suas relações com o urbano perderam o caráter antagônico (WANDERLEY, 2009).

O meio rural 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). Nota-se que a autora coloca que o espaço local deve ser a convergência entre o rural e o urbano onde as particularidades de cada um são a fonte da integração e cooperação, aproximação da qual resulta uma rede de relações recíprocas, proporcionando desenvolvimento integral ao universo do rural.

É fundamental assimilar que a ruralidade não é uma etapa do desenvolvimento a ser superada para que ocorra o progresso com a geração da urbanização. A ruralidade deveria ter um valor diferente para as sociedades contemporâneas, porque possui características próprias e não apenas atividades econômicas. Assim, essas características e valores trazem consigo um novo olhar para o desenvolvimento, revelam novas relações entre cidade e campo, mostram dinâmicas regionais em que pequenas aglomerações urbanas dependem das áreas a seu redor para expandir sua economia a nível nacional e global (ABRAMOVAY, 2009).

Do mesmo modo, é necessário pensar uma nova forma de desenvolvimento rural que abranja não somente o sistema econômico. Wanderley (2001) aponta que é urgente nesse novo rural uma forma de promover o desenvolvimento local sem ignorar as necessidades das populações do meio rural. Tal concepção é possível 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 em todo o processo.

Essas novas diretrizes acabam por criar novas formas de se estruturar o rural, pois este espaço está sendo utilizado, cada vez mais, para outros fins que não somente o agropecuário, a exemplo da moradia de trabalhadores não rurais e do 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). No entanto, um problema observado é que as populações urbanas, ao adquirirem terras

no meio rural, geralmente acabam contribuindo para a perda de identidade das populações tradicionalmente do campo, promovendo o afastamento dessas populações dos seus lugares de origem, além da perda dos laços de vizinhança e de toda a teia social em que estão inseridas (WANDERLEY, 2001).

Diante dessas e de outras questões, percebe-se que, no momento em que o governo e a sociedade perceberem que o rural está para além de produção, será verificada 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 da 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. Isto 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 dessas colocações é possível verificar que há vida social no meio rural e que ela está cercada 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 vai sendo gradualmente ocupado por outros segmentos, como o chamado “neo-rural” e aqueles que não possuem nada, os “sem sem”, “[...] quase sempre também sem casa, sem saúde, sem 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 essa nova realidade, que abrange, além da agropecuária moderna, um conjunto de atividades não agrícolas ligadas à moradia, lazer e prestação de serviços, e novas atividades agropecuárias que estão localizadas em nichos especiais que não a propriedade rural em si. Dessa forma, constata-se que o rural apresenta uma grande diversidade, um imenso potencial econômico e cultural que deve ser utilizado para potencializar forças para o desenvolvimento local/rural.

Com isso, verifica-se a inevitabilidade da presença e da intervenção do poder público mediante políticas públicas que visem propiciar facilidades e conforto de vida àquelas populações. É a partir desse pensamento que surge a reflexão sobre as políticas públicas

voltadas à saúde e de como esta discussão contribui para a permanência das populações no meio rural.

3.2.2 As políticas de saúde e as pessoas que vivem no rural

Historicamente, o espaço rural teve acesso a poucas políticas públicas, e, quando as recebeu, normalmente estavam vinculadas à otimização da produção agropecuária. Políticas relacionadas ao cotidiano das vidas dessas famílias, como educação, moradia, acessibilidade, saúde, entre outras, frequentemente permanecem num segundo plano, tornando a vida dos moradores das zonas rurais dependente das cidades, que se encontram, muitas vezes, distantes e com precários meios de transporte público.

Para os residentes das cidades, “viver no rural” significa ter um pertencimento ao passado ou estar em um momento de atraso em relação ao meio urbano, mas “[...] 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). Esse modo de pensar, ou seja, no sentido de que o rural é lugar de atraso e que seus moradores são os empobrecidos e os esquecidos do campo, faz refletir sobre o tipo de desenvolvimento que se deseja. Destaca-se que o desenvolvimento não diz respeito apenas à aquisição do automóvel do ano ou ao acesso a vários canais de televisão, mas está ligado, sobretudo, às potencialidades humanas e à forma como se acessam a saúde, a educação e a comunicação (VEIGA, 2001).

Para garantir que haja vida para as populações que vivem no rural, torna-se vital que haja políticas públicas direcionadas a essas populações. Segundo Souza (2006, p. 26):

[...] 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).

Tais políticas são elaboradas a fim de garantir o que inculca a Constituição Federal, bem como aquilo de que a população brasileira tem necessidade, ou seja, é exatamente através dos problemas existentes no país e, também, com relação a 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.

Todavia, para que tudo se efetive é importante ter a participação dos cidadãos nas diversas formas de representação existentes, como 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, demandando participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua materialização e consequente operacionalização.

Uma das políticas públicas importantes para o desenvolvimento rural é o tema central desta dissertação de mestrado e está situada no campo da saúde. A Constituição de 1988 traz os direitos fundamentais e sociais da população brasileira, a saber, a educação, o acesso à saúde, a alimentação, o direito ao trabalho e à renda, o acesso à moradia, com o resguardo do lazer e da segurança. São garantidas, também, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, além da assistência à pessoa desamparada. Dentre esses direitos essenciais, a palavra saúde é mencionada 179 vezes (BRASIL, 2012).

Na saúde, pode-se trazer como exemplo desse processo a constituição do Sistema Único de Saúde na qualidade de política pública que, ao longo da história, foi marcada por várias transformações das ações na área de saúde pública, 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.

A saúde no meio rural é justamente uma das políticas públicas cuja presença é necessária, pois é através da “[...] revalorização do meio rural como lugar de trabalho e vida, que se expressa na retomada da reivindicação pela permanência ou retorno à terra.” (WANDERLEY, 2000, p. 36). Segundo a autora, são necessárias tais estruturas do serviço público para que se evite o êxodo rural das populações locais.

Além da conquista do SUS, há outras políticas que são importantes para o meio rural; dentre elas, citam-se a política da aposentadoria rural e o seguro-maternidade, que se tornaram direitos dos agricultores e agricultoras a partir da Constituição de 1988, viabilizando uma melhor qualidade de vida e demonstrando a paridade entre os cidadãos do meio urbano e do meio rural.

A partir dos princípios de equidade, universalidade e integralidade, o SUS congrega os elementos necessários para trabalhar com o direito do acesso à saúde. Atualmente, a saúde pública do Brasil atinge segmentos específicos como a saúde da mulher, saúde do trabalhador,

saúde da população negra, entre outras, além da saúde das populações do campo, florestas e águas, principal foco deste estudo.

Ao pensar em desenvolvimento rural deve-se ampliar os horizontes e compreender, como já mencionado, que esses espaços não são meramente locais de produção de produtos comercializáveis ou local de residência dos esquecidos, mas são locais que apresentam populações que necessitam, conforme apontado por Medeiros, Quintans e Zimmermann (2013), de políticas que valorizem seu modo de vida, até pouco tempo considerado atrasado ou, simplesmente, em fase de desaparecimento sociocultural.

No intuito de dar visibilidade à vida das populações desses locais, políticas como essas são importantes, pois demonstram à sociedade diferentes modos de agir da população rural, e a importância dos investimentos públicos para que riscos maiores não se configurem. Conforme Brasil (2015), o MS vem trabalhando com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades dessas populações, que estão “[...] mais expostas e que são resultantes dos determinantes sociais e ambientais de saúde, como acesso à água tratada, ao saneamento básico, à segurança alimentar e nutricional, entre outros.” (BRASIL, 2015, p. 10).

Diante dessas especificidades, observa-se a importância da implementação da PNSIPCFA, pois é justamente ela que fará o diálogo entre o poder público municipal, o espaço de vida no meio rural e as demais instâncias do poder público. Esse entendimento só é possível, de acordo com Brasil (2015), porque foi uma política elaborada não para as populações do campo, florestas e águas, mas com essas populações.

Brasil (2015) aponta a importância de se compreender o que é desenvolvimento rural e de se perceber que este passa pelo campo da saúde e de outras políticas públicas a que tais populações têm direito. Além disso, a PNSIPCFA é transversal, devendo dialogar com as demais políticas públicas que perpassem por essa população para atingir metas de melhorias na saúde e demais condições de vida e de produção.

O objetivo principal dessa política é a articulação com outras políticas da área da saúde, como a Saúde da Família, Saúde da Mulher e a Saúde do Trabalhador, além das demais que interagem com tais populações, pois elas já possuem um arcabouço de experiências. Além disso, é importante perceber a diversidade e a dinâmica desses espaços.

A diversidade e as dinâmicas próprias desses espaços, dos diferentes sujeitos sociais, das mobilidades populacionais, das relações sociais, dos modos de produção, dos aspectos culturais e ambientais, das formas de organização dos assentamentos, dos acampamentos, das aldeias indígenas, dos povos e comunidades tradicionais, como as comunidades quilombolas, as ribeirinhas, entre outros. (BRASIL, 2015, p. 12-13).

O indispensável para a compreensão dessa política e do desenvolvimento rural é justamente perceber as particularidades dessas populações, sejam elas do campo, da floresta ou das águas. Cada uma tem seu próprio modo de compreender a vida e o lugar, e possui seu próprio meio de buscar estratégias importantes para a produção econômica e social. A partir dessa reflexão, por meio de Barata (2008), compreende-se que, conforme o tempo passa, vão se modificando as formas como determinadas sociedades se organizam e quais são as considerações que elas fazem sobre as questões inerentes a 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) menciona outros fatores que determinam a ocorrência “[...] e a distribuição da saúde e da doença em populações que incluem aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e simbólicos, ou seja, as formas como as pessoas compreendem a saúde e a doença” (BARATA, 2008, p. 167). Por esse motivo, é necessário que cada política consiga dialogar e articular ações para determinadas populações a fim de preservar todo um conhecimento simbólico inerente àquele grupo social.

A PNSIPCFA foi elaborada para construir e aprimorar o diálogo com as populações residentes fora das cidades, visando compreender seu modo de vida, sua forma de trabalho e de geração de renda, além de viabilizar os processos de enfrentamento quando o assunto se refere à doença. Tais atitudes procuram respeitar suas formas de compreensão, no que tange aos cuidados com saúde e doença.

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 direcionalidade que muitas políticas e programas específicos a determinadas populações foram reivindicados. É o caso da formulação e da implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, que demandou grandes mobilizações e apresentação de reivindicações pelos movimentos sociais das populações concernentes, dentre os quais participaram ativamente o Grito da Terra, a Marcha das Margaridas, o Abril Vermelho e o Chamado da Floresta.

Como já observado, o Grupo da Terra contribuiu de forma expressiva com a elaboração da PNSIPCFA, o que expressa o compromisso político do governo federal no que concerne à garantia do direito e do acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), além de auxiliar na concretização de 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).

Além disso, a PNSIPCFA 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 agropecuária 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 com a visão de que o rural é apenas um espaço produtivo.

Desse modo, 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, entre eles¹⁰: 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 da cultura brasileira. Procurando avançar numa direção que abarcasse distintas populações do interior do país, essa Portaria foi atualizada em 2014, quando do acréscimo da 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).

Essa política é recente e encontra-se em fase de estudo e implementação nos estados brasileiros, como é o caso do RS, onde o Comitê da PNSIPCFA foi instaurado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) pela Portaria nº 1.261/2014. Os movimentos sociais que compõem esse Comitê no estado, representando os demais, são o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), a Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Rio Grande do Sul (FETAG), o Movimento das Mulheres Camponesas (MMC), o Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA), os Pescadores Artesanais e Profissionais e os Quilombolas, além das

¹⁰ Nos documentos da PNSIPCFA, pressupõe-se que os termos camponeses, agricultores, trabalhadores, assentados, acampados, assalariados, etc. contemplem sua flexão de gênero, ou seja, camponesas, agricultoras, trabalhadoras, assentadas, acampadas, assalariadas, etc.

representações do governo, a Secretaria de Desenvolvimento Rural e Cooperativismo, Representante das Secretarias Municipais de Saúde, representantes da SES com o Departamento de Ações em Saúde (DAS) e o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVES) (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, esses atores estão buscando informações junto a 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 (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Segundo a Portaria nº 1.261/2014, o Comitê tem a finalidade consultiva e propositiva na saúde para essas populações para este estado. Para isso, serão balizadas nas políticas transversais a política nacional e aquelas que foram julgadas importantes na instauração do Comitê, como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, pela Portaria nº 971/2006 e 1600/2006, e a Política Nacional da Atenção Básica, pela Portaria nº 2488/2011, por exemplo.

Diante disso, é notório que um dos focos principais da PNSIPCFA é sua articulação com outras políticas, sendo importante, nessas conexões de políticas, 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 e o lugar, e possui seu próprio meio de buscar estratégias importantes para a produção econômica e social.

3.3 REFERENCIAL TEÓRICO PARA ANALISAR A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

[...] embora toda política pública envolva decisões políticas, nem toda decisão política chega a constituir uma política pública. (RUA, 2013. p 1).

Com o amadurecimento das sociedades, foi necessário trazer planejamento às formas como elas eram organizadas, principalmente naquelas áreas relacionadas aos gastos públicos. Assim, as políticas públicas tomaram conta das agendas dos governos, em especial, dos países em desenvolvimento. A partir de políticas que restringiam os gastos públicos, foram ganhando espaço aquelas relacionadas às áreas econômica e social (SOUZA, 2006).

Souza (2006) menciona que houve quatro fundadores das políticas públicas: Laswell, Simon, Lindblom e Easton.

Laswell (1936) introduziu a expressão *policy analysis* (análise de política pública), [...] Simon (1957) introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*), argumentando, todavia, que a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional. [...] Lindblom (1959; 1979) questionou a ênfase no racionalismo de Laswell e Simon e propôs a incorporação de outras variáveis à formulação e à análise de políticas públicas, tais como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório, o que não teria necessariamente um fim ou um princípio. [...] Easton (1965) contribuiu para a área ao definir a política pública como um sistema, ou seja, como uma relação entre formulação, resultados e o ambiente. (SOUZA, 2006, p. 22-23).

Não há, segundo Souza (2006), uma única forma correta de discriminar o que seja política pública, mas a autora apresenta alguns teóricos que trouxeram definições sobre esse campo:

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer. (SOUZA, 2006, p. 24).

No entanto, a definição mais aceita “[...] continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.” (SOUZA, 2006, p. 24). Dessa forma, ao pensar em políticas públicas é importante compreender com qual definição estão sendo vinculadas, pois é essa visão que trará uma amplitude sobre o tema. Assim, é importante assimilar que a política pública pertence ao campo multidisciplinar, interagindo com disciplinas como a sociologia, política, economia, geografia, planejamento, e as ciências sociais aplicadas, que compartilham do tema e fazem suas investigações, contribuindo para seu desenvolvimento teórico (SOUZA, 2006). Para a autora:

No entanto definições de políticas públicas, mesmo as minimalistas, guiam o nosso olhar para o locus onde os embates em torno de interesses, preferências e ideias se desenvolvem, isto é, os governos. Apesar de optar por abordagens diferentes, as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa destes fatores. (SOUZA, 2006, p. 25).

Para Saraiva e Ferrarezi (2006), política pública é:

[...] um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade. Decisões condicionadas pelo próprio fluxo e pelas reações e modificações que elas provocam no tecido social, bem como pelos valores, ideias e visões dos que adotam ou influenciam na decisão. (SARAIVA; FERRAREZI, 2006, p. 28).

Nesse aspecto, as decisões tomadas por meio de uma política pública nem sempre irão corresponder àquilo que é esperado por uma determinada parcela da população, pois serão decisões que almejam garantir aquilo que aquele governo julga ser determinante para manter o equilíbrio de seu governo. A partir disso, é necessário compreender como uma política pública entra na agenda do governo, o que será detalhado adiante.

Contudo, é relevante assimilar que a política pública é um campo da ciência política e nasce nos países industrializados ajustada àquelas realidades, mas Frey (1999) defende que é possível introduzi-la aos países em desenvolvimento, sendo “[...] preciso uma adaptação do conjunto de instrumentos de análise de políticas públicas às condições peculiares das sociedades em desenvolvimento.” (FREY, 1999, p. 3). Para uma melhor compreensão, o autor menciona que *policy analysis* está dividida em três dimensões *policy*, *politics* e *polity* (FREY, 1999).

Essas três compreensões distintas da palavra política são relevantes, porque, em português, o vocábulo não alcança o mesmo grau de sentido que em língua inglesa, havendo diferença nesses três conceitos distintos de aplicabilidade. Assim, *policy* se refere ao universo concreto dos conteúdos, ou seja, a como serão os programas onde os problemas serão enfrentados, bem como ao conteúdo que será utilizado para as decisões políticas. Na dimensão *politics*, a conflitualidade existente no processo político, especialmente em relação à imposição dos objetivos, aos conteúdos e, até mesmo, às decisões. Em *polity*, está presente o sistema político e toda sua organização jurídica, assim como sua própria organização institucional político-administrativa. É possível, portanto, compreender as dimensões do significado de política pública na literatura internacional sobre o tema (FREY, 1999).

3.3.1 Ciclo de política pública

Frey (1999) menciona que, dentro do ciclo de uma política pública, há dimensões que são comuns umas às outras. Todavia, para o autor, é a distinção entre a percepção e a definição de problemas, *agenda-setting*, que faz a diferença. Ou seja, o “[...] que nos interessa

é a questão como em um número infinito de possíveis campos de ação política, alguns ‘policy issues’ vêm se mostrando apropriados para um tratamento político e conseqüentemente acabam gerando um ‘policy cycle.’” (FREY, 2000a, p. 12). Do mesmo modo, o autor expõe que normalmente são as diversas formas de comunicação política e social que atribuem relevância a determinados temas que são entendidos como problemas por grupos sociais, mas também por grupos políticos e até mesmo pela própria administração pública (FREY, 2000b).

Por sua vez, Rua (2013) considera que a *policy* é um grupo de atividades que forma um processo político, *politics*. O autor ressalta, entretanto, que não se trata de fases em seqüência, mas, sim, de recursos que permitam a análise de uma política pública.

Em relação a isto, Frey (1999) aponta que os:

Processos de aprendizagem política encontram-se p. ex. em todas as fases do ‘policy cycle’, ou seja, o controle de impacto não tem que ser realizado apenas no final do processo político, mas pode acompanhar as diversas fases do processo e conduzir a adaptações permanentes do programa e, com isso, propiciar uma reformulação da política. Vale assinalar que o modelo do ‘policy cycle’ é um ‘tipo puro’ idealizador do processo político, mas que na prática não costuma se efetivar da maneira como está previsto no modelo (FREY, 1999, p. 14).

E mais:

O fato de os processos políticos reais não corresponderem ao modelo teórico não indica necessariamente que o modelo seja inadequado para a explicação destes processos, mas sublinha o seu caráter enquanto instrumento de análise. O ‘policy cycle’ nos fornece o quadro de referência para a análise processual. Visto que podemos atribuir funções específicas às diversas fases do processo político-administrativo, obtemos – por meio da comparação dos processos reais com o tipo puro – pontos de referência que dizem respeito às possíveis causas dos déficits do processo de resolução de problema. (FREY, 1999, p. 14).

Segundo o autor, o ciclo de uma política pública permite a utilização de dissemelhantes abordagens em sua avaliação, pois essas abordagens fazem parte do *policy cycle*, havendo, desse modo, pressupostos e fundamentos políticos que abordem independentemente cada estágio de análise. Esses fundamentos políticos que condicionam a ação pública são “[...] tarefa única e exclusiva da abordagem de ‘análise de políticas públicas’, é premente na fase de elaboração de programas e de decisão, porém deve ser levado em consideração em todas as fases do ‘policy cycle.’” (ARRETCHE, 1998¹¹ *apud* FREY, 1999, p. 14). .

¹¹ ARRETCHE, Marta T.S. Tendências no Estudo sobre Avaliação. In: Elizabeth Melo Rico (org): Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 1998, p. 29-29

Deve-se compreender que uma política pública, antes de sua aprovação, passa por estágios que envolvem diferentes atores, processos e coalizões, e cada uma dessas é compreendida de formas distintas. Portanto, o ciclo de políticas públicas é tradicionalmente composto pelas seguintes etapas:

- a) agenda;
- b) formulação;
- c) implementação;
- d) avaliação (SARAIVA, 2006).

Dessa forma: a Agenda é constituída de uma lista de problemas que são elencados pela sociedade, pelos agentes do governo, bem como pelos políticos. Para Wu et al. (2014) trata-se de um problema que é importante ser discutido naquele momento pelo governo e cujas questões podem ter origens distintas, variando de fatores econômicos a sociais. Portanto, uma agenda traz um arcabouço de itens que são levados ao governo por meio de demandas de grupos sociais. Assim, verifica-se que esta “[...] definição está intimamente ligada com a ideia de que a criação de políticas públicas é orientada principalmente pelas ações de atores não governamentais, às quais os gestores do governo reagem.” (WU et al. 2014, p. 30). Segundo ele:

A definição de agenda é caracterizada por três principais aspectos. É um processo que: 1. não é linear; 2. é político e, ao mesmo tempo, técnico; 3. ocorre dentro de uma complexa rede de atores estatais e sociais. Os gestores públicos precisam entender essas três características, para que possam responder adequadamente às preocupações sociais e políticas levantadas pelos cidadãos. Eles também devem saber: 1. os interesses materiais de ambos os atores, sociais e estatais, em relação a qualquer questão; 2. os contextos institucionais e ideológicos em que operam; 3. o potencial de mudança nas circunstâncias contingentes que formam discussões e debates sobre questões públicas. (WU et al., 2014, p. 31).

Souza (2006) questiona por que algumas questões entram na agenda dos governos e outras não. Para a autora, há algumas vertentes que evidenciam a participação social no processo de decisão enquanto outras focam no processo da formulação da política.

Mas como um governo define sua agenda? Para essa autora, primeiramente identifica-se o problema; em segundo lugar, é necessário criar uma consciência coletiva sobre determinado assunto, com diferença entre a discussão iniciar a partir da política ou da sociedade civil; e, em terceiro lugar, “[...] são classificados como visíveis, ou seja, políticos, mídia, partidos, grupos de pressão, etc. e invisíveis, tais como acadêmicos e burocracia. Segundo esta perspectiva, os participantes visíveis definem a agenda e os invisíveis, as alternativas.” (SOUZA, 2006, p. 30).

A entrada nessas agendas, de acordo com Wu et al. (2014), dá-se, em sua grande maioria, pelos atores sociais organizados, como os grupos de interesse, organizações religiosas, sindicatos, associações, usinas de ideias, os *think tanks*, além dos grupos de pesquisadores de institutos e universidades. A definição da agenda propriamente dita pode ser de duas maneiras: ou ela tem um início interno ou externo.

Quando o início é interno, o governo tem, praticamente, o controle de todo o processo, havendo, nessa agenda, um amplo debate, mas sem a participação da população, que não terá conhecimento dela até que seja formalmente divulgada. No caso do início externo, ela vem dotada de grande comoção popular, ou seja, as questões nascem da mobilização social que forcem a entrada dessa demanda na agenda pública (informal) para, logo após, forçar sua entrada na agenda formal. Vale mencionar que as agendas formais ou informais não são independentes uma da outra (WU et al., 2014).

Então, quando uma agenda passa da informal para formal? Essa questão está relacionada ao conceito de “janela de oportunidade”, demonstrando que, para abrir esse processo junto ao governo, o caminho, muitas vezes, pode ser por acontecimentos diversos. Segundo Wu et al. (2014), pode haver quatro tipos de janelas de oportunidades:

- *janelas rotineiras*: em que eventos processuais rotineiros, tais como ciclos orçamentários, ditam aberturas de janelas;
- *janelas discricionárias*: em que o comportamento político individual por parte dos tomadores de decisão determina aberturas de janelas;
- *janelas aleatórias*: quando acontecimentos imprevistos, como desastres ou escândalos, abrem janelas;
- *janelas induzidas*: em que questões relacionadas são atraídas para as janelas já abertas em outros setores ou áreas de problemas, tal como quando surgem questões de segurança ferroviária devido ao aumento da atenção dada à companhia aérea, ou questões de segurança automobilística devido a alguma crise ou acidente. (WU et al., 2014, p. 37).

Percebe-se que há um grande número de atores envolvidos na compreensão de como se forma uma agenda no governo. E são esses atores que observam o momento adequado, ou seja, em qual “janela de oportunidade” se enquadram e se encontram. Estes exibem suas próprias lógicas para alcançar seus interesses, bem como os recursos de poder necessários para obtê-los. Eles buscam abranger o maior conhecimento possível para influenciar nas decisões e na maneira de negociar politicamente os recursos. São esses atores que negociam sua capacidade de mobilização política e social, demonstram forte capacidade de interação com outros atores que sejam relevantes a sua agenda, além de deterem grande capacidade de estratégia e informação (RUA; ROMANINI, 2013).

Na Formulação, conforme Saraiva (2006), identifica-se e delimita-se um determinado problema, procurando-se demonstrar as possíveis alternativas para que haja solução e

satisfação por parte da sociedade. É nesse momento que se verificam quais serão as prioridades. Para a autora:

[...] a elaboração de políticas pode ser vista como atividade *política* incontornável, em que as percepções e os interesses dos atores individuais entram em todos os estágios. Nesse caso, a implementação transforma-se em atividade problemática e não em algo que deva ser dado como óbvio, como no modelo racional: a política é vista como barganha, o meio ambiente como conflitivo e o processo mesmo é caracterizado pela diversidade e pelas suas limitações. (SARAIVA, 2006, p. 33).

Dessa forma, a autora demonstra que o ciclo de uma política pública não é necessariamente linear. Do mesmo modo, os formuladores das políticas públicas auxiliam na garantia e no reconhecimento das questões que as envolvem nas fases posteriores, procurando assim diminuir novos problemas quando estes surgem (WU et al., 2014).

Assim, os formuladores de políticas públicas se orientam frente a alguns modelos que visam a orientar seu trabalho:

a) “Tomada de Decisão” é a fase de elaboração de uma política pública em que se fará a seleção dos caminhos que serão desenvolvidos. Além disso, deve-se ter em mente que este processo se dá, conforme Wu et al. (20014), pelos:

Gestores públicos [que] têm uma percepção comum de que a tomada de decisão é, em maior ou menor grau, um negócio exclusivo da alta administração e/ou de agentes eleitos, e que, portanto, é dominada por considerações políticas, em vez de administrativas ou técnicas. A tomada de decisão é, de fato, altamente política, porque as decisões muitas vezes criam “vencedores” ou “perdedores” [...]. (WU et al. 2014, p. 79).

Todavia, é importante compreender, segundo o mesmo autor, que:

[...] muitos gestores públicos têm a concepção errônea de que as decisões de políticas públicas são movidas unicamente por considerações políticas. Outras considerações – por exemplo, a potencial eficácia das políticas no alcance dos objetivos pretendidos e seus impactos na sociedade a longo prazo – também são importantes, exigindo conhecimento técnico e análise profissional. A tomada de decisão, portanto, é frequentemente mais técnica e menos política do que se supõe. (WU et al., 2014, p. 79).

Conforme Rua (2013), para que se faça uma “tomada de decisão” adequada, há tipos distintos de modelos que auxiliam nesse processo:

a.1. Modelo racional-compreensivo ou modelo racional-exaustivo: formulado por Hebert Simon (1947), um dos maiores teóricos da Teoria Racional, em sua obra *O*

Comportamento Administrativo. Este modelo pressupõe que toda a ação de uma política pública possa ser previamente determinada. Para que isso ocorra, é necessário, exaustivamente, que tudo seja avaliado e que todas as hipóteses possíveis sejam levantadas.

Nesse modelo, os decisores definem claramente quais os valores e os objetivos devem ser maximizados. A escolha da alternativa a ser adotada baseia-se em uma análise abrangente, informada e detalhada, de todas as suas alternativas e implicações, tendo como critério a maximização dos objetivos e resultados. (RUA, 2013, p. 81-82).

A escolha desse modelo pondera sobre como maximizar os custos-benefícios de uma determinada ação, e, para que consigam atingir os objetivos, é necessário seguir determinados passos, como a clarificação e a determinação dos objetivos, a identificação das alternativas, assim como os meios para atingir os objetivos. Dessa forma, “O Modelo Racional-Compreensivo assume que o tomador de decisão faz sua escolha em ambiente de certeza plena, porque possui conhecimento completo e detalhado do ambiente e dos efeitos da decisão.” (RUA; ROMANINI, 2013, p. 82).

a.2. Modelo “Incremental”: em 1959, Charles Lindblom apontou algumas objeções ao Modelo da Escolha Racional e apresenta esse modelo, que procurava adotar alternativas em vez de maximizar como no modelo anterior. Para esse modelo, em conformidade com Wu et al. (2014):

[...] em vez de adotar alternativas de ‘maximização’, nesse modelo, espera-se que as decisões tomadas por negociação sejam o resultado de ‘sucessivas comparações limitadas’ que os tomadores de decisão fazem das novas propostas *versus* os resultados de decisões anteriores, resultando normalmente apenas em mudanças ‘marginais’ ou ‘incrementais’ do *status quo*. (WU et al., 2014, p. 82).

Essas decisões, portanto, eram baseadas em pesquisas empíricas. Dessa forma, observa-se que uma política pública não parte de um marco zero, mas de várias decisões marginais e também incrementais que simplesmente desconsideram outras decisões ou mudanças políticas; logo, leva-se em conta que muitas decisões tomadas pelos governos no passado limitam e constroem as decisões políticas que são necessárias para que haja novas políticas públicas (SOUZA, 2006).

a.3. Modelo “lata de lixo” (*garbage can*): em 1972, Cohen, March e Olsen argumentaram que as políticas públicas são escolhas feitas como se as alternativas existentes estivessem em uma lata de lixo. Assim, haveria vários problemas e poucas soluções, e estas

deperderiam das análises de um leque de soluções que os decisores, *policy makers*, teriam naquele momento (SOUZA, 2006).

Ademais, Wu et al. (2014) afirmam que o modelo “lata de lixo”:

[...] se aplica quando há um grande número de tomadores de decisão e uma grande dose de incerteza sobre as causas dos problemas e suas soluções. Argumenta-se que, em tais situações, os resultados das políticas públicas não terão nem mesmo uma modesta semelhança com a racionalidade encontrada no incrementalismo e, ao contrário, refletirão os desejos temporários de quem realmente é capaz de dominar, embora transitoriamente, o processo de tomada de decisão. (WU et al., 2014, p. 82).

Rua (2013) menciona que esse acúmulo de situações que são depositadas na “lata de lixo” está disponível e pode representar alternativas para outras soluções de alguns problemas que venham a surgir no futuro. Para a autora, os problemas e as possíveis soluções não estão vinculadas e “[...] não são os problemas que geram propostas para as soluções, mas sim as soluções já existentes na ‘lata de lixo’ das organizações que se impõem aos problemas, quando eles aparecem.” (RUA; ROMANINI, 2013, p. 76).

Neste modelo, há quatro fluxos que ocorrem de forma desordenada:

- a) Fluxo dos Problemas, que indica que somente os mais graves encontraram na “lata de lixo” o desencadeamento necessário para um processo decisório;
- b) Fluxo das Soluções, que sugere que a “lata de lixo” tem a solução para os problemas e não o contrário;
- c) Fluxo das Oportunidades de Decisão, que se refere ao momento em que é possível conquistar espaços dentro da organização, mostrando habilidades e formas de como se negociar;
- d) Fluxo dos Participantes nas Organizações, que demonstra o trânsito dos indivíduos que circulam por várias organizações, trazendo consigo conhecimentos de problemas e soluções, compartilhando suas ideias e as adaptando às novas realidades (RUA; ROMANINI, 2013).

a.4. Modelo dos múltiplos fluxos: conforme Rua e Romanini (2013), esse modelo é considerado como um dos mais eficientes em explicar a formação da agenda de uma política pública, bem como explicar porque algumas questões entram na agenda do governo e são incluídas na agenda de decisões, enquanto outras não. O modelo surge com John Kingdon (1984) e nele fica visível a importância de se observar a “janela de oportunidade” e a consciência do conceito de ideia em relação a possíveis problemas.

Para Barcelos (2015), são as “ideias” que orientam os atores a influenciar na formulação da agenda. De acordo com o autor, essas ideias estão consoantes às linguagens e ao próprio discurso que, no jogo político, são usados por um determinado grupo ou ator com vistas a influenciar as decisões governamentais.

Kingdon (1984¹², *apud* RUA; ROMANINI, 2013) aponta que, quando um determinado problema chama a atenção dos formuladores de políticas públicas e este passa a ser reconhecido como um problema político, acaba por entrar na agenda de decisões. Mas, para que isso ocorra, é essencial que haja encontro entre pelo menos dois dos três fluxos que são independentes e possuem sua própria dinâmica:

a.4.1) Fluxo dos problemas (*problems*): esse fluxo só passa a existir quando os formuladores das políticas reconhecem que algo deve ser feito em relação ao tema. Para que isso ocorra, é imprescindível que os demais atores envolvidos procurem influenciar na agenda. Para esse processo, há três procedimentos: a.1) ter bons indicadores; a.2) trazer a público os problemas, como desastres¹³, elencando os eventos, símbolos e crises; a.3) apresentar as ações do governo através dos movimentos sociais, pesquisas de satisfação e/ou insatisfação com o governo (RUA; ROMANINI, 2013).

a.4.2) Fluxo de políticas (*policies*) públicas ou fluxo das alternativas: nesse fluxo, observa-se que há um amplo conjunto de proposições para solucionar os problemas políticos. “Essas ideias que diversos atores têm sobre ‘como as coisas podem ser feitas’, sem que, entretanto, estejam necessariamente vinculadas a problemas específicos.” (RUA; ROMANINI, 2013, p. 67). Além disso,

[...] as ideias a respeito de soluções são geradas em comunidades (*policy communities*) e flutuam em um ‘caldo primordial de políticas’ (*policy primeval soup*). Neste ‘caldo’, algumas ideias sobrevivem intactas, outras se confrontam e se combinam em novas propostas, outras ainda são descartadas. [...] as ideias que se mostram viáveis do ponto de vista técnico e as que têm custos toleráveis geralmente sobrevivem, assim como aquelas que representam valores compartilhados, contam com a aceitação do público em geral e com a receptividade dos formuladores de políticas. (CAPELLA, 2006, p. 27).

A partir desse “caldo primordial” das ideias é que elas se disseminam e acabam sendo consideradas no processo decisório de uma agenda. No entanto, é importante compreender que, de acordo com Capella (2006), essas comunidades geradoras de alternativas (*policy*

¹² KINGDON, John W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2. ed. Boston: Little, Brown, 1984

¹³ Pode-se citar, como exemplo, o que aconteceu com o desastre ambiental em Mariana, em Minas Gerais, nas barragens de resíduos tóxicos.

communities) são compostas pelos mais variados segmentos da sociedade, como pesquisadores, assessores de parlamentares, acadêmicos, funcionários públicos, mas essas mesmas comunidades frequentemente têm crenças distintas, sendo muitas vezes fragmentadas. Para a autora, quando os

[...] indivíduos que defendem uma ideia procuram levá-la a diferentes fóruns, na tentativa de sensibilizar não apenas as comunidades de políticas (*policy communities*), mas também o público em geral, habituando a audiência às propostas e construindo progressivamente sua aceitação. Desta forma, as ideias são difundidas, basicamente, por meio da persuasão. (CAPELLA, 2006, p. 28).

No entanto, esse fluxo não exerce influência direta sobre a agenda, mas é capaz de oferecer proposições para a solução dos problemas apresentados (RUA; ROMANINI 2013). Para Kingdon (2003¹⁴ apud CAPELLA, 2006), as ideias são partes integrantes na tomada de decisão, pois, caso se apenas fique nos conceitos de influência e pressão, se acabaria perdendo o principal conteúdo constante nessas ideias, uma vez que são elas que estão na centralidade da formulação de uma política pública.

a.4.3) Fluxo da Política (*politics*): esse é completamente fluídico e é baseado na negociação política, havendo nele três fluxos que acabam influenciando na decisão para uma agenda governamental. Ele, diferentemente dos dois anteriores, segue seu próprio curso; nesse “fluxo político (*politics stream*) as coalizões são construídas a partir do processo de barganha e negociação política.” (CAPELLA, 2006, p. 28). São seus fluxos:

a) Clima ou humor nacional: é aquilo que predomina no sentimento da sociedade, ela pode ser percebida na ação dos movimentos sociais, nos processos eleitorais. Quando se percebem essas pressões, os participantes da gestão pública e legislativa notam o humor favorável a alguma questão (RUA; ROMANINI, 2013). É nessa etapa que o solo se torna fértil e é possível verificar se o humor torna propício o processo decisório criando incentivos para que algumas questões sejam promovidas (CAPELLA, 2006).

b) Apoio ou oposição: são ambos os atores, aqueles que são contra ou a favor de alguma questão. É neste momento que se “[...] expressam os consensos e os conflitos entre os atores, sinalizando aos formuladores se o ambiente é propício ou adverso a uma nova proposta [...]” (RUA; ROMANINI, 2013, p. 68). É nesse momento, segundo Capella (2006), que

[...] os defensores de uma proposta analisam o equilíbrio das forças em jogo, procurando detectar setores favoráveis ou contrários à emergência de uma questão

¹⁴ KINGDON, J. *Agendas, alternatives and public policies*. e.ed. New York: Harper Collins, 2003.

na agenda. A percepção de que uma proposta não conta com apoio de alguns setores não implica necessariamente no abandono de sua defesa, mas indica que haverá custos durante o processo. (CAPELLA, 2006, p. 29).

Conforme a autora, isso não quer dizer, necessariamente, que uma determinada questão sairá da agenda, mas, sim, que serão avaliados os prós e os contras para que se perceba qual o melhor caminho a seguir para que a agenda flua adequadamente.

c) Mudança de governo: essas mudanças não são obrigatoriamente ocasionadas por mudanças do governo pelo processo eleitoral, mas motivadas pela troca de pessoal de uma determinada área que é estrategicamente importante para um determinado fim, exercendo forte influência na estrutura governamental (RUA; ROMANINI, 2013).

Esses “[...] eventos podem exercer grande influência sobre a agenda governamental ao desencadear mudanças que potencializam a introdução de novos itens na agenda, ao mesmo tempo que podem também bloquear a entrada ou restringir a permanência de outras questões.” (CAPELLA, 2005, p. 29). Conforme Kingdon (1984¹⁵, *apud* RUA; ROMANINI, 2013), no “Fluxo da Politics, o que mais influencia a informação e a alteração da agenda governamental são as mudanças do clima e humor nacional (“national mood”) e as mudanças internas ao governo (turnover).” (RUA, 2005, p. 68).

A Implementação é o momento em que uma política pública deixa as páginas escritas e passa a ganhar vida. Ela é “[...] constituída pelo planejamento e organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos necessários para executar a política.” (SARAIVA, 2006, p. 34). É nessa fase, portanto, que ela passa a ser executada. Em relação à implementação, se voltará adiante sobre o ciclo da política pública.

A Avaliação, segundo Wu et al. (2014), é o momento em que se verifica em que grau uma política pública está atingindo seus objetivos. Além disso, a “[...] avaliação consiste na mensuração e análise, *a posteriori*, dos efeitos produzidos na sociedade pelas políticas públicas, especialmente no que diz respeito às realizações obtidas e às consequências previstas e não previstas.” (SARAIVA, 2006, p. 34-35). Para RUA (2013), essa etapa do *policy cycle* é significativa, pois pode contribuir em todo o processo do ciclo, desde a formulação do problema até a implementação. Para a autora, a “[...] avaliação não está, portanto, circunscrita ao momento posterior e final à implementação de uma política pública. Outrossim, a avaliação pode contribuir para a viabilização de todas as atividades de controle, interno ou externo [...]” (RUA; ROMANINI, 2013, p. 107). Numa demonstração de que o processo

¹⁵ KINGDON, John W. Como Chega a Hora de uma Ideia? In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elizabete (Org.). Políticas Públicas: coletânea. Volume 1. Brasília: ENAP 2006. p. 219-224

avaliativo deve acompanhar uma política pública desde o surgimento de seu problema, verificando e evitando, assim, possíveis equívocos que surgem no decorrer da discussão e implementação.

3.3.2 A Implementação dando vida à política pública

Como visto acima, a implementação retira uma ação que está na teoria para a vida real. Desse modo, compreende-se que esse é o momento mais delicado de uma política pública, pois quaisquer deficiências que tendam a surgir podem impedir que ela seja efetivada de maneira coerente e da forma como foi formulada. Os implementadores devem buscar compreender quais são as necessidades da política, a forma como ela deve funcionar e quais serão os atores envolvidos. Mas o que seria então a implementação de uma política pública?

Para Wu et al. (2014):

A implementação de políticas públicas é um processo dinâmico e não linear. Mudar uma política pública raramente envolve uma mobilização direta dos recursos necessários para atingir objetivos de política pública bem definidos, que já possuem um amplo apoio. Em vez disso, a tarefa de implementação pode – e muitas vezes vai – envolver elementos de todas as ‘fases’ anteriores da criação de políticas, bem como todas as incertezas e contingências que eles possam acarretar. Por exemplo, ela pode envolver a interpretação e negociação de objetivos de políticas, como na fase de formulação de políticas, e pode implicar implementadores tomando decisões entre alternativas significativamente diferentes, que podem afetar o tipo de resultado efetivamente produzido. (WU et al., 2014, p. 98).

Para o autor, o processo de implementação de uma política pública é algo que pode estar em constante mutação e que faz parte do processo político. Todavia, esse processo acaba desencadeando possíveis ganhadores e perdedores em um determinado problema que a política pública procura sanar. É importante compreender que, nesse ciclo, muitas decisões serão tomadas, demonstrando que o momento da formulação da política pública não se encerra em si mesmo (RUA; ROMANINI, 2013). De acordo com Rua e Romanini (2013, p. 90):

A implementação é, em si mesma, um processo de diversos estágios, que visa concretizar decisões básicas, expressas, a seu turno, em um conjunto de instrumentos legais. Idealmente, essas decisões – que correspondem à formulação da política pública – identificam os problemas a serem resolvidos, os objetivos a serem alcançados e o arranjo institucional de execução. A implementação, portanto, compreende o conjunto de eventos e atividades que acontecem após a definição das diretrizes de uma política pública, que incluem tanto o esforço para administrá-lo como os seus impactos substantivos sobre pessoas e eventos.

Outrossim, a implementação poderá envolver a negociação para possíveis alterações nos objetivos da política, e isso remete à sua fase de formulação. É um momento delicado para os implementadores, pois acarretará decisões diferentes daquelas iniciais. O que pode conduzir à mudança estratégica de alguns atores, como os “vencedores e perdedores”¹⁶. Além disso, sem a fase da implementação, não haveria de fato uma política pública, pois esta precisa sair do papel e vir ao mundo e intervir na sociedade (RUA; ROMANINI, 2013).

Para Costa (2016, p. 149), é “[...] durante a própria implementação [que] se reinicia o processo de formulação das políticas; durante a avaliação surgem novas estratégias de implementação e assim por diante.”. Para essa autora, deve-se compreender que é necessário criar espaços para aqueles casos que não são esperados para o desenvolvimento de todo o processo da implementação.

Lima e D’Ascenzi (2013, p. 103) dizem que:

O sucesso da implementação decorre da clareza dos objetivos, pois é imprescindível que os implementadores compreendam perfeitamente a política e saibam exatamente o que se espera deles. Essas questões vinculam-se à maior ou menor possibilidade de resistência ao plano. Soma-se a isso a previsão e disponibilidade de recursos, financeiros principalmente.

Para que haja o sucesso de uma implementação de política pública, é basilar que os atores envolvidos dialoguem e saibam o que deve ser realizado, bem como quais são os recursos necessários para sua efetivação. Sem essa noção prévia, não há como dar início à implementação. Aliás, como já mencionado, o ciclo da implementação também é um retorno à formulação, pois diversas vezes é pertinente rever questões e encaminhamentos que se adéquem melhor a uma determinada realidade, principalmente tratando-se de um país continental como o Brasil.

3.3.2.1 Modelos de implementação de política pública

Segundo Viana (1996), anteriormente as análises de políticas públicas detinham-se no processo de implementação como algo apenas a ser executado, não examinando como se organizava todo esse processo. Além de que, a implementação tem sido alvo de grandes críticas na ciência política. Esses embates ocorrem devido às abordagens mais utilizadas, o

¹⁶ Wu et al. (2013) mencionam os vencedores e perdedores de uma política pública.

Modelo Top-Down (de cima para baixo), o Modelo Bottom-Up (de baixo para cima), e uma terceira geração, o Modelo Híbrido (RUA; ROMANINI, 2013).

Segundo Lotta, Pires e Oliveira (2014), torna-se importante ter ciência de que cada um desses modelos adota um modo distinto de perceber a política e aposta que a implementação será influenciada por um desses modelos, assim como pela conexão que existe entre a direção escolhida e o ambiente político em que a política pública está inserida.

3.3.2.1.1 Modelo Top-Down

“De cima para baixo” é o que significa esse modelo, ou seja, as orientações e decisões são direcionadas, tendo um pensamento racionalista. Nesse modelo, a implementação é comandada pelos burocratas, deixando pouca margem de decisão para os outros atores envolvidos, os quais não têm a possibilidade de se afastar dos objetivos da política (*policy*) (RUA; ROMANINI, 2013). Para as autoras:

O enfoque Top-Down – também conhecido como ‘implementação programada’ – tem como ponto de partida a asserção de que a implementação se inicia com uma decisão do governo central, a qual define a relação entre os objetivos da política pública – determinados pelas lideranças políticas – e os meios a serem mobilizados pelos diferentes níveis da burocracia a fim de produzir os objetivos pretendidos. (RUA; ROMANINI, 2013, p. 92).

Nota-se que, com esse modelo, há uma separação entre a fase da formulação da política e sua implementação. Dito de uma outra forma, não há como, na implementação, voltar à formulação e questionar e reformular as ideias contidas na política pública.

Para Lotta, Pires e Oliveira (2014), existe uma separação entre essas duas fases, e a política opera no sentido hierárquico, do maior para o menor escalão, havendo os pensadores da política e os executores. Aos últimos, cabe a função de apenas cumprir com aquilo que foi determinado pelo alto escalão. Além disso, o autor apresenta que as regras devem estar rigorosamente esclarecidas para que não haja nenhuma decisão individual dos agentes implementadores.

Rua e Romanini (2013) afirmam que não há, nesse modelo, uma preocupação das lideranças políticas com a implementação, pois esta, para eles, é dada. Numa clara demonstração da separação entre a política (*policy*) e a administração, que, em última instância, é quem deve implementar e é considerada despolitizada.

Mesmo nesse modelo há certas diferenças entre seus teóricos, dentre os quais serão expostos dois: Brian Hodgwood e Lewis Gunn (1984), e Paul Sabatier e Daniel Mazmanian (1980), apresentados por Rua e Romanini (2013):

Brian Hodgwood e Lewis Gunn: a) a natureza da política pública não deve admitir ambiguidades; b) na estrutura de implementação da política, os elos da cadeia devem ser mínimos; c) deve-se prevenir (evitar ou impedir) interferências externas na execução da política; e d) deve haver controle administrativo sobre os atores abrangidos na implementação. (RUA; ROMANINI, 2013, p. 94).

De uma outra forma:

Sabatier e Mazmanian (1980): o mais importante papel da análise da implementação é identificar suas variáveis que afetam a consecução dos objetivos da política no curso do seu processo. Essas variáveis admitem três categorias: a) a tratabilidade do problema ser solucionado [...] b) a capacidade dos dispositivos legais de estruturar favoravelmente o processo da implementação; e c) os efeitos do contexto sobre o apoio aos objetivos da policy. (RUA; ROMANINI, 2013, p. 95).

Rua e Romanini (2013) apontam a necessidade de haver apoio político para a legitimação da *policy*, pois esse apoio é importante para superar possíveis obstáculos que possam surgir, em especial aqueles relacionados aos atores envolvidos ou, até mesmo, à busca de apoio para implementação. Outrossim, esse modelo admite deficiências em sua implementação, pois, muitas vezes, as normas aprovadas pelo Poder Legislativo não são aplicadas completamente pelo Poder Executivo.

3.3.2.1.2 Modelo Bottom-Up

De acordo com Rua e Romanini (2013), aos poucos percebeu-se que as políticas públicas formuladas não eram executadas ou eram implementadas de maneira distinta ao que o Poder Legislativo havia determinado, fato que começa a ser verificado por volta dos anos 1980. Por conseguinte, os olhares voltaram-se para a rede de atores e de como estes desenvolviam a implementação. Segundo as autoras, muitos pesquisadores começaram a perguntar-se e a rejeitar a ideia de que a política pública era completamente desenvolvida pelos altos burocratas e que sofria a influência dos “de baixo para cima”, desenvolvendo-se, dessa forma, uma crítica em relação ao Modelo Top-Down. As autoras mencionam que:

O Modelo Bottom-Up presume que a implementação resulta das ações de uma rede de atores de uma área temática da política pública, os quais começam a executar

determinadas ações para solucionar problemas do seu cotidiano. À medida que essas ações têm efeitos positivos, passam a institucionalizar-se, gradualmente, e encaminham-se para os patamares mais centrais e mais altos na estrutura hierárquica governamental, até se transformarem em uma política pública. (RUA; ROMANINI, 2013, p. 97).

São essas redes de atores que conhecem a realidade social mais de perto que têm a possibilidade de intervir de uma forma eficiente, levando posteriormente o conhecimento de suas decisões e encaminhamentos ao poder centralizador do Estado. De resto, “Essa perspectiva reconhece o poder dos atores da sociedade e a própria sociedade civil ao defender a hipótese de que ela, de modo isolado, é capaz de cooperar, bem como encontrar soluções para seus problemas.” (RUA; ROMANINI, 2013, p. 97).

Hill (2006¹⁷, *apud* LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2014, p. 521), acentua que:

[...] a implementação é parte de um processo contínuo que se desenvolve e se modifica em cada fase. Esse modelo propõe que a implementação deve ser um jogo que possibilite o aprendizado e a criação de políticas, que devem ser compreendidas como um processo de realização de experimentos que poderão desdobrar-se em novas políticas, não sendo possível exercer um controle perfeito ao longo de sua execução [...] assim, o processo de implementação de políticas públicas deve ser entendido como um conjunto de interações entre os agentes implementadores e os destinatários dessas políticas. Esse processo possibilita mudanças e aprendizagem no campo das políticas públicas através dos valores e ideias individuais de cada agente que, ao atuar, acaba gerando algumas transformações no programa.

Percebe-se que esse modelo exerce a possibilidade de mudanças e aprendizagem durante a implementação de uma política pública. É salutar mencionar que o Modelo Bottom-Up descarta a concepção de *policy cycle*, pois entende que a tomada de decisão não acontece na formulação (não há ciclo), uma vez que as decisões não acontecem antes da implementação. É um movimento que vai ocorrendo simultaneamente, de baixo para cima (RUA; ROMANINI, 2013).

Tanto Lotta, Pires e Oliveira (2014) como Rua e Romanini (2013) apontam Michel Lipsky como um dos mais importantes autores do Modelo Bottom-Up. Este autor dedicou-se ao estudo da burocracia e sustenta que os burocratas de nível local estão mais próximos da vida real dos cidadãos do que aqueles que estão no Poder Legislativo; foi ele que apresentou o conceito de *street level bureaucrats* (burocratas de nível de rua), pois são estes que influenciam a sociedade.

¹⁷ HILL, Michael. Implementação: uma visão geral. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elizabete (Org.). Políticas públicas. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2006. p. 59-90.

Conforme Lotta, Pires e Oliveira (2014), eles são os funcionários públicos – como os professores, assistentes sociais, professores, médicos, dentre outros – pois são estes que permitem o acesso a serviços e a programas do governo. Lipsky (1980¹⁸, *apud* LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2014) ratifica a relevância desses funcionários públicos, pois eles são os fornecedores dos serviços públicos ao cidadão, sendo, portanto, a controvérsia da política. De um lado, sofrem a pressão dos burocratas do alto escalão para melhorar os serviços, de outro, são pressionados por grupos da sociedade para aumentarem sua eficiência e eficácia no serviço público.

Rua e Romanini (2013) mencionam que são os burocratas de nível de rua que têm os recursos suficientes para tomar pequenas decisões, podendo assim, em sua localidade, implementar uma política pública ou, simplesmente, impedi-la. São esses burocratas de nível de rua que tornam ou representam as agências para as quais trabalham. Soma-se a isso que as decisões e as ações nem sempre estão de acordo com as orientações das agências governamentais e, muitas vezes, acabam tomando decisões contrárias a elas.

Do mesmo modo, para Viana (1996), a implementação não é definida nos altos postos do governo, mas, sim, onde as ações interferem na vida real. Para a autora, é um momento para dois questionamentos: o primeiro seria sobre a habilidade de interferir no comportamento da vida a que tal política se destina; e o segundo seria em relação aos recursos econômicos e humanos necessários para a implementação. Obtendo respostas a essas questões, seria possível dar seguimento à implementação.

3.3.2.1.3 Teorias Híbridas

O último modelo apresentado são as Teorias Híbridas, que surgem da terceira geração dos estudos sobre a implementação de políticas públicas, após 1980. Com a intenção de preencher as lacunas existentes nos Modelos Top-Down e Bottom-Up, são chamadas de híbridas porque bebem da fonte de ambos os modelos. As Teorias Híbridas também não reconhecem um ciclo de política pública, sendo a implementação uma imensa interrogação (RUA; ROMANINI, 2013).

Rua e Romanini (2013) apresentam duas dessas Teorias Híbridas e seus teóricos:

¹⁸ Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1836/1/562-2210-1-PB.pdf>>. Nota: o autor não está adequadamente citado no artigo.

- a) Modelo Interativo de Grindle e Thomas (1991), teoria que demonstra que uma política pública nasce das necessidades da sociedade, sendo a partir disso que entra na agenda do governo, com revisão periódica. Nessa teoria há sempre um movimento ascendente e descendente no processo de *policy*, podendo acarretar conflitos entre os atores sociais e os burocratas;
- b) Modelo Interativo-Iterativo de Kliksberg (1994), que, por ser interativo, não apresenta fases no ciclo de política pública, pois cada uma interage com a outra, podendo se alterar simultaneamente. Nessa teoria não há um momento em que se demarca a entrada na agenda, nem sobre as etapas de decisão ou implementação. E a implementação é um processo contínuo da ação política, em que todos os agentes envolvidos negociam o tempo todo.

3.3.3 Prós e contras ao ciclo de política pública (*Policy Cycle*)

Na forma tradicional da concepção de uma política pública, ela é feita em etapas, o *policy cycle*, dando a ideia de que cada parte se fecha em si mesma. Dessa forma, a partir de um problema existente entra-se na agenda das discussões da *policy*, passando para o ciclo seguinte, a formulação da política. Esse ciclo então daria lugar à implementação e, por fim, à avaliação da política pública.

Para Frey (1999), o *policy cycle* é um idealizador do processo político. Ou seja, um modelo teórico que nem sempre corresponde aos modelos reais, mas que pode auxiliar na compreensão dos processos. Segundo o autor, o ciclo político é um quadro referencial para o processo de análise da política pública.

Da mesma maneira, compreende-se que o ciclo político pode servir como um processo de investigação que facilitaria a assimilação do processo. Contudo, deve-se perceber que há algumas limitações: “a) não oferece explicações, portanto, não pode ser considerada uma teoria causal; b) não esclarece quais são as forças que conduzem o processo de um estágio para o outro.” (SABATIER; JENKINS-SMITH, 1993¹⁹ *apud* RUA; ROMANINI, 2013, p. 56).

Diante disso, para o *polyce cycle*, a *policy* é o resultado de uma série de medidas políticas agrupadas, formando assim o processo *politics*. Desse modo, entende-se que não há

¹⁹ SABATIER Paul JENKINS-SMITH, Hanc C. (Eds). *Policy Change and Learning: an advocacy coalition approach*. Boulder, CO: Westview, 1983.

fases estanques e em sequência, mas, sim, apenas como um recurso para analisar políticas públicas (RUA; ROMANINI, 2013).

Para fins de revisão bibliográfica optou-se em apresentar os principais modelos que são utilizados para a formulação de uma política pública. Para esta pesquisa se utilizará a implementação de política pública.

4 PRIMEIROS PASSOS DA SAÚDE NO CAMPO, DAS FLORESTAS E DAS ÁGUAS NO RS

Neste capítulo visa-se analisar os primeiros dois anos do processo da implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Florestas e das Águas no estado do Rio Grande do Sul (PNSIPCFA). Pretende-se, ainda, fazer a discussão sobre a participação dos movimentos e organizações sociais nesse primeiro momento de implementação da política, compreendendo os movimentos realizados e os debates políticos que fizeram parte da discussão da PNSIPCFA.

Ademais, espera-se verificar as possibilidades criadas para a implementação da política e em que medida se concretizou a participação social na elaboração de suas diretrizes no RS, analisando as ações e determinações do Comitê em sua relação com a gestão pública.

4.1 CENÁRIOS E ATORES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DAS FLORESTAS E DAS ÁGUAS

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, art. 6º)

A Constituição de 1988 garantiu vários direitos à sociedade brasileira. Tais direitos são interligados e visam trazer bem-estar à população. Um deles é o direito à saúde, amplamente discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Como visto anteriormente, após a 8ª CNS os sanitaristas conseguiram influenciar e apresentar propostas para a Assembleia Constituinte. Em grande parte das discussões suas proposições foram aceitas, entre elas a que separa a saúde da previdência social. Não era de se estranhar a evolução das discussões sobre a Reforma Sanitária, pois ela vinha sendo debatida desde a década de 1970. Ampliou-se, por conseguinte, a participação social, por meio dos conselhos de saúde, para os três níveis da federação (SCOREL, 2008).

Como aludido, não bastava apenas esse direito estar garantido na Constituição. Era necessário regulamentar cada item, mas naquele mesmo período foi eleito Fernando Collor de Melo, que representava as elites do País. Este Presidente vetou grande parte dos artigos referentes à participação popular e de interesse dos defensores da Reforma Sanitária (SCOREL, 2008). Nesse meio, a Lei Orgânica da Saúde – LOS n. 8.080 foi aprovada, em 19

de setembro de 1990. Ela assenta vários aspectos que já estavam garantidos na Constituição, principalmente aqueles referentes à organização social. Ademais, a LOS vem ao encontro daquilo que preconiza o SUS: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, intersetorialidade e gestão participativa (NAGY, 2010).

A autora menciona que o SUS pode ser compreendido como um movimento contra a hegemonia existente naquele período. Pois, até essa época só recebiam atendimento de saúde aqueles vinculados ao INAMPS e os particulares, os demais eram tratados como indigentes, restando-lhes os serviços de filantropia, como os das Santas Casas de Misericórdia. Até então os trabalhadores rurais e moradores do campo não tinham acesso ao INAMPS e na sua maioria eram vistos como indigentes (NAGY, 2010).

Essas lacunas no atendimento aos moradores e trabalhadores do campo, conforme Nagy (2010), eram preenchidas pelos Sindicatos dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (STTR), que contavam entre seu corpo técnico os profissionais da saúde. Mesmo assim, havia aqueles moradores do campo que não eram vinculados ao rural, como o caso dos produtores de subsistência.

A questão da saúde no campo reiteradas vezes foi discutida nas Conferências Nacionais de Saúde. Ferreira (2007) menciona que:

Na 9ª (1992), 10ª (1996), 11ª (2000) e 12ª (2003) Conferências Nacionais de Saúde, a reforma agrária foi sempre um dos assuntos tratados, mas apesar de não ser priorizada como um eixo temático, as questões de saúde no campo apareceram de forma detalhada em várias propostas. A maioria dessas reforçava a garantia dos direitos básicos da cidadania, bem como a implementação de medidas de acesso às ações de saúde para as populações rurais. Outro destaque era o caráter intersetorial bem demarcado, evidenciando as grandes lacunas existentes das políticas sociais (habitação, saneamento, distribuição de renda, meio ambiente, transporte, lazer, esportes, educação e outras) – também necessárias para garantir a saúde da população do campo. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, o MST foi citado diretamente como um dos atores estratégicos para contribuir na construção dessas políticas. (FERREIRA, 2007, p. 42).

Percebe-se nessa afirmação uma clara demonstração da necessidade que tais populações tinham de serem reconhecidas com suas especificidades na área da saúde, assim como em outras. Conforme Ferreira (2007), a CONTAG e o MST iniciaram sua relação com o MS na década de 1990, aprofundando-a nos anos de 2000, com uma pauta de reivindicações que eram respondidas de forma fragmentada. Foi somente em 2003, com o novo governo, que “[...] o ministério identificou a necessidade de construção de uma política de saúde para o campo, e a estruturação de um grupo para conduzir este processo, de forma a desenvolver ações sistêmicas para atender as demandas sociais.” (FERREIRA, 2007, p. 43).

Assim nasceu o Grupo da Terra, que tem como objetivo central discutir a saúde dessas populações, sendo eles os protagonistas, pois atuaram diretamente na elaboração da PNSIPCFA e continuam acompanhando o seu processo de implementação no território nacional. Como visto, essa política pública foi instituída pela Portaria n. 2866, de 02 de dezembro de 2011 e pactuada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por meio da Resolução n. 3, do dia 06 de dezembro do mesmo ano (BRASIL, 2013), que iniciou sua discussão, estudo e análise no Rio Grande do Sul em 2013.

Antes de adentrar no Rio Grande do Sul, o tema da saúde para os moradores do campo adentrou na CNS de 2012, já com uma política aprovada pela 14ª Conferência Nacional de Saúde de 2012, que tinha como tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”. Segundo o seu relatório (2012), a Conferência contou com 2.937 delegados de todos os estados da federação, representando trabalhadores, prestadores e gestores da saúde. No total, foram 15 diretrizes e propostas para inovar o sistema e o controle social desenvolvido pelo SUS. Na Carta Aberta à sociedade brasileira, a Conferência afirma:

Queremos implantar e ampliar as Políticas de Promoção da Equidade para reduzir as condições desiguais a que são submetidas as mulheres, as crianças, os idosos, a população negra e a população indígena, as comunidades quilombolas, as populações do campo, da floresta e ribeirinha, a população LGBT, a população cigana, as pessoas em situação de rua, as pessoas com deficiência e patologias e necessidades alimentares especiais. (BRASIL, 2012, p. 86).

A Carta Aberta se refere às políticas para o campo, mas também à promoção da equidade, que é um dos princípios do SUS, e reforça:

Que as Políticas de Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo e da Floresta e da População LGBT, recentemente pactuadas e formalizadas, se tornem instrumentos que contribuam para a garantia do direito, da promoção da igualdade e da qualidade de vida dessas populações, superando todas as formas de discriminação e exclusão da cidadania, e transformando o campo e a cidade em lugar de produção da saúde. (BRASIL, 2012, p. 87).

Desse modo criou-se a abertura e a legitimidade necessárias para que a PNSIPCFA adentrasse no cenário de discussão da saúde pública no RS. Ademais, é necessário compreender que tais populações necessitam de “[...] revalorização do meio rural como lugar de trabalho e vida, que se expressa na retomada da reivindicação pela permanência ou retorno à terra.” (WANDERELY, 2000. p. 36). Pois esses locais não são meramente de reprodução

agropecuária, para falar somente das populações do campo, ou seja, essas populações necessitam de reconhecimento e de valorização do seu modo de vida.

Além disso, a Carta da 14ª CNS encerra com a afirmação:

A garantia do direito à saúde é, aqui, reafirmada com o compromisso pela implantação de todas as deliberações da 14ª Conferência Nacional de Saúde que orientará nossas ações nos próximos quatro anos, reconhecendo a legitimidade daqueles que compõem os conselhos de saúde, fortalecendo o caráter deliberativo dos conselhos, já conquistado em lei, e que precisa ser assumido com precisão e compromisso, na prática em todas as esferas de governo, pelos gestores e prestadores, pelos trabalhadores e pelos usuários. (BRASIL, 2012, p. 90).

As quinze diretrizes emanadas da Conferência contemplam diversos temas da saúde, como a PNSIPCFA concentrada na diretriz 11. Para compreender melhor o processo dessa política pode-se observar as alíneas 6 e 8:

Implantar e implementar as políticas de saúde integral da população negra, povos indígenas, ciganos, povos do campo e da floresta em todas as unidades da federação.[...] Garantir recursos financeiros para implementação de Políticas de Saúde destinadas a grupos populacionais específicos (camponeses, ribeirinhos, quilombolas, mulheres, indígenas, afrodescendentes, LGBT, idosos, pessoas com deficiência, anemia falciforme, albinismo e outras patologias), incluindo incentivo para compensações regionais e para municípios que recebem populações flutuantes. (BRASIL, 2012, p. 69).

Ressaltam-se os verbos “implantar” e “implementar”, que procuram abranger a totalidade do processo da política no território nacional. Enquanto implantar significa iniciar alguma atividade, como a questão legal da política, sua promulgação e sanção, a implementação é a arte de pôr em prática, de executar algo que foi implantado. Desse modo se torna viável o início dos processos de discussão da política no estado. Além disso, a 14ª Conferência de Saúde menciona a importância de:

Garantir mecanismos de atendimento na área da saúde que ajudem todas as comunidades de difícil acesso. [...]. Pactuar e implementar, nas três esferas de gestão, as políticas nacionais de saúde integral da população LGBT e de comunidades tradicionais (negros, indígenas, camponeses, quilombolas, ribeirinhos, etc.), garantindo a capacitação dos e das profissionais de saúde, gestores (as), bem como desenvolver ações de enfrentamento ao racismo e todas as formas de discriminação. (BRASIL, 2012, p. 69-71).

É a partir da diretriz 11 da 14ª Conferência Nacional de Saúde que se percebe a necessidade de pactuar e implementar com os demais entes federativos as políticas públicas recentemente promulgadas, como a PNSIPCFA. Para implementar melhorias no serviço é

necessário fazer constantes avaliações no processo para identificar as ações que impedem tais populações de acessarem de forma eficiente os serviços públicos. Foi nesse cenário que a PNSIPCFA chegou ao RS, por meio de uma Oficina Estadual de Promoção e Equidade, promovida pelo Ministério da Saúde, em setembro/2013 (BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE, 2013). E é dentro das políticas de equidade que a PNSIPCFA se insere como discussão, compreensão, estudo e análise no Rio Grande do Sul.

A partir da oficina a gestão pública estadual iniciou, internamente, um processo para compreender de que forma poderia iniciar seu percurso de implementação, bem como de onde viriam os recursos humanos e financeiros. Uma forma de se garantir tais recursos foi a alocação da PNSIPCFA ao Programa de Prevenção à Violência (PPV), criado em 2007. Segundo o Informante 1²⁰:

Esta foi uma das últimas políticas que iniciamos sua implementação. Ainda quando a Sandra Fagundes era diretora do Departamento de Ações em Saúde (DAS) e a Karol sua adjunta. Quando a Sandra passou a secretária em 2014, Karol e eu demos continuidade ao processo no DAS. Assim como outras a política ficou alocada dentro de um conjunto chamado de políticas de equidade, a exemplo do MS e no DAS estava junto com a saúde prisional, saúde indígena, saúde da população negra e outras.

A implementação da política não tem relação com o Programa de Prevenção da Violência (PPV), herança da gestão anterior. Acontece que o PRODOC (convênio com a UNESCO) que permitia o pagamento de consultorias era feito através desse convênio herdado.

Dessa maneira, percebe-se que a ligação da PNSIPCFA com o PPV é meramente financeira. Mas a política deveria ter um diálogo com esse programa, atendendo as demandas da própria UNESCO, enquanto conveniada do estado do RS. Assim, é importante assimilar quais eram os objetivos do PPV e procurar fazer um elo entre aquilo que era necessário responder na condição de convênio e a real atividade que seria desenvolvida nessa política pública. Portanto, o PPV tinha como objetivo:

Contribuir para a redução dos índices de violência, através da construção de ações de uma rede social que identifique, integre, articule e promova ações governamentais e não-governamentais. A meta é diminuir em 20% as ocorrências nos 50 municípios com maiores índices de mortes por causas externas, até 2012. (CONSULTOR 1, 2013a, p. 2)²¹.

²⁰ Informante 1: Trabalhador Comissionado da Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde do RS durante o Governo de Tarso Genro.

²¹ CONSULTOR 1. Produto I. 2013a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

Com a posse do governo Tarso Genro, em 2011, o PPV recebeu novas ações por meio do “RS na Paz”, que é “[...] um conjunto de políticas públicas baseadas no diálogo entre ações sociais e policiais, fundamental para a redução dos índices de violência e criminalidade e da vulnerabilidade das pessoas.” (CONSULTOR 1, 2013a, p. 4)²². Foi com o novo gestor público que se percebeu a necessidade de inserir o tema da saúde no “RS na Paz”. Assim, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) vinculou-se ao comitê desse Programa e foi instituído o “RS na Paz + Saúde”, desta forma:

A contribuição na prevenção à violência passa pela atuação no fortalecimento da atenção básica nos territórios para implantação das Ações do Programa Primeira Infância Melhor, Estratégia de Saúde da Família e Rede Cegonha. É, então, no âmbito da saúde que Saúde das populações do Campo e das Florestas se insere. (CONSULTOR 1, 2013a, p. 7).²³

Com a participação da SES no “RS na Paz + Saúde” foi possível vincular outras políticas públicas do grupo das equidades nesse programa, incluindo a este PNSIPCFA, que ainda não era discutida de uma forma separada. Foi somente após a realização da Oficina Estadual de Promoção e Equidade, em 2013, que se configurou a necessidade do debate da PNSIPCFA ocorrer de forma unitária, tendo uma pessoa responsável por ela integrando a gestão pública, no caso, um consultor.

Para que se desenvolvesse de forma coerente, foi necessário que a gestão pública tivesse um objetivo geral da política em relação ao “RS na Paz + Saúde”. Este visava fazer um mapeamento e diagnóstico da situação das macrorregiões do estado no que se refere às políticas estaduais de Saúde da População do Campo e da Floresta. E percebeu-se que era necessário realizar um diagnóstico de todas as ações que envolviam a saúde daquelas populações e quais eram suas demandas (CONSULTOR 1, 2013a)²⁴.

Até então não existia uma política estadual que atendesse esse público especificamente. Conforme a Informante 2²⁵, a SES não tinha informações representativas dessas populações, nem sobre como elas acessavam o serviço público de saúde. Além disso, não havia números oficiais de quem eram os pacientes do meio urbano, do meio rural ou pescadores, o que prejudicava as ações para cada uma das populações e suas especificidades.

²² CONSULTOR 1. Produto I. 2013a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

²³ CONSULTOR 1. Produto I. 2013a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

²⁴ CONSULTOR 1. Produto I. 2013a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

²⁵ Informante 2: Funcionária pública do Departamento de Ações em Saúde da Secretaria de Saúde do RS.

Assim, a partir da PNSIPCFA a gestão pública optou por iniciar seus estudos, por meio da consultoria que iria trabalhar diretamente com as populações beneficiadas pela política, produzindo os relatórios (Produtos) necessários para dar seguimento à sua implementação, conforme o contrato de trabalho estabelecido entre a UNESCO e o estado do RS, por meio do “RS na Paz + Saúde”.

Como verificado, foi após a promulgação da Lei da política ocorrida após a 14ª Conferência Nacional de Saúde e a realização da Oficina Estadual de Promoção e Equidade que a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Florestas e das Águas iniciou, de fato, suas discussões para além da gestão pública. Foi somente após os arranjos internos que a gestão pública estadual da saúde promoveu o encontro com os movimentos sociais, como já ocorria em âmbito nacional com o Grupo da Terra, em 2013.

Para a primeira reunião, que deu origem ao Grupo de Trabalho (GT) e futuro Comitê, foram mobilizados os seguintes movimentos sociais: MST, FETAG, MPA, MMC e os pescadores. Estes últimos não têm a mesma organização social, pois sua representatividade ocorre pelas Zonas/colônias que correspondem a pequenos grupos dispersos no território estadual. Talvez devido a essa forma de organização sua participação tenha sido praticamente nula nas discussões e disputas por ações específicas. Os povos das florestas, como os indígenas, não foram representados nessas discussões. A gestão pública com suas diversas representações (SDR, EMATER, SES, etc.) e os movimentos sociais compuseram o GT para viabilizar as discussões e estudos sobre a implementação da política no RS. Esse GT, por meio da Portaria nº 1.261/2014, se transformou em Comitê da PNSIPCFA no estado.

Conforme observado anteriormente, foi essencial a adesão da SES ao programa “RS na Paz + Saúde” para que se viabilizassem financeiramente as ações necessárias da política. Com isso se tornou inevitável a contratação de uma pessoa responsável para trabalhar junto dela. Dessa forma, houve dois editais para a contratação de um consultor. O primeiro foi para o “Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013²⁶ – Perfil 1”, contratando-se por meio de seleção pública o Consultor 1; em julho de 2014 contratou-se a Consultora 2 pelo “Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014”. Ambos os editais foram entre o estado e a UNESCO naquele primeiro programa denominado PPV, já visto, que nessa gestão pública passou a ser “RS na Paz + Saúde”. Os contratos de consultoria para estudo e análise foram estabelecidos por um

²⁶ A pesquisadora não teve acesso ao contrato do edital, não havendo informações sobre a data de seu início, apenas o ano. Os relatórios do Consultor 1 já foram nomeados acima.

período de dois anos. O Consultor 1 trabalhou de 2013 até meados de 2014 e a Consultora 2 trabalhou no último semestre de 2014.

No Rio Grande do Sul, os movimentos sociais que possuem uma representação significativa na PNSIPCFA são os ligados ao mundo rural; os pescadores e povos das florestas praticamente não têm participação. Esses movimentos sociais já demonstraram organização em âmbito nacional ao promoverem a necessidade de haver uma política nacional específica para essas populações. O Grupo da Terra foi criado em 2005 pela Portaria do MS 2460/2005, alterada pela Portaria nº 3071/2012, com a finalidade de discutir, elaborar e contribuir para a discussão da política nacional com os estados da federação.

Em âmbito nacional, fazem parte do Grupo da Terra os seguintes movimentos e organizações sociais: Comissão Pastoral da Terra (CPT), Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais e Quilombolas (CONAQ), Conselho Nacional dos Extrativistas (CNS), Federação dos Trabalhadores da Agricultura Familiar (FETRAF), Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB), Movimento de Luta pela Terra (MLT), Movimento das Mulheres Camponesas (MMC), Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE), Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA), Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Mulheres Trabalhadoras Rurais – Movimento das Margaridas (MTRMM), além dos representantes do MS, universidades, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2012a).

Ao longo dos documentos analisados (Produtos e Atas) de ambos os consultores, foi constatada uma série de encaminhamentos pertinentes ao funcionamento dessa política pública, tanto em relação aos movimentos sociais como na gestão pública. Já foi mencionado quem faz parte dessa política pública por parte da sociedade civil organizada. Os órgãos de governo, que são os garantidores do seu financiamento, conforme o Consultor 1:

Os recursos financeiros para as ações dos quatro eixos deste plano estão previstos no PPA 2012/2015, nos programas e ações da Secretaria Executiva (SE), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). (Consultor 1, 2013a, p. 23).²⁷

²⁷ CONSULTOR 1. Produto I. 2013a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

Os recursos federais estavam alocados nessas secretarias e poderiam ser utilizados em conformidade com o eixo de atuação. Assim como para a política nacional, na sua versão estadual deveria haver quatro eixos norteadores:

- a) Acesso das Populações do Campo e da Floresta na Atenção à Saúde;
- b) Ações de Promoção e Vigilância em Saúde das Populações do Campo e da Floresta;
- c) Educação Permanente com foco nas Populações do Campo e da Floresta;
- d) Monitoramento e Avaliação do acesso às ações de saúde às Populações do Campo e da Floresta (Consultor 1, 2013a)²⁸.

Em relação às discussões sobre o financiamento da PNSIPCFA no RS, principalmente relacionada às atividades do GT, o mesmo diz que “[...] foi esclarecido que o recurso do ParticipaSUS pode ser alocado para as atividades do grupo [...]” (COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO FLORESTAS E ÁGUAS, 2013a, p. 2). Segundo o Consultor 1 (2013b)²⁹, o Grupo Gestor da política na SES elaborou um plano de ação para a utilização desses recursos. Esse “Plano de ação, a ser avaliado pelo ParticipaSUS, recém-criado, fará com que esta instância de diálogo seja também um espaço para qualificação do planejamento estratégico na gestão estadual da política.” (CONSULTOR 1, 2013b)³⁰.

No Rio Grande do Sul, a PNSICFA encontra-se vinculada aos movimentos e organizações sociais rurais, em especial ao MST e à FETAG-RS, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e com participação menos frequente do MMC e dos pescadores. Verificou-se que o MST e a FETAG-RS estiveram presentes em todas as reuniões, incidindo mais fortemente nos debates sobre o tema da saúde no campo e água.

Concomitante, a FETAG, junto à Confederação dos Trabalhadores Rurais e Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG), Universidade Federal de Brasília (UNB), FioCruz e o MS foi uma das protagonistas do “Curso de Formação de Lideranças para Controle Social e Implantação da Política”, ocorrido em alguns estados brasileiros, dentre eles no RS (COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS, 2013b). Por sua vez, o MST discutiu internamente a implantação de uma Unidade de Saúde da Família no Assentamento Santa Rita de Cassia 2, no município de Nova Santa Rita, além de

²⁸ CONSULTOR 1. Produto I. 2013a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

²⁹ CONSULTOR 1. Produto II. 2013b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

³⁰ CONSULTOR 1. Produto II. 2013b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

contribuir para o curso a distância na Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) sobre a “Saúde das Populações do Campo, Florestas e Águas”.

A FETAG-RS e o MST exerceram um papel importante no processo de discussão que ocorreu no período analisado, contribuindo para a implementação da política junto às populações rurais, como a distribuição de protetor solar para prevenção do câncer de pele e a aquisição de unidades móveis em 25 municípios do estado, como será tratado mais adiante.

Conforme observado pelo Consultor 1, essa política pública encontra-se vinculada à Direção de Ações em Saúde (DAS), junto com outras políticas de equidade. O Grupo Gestor do DAS elegeu o município de Vacaria para que fossem realizados estudos pertinentes à população do campo, principalmente os ligados às lavouras de maçãs, que carecem de um olhar que acompanhe o fluxo desses trabalhadores, porque as relações de trabalho estão vinculadas ao trabalho sazonal (CONSULTOR 1, 2013a)³¹. Ao realizar esse diagnóstico, o Consultor 1 constatou a elevação da taxa de pessoas residindo no município em certas épocas do ano, bem como graves problemas de saúde, como de alcoolismo e de saúde mental, agravados pela:

Situação de acampamentos provisórios destes(as) trabalhadores(as) rurais também têm demandado um acompanhamento sobre os contextos e significados dos usos de drogas como o álcool, no sentido de promover o fortalecimento de fatores de proteção, e elaborar estratégias diante dos fatores de risco (como por exemplo, o trabalho sob efeito de substâncias na colheita). (CONSULTOR 1, 2013a, p. 18)³².

O diagnóstico inicial esclareceu à gestão pública a fragilidade da saúde vivida por essa população, assim como a necessidade de criar critérios de regionalização nos serviços de saúde e a articulação entre as diferentes complexidades da saúde. Mediante isso, o DAS/SES iniciou internamente a discussão contando apenas com um “[...] consultor técnico e abrindo o trabalho na Gestão à presença de três residentes multiprofissionais em saúde, que têm atuado com diferentes populações descritas na política junto a determinadas Coordenadorias Regionais de Saúde.” (CONSULTOR 1, 2013b)³³. Esses profissionais faziam parte do Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³¹ CONSULTOR 1. Produto II. 2013b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

³² CONSULTOR 1. Produto I. 2013a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

³³ CONSULTOR 1. Produto II. 2013b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

Segundo o Consultor 1, havia um:

[...] Grupo Gestor da Saúde do Campo, em composição de caráter interno à gestão estadual, junto ao Departamento de Ações em Saúde (representado pela Atenção Básica e pela Política de Saúde das Populações do Campo e da Floresta no RS), ao Centro de Vigilância em saúde (CEVS), orientado nas demandas em saúde dos(as) trabalhadores(as) rurais, agricultores(as), famílias, pescadores(as), dentre outras parcelas da população, e a Secretaria do Desenvolvimento Rural, representada na articulação das ações em saúde com ações em desenvolvimento sustentável, agroecologia e acesso a estratégias de cuidado em saúde. (CONSULTOR 1, 2013b, p. 5)³⁴.

Observa-se que, num primeiro momento, a política é discutida internamente na gestão pública, ampliando-se aos moldes do Grupo da Terra, “[...] em um diálogo consultivo, deliberativo sobre as políticas de saúde, remontando um modelo processual de construção das políticas para a promoção de equidade no plano nacional.” (CONSULTOR 1, 2013b, p. 5)³⁵. A noção de gestão participativa foi justamente o que permitiu o diálogo necessário entre os movimentos sociais e o corpo técnico da política no estado. E é por meio desse diálogo que no RS a PNSIPCFA tem um:

[...] recorte das populações do campo e florestas (a partir de um diagnóstico já discutido) tem um enfoque prioritário sobre as populações assentados(as), acampados(as), assalariados(as) rurais, pequenos(as) agricultores, pescadores(as), atingidos(as) por barragens e habitantes de zonas rurais com pouco ou nenhum acesso a serviços de saúde [...]. (CONSULTOR 1, 2013b, p. 6)³⁶.

A partir das discussões do Grupo Gestor, em 11 de setembro de 2013, durante a atividade que teve como título “Oficina Estadual Compartilhada: Uma Agenda de Efetivação da Promoção a Equidade no SUS”, representantes da SES e do Ministério da Saúde se aproximam dos representantes da Via Campesina, assentados da Reforma Agrária e Pequenos Agricultores. A participação técnica durante a primeira reunião do GT foi importante, porque o:

Departamento de apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, prevê e incentiva a criação de Comitês Estaduais para o acompanhamento das Políticas Estaduais de Saúde nas populações das equidades, como os das populações do campo e da floresta. O processo estadual da Gestão Participativa no RS tem se dado através do fortalecimento do Comitê Estadual de

³⁴ CONSULTOR 1. Produto II. 2013b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

³⁵ CONSULTOR 1. Produto II. 2013b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

³⁶ CONSULTOR 1. Produto II. 2013b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

Saúde das Populações do Campo, que se reúne mensalmente, com a representação de diferentes populações, bem como parcerias na gestão estadual (DAS, Saúde do trabalhador, SDR, comunidade acadêmica, dentre outros). (CONSULTOR 1, 2013c, p. 9)³⁷.

Nessa mesma reunião segue a seguinte afirmação:

Sandra Fagundes, Diretora do DAS, reafirmou perante o Ministério da Saúde o estabelecimento da criação do Grupo de Trabalho de Saúde do Campo e da Floresta. Foi esclarecido que o recurso do ParticipaSUS pode ser alocado para as atividades do grupo. Outras questões levantadas por Sandra e Elisângela (SES) foram referentes às estratégias do acesso para essas populações e o recorte rural para os dados e informações de saúde. (COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS, 2013a, p. 2).

Após os primeiros encaminhamentos para a implementação da política no RS, bem como a alusão de que haveria recursos para dar seguimento aos estudos, o Consultor 1 (2013) tinha como objetivo realizar um diagnóstico da situação da saúde no campo, florestas e águas em todas as 07 macrorregiões e, como piloto, foi eleito o município de Vacaria, como já aludido. A falta de acesso a recursos financeiros do ParticipaSUS e do próprio orçamento estadual impossibilitaram que as atividades propostas fossem desenvolvidas, como será tratado mais adiante.

4.2 CONCEPÇÕES QUE ORIENTARAM A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA NO RS

No RS, a PNSIPCFA encontrava-se vinculada ao eixo das políticas para a equidade no DAS/SES. Nota-se que as discussões nacionais que promoveram a formulação dessa política, de certa maneira, também foram absorvidas pela discussão no estado. A mais robusta delas é a equidade, que pretende “[...] contribuir para a formulação de linha de cuidado pensando as demandas características das populações do campo e florestas, visando a promoção da equidade ao acesso, utilizando-se da educação permanente.” (CONSULTOR 1, 2013b. p. 24)³⁸.

³⁷ CONSULTOR 1. Produto III. 2013c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

³⁸ CONSULTOR 1. Produto II. 2013b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

Percebe-se que essa política buscou avaliar a necessidade de se pensar nos cuidados inerentes a essa população, promovendo a equidade do acesso ao atendimento por meio do eixo da educação permanente. Além disso, buscou avançar na valorização do conhecimento técnico e do saber popular, favorecendo a integração entre tais conhecimentos.

Para os integrantes do Comitê “A saúde deve ampliar seu olhar para além do corpo físico, indo verificar a motivação e a percepção individual e coletiva.” (COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS, 2013b, p. 1). Nessa frase o Comitê demonstra sua compreensão em relação a tais populações no que se refere à saúde, além de compreender que a saúde do ser humano é muito mais do que física, ela deve ser interpretada pelo meio no qual esse sujeito vive e também nas suas crenças.

Houve reiteradas tentativas e apoio institucional das instâncias de gestão, da promoção e da integração dos diversos saberes para que essa apreensão ocorresse. Conforme o Consultor 1:

A dimensão de apoio institucional, pautada na troca de experiências e na corresponsabilização de diferentes âmbitos da Gestão e da Atenção, deve acolher os processos culturais que envolvem as diferentes concepções de saúde e doença, o que, para a discussão da equidade no SUS, buscando a ampliação do acesso a populações específicas e principalmente levando em conta a redução de dinâmicas de violência, fornece matéria-prima indispensável, sendo possível observar neste encontro, e em suas possibilidades de combinações e pactuações, analisadores para implementação de novas práticas. (CONSULTOR 1, 2014a, p. 11)³⁹.

Nesse sentido, é importante que a gestão pública perceba as necessidades dessas populações. E uma das formas mais adequadas de efetuar-la é por meio do diálogo que a gestão pública tem com essas populações, conforme menciona o Consultor 1:

[...] falo aqui de uma troca, ou tensionamento (construtivo) das políticas para a promoção da equidade, em direção aos indicadores já tradicionalmente empregados na avaliação do trabalho da Gestão, e que podem e devem aceitar o desafio de sua adequação a populações historicamente não atendidas, cujos saberes e práticas em saúde historicamente não foram assimiladas a ponto de adequar práticas institucionais, seja no âmbito acadêmico, de um serviço de saúde [...]. (CONSULTOR 1, 2014b, p. 8)⁴⁰.

³⁹ CONSULTOR 1. Produto IV. 2014a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁴⁰ CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

Para o Consultor 1, era fundamental que houvesse um mapeamento das necessidades das populações que são abrangidas pela política e a elaboração de indicadores⁴¹. Ele defendeu em seus relatórios que era primordial conhecer as práticas e os saberes dessas comunidades, fazendo uso no processo da gestão pública. Tais conhecimentos, mesmo que complementando as técnicas convencionais de saúde, são uma forma de não dissociar o entendimento entre a cura e a doença e nem destes dos saberes das populações. Pois, de acordo com o Consultor 1:

Pensando os diferentes modos de entendimento da doença e da cura, não podemos simplesmente prescrever soluções dissociadas dos saberes populares, como risco de dificuldades de adesão. O conhecimento tradicional indígena é dinâmico, criativo e sujeito às influências, assim como a negociação e renegociação entre as diferentes formas de conhecimento médico ocidental, a partir do rigor científico, também ocorrem através da elaboração de teorias e superação de pressupostos. (CONSULTOR 1, 2013c, p. 6⁴²).

É nessa troca de saberes populares e tradicionais que surge o elemento primordial que fortalece a coesão social, pois são esses elementos que geram os fatores de proteção aos processos de adoecimento e da própria exclusão social. Além disso, ao voltar o olhar para essas populações, o Consultor 1 constatou que são:

As mulheres do campo como historicamente detentoras de saberes preventivos e promotores de saúde, notadamente no conhecimento de plantas medicinais, e em que medida investir nesta possibilidade de empoderamento pode ajudar a balizar políticas públicas mais voltadas à promoção de saúde nos territórios do que à atenção em saúde voltada especificamente a sintomas associados às definições de gênero ou sexo, inclusive aqueles que podemos pensar como questões sociais ou culturais. (CONSULTOR 1, 2014c, p. 3)⁴³.

Nota-se que, em relação aos saberes populares das populações do campo, florestas e águas, são as mulheres que mantêm os conhecimentos e práticas mais relevantes. Segundo os Consultores 1 e 2, são elas as curandeiras, rezadeiras e benzedeiras. Investir nessas práticas é uma forma de complementaridade aos serviços públicos e, nos espaços de decisões, de promover a saúde desse público e preservar tais conhecimentos. Um dos exemplos apresentados pelo Consultor 1 menciona as experiências da área da saúde mental que utilizam

⁴¹ Nas análises realizadas dos documentos, não foi localizada a elaboração de indicadores para avaliar a situação dessas populações e nem utilizadas fontes do IBGE referentes à saúde. O único momento em que fontes do IBGE foram utilizadas foi nas Unidades Móveis, que veremos mais adiante.

⁴² CONSULTOR 1. Produto III. 2013c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁴³ CONSULTOR 1. Produto VI. 2014c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

a prescrição de fitoterápicos que provinham do Horto do Município de Jóia para o atendimento de algumas enfermidades das pessoas. Para tanto:

[...] é fundamental para garantir que a melhoria do acesso das populações do campo à rede de serviços do SUS se dê de tal modo que esta mesma rede se afete por estes saberes populares, incentivando-os em sua sustentabilidade, ao trazer ao repertório dos serviços e dos trabalhadores estas práticas (como já é o caso dos fitoterápicos em UBS rurais), ou ao menos encarando tais saberes como complementares às ofertas que surgem de uma formação profissional tradicional, ou seja, baseada em evidências científicas, que podem fazer sentido dentro dos rituais acadêmicos de validação do saber (CONSULTOR 1, 2013a, p.14.)⁴⁴.

Em outras palavras, é necessário que as “[...] políticas de saúde se deixem afetar pelos elementos culturais do pertencimento aos territórios e da comunidade [...]” (CONSULTOR 1, 2014b, p. 7). Assim entrou na discussão outro universo que, por vezes, é ignorado pela gestão pública: as dimensões culturais das populações que não estão apenas vinculadas aos processos de produção agropecuários. No início dos estudos dessa política pública no estado percebeu-se que os “[...] elementos culturais e socioeconômicos incidem não só sobre o acesso aos serviços de saúde, por exemplo, como também sobre os processos de saúde e doença.” (CONSULTOR 1, 2013a, p. 11)⁴⁵. Ou seja, é imprescindível que a gestão pública compreenda tais elementos que promovem a vida das populações e o que é saúde e doença. Possuir essa visão propicia o desenvolvimento dessas populações em sua totalidade.

Diante dessas percepções, para o início da implementação da política foi importante pensar como a gestão pública poderia ter essa troca de experiências e acolher tais processos de entendimento do que é saúde e doença, além de firmar a discussão do que é equidade no SUS. De acordo com o Consultor 1:

A vida das populações é dinâmica e esta dinâmica é vinculada a seus diversos pertencimentos culturais, além do movimento próprio à materialidade da vida, como por exemplo, o reconhecimento do direito constitucional de moradia digna (caso bastante próximo das populações do campo), diante disso, é desafio comum às políticas públicas que tomemos este movimento como um dado inicial, sem fomentar como meta que tenhamos o controle e a compreensão absoluta sobre seus significados. (CONSULTOR 1, 2014b, p. 2)⁴⁶.

Diante disso, é importante para a implementação dessa política pública que:

⁴⁴ CONSULTOR 1. Produto I. 2013a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁴⁵ CONSULTOR 1. Produto I. 2013a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁴⁶ CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

[...] a curto e médio prazos a rede de serviços não estará presente de forma ostensiva nestes territórios não urbanos, é a promoção de saúde que pode se fazer presente, para tanto sendo necessário dialogar e fazer sentido com os hábitos culturais, ou ao menos colocando estes em questões. (CONSULTOR 1, 2014b, p. 7)⁴⁷.

Além dessas colocações, o Consultor 1 também apresenta as noções tradicionais de higiene que dominam o padrão cultural branco e urbano e a formação e as práticas em saúde que são reconhecidas pela sociedade urbana. Do mesmo modo, nota-se que, mesmo não havendo uma presença massiva do Estado, é importante para essas populações que haja ações na promoção da saúde, vislumbrando a prevenção dos agravos e de como eles podem ser evitados, mediante a valorização do conhecimento que já existe em seu meio.

É relevante o reconhecimento dos saberes populares pela gestão pública, assim como perceber a importância do desenvolvimento social e econômico dessas populações. Para o Consultor 1 é necessário que haja a:

[...] aproximação intersetorial entre políticas de saúde e desenvolvimento, para que possa atuar de algum modo sobre processos de trabalho mais propícios ao desgaste ou quase sacrifícios dos corpos, é qualificada quando inserimos aqui as instituições de produção de conhecimento, tecendo parcerias com as universidades locais em grupos de pesquisa que, ao levantar dados sobre aquele fazer e suas relações, torne visível a possibilidade de atuar sobre elas, o que deveria ser de interesse também do ponto de vista da produtividade das culturas características da região. (CONSULTOR 1, 2014b, p. 10)⁴⁸.

Em relação às questões de desenvolvimento, a Consultora 2 aponta as grandes diferenças existentes na produção agropecuária da agricultura familiar e do agronegócio no Brasil. Para ela:

Ambas estão de lados opostos em relação ao modo de produção e ao próprio modo de vida. Junto a isso temos a imensa diversidade [...] de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produção [...] assim, este povo é diverso, vai desde indígenas, povos do cerrado, dos campos, dos pampas e do pantanal [...] toda esta pluriatividade demonstra a riqueza cultural que se pode observar nas diversas regiões, inclusive nas cidades. (CONSULTORA 2, 2014a, p. 10)⁴⁹.

⁴⁷ CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁴⁸ CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁴⁹ CONSULTORA 2. Produto I. 2014a. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

De acordo com a Consultora 2, a SES está dividida em regiões para facilitar o reconhecimento das dificuldades, da cultura, do desenvolvimento, bem como dos aspectos relacionados ao trabalho dessas populações. O RS estava, em 2014, dividido em 19 regiões (de saúde) e 7 macrorregiões (de saúde) e a intenção era facilitar o diálogo entre as políticas de saúde e as demais políticas públicas. Era esperado que houvesse um diálogo intersetorial entre as instituições governamentais para que incorporassem às suas práticas as discussões e processos de desenvolvimento sustentável.

A articulação entre as diversas políticas existentes foi relevante para pensar políticas que se conciliassem no âmbito da saúde e do desenvolvimento. Para o Consultor 1:

O lugar do trabalho e da relação com a terra, que entre as populações da política é muitas vezes constituinte da própria rede familiar, afetiva e social, faz com que discuti-lo a partir do campo da saúde seja um dispositivo de abertura para todas as outras questões ou demandas relacionadas à saúde – e com um bom adendo, que é inseparabilidade entre o trabalho e a sustentabilidade como projetos de vida. Novamente falamos na intersetorialidade, na articulação imprescindível com ações de desenvolvimento sustentável (SDR, EMATER, INCRA etc.), sem que o setor Saúde finda muito facilmente sem ter estratégias a ofertar, além da medicalização do cuidado e da contenção de sintomas. (CONSULTOR 1, 2013c, p. 10)⁵⁰.

Conforme já aludido, com essa articulação haveria maiores benefícios às populações. Mas, para o Consultor 1, é considerável que:

[...] a real autonomia que as políticas de saúde possuem para tecer esta intervenção no mundo do trabalho deve ser confrontada como um plano macropolítico, no qual decisões no contexto da gestão estadual e federal incidem de forma muito concreta sobre as populações. Vale tomar de exemplo a liberação dos agrotóxicos que já tem seu uso e comercialização proibidos em vários países da Europa. (CONSULTOR 1, 2014c, p. 10)⁵¹.

O que se notou nessa discussão foi a falta de domínio da Saúde em relação aos fatos determinantes dos modos de produção agropecuária e o uso excessivo de agrotóxico sem relação com um desenvolvimento sustentável que abranja a agroecologia e outras técnicas que não agridam o meio ambiente e o ser humano. Em relação à agroecologia, esta foi discutida pelo Comitê Estadual da Saúde do Campo, das Florestas e das Águas (2013) e estava intimamente ligada ao agrotóxico. Esse tema foi retificado pelos consultores, principalmente

⁵⁰ CONSULTOR 1. Produto III. 2013c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO

⁵¹ CONSULTOR 1. Produto VI. 2014c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

quando se tratou da Portaria sobre as Unidades Móveis, conforme analisado adiante, pois vislumbrava o trabalho com as populações rurais que são afetadas por esse agravo.

4.3 ESPECIFICIDADES DAS POPULAÇÕES ABRANGIDA PELA POLÍTICA

Como foi possível observar no item anterior, a questão do agrotóxico está intimamente ligada aos dilemas da saúde e seus agravos de longo prazo, seja pelo uso indireto do consumidor urbano ou pelo seu manuseio nas lavouras. Sobre esse assunto, o Consultor 1 chama a atenção:

A questão dos agrotóxicos diz respeito a processos de adoecimento a curto, médio e longo prazos de núcleos familiares inteiros de trabalhadores do campo, assalariados ou da agricultura familiar, percorrendo desde a exposição direta nas práticas de cultivo e manejo até a ponta final no consumo de alimentos. (CONSULTOR 1, 2014b, p. 11)⁵².

Ademais, os agrotóxicos foram tema do GT⁵³ quando o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) informou sobre a existência de recurso por meio da Portaria n. 2938/2012, para populações expostas aos agrotóxicos terem percepções sobre os agrotóxicos e os seus agravos. No decorrer das análises se verificou que não foram utilizados.

Além dos agrotóxicos, outro fator preponderante na saúde das populações abrangidas pela PNSIPCFA identificado pelos consultores 1 e 2 foi o alcoolismo. Segundo a Consultora 2 (2014a)⁵⁴, os agrotóxicos e o alcoolismo são os grandes dilemas das populações rurais, pois afetam a vida familiar, social e produtiva, com males que são percebidos por vezes ao longo do tempo.

Para dar conta dessas questões há a Lei n. 10216/2002 da Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas, que criou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assim como a Resolução Estadual n. 038/2012, na qual a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) determina a Política Estadual da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, instituindo uma linha específica de cuidado, denominado de “O Cuidado que eu Preciso”.

⁵² CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁵³ Antes de se efetivar o Comitê Estadual da Saúde do Campo, das Florestas e das Águas, havia o Grupo de Trabalho (GT) que deu início às discussões da política no RS.

⁵⁴ CONSULTORA 2. Produto I. 2014a. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

Em relação ao alcoolismo, a gestão pública já demonstrava preocupação com esse tema. Assim, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2013, no seu Programa de Residência em Saúde Mental Coletiva, realizou e acumulou experiências para as populações da PNSIPCFA no Município de Alegrete (RIS e SES/RS, 2013). A equipe de residentes atuou junto ao Assentamento de Reforma Agrária vinculado ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), dando origem a trabalhos de conclusão para esse programa de residência, além de elementos que contribuíram para os estudos do DAS/SES (CONSULTOR 1, 2013a)⁵⁵.

O mesmo Consultor também aponta que houve dificuldades para a obtenção de dados específicos, além dos indicadores já mencionados, das populações dessa política, contendo informações sobre álcool, drogas e outros agravos, pois, a PNSIPCFA é recente e “[...] a falta de acesso a redes dos serviços públicos é a demanda que as une, isto implica, notadamente, na ausência de notificação, ou na notificação pouco qualificada das demandas.” (CONSULTOR 1, 2013c, p. 16)⁵⁶. Ou seja, para ele era fundamental conhecer quais eram os números, mas principalmente quem eram as pessoas que procuravam de alguma forma o serviço, tanto que:

A construção conjunta de estratégias, como preconizado pela prática da gestão participativa, assim como pela metodologia da educação permanente no território, deve dialogar com a autogestão das terras e dos projetos para o futuro desses povos, essenciais para a sustentabilidade de respostas às demandas associadas ao campo de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. (CONSULTOR 1, 2013c, p. 6)⁵⁷.

Dessa forma se preconiza o desenvolvimento social, econômico e a sustentabilidade da população abrangida. O que afeta diretamente outra especificidade daquelas pessoas que têm sua vida voltada ao mundo do campo é o agronegócio. As áreas que são utilizadas pela agroecologia estão sendo cercadas pelas lavouras convencionais, entre elas a silvicultura. Assim, essas culturas estão sendo ilhadas pelo agronegócio e pelo agrotóxico, inviabilizando a produção e o desenvolvimento sustentável. De acordo com o Consultor:

Dentre as populações afetadas pelo processo de silvicultura, consta a de assentados e acampados rurais, cuja produção agroecológica, bem como a fauna circundante, reage diante da contaminação de fungicidas e desseccantes, produtos químicos

⁵⁵ CONSULTOR 1. Produto I. 2013a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁵⁶ CONSULTOR 1. Produto III. 2013c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁵⁷ CONSULTOR 1. Produto III. 2013c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

utilizados na monocultura do eucalipto, como já notificado por estas populações nas cidades de Candiota e Hulha Negra. (CONSULTOR 1, 2013a, p. 12-13)⁵⁸.

Além disso, percebeu-se que a entrada da silvicultura não gerou um número suficiente de empregos, pois as lavouras são praticamente mecanizadas, necessitando de apenas um trabalhador para cada 185 hectares de terra cultivada. Para o Comitê Estadual da Saúde do Campo, das Florestas e das Águas seria importante abrir “[...] discussão sobre o acesso, comunicação e campanhas para o rural incluindo as percepções sobre os agrotóxicos e agravos” (COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS, 2013b). Além desses problemas, as mesmas populações enfrentam outro, que é o câncer de pele. Esse agravo à saúde pública dos trabalhadores rurais levou a Assembleia Legislativa do Estado a discutir o tema e a aprovar o Decreto nº 50.776 de 23/10/2013 e a Lei 13.469 de 22/06/2010, que recebeu nova redação pela Lei 13.676 de 17/01/2011. Conforme esta Lei:

Fica criado o Programa de Prevenção ao Câncer da Pele no Estado do Rio Grande do Sul, para agricultores, pescadores e aquicultores, o qual contará com as seguintes diretrizes: I – informação e educação; II – acesso; e III – monitoramento. (RIO GRANDE DO SUL, Lei 13.676. 2011, art. 2º).

Esse tema foi discutido pela primeira vez no Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas da PNSIPCFA em 2013, no mesmo ano em que houve o Decreto e cerca de dois anos após a Lei ter recebido nova redação. Percebe-se que a maioria dos atores que pertenciam ao Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas não fizeram parte daquela discussão que deu início ao projeto de lei, com exceção da FETAG. Segundo o Consultor 1:

Diante disso, a FETAG – Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Rio Grande do Sul que congrega vários sindicatos do Estado, mais a Secretaria de Saúde, realizaram estudo [...] e iniciam o processo de distribuição de Protetores Solares, fator 30 aos agricultores familiares, sempre respeitando o princípio de equidade e os locais onde a incidência desse tipo de câncer é maior. (CONSULTOR 1, 2014a, p. 10)⁵⁹.

Em relação aos protetores solares, em levantamento realizados pela Consultora 2, foi diagnosticado em 2014 que dos 497 municípios existentes no RS, apenas 111 foram beneficiados pela distribuição dos Protetores Solares nas sete regiões do estado

⁵⁸ CONSULTOR 1. Produto I. 2013a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁵⁹ CONSULTOR 1. Produto IV. 2014a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

(Metropolitana, Norte, Serra, Sul, Centro-Oeste, Missioneira e Vales). A Região dos Vales contou com o total de 39,71% da totalidade e a Região Norte com 9,09%. Além disso, era prioridade naquele momento que esse benefício fosse levado àqueles municípios onde foram constatados sérios danos causados à saúde devido à camada de Ozônio, bem como somente para os agricultores que tinham Declaração de Aptidão ao Pronaf (DAP) e os que estavam inclusos na Relação de Beneficiários da Reforma Agrária (CONSULTOR 1, 2014b)⁶⁰.

Ademais, se menciona a importância de levar esse diálogo para as populações, por meio de campanhas no meio rural. Como iniciativa, o Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas iniciou o diálogo com os serviços de saúde por meio do programa estadual “Saúde na Pele”, que previa a distribuição gratuita para os agricultores, pescadores e aquicultores (COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS, 2014a).

Para o Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas, a maior preocupação era com os pescadores e com o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB), pois esses grupos não faziam parte do Comitê. Dentre estes, os pescadores são organizados de uma forma mais complexa, pois não estão em um único movimento social, o que dificultou sua representação no Comitê Estadual da Saúde do Campo, das Florestas e das Águas. Segundo o Consultor 1:

De acordo com informações trazidas pela Secretaria de Desenvolvimento Rural (SDR) no Grupo de Trabalho, a população de pescadores(as) artesanais, isto é, de famílias que vivem da pesca no Estado é de 18 a 20 mil pessoas. Dada a diversidade de instituições que representam esta população, o Grupo de Trabalho careceu, até o momento deste escrito, da presença de representantes da mesma que pudessem dialogar sobre as demandas de saúde desta população. (CONSULTOR 1, 2014c, p. 9)⁶¹.

Dessa forma, consoante às análises do Consultor 1, foi importante que:

[...] os processos de saúde e doença relacionados à pesca em si, em conversa com o representante da SDR pudemos conhecer até três diferentes tecnologias empregadas na pesca no estado, a depender das características (se realizada em rios, ou no mar, etc.), o que coloca desafios específicos à formulação de estratégias pensadas para a proteção de riscos ou acidentes de trabalho; bem como a necessidade de

⁶⁰ CONSULTOR 1. Produto IV. 2014a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁶¹ CONSULTOR 1. Produto VI. 2014c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

mapeamento sobre quais populações de pescadores encontram-se em situação de maior vulnerabilidade. (CONSULTOR 1, 2014c, p. 9).⁶²

Diante da dificuldade de diálogo com outras populações abrangidas pela PNSIPCF, na Ata 3(2013) foi discutida a importância da participação das populações e entidades ainda não contempladas no espaço de discussão. Segundo esse documento, “Mapeamos contatos junto a lideranças das entidades de pescadores(as) e de atingidos(as) por barragens. Dentre as entidades, Agda (SDR) listou a importância da presença da EMATER no GT.” (COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS, 2013c, p. 3). Na Ata 6 (2014) foi observado que foram realizados contatos com duas federações de pescadores, visando o mapeamento de associações para o Programa Saúde na Pele:

Na fase inicial do Programa (Piloto), foram escolhidos 124 municípios da agricultura familiar e cinco municípios com comunidades de pescadores(as). A escolha foi baseada nos dados do INCRA sobre casos de câncer de pele, bem como da análise do abaixo-assinado apresentado. Quanto ao fluxo e disponibilização, será feita uma ficha cadastral no sindicato, com cópia da qual o(a) trabalhador(a) pode retirá-la na Unidade Básica de Saúde mais próxima do Sindicato. O programa prevê a distribuição de três protetores solares por pessoa (1 a cada 4 meses). (COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS, 2014a, p. 1).

O dilema ocasionado pela falta de participação dos pescadores e de outras representações junto ao Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas ainda permanecia. Na reunião do dia 09/09/2014, por ocasião do encontro do Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas, novamente surgiu essa questão, ou seja, a “[...] necessidade de os demais integrantes do Comitê Estadual da saúde do campo, florestas e águas se fazerem presentes principalmente os ligados aos pescadores.” (COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS, 2014b, p. 2). Assim como os pescadores, outras populações que são beneficiadas pela política, por estarem muitas vezes em áreas rurais, são os quilombolas e os indígenas.

A intenção de ampliar a participação no Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas já havia sido mencionada por ocasião de sua primeira reunião, quando um integrante indagou sobre o tema da “[...] inclusão ou não da população negra, quilombola, indígenas e dos povos ciganos. Alegou que o projeto nacional constitui uma rede na qual a política estadual deve se inserir, fazendo a interlocução entre a gestão e os movimentos sociais.” (COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS,

⁶² CONSULTOR 1. Produto VI. 2014c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

2013a, p. 1). Pensando nesse aspecto, o Consultor 1 chama a atenção sobre aquelas populações que ficam à margem da sociedade:

Ressaltam-se especificidades dos povos indígenas, que mesmo não tendo áreas de acampamento fixadas listadas, passam por elas e demandam interlocuções entre os diferentes serviços de saúde e os órgãos da SESAI. Do mesmo modo, as comunidades quilombolas, que serão acompanhadas em parceria com a equipe da política de saúde da população negra, também surgirão como experiência de acesso num contexto de precariedade que, certamente é significativo das demais comunidades quilombolas do Estado, em sua grande maioria coincidem com a população rural. (CONSULTOR 1, 2013b, p. 14)⁶³.

Esses aspectos demonstram que o diálogo e a intersetorialidade são fundamentais para o sucesso da implementação dessa política. E há outros diálogos a serem firmados, incluindo a:

Coordenação Estadual da Saúde da População Negra e RS na Paz, pudemos pactuar, na medida da implementação de nossa política, um acompanhamento conjunto das comunidades quilombolas do RS. Sendo uma pauta pertinente à promoção das equidades no SUS, e igualmente colocando o desafio de mobilizar as redes de atenção em saúde (e demais setores) a populações tradicionais, o caráter tensionador da ampliação desta oferta, no âmbito das gestões municipais pode ser melhor trabalhado conjuntamente. (CONSULTOR 1, 2014b, p. 3)⁶⁴.

Não são apenas os quilombolas, indígenas e os povos ciganos que obtiveram uma visibilidade diferenciada na PNSIPCFA. Outros personagens também chamaram a atenção, justamente por enfrentarem os mesmos problemas que as populações urbanas. Sobre esse tema o Consultor 1 discursa sobre problemas que se pensa serem apenas do universo urbano. Ele participou:

Junto à Secretaria de Políticas para as Mulheres, participei de reuniões iniciais do Projeto Enfrentamento da Violência das Mulheres do Campo, Florestas e Águas, pactuado em comitê no qual a SES possui vaga e operado através de recursos da gestão nacional. [...] o projeto, que envolvia a visita de unidades móveis em territórios sensibilizados de alguns municípios à escolha, em postura tanto de acolhimento das mulheres nestas populações, como também de sensibilização de homens agressores (bem como a oferta de estratégias diante de denúncias). A articulação desta rede de denúncia, no entanto, foi pensada para que fugissem as ações de caráter meramente legalista e punitivista. Dentre as questões específicas destas populações encaramos o acolhimento às violências de gênero e suas

⁶³ CONSULTOR 1. Produto II. 2013b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁶⁴ CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

especificidades em territórios mais afastados dos centros nos quais localizam-se as redes institucionais de apoio. (CONSULTOR 1, 2014b, p. 3)⁶⁵.

Para o Consultor 1 (2014), além da preocupação demonstrada pela gestão pública no que se refere ao enfrentamento à violência, é necessário o diálogo com a gestão da Saúde da Mulher e que, tanto a PNSIPCFA como a as políticas para a saúde das mulheres, devem aprofundar o diálogo e as especificidades dos conhecimentos sobre plantas medicinais. Ele também menciona que investir nesse empoderamento pode auxiliar em políticas públicas específicas para tais populações.

Nesse sentido, deve-se analisar que o papel da mulher nas populações atendidas pela PNSIPCFA não difere do papel das mulheres dos centros urbanos. Como estas últimas, as primeiras enfrentam uma longa jornada de trabalho, incluindo os cuidados ao redor de casa, bem como da família. As diferenças apontadas mostram que essas mulheres trabalham com pequenos animais (lida com a vacas, galinhas, porcos, etc.) e horta. Já, segundo o Consultor 1, em:

Conversas através de visitas a alguns municípios que reúnem famílias em torno da pesca, como o de São Lourenço do Sul, é característico desta população um maior número de homens atuando na pesca, geralmente em viagens coletivas, migrando por até cinco meses de acordo com as localidades que estejam fornecendo maior produtividade e retorno; ficando geralmente às mulheres destas famílias, portanto, a tarefa da geração de renda, da educação e cuidado dos demais membros do núcleo familiar, o que caracterizaria, a princípio, uma demanda pela inclusão produtiva que contemple direitos básicos como o do acesso à educação ou saúde levando em conta estas questões da equidade. (CONSULTOR 1, 2014c, p. 9)⁶⁶.

Percebe-se, juntamente com essa longa jornada de trabalho, que as mulheres enfrentam um outro problema já observado neste trabalho, que é o alcoolismo dos homens, que, segundo a Consultora 2, inviabiliza a vida social das pessoas:

[...] percepções sociais do uso do álcool, é possível perceber o transtorno familiar e/ou grupo social. Entre tantas outras disfunções é presumível identificar o conflito familiar e a violência, incluindo aí contra mulher e outros tipos de desordens. [...] aqueles que utilizam a bebida alcoólica geralmente frequentam apenas o bar se eximindo de outras atividades propostas pela comunidade e, de certa forma, se isolando dos demais significados que há nesses locais públicos. (CONSULTORA 2, 2014c, p. 10)⁶⁷.

⁶⁵ CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁶⁶ CONSULTOR 1. Produto VI. 2014c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁶⁷ CONSULTORA 2. Produto III. 2014c. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

O agravo do alcoolismo traz isolamento social, tanto para os homens como para as mulheres. Observa-se a gravidade quando se refere ao sexo feminino, principalmente para as populações dessa política, pois elas acabam perdendo respeito e legitimidade junto à sua família e comunidade. Esse isolamento se torna mais grave à mulher, pois esta não tem o direito de frequentar o bar como nos casos masculinos, tornando nula sua vida social. Para a Consultora 2, uma das propostas que poderia ser utilizada é a redução de danos:

Com as variantes de cada acampamento, uma das regras é quanto a utilização da bebida alcoólica e outras drogas. Com sua peculiaridade o MST atribui preceitos quanto à utilização do álcool levando em consideração a redução de danos em relação ao alcoolismo. Como exemplo há o acampamento Jair Antônio da Costa do Município de Nova Santa Rita/RS, onde o aceitável pela comunidade acampada era de 300 ml por dia. Em correlação às demais drogas ela é recusada pelos demais membros da comunidade (CONSULTORA 2, 2014c, p. 10)⁶⁸.

Além desses casos envolvendo agrotóxico e o alcoolismo, houve outros tipos de processos de saúde e adoecimento que foram verificados pelos consultores 1 e 2 e pelo Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas. Essas outras demandas, que afetam a implementação dessa política, são a saúde do idoso, das crianças e do adolescente e portadores de doenças crônicas como o HIV. Sobre os idosos, o Consultor 1 menciona que:

Temos questões para pensar como se dá o processo de envelhecimento das populações da política em seus territórios (visto já ser o envelhecimento populacional gradativo uma realidade no país como um todo). Esta reflexão envolve também os fatores de risco ao desenvolvimento econômico sustentável no campo [...]. O trabalho no campo nesta etapa da vida, ainda que voltado à sustentabilidade familiar, coloca outras demandas que são intersetoriais, bem como a busca por demandas específicas e a oferta de estratégias para a promoção de saúde e pertencimento à comunidade. (CONSULTOR 1, 2014b, p. 6)⁶⁹.

Para que existam essas reflexões, a Consultora 2 menciona que o melhor é “[...] proporcionar diálogo com políticas públicas importantes, como HIV, Mulher, Idoso, Criança, Negro, entre outras. Com isso é possível discutir assuntos que normalmente permaneciam no âmbito urbano.” (CONSULTORA 2, 2014c, p. 14)⁷⁰. Essas questões também afligem as populações dessa política. Assim,

⁶⁸ CONSULTORA 2. Produto III. 2014c. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁶⁹ CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁷⁰ CONSULTORA 2. Produto III. 2014c. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

O sentimento de pertença e de investimento de projetos de vida nestes territórios, por parte de adolescente e de jovens adultos, é uma questão presente na constituição de redes familiares, e que concorre com a realidade do envelhecimento da população em geral. Pensar a saúde de forma ampla, ou seja, desde um projeto de vida integrado a algum território com o qual há uma conexão efetiva, carrega, portanto, questões como a falta de espaços de lazer, mas também questões culturais, como recorte mais conservador diante das diferenças de usos de corpos: as sexualidades, as diversidades de práticas religiosas e a decisão pelo planejamento familiar. (CONSULTOR 1, 2014b, p. 9)⁷¹.

Para a PNSIPCFA no RS é importante “[...] as sociabilidades de adolescentes e jovens adultos em seus territórios e o convívio ou acolhimento destas diferenças culturais é matéria prima essencial no campo [...]” (CONSULTOR 1, 2014b, p. 9)⁷². Como mencionado anteriormente, é necessário que as políticas se deixem afetar pelos elementos culturais e pelos sentimentos culturais dessas populações, abarcando diferentes fases da vida, que vão da infância à velhice.

Além das questões relacionadas a esse público, a PNSIPCFA no estado realizou discussões sobre o trabalho. Esse diálogo abrangeu o trabalho infantil na agricultura familiar, o trabalho dos pescadores e sazonal. Neste último foram identificados dois casos, o extrativismo vegetal e o mineral. Num dos casos analisados pelo Consultor 1, o caso de Vacaria, extrativismo vegetal:

Os processos de violência durante a safra, embora não alterem de modo significativo a rotina de notificações internas ao município, carecem também de um olhar mais amplo, que acompanhe o fluxo populacional entre as safras e desde seu deslocamento e recrutamento, na garantia de seguridade social e promoção de saúde. A situação de acampamentos provisórios destes(as) trabalhadores(as) rurais(as) também demanda um acompanhamento sobre os contextos e significados dos usos das drogas como álcool, no sentido de promover o fortalecimento de fatores de proteção, e elaborar estratégias dos fatores de riscos. Esta questão pode ser abordada pela Atenção Básica, em parceria com as composições de Redução de Danos do município e em processos de educação popular. (CONSULTOR 1, 2013a, p. 18)⁷³.

Além do trabalho no município de Vacaria, segundo o Consultor 1, a política:

[...] orienta, nos municípios que acolhem o trabalho sazonal, a abertura de processos de trabalho, educação permanente e capacitação de equipes de AB, de serviços de média complexidade e dos equipamentos que atendam urgências e emergências, bem

⁷¹ CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁷² CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁷³ CONSULTOR 1. Produto I. 2013a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

como a articulação e a corresponsabilização junto às entidades empregadoras dos assalariados rurais com relação a direitos e deveres desta população. (CONSULTOR 1, 2013a p. 4)⁷⁴.

O mundo do trabalho inevitavelmente perpassa as relações de saúde e doença. Uma das dificuldades encontradas é a autonomia que o setor da saúde possui para interferir em questões delicadas como a do agrotóxico. Para o Consultor 1:

O lugar do trabalho e da relação com a terra, que entre as populações da política é muitas vezes constituinte da própria rede familiar, afetiva e social, faz com que discuti-lo a partir do campo da saúde seja um dispositivo de abertura para todas as outras questões ou demandas relacionadas à saúde – e com um bom adendo, que é inseparabilidade entre o trabalho e sustentabilidade como projetos de vida, novamente falamos na intersetorialidade, na articulação imprescindível com ações de desenvolvimento sustentável (SDR, EMATER, INCRA...) sem que o setor Saúde finda muito facilmente sem ter estratégias para ofertar, além da medicalização do cuidado e da contenção de sintomas. (CONSULTOR 1, 2014b, p. 10)⁷⁵.

Os consultores 1 e 2 (2013/2014) apontaram que no RS a PNSIPCFA abrange principalmente as populações da zona rural e das águas, não havendo os povos das florestas, no sentido amplo no qual a política se refere. Ademais, elencam como sendo importante compreender as complexas relações de trabalho e assimilar as questões relacionadas à propriedade da terra. Além das relações de trabalho no cotidiano das populações, para a Consultora 2 é relevante compreender que:

Em seu modo de viver, os movimentos sociais possuem suas próprias formas de organizar a vida e a produção do trabalho e a interação social. O que o Estado deve primar é a oportunidade de participar desta experiência com os processos de organização e desenvolvimento de autogestão. (CONSULTORA 2, 2014b, p. 14)⁷⁶.

Para apreender tais conhecimentos das populações é importante investir na educação permanente dos profissionais da saúde, para que, assim, compreendam as especificidades desses grupos populacionais, contribuindo com sua organização e a dos trabalhadores da saúde. Dessa forma, percebe-se que o RS tem como um dos principais desafios, além do diálogo com os movimentos sociais, a mobilização para discutir a saúde, bem como reconhecer onde estão os territórios dos movimentos sociais que dialogam com a PNSIPCFA. Ademais, o papel dos movimentos e organizações sociais na política é fundamental, pois é

⁷⁴ CONSULTOR 1. Produto I. 2013a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁷⁵ CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁷⁶ CONSULTORA 2. Produto II. 2014b. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/R e UNESCO.

com sua participação no Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas que haverá discussões e estudos sobre a política e os investimentos necessários para que ela ocorra. Sendo assim, conforme ambos os consultores, a gestão pública está tendo a oportunidade de participar da experiência com outros tipos de organizações e desenvolvimento de autogestão e de construir uma rede, procurando respeitar o próprio tempo de adaptação às novas realidades desses sujeitos.

Além disso, “[...] a noção de gestão participativa, que permitiu um diálogo entre representações e lideranças de movimentos sociais instituídos e o corpo técnico-político da gestão da saúde no escopo nacional, pôde com isso dar lugar à política nacional de saúde.” (CONSULTOR 1, 2014c, p. 3)⁷⁷. Para ele:

[...] aposta em uma gestão participativa é importante que esta permeie o mapeamento visando a sustentabilidade de ações pontuais que hoje ocorrem junto com a população, como é o caso de projetos de capacitação de lideranças, ou a realização de pesquisas, com financiamento do Ministério da Saúde (CONSULTOR 1, 2013b, p. 5)⁷⁸.

Para a PNSIPCFA é vital que ela seja acompanhada e estimulada nos processos de gestão participativa e do controle social na elaboração da política estadual. Ademais:

No caso das políticas para promoção da equidade em saúde, há um histórico que se impõe, que é o do incentivo à participação social, às instâncias formais e informais de controle social e à gestão participativa, como conceitos-chave que compõem a formulação destas estratégias específicas em saúde. (CONSULTOR 1, 2014c, p. 2)⁷⁹.

A questão que guia a participação social é a forma possível de se perceber o protagonismo das populações. É necessário que ela seja levada em consideração pela gestão em relação à elaboração de políticas públicas e à forma como se constituem os indicadores necessários, para que haja a intersetorialidade de políticas. Uma das formas de a gestão dialogar dentro de sua própria gestão é por meio da intersetorialidade. Em conformidade com a Consultora 2:

⁷⁷ CONSULTOR 1. Produto VI. 2014c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁷⁸ CONSULTOR 1. Produto II. 2013b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁷⁹ CONSULTOR 1. Produto VI. 2014c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

Desta forma, considera-se que as políticas públicas de saúde andam juntas e que estas devem abarcar outras políticas que atingem esta população. Pois é através do diálogo intersetorial do estado que as populações serão amplamente beneficiadas com o cruzamento de informações e ações. (CONSULTORA 2, 2014a, p. 14)⁸⁰.

Essa articulação não se refere exclusivamente ao campo da saúde, mas abrange a totalidade do cotidiano das populações da PNSIPCFA, incluindo as políticas voltadas ao trabalho e ao desenvolvimento rural sustentável. O Consultor 1 traz como exemplo a articulação entre os setores apresentados pelos consultores, que são as:

Especificidades dos povos indígenas, que mesmo não tendo áreas de acampamentos fixadas nas cidades listadas, passam por elas e demandam interlocuções entre os diferentes serviços de saúde e os órgãos da SESAI. Do mesmo modo, nas comunidades quilombolas, que serão acompanhadas pela equipe da Política de População Negra, também surgirão coexperiências de acesso num contexto de precariedade, que, certamente, é significativo das demais comunidades quilombolas do estado, que em sua grande maioria coincidem com a população rural. (CONSULTOR 1, 2013b, p. 14)⁸¹.

Percebe-se que é necessária uma forte articulação e diálogo que auxilie nas discussões e encaminhamentos, como os das Plantas Medicinais e as Práticas Integrativas e Complementares. Esses foram temas que iniciaram sua discussão pelo Comitê Estadual da Saúde do Campo, das Florestas e das Águas, que em seu primeiro encontro trazia o encaminhamento de “[...] realizar um mapeamento dos assentamentos e pautar questões de agroecologia e plantas medicinais.” (COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS, 2013a, p. 2). Por ocasião da segunda reunião, o assunto voltou por uma integrante que representava o MST no Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas:

Juraci comenta que, percebendo a discussão sobre saúde no movimento em que atua, uma das demandas na área da saúde para as famílias assentadas é a renovação de práticas, tais como Ioga, Reiki e trabalhos com expressão corporal. Comentamos sobre a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares, que está sendo elaborada pela SES, a partir da Política Nacional, e falamos sobre como o trabalho em saúde deve ir além do olhar para o corpo físico, mas também sobre a motivação e percepção individual e coletiva, ampliando questões. (COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS, 2013b, p.1).

⁸⁰ CONSULTORA 2. Produto I. 2014a. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁸¹ CONSULTOR 1. Produto II. 2013b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

Em relação às Práticas Integrativas e Complementares, o Consultor 1 expõe sobre a situação dessa política estadual e como ela está sendo discutida, tendo como diretriz a política nacional. Ele informa que não há na SES uma equipe específica para discuti-la, apesar de esta política e a PNSIPCFA estarem interligadas, pois:

É notória a articulação entre ambas as políticas, sendo o próprio feito de hortos, por exemplo, bem como a cultura da prescrição de plantas medicinais, fitoterápicos, ou a troca de saberes entre curandeiras e rezadeiras, referências do cuidado em saúde muito próximas das culturas das populações do campo, florestas e águas. (CONSULTOR 1, 2014b, p. 7)⁸².

Todavia, nas reuniões do Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas e nos produtos do Consultor 1 está presente a:

Possibilidade de integração nas ofertas em saúde praticadas no território vivido, mais especificamente quando pensamos o caso do Município de Jóia. Com um assentamento do MST e dois acampamentos do MAB, Jóia conta com um horto (espaço destinado ao cultivo de plantas medicinais e fitoterápicos) cuja operação é acompanhada por equipe integrada a projeto em uma universidade local, conforme critérios de reconhecimento e permissão para que sua distribuição seja feita na rede de saúde, como em Estratégias de Saúde da Família. (CONSULTOR 1, 2014c, p. 9)⁸³.

É possível verificar que, para a implementação dessa política, para o Consultor 1 foi importante compreender que o:

[...] Comitê passa a ter, também, uma vez que invista em promover redes formais e informais de parcerias entre movimentos e a gestão, um lugar simbólico importante no reconhecimento de práticas e saberes de trabalhadores(as) de saúde, mapeando quando estas impedem, ou facilitam, a ampliação desta oferta nas diversas regiões do estado. (CONSULTOR 1, 2014c, p. 9)⁸⁴.

Essa participação nas decisões públicas ficou visível, conforme apresentado pelo Consultor 1 (2014c), na solicitação do MST para haver Agentes Comunitários dentro dos Assentamentos de Reforma Agrária, ampliando as equipes que trabalham nos territórios de assentamentos nos moldes do:

⁸² CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁸³ CONSULTOR 1. Produto VI. 2014c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁸⁴ CONSULTOR 1. Produto VI. 2014c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

Programa Mais Médicos, do Ministério da Saúde, fez-se uma articulação junto à gestão municipal para garantir a presença de profissionais médicos próximos ao território, trazendo ambos os profissionais com experiências anteriores com Medicina de Família e Comunidade, bem como uma proximidade com as questões do Movimento Sem Terra. (CONSULTOR 1, 2014c, p. 10)⁸⁵.

Nota-se que a articulação exercida pelo Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas estava mais vinculada às questões operacionais da PNSIPCFA do que às discussões de sua implementação. Há dois encaminhamentos importantes que foram dados pelo Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas nos quais a gestão pública fez os investimentos necessários. Um deles é o Programa Saúde na Pele e o outro são as Unidades Móveis:

- a) o Saúde na Pele nasce a partir da Decreto nº 50.776, de 23 de outubro de 2013, que regulamentou a Lei nº 13.469, de 22 de junho de 2010, com alteração de redação conforme a Lei nº 13. 676, de 17 de janeiro de 2011, que dispõe sobre a prevenção e o combate às doenças associadas à exposição solar do trabalhador rural, do pescador e do aquicultor. Dessa forma ficou criado o Programa de Prevenção ao Câncer da Pele no Estado, com as seguintes diretrizes:
 - informação e educação;
 - acesso e
 - monitoramento. (RIO GRANDE DO SUL, 2013a);
- b) outra ação ocorre por meio da Portaria nº 565, de 2013, que instituiu o incentivo de R\$ 250.000,00 (Duzentos e cinquenta mil reais) para fins de aquisição de Unidades Móveis para equipes da Saúde da Família em áreas rurais de população rarefeita. Nessa portaria foram beneficiados 17 municípios. E em 2014 houve a Portaria nº 502, que veio a compor a Portaria nº 565/2013, acrescentando municípios com remanescentes de quilombolas em áreas rurais que aderiram à Política Estadual de Atenção Integral à População Negra, bem como municípios com assentamento de Reforma Agrária, beneficiando 07 municípios, totalizando 25, com um investimento total de R\$ 6.250.000,00 (Seis milhões duzentos e cinquenta mil Reais). (RIO GRANDE DO SUL, 2013b; 2014a).

Essas duas ações foram importantes para o processo de implementação, mas não há nenhuma análise ou resultados delas no período que abrangeu este estudo.

⁸⁵ CONSULTOR 1. Produto VI. 2014c. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

A FETAG-RS, em conjunto com seu corpo de sindicatos de trabalhadores rurais (STR), já dialogava sobre os problemas causados pela exposição solar e pressionava a Assembleia Legislativa a tomar uma decisão política sobre o assunto. A partir do momento em que a gestão pública, incorporando as decisões da 14ª Conferência Nacional de Saúde, aderiu à implantação da PNSIPCFA, questões como essa foram trazidas para a discussão no Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas, praticamente ao mesmo tempo em que a Lei 13.469 de 22 de junho de 2010 foi regulamentada. Não há muitas informações sobre o método utilizado pelo Programa Saúde na Pele nos documentos das consultorias e atas. Mas essa questão seguiu suas discussões e foi retomada pela Consultora 2:

Além do acesso aos serviços de saúde, outro problema que afeta os agricultores familiares do estado é o câncer de pele. Diante disso, a FETAG – Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Rio Grande do Sul, que congrega vários sindicatos do estado, mais a Secretaria de Saúde realizou estudo e através da Resolução que inicia o processo de distribuição de Protetores Solares fator 30 aos agricultores familiares, sempre respeitando o princípio de equidade e os locais onde a incidência desse tipo de câncer é maior. (CONSULTORA 2, 2014b, p. 9)⁸⁶.

Até aquele momento as distribuições dos protetores solares aos agricultores eram realizadas aos sindicatos vinculados à FETAG, demonstrando uma clara ação conjunta entre a sociedade organizada e o governo. Segundo a Consultora 2, dos 497 municípios gaúchos somente 111 estavam sendo atendidos, sem mencionar o percentual de pessoas beneficiadas pelo programa. Para ela, “O diferencial é que essa política poderá se ampliar para as demais regiões, onde os critérios de equidade, da agricultura familiar com suas DAP⁸⁷ ativa e residência onde há incidência do câncer de pele e/ou sérios problemas na Camada de Ozônio.” (CONSULTORA 2, 2014a, p. 10)⁸⁸.

A utilização dos protetores solares pelos beneficiários da política abre um possível diálogo para a prevenção do câncer de pele, bem como de outras doenças, além de facilitar o acesso aos movimentos sociais, sindicatos e pescadores, trazendo para dentro da política atores que não estão fazendo parte dela.

A proposta de aquisição de 25 unidades móveis foi apresentada ao Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas por ocasião de sua 3ª reunião, em dezembro de 2013. Conforme o Consultor 1:

⁸⁶ CONSULTORA 2. Produto II. 2014b. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/R e UNESCO.

⁸⁷ Declaração de Aptidão ao Programa Nacional da Agricultura Familiar.

⁸⁸ CONSULTORA 2. Produto II. 2014b. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/R e UNESCO.

Rafael, Georgina e Júlia (DAS/SES) apresentam a proposta de uma previsão de recursos para a contratação de Unidades Móveis de Saúde em municípios gaúchos que atendessem a critérios de baixa densidade demográfica e maior percentual de população rural. [...] Estes municípios poderiam acessar o recurso através do envio, para o Departamento de Atenção Básica do Estado (DAS/SES), de um Plano de Ação descrevendo o cronograma de atividades da Unidade Móvel, e priorizando o atendimento a populações do campo e da floresta. (COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS, 2013c, p. 2).

Percebe-se que a resolução das unidades móveis ainda não havia sido publicada e foi durante a 6ª Reunião do Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas que a mesma se confirmou, com a seguinte observação: “Atualizações sobre a Portaria nº 565/2013 (Unidades Móveis): será mantido o repasse de R\$ 250.000,00.” (ATA 6, 18/02/2014). Esse tema foi analisado pelo Consultor 1, que fez a análise dos Planos de Ação dos 17 primeiros municípios contemplados que faziam parte de 10 Coordenadorias Regionais de Saúde e 12 Regiões de Saúde distintas. Segundo ele, houve o interesse de 35 municípios, incluindo a capital gaúcha, que visavam o trabalho com os indígenas. No relatório, “[...] dentre os municípios contemplados, cinco não enviaram Planos de Ação, sendo 22 os municípios não contemplados pelo critério dos que enviaram Planos de Ação.” (CONSULTOR 1, 2014a, p. 7). Para o Consultor:

Considero que a disponibilização do recurso, desta forma, já na primeira recepção via formulário eletrônico, permitiu uma ampliação das demandas destas populações no Estado, do ponto de vista da gestão municipal. Além da percepção da gestão quanto à existência destas populações, complementadas com as informações dos movimentos sociais que compõem o Grupo de Trabalho da política no DAS, procuro trabalhar também numa análise das ações em saúde descritas nos planos como prioritárias à agenda das equipes dedicadas às Unidades Móveis. (CONSULTOR 1, 2014a, p. 7)⁸⁹.

O Consultor 1 analisou tais planos e 12 deles davam visibilidade às necessidades das populações da PNSIPCFA nos municípios. Além disso, a inter-relação com outras políticas públicas também ganhou visibilidade. De acordo com o Consultor 1:

Junto à Secretaria de Políticas para as Mulheres participei de reuniões iniciais do projeto enfrentamento da violência das mulheres do campo, florestas e águas, pactuado em comitê no qual a SES possui vaga e operado através de recursos da gestão nacional. Foi possível acompanhar o direcionamento que o coletivo queria dar a ações pontuais como a do Projeto, que envolvia a visita de unidades móveis em territórios sensibilizados de alguns municípios à escolha, em postura tanto de

⁸⁹ CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

acolhimento das mulheres nestas populações, como também de sensibilização de homens agressores. (CONSULTOR 1, 2014b, p. 3)⁹⁰.

Além das questões de violência de gênero há outros aspectos que foram abordados, como a própria política de Saúde da Mulher e como é possível valorizar o seu conhecimento tradicional, bem como o seu empoderamento, que pode balizar outras políticas. Foi mencionado também os aspectos da política de Saúde para os Homens e como era importante aprofundar nessa temática as populações da política. Como já foi apresentada anteriormente, a PNSIPCFA transversaliza diversas políticas públicas de saúde e de desenvolvimento rural, por isso é importante o diálogo entre as políticas, de modo que se preserve o bem-estar dessa população. Esse bem-estar passa pelas políticas de atenção ao idoso, à saúde mental e à tentativa ou ocorrência do suicídio em algumas regiões do estado no meio rural, aliadas ao tipo de produção agrícola e ao uso do agrotóxico. Por essas razões a Consultora 2 aponta que:

A recepção dos municípios abre caminhos para qualificar os critérios, bem como a viabilidade da demanda por unidades móveis, considerando que a melhoria da cobertura da atenção básica deve passar não somente pela resposta a demandas pontuais como aquelas ofertadas pelos consultórios médico e odontológico, mas pela oferta de estratégias a médio e longo prazo, que não se façam presentes no cotidiano da vida das populações. O apoio institucional se coloca como definidor desta qualificação que a portaria simboliza, no encontro com as equipes e seus planos de ação; o que não impede de reconhecer como ato de promoção da equidade, na dimensão educativa em saúde, no cotidiano da gestão, no mero ato de elaborar tais planos. (CONSULTORA 2, 2014a, p. 7)⁹¹.

Nota-se que é a partir dos trabalhos realizados pelas Unidades Móveis que a gestão pública estadual espera compreender as demandas dessas populações, qualificando-as a partir de seus Planos de Ação, para que os municípios consigam efetivamente realizar a promoção da saúde com equidade e de forma educativa, tanto para os usuários da saúde pública como para os profissionais nela envolvidos.

4.4 DESAFIOS E FRAGILIDADES À IMPLEMENTAÇÃO DA PNSIPCFA

É sabido que para uma política pública se efetivar é fundamental que se acessem os recursos financeiros e humanos para que ela se desenvolva. Constatou-se, ao longo desta pesquisa, que em nenhum momento o Comitê Estadual da Saúde do Campo, das Florestas e

⁹⁰ CONSULTOR 1. Produto V. 2014b. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁹¹ CONSULTORA 2. Produto I. 2014a. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

das Águas conseguiu acessar tais recursos e, por causa disso, dificultou-se que houvesse a participação dos integrantes do Comitê Estadual da Saúde Do Campo, Florestas e Águas que necessitavam de deslocamento do interior do estado para a capital gaúcha. A falta de acesso ao ParticipaSUS, além de impedir tais deslocamentos, não auxiliou nas atividades que foram pensadas nas 19 regiões de saúde, bem como no planejamento de diagnóstico nas 07 macrorregiões, conforme proposto pelo Consultor 1 em 2013.

Ademais, nota-se que é necessário que o Estado assuma a implementação da PNSCFA, dando suporte financeiro, humano e tecnológico para que ela se desenvolva. Para isso, o Estado precisa fortalecer as ações do comitê, mas também corresponsabilizar os municípios na implementação da política, iniciando por aqueles onde já houve aporte financeiro, como as unidades móveis e protetores solares, criando planejamento para averiguar como esses investimentos estão sendo utilizados e quais.

Em relação aos investimentos realizados pela gestão pública para a saúde das populações do campo, das florestas e das águas, sem dúvida foram referentes ao Programa Saúde na Pele e às 25 unidades móveis que tiveram um custo unitário de R\$ 250.000,00 (Duzentos e cinquenta mil Reais). Para o Consultor 1, a relevância desses equipamentos foi percebida pelos municípios:

A recepção dos municípios diante da Portaria abre caminhos para qualificar os critérios, bem como a viabilidade da demanda por Unidades Móveis, considerando que a melhoria da cobertura da Atenção Básica deve passar não somente pela resposta a demandas pontuais como aquelas ofertadas pelos consultórios médico e odontológico, mas pela oferta de estratégias a médio e longo prazo, que não se façam presentes no cotidiano da vida das populações. O apoio institucional se coloca como definidor desta qualificação que a portaria simboliza, no encontro com as equipes e seus planos de ação; o que não impede de reconhecer como ato de promoção da equidade, na dimensão educativa em saúde, no cotidiano da gestão, no mero ato de elaborar tais planos. (CONSULTOR 1, 2014a, p. 7)⁹².

Todavia, mesmo tendo sido bem recebidas, as unidades móveis demandaram outra preocupação aos municípios. De acordo com o Consultor 1, essa inquietação é sobre a responsabilidade de sua manutenção, conforme consta no Plano de Trabalho do Município de Monte Alegre dos Campos, que menciona que o:

Planejamento do itinerário traz comentários quanto à demanda pela manutenção do veículo, pois se há mesmo avaliação de que se deve ser 'utilizado o mínimo' pelo fato de os equipamentos serem 'extremamente sensíveis e as vias não

⁹² CONSULTOR 1. Produto IV. 2014a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

pavimentadas’, isto devolve às gestões estadual e às questões municipais, pensando a previsão de recursos específicos para manutenção das unidades. (CONSULTOR 1, 2014a, p. 11)⁹³.

O que se verificou é que até o final no ano de 2014 esse questionamento sobre a manutenção não havia sido discutido entre as gestões municipais beneficiadas e o governo estadual, por mais que na diretriz 11 da 14ª Conferência se mencione que é necessário “Garantir mecanismos de atendimento na área da saúde que ajudem todas as comunidades de difícil acesso.” (BRASIL, 2012, p. 69). O que se percebeu nesse caso é a inexistência da política, na dimensão estadual, que delimitasse, à luz da política nacional, as obrigações e direitos do estado e dos municípios.

Para que um município pudesse concorrer a uma dessas unidades móveis era necessário que 70% de sua população fosse residente em áreas rurais, independentemente do número total de habitantes, além da apresentação do Plano de Trabalho. Na Portaria nº 565/2014 foram atendidos 17 municípios e, na Portaria nº 502/2014, outros 07 municípios. O principal critério foi a ocorrência de quilombolas em zona rural e assentamentos de reforma agrária.

Além das unidades móveis, outro benefício em que se demonstrou maior participação social foi o “Programa Saúde da Pele”, no entanto, segundo a Consultora 2 havia “[...] dificuldade de dialogar sobre a eficiência do plano de trabalho, bem como efetivar a participação na formação da política com a instituição parceira. Receber relatórios mensais ou bimestrais sobre o funcionamento da grade de entrega e conscientização.” (CONSULTORA 2, 2014c, p. 13)⁹⁴. Percebeu-se que a educação sobre o uso do protetor solar fazia parte das atribuições dos sindicatos vinculados à FETAG-RS, bem como a discussão sobre os horários nocivos do sol. Além da distribuição e da educação, eles deviam manter atualizado o cadastro dos agricultores familiares vinculados à FETAG-RS. Segundo a Consultora 2, esse procedimento tornou inviável a avaliação e o acompanhamento da política pela gestão pública, inclusive os próprios consultores da PNSIPCFA e o Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e das Águas não tinham informações sobre esse tema.

Igualmente, não há informações sobre a amplitude do atendimento do “Programa Saúde na Pele” aos seus beneficiários, cujo público abrangido eram os seguintes segmentos:

⁹³ CONSULTOR 1. Produto IV. 2014a. Projeto 914BRA 3043, Edital 02/2013. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁹⁴ CONSULTORA 2. Produto III. 2014c. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

Será condição para o cadastro do beneficiário: I – residir em município abrangido pelo Programa de Prevenção ao Câncer da Pele no Estado do Rio Grande do Sul; II – ser filho de agricultor, pescador, ou aquicultor com Declaração de Aptidão ao PRONAF – DAP, de pessoa física ativa, nos casos abrangidos pelo inciso I do art. 5º deste Decreto; e III – ser agricultor, pescador ou aquicultor com Declaração de Aptidão ao PRONAF – DAP – de pessoa física ativa, nos casos abrangidos pelo inciso II do art. 5º deste Decreto. § 1º Para as famílias de assentados será aceita a declaração de inclusão na Relação de Beneficiários da Reforma Agrária – RB, emitida pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA, em substituição à DAP. § 2º Para o aquicultor familiar, aprendiz de pesca ou pescador profissional na pesca artesanal, será aceito o Registro-Geral da Atividade Pesqueira – RGP, em substituição à DAP. (RIO GRANDE DO SUL, 2013, art. 7º).

Na documentação estudada não havia informações precisas sobre o atendimento do público dessa Lei. A única informação mencionada é sobre a parceria entre a gestão pública e a FETAG-RS, que, por meio dos seus STR, atendia os seus associados, não trazendo informações sobre os demais públicos que ela deveria beneficiar. Do mesmo modo, a Consultora 2 chamou a atenção sobre a especificidade dessa lei em relação às populações do campo, florestas e águas possuírem DAP, RB e RPG, não incluindo as demais populações do campo, florestas e águas que não possuem tais registros, inviabilizando seu acesso ao atendimento público ao qual têm direito.

Para a Consultora 2 não se pode afirmar que não houve avanços. Como se verificou, foram 25 municípios atendidos pelas unidades móveis, os quais foram dialogados no GT e no próprio “Programa Saúde da Pele”, que estava atendendo 111 municípios, mesmo não se tendo indícios específicos do público que estava recebendo os protetores solares. Em relação a este programa, o que se verificou foi a falta de planejamento e diálogo com os movimentos sociais sobre a gravidade da exposição solar e de como essas populações poderiam utilizar o programa.

O Comitê Estadual da Saúde do Campo, das Florestas e das Águas foi institucionalizado pela Portaria nº 1.261, de 03 de dezembro de 2014, no “apagar das luzes” daquele governo, e tinha como atribuições, entre outras:

[...] II - reunir-se mensalmente para planejar as ações de fortalecimento das políticas da saúde do campo, florestas e águas, bem como realizar ações de acompanhamento necessárias à sua execução; III - realizar ações coletivas de interiorização da política, propondo debate e auxiliando na participação na construção da política nacional com as organizações e as populações envolvidas. Bem como consultar as demais organizações da sociedade civil que atuem com as populações descritas. (RIO GRANDE DO SUL, 2014, art 3).

Em conformidade com a Consultora 2 (2014b), com o reconhecimento desse Comitê percebeu-se a necessidade de uma política para a saúde do campo, florestas e águas a nível

estadual, retomando os estudos da política nacional e voltando-se aos outros atores da área da saúde para construir coletivamente essa proposta. Segundo a Consultora 2, o comitê reafirmou o compromisso de:

[...] 1) Reunir-se a cada 20 dias; 2) As organizações dialogarem sobre esta elaboração com os grupos aos quais os mesmos representam; 3) Realizar atividades em diferentes regiões do Estado, para que o diálogo e a construção estejam próximos à sua realidade; 4) Convidar pessoas da área da saúde para construir esta política; 5) Dialogar e convidar integrantes das secretarias estaduais envolvidas no tema. Como CVS, assim como, de outras políticas específicas, quilombos, negro, mulher, criança, entre outras. Para que se garanta a transversalidade da política pública. (CONSULTORA 2, 2014c, p. 16)⁹⁵.

Conforme a Consultora 2, havia a necessidade de encerrar as etapas em um quadrimestre, além de concluir o Regimento Interno. Ademais, a partir das falas dos membros do Comitê, a Consultora 2 (2014c)⁹⁶ elaborou uma proposta de trabalho que foi apresentada à direção do DAS/SES no seu III produto, conforme reproduzido abaixo:

⁹⁵ CONSULTORA 2. Produto III. 2014c. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

⁹⁶ CONSULTORA 2. Produto III. 2014c. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

Quadro 2 – Proposta para 2015

Atividades	Descrição	Periodicidade	Metas
1. Unidades Móveis - UMT	Ampliação das UMT do meio rural através de critérios pré-estabelecidos	1º semestre avaliação	30 ano
2. Protetores Solares	Ampliação do programa		3000 um ano
2.1. Ampliação			
2.2. Acompanhar evolução 2014			
2.3. Manutenção das existentes			150.000
3. Formação Permanente	Pensar, planejar e avaliar conjuntamente	Semestral	2
3.1. <i>Reunião Planejamento UMT</i>			
3.1.2. Reunião de Avaliação			
3.2. Protetor Solar	Reunir-se com as comunidades beneficiadas/formação/avaliação	Quinzenal	24
3.2.1. Atividades nas regiões atendidas			
3.2.2. Diagnóstico de evolução do programa			
3.3. Diálogo com a Comunidade do Campo	Pensar, planejar e avaliar com lideranças	Mensal	12
3.3.1. Reunião com integrantes nas regiões			
3.4. Diálogo com comunidades ribeirinhas/pescadores (otimizar)	Pensar, planejar e avaliar com lideranças	Mensal	12
3.4.1. Reunião com representantes da região			
4. Parcerias	Elaborar estratégias conjuntas com a escola para desenvolvimento e atuação no tempo comunidade.	Semestral	3
4.1. <i>Parceria com ITERRA - Saúde Coletiva</i>			
4.1.1. Atividades de formação com o curso técnico em POA			
4.1.2. Avaliação			

Atividades	Descrição	Periodicidade	Metas
5. Publicações			
5.1. Folder	Informar a população sobre a política		10.000
5.2. Banner da Política	Apresentar visualmente a política em atividades		1
5.3. Livreto da Política Estadual			10.000
6. Participação em Atividades Externas ao RS			
6.1. Seminários	Participação em atividades com tema correlato à política. Trabalho próprio ou coautoria		2
6.2. Congressos			2
6.3. Simpósios			2
7. Comitê do Política do Campo			
7.1. Atividades Mensais	Dar continuidade nas discussões relacionadas à política, tendo como objetivo contribuir como propor encaminhamentos	Mensal	
7.2. Atividades Regionais			12
			6

Fonte: Consultora 2 (2014, p. 17 e 18).

A proposta acima foi elaborada conforme havia sido solicitada nas reuniões de planejamento das quais a Consultora 2 participou, com equipe da Atenção Básica e seu coordenador, bem como a direção do DAS, que visava compor as ações para o ano de 2015, caso o governo fosse reeleito. Além dessas propostas a Consultora 2 sugeriu à direção do DAS/SES uma outra pesquisa:

Para melhor compreender a realidade dos municípios em relação à sua territorialidade e população rural e pesqueira, orientamos realizar, conjuntamente com as CRS e Secretarias Municipais de Saúde, uma pesquisa de fins qualitativo e quantitativo a fim de perceber as diferenças e concordâncias regionais. Esta pesquisa, além de ser estruturada em grupo focal em alguns locais a serem eleitos por equipe multidisciplinar, deverá vir acompanhada de pesquisa bibliográfica junto a órgãos oficiais, como por exemplo o IBGE e INCRA. Através deste piloto é possível compreender as dificuldades dos municípios das regiões rurais e de pesca. Articulado, logo após para uma que envolva o estado (CONSULTORA 2, PRODUTO III, 2014c, p. 18-19)⁹⁷.

⁹⁷ CONSULTORA 2. Produto III. 2014c. Projeto 914BRA 3043 Edital nº 01/2014. Celebrado em SES/RS e UNESCO.

Além de pensar no cotidiano da PNSIPCFA, a Consultora 2 buscava argumentar sobre a necessidade de garantir o estudo e a implementação num momento de mudança de governo. Também fica visível a importância de se dar continuidade às avaliações e ao acompanhamento naqueles municípios que já receberam algum tipo de investimento público, como foi o caso dos 25 municípios que receberam as unidades móveis e os 111 beneficiados até aquele momento pelos protetores solares.

Outro ponto destacado pela Consultora 2 é a importância da participação e do fortalecimento do Comitê como instância máxima de discussão da saúde das populações do campo, florestas e águas. Para ela, consolidar o Comitê fazia parte da estratégia nacional da própria política como um meio de participação social.

4.5 TEORIA E PRÁTICA: UM DIÁLOGO COM O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA PNSIPCFA NO RS

A implementação é constituída pelo planejamento e organização do aparelho administrativo e dos recursos humanos, financeiros, materiais e tecnológicos para executar uma política. (SARAIVA, 2006, p. 34).

Saraiva (2006) ressalta a necessidade do planejamento para se iniciar um processo de implementação de uma política pública para que ela se efetive concretamente. Também aponta que a execução é um conjunto de ações que visam atingir o objetivo de uma política que, ao fim, é a sua própria implementação na forma como ela ocorreu, podendo apresentar fraquezas no seu processo de implementação.

Uma de suas principais fraquezas é a falta de entendimento sobre os objetivos, bem como a sequência coerente das ações que devem ser desenvolvidas. Outro fator que atrapalha o andamento desse processo é a falta de comunicação e de uma coordenação ciente de todo o método que deverá ser utilizado, assim como as reavaliações que devem acontecer durante a implementação. Além disso, a falta de financiamento condizente com a atividade e o tempo hábil são condicionantes que agravam o resultado final ou impedem sua implementação (SARAIVA, 2006).

Em relação a esse assunto, Rua e Romanini (2013) destacam que:

- a) a implementação envolve muito mais do que a simples execução de decisões previamente tomadas;
- b) a análise da implementação requer o exame dos atores presentes no subsistema político, dos recursos que esses atores dispõem, da natureza dos problemas para os quais buscam soluções e das ideias que têm sobre como lidar com

eles; c) toda a análise deve ser fortemente ancorada no contexto do regime político em que os atores, problemas e soluções estão inseridos. (RUA; ROMANINI, 2013, p. 37).

O que se percebeu no início da análise dos resultados desta pesquisa é que não havia uma estrutura sólida na SES para receber a implementação da PNSIPCFA. Uma forma de viabilizá-la pela gestão pública foi agregar a saúde ao programa “RS na paz”, constituindo o programa “RS na Paz + Saúde”. Dessa forma foi possível viabilizar alguma estrutura física e um consultor.

Uma das dificuldades vislumbradas nessa política foi a interlocução que o processo inicial da sua implementação deveria ter tido com o PPV, por ocasião da apresentação dos produtos à UNESCO. Além de não haver financiamento próprio para iniciar o processo de implementação havia dois grupos de atores atuando na PNSIPCFA, por um lado a gestão pública e por outro a sociedade civil organizada. A discussão sobre essa política pública iniciou no RS após a 14º CNS, por meio de um grupo restrito que se articulou nos bastidores da SES, sem a participação social.

Evidenciou-se que, primeiramente, o governo preferiu realizar a discussão interna, inclusive na escolha do município de Vacaria para a realização de um estudo preliminar, levando em consideração as questões relacionadas ao trabalhador sazonal da agricultura, mas ignorando a diversidade do universo rural, como se este fosse vinculado apenas ao trabalho e não a um lugar de reprodução social. Somente após a decisão de um estudo preliminar em Vacaria foi que, por meio de um seminário, convidou os demais atores sociais para participarem das discussões e formar o Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas do RS, que começou sua organização no ano de 2013 e que tinha como função contribuir no debate da política no estado.

Por mais que houvesse esforço de participação social a nível nacional pelo Grupo da Terra, no RS a discussão sobre saúde permanecia no interior dos movimentos sociais. Não houve, além daquele seminário inicial, uma preparação adequada para que os movimentos sociais se apropriassem da implementação dessa política pública e como se organizaria todo o processo. Além disso, era necessário que a própria gestão pública se organizasse e compreendesse como se daria a implementação com a participação popular de forma democrática.

Com base na teoria de implementação de políticas públicas, pode-se dizer que as primeiras decisões da gestão pública e os primeiros passos da política no estado a caracterizam como um sistema vertical, implementado de cima para baixo (*Top-Down*). Mas, a partir do momento em que a gestão pública convidou os movimentos sociais para

participarem das discussões, também houve a tentativa de realizar um processo democrático, em conformidade com as orientações da gestão federal para essa política, indicando um processo de baixo para cima (*Bottom-Up*) – híbrido – de implementação. Nessa teoria, a “[...] implementação é definida no processo em que a política governamental se envolve com sujeitos não governamentais, sendo algum deles objetos da política com poder de ação, recursos e ideias.” (VIANA, 1996⁹⁸, p. 20 *apud* RUA; ROMANINI, 2013).

A teoria híbrida abrange, num momento, a teoria *Bottom-Up* e, no outro, a *Top-Down*, ou seja, num momento se fala de cima para baixo, e, no outro, de baixo para cima. Na Teoria Híbrida há outros modelos que podem ser seguidos, como o Modelo Interativo e o Modelo Interativo-Iterativo, já apresentados. Como o recorte de tempo desta dissertação é de dois anos (2013 – 2014), não foi possível analisar com profundidade.

É importante ressaltar que, mesmo havendo a participação dos movimentos sociais, não havia o entendimento de que estes estavam participando da implementação da política. Essa falta de clareza impedia sua participação efetiva nas discussões da política e inviabilizava seu avanço. Como não estavam integralmente inseridos nas discussões da PNSIPCFA, gradativamente a maioria deles se retiraram, permanecendo somente o MST e a FETAG-RS até o final de 2014.

Para se avançar na compreensão da análise dos documentos, os resultados tiveram dois níveis de análise de documentação: os produtos dos dois consultores que trabalharam no processo inicial de implementação da política e as Atas das reuniões do Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas. Esses dois documentos expressam como se buscou organizar a melhor forma de implementar a PNSIPCFA no RS e como os atores vinculados a esses documentos atuaram para que o processo de implementação da política avançasse no estado. Assim, é necessário compreender que:

[...] os atores operam em todo o processo da política pública, guiados por seus interesses e valores, sejam eles quais forem. A menção de atores políticos abarca desde tomadores de decisão até os beneficiários e não beneficiários, financiadores e fornecedores que participaram direta ou indiretamente da política pública. (RUA; ROMANINI, 2013, p. 13).

Percebe-se que cada grupo de atores trouxe sua representação simbólica para dentro do processo de implementação da política e que estes deveriam manter um diálogo com os demais envolvidos em todo o processo da política pública. Entre esses atores havia o próprio

⁹⁸ VIANA, A. L. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. Revista de Administração Pública, V. 30, n 2, p. 5-43, mar/abr. 1996

Estado, os consultores, os movimentos e organizações e os trabalhadores da SES –, aos quais se denomina de “burocratas a nível de rua”, já tratados anteriormente. De acordo com Rua e Romanini (2013), eles possuem:

[...] recursos de poder político, já que sua atuação é que define como a política pública [...] se apresenta ao cidadão. Os estudos mostram que os funcionários de nível de rua realmente fazem escolhas políticas em vez de simplesmente aplicar as decisões das autoridades eleitas e, assim são capazes de mudar as políticas públicas no momento de sua implementação. Em decorrência disso, a implementação de políticas públicas depende da negociação permanente com a burocracia a nível de rua, na medida em que suas relações com clientes e seus preconceitos influenciam o tratamento dado aos cidadãos. (RUA; ROMANINI, 2013, p. 14).

Durante este estudo percebeu-se que, mesmo com deficiências de compreensão, durante os anos de 2013 e 2014 o diálogo dos movimentos e organizações sociais foi facilitado porque havia governos federal e estadual que mantinham essa relação. Por mais que houvesse receptividade sobre o conteúdo da PNSIPCFA na SES, ficou evidenciado que tais atores não estavam preparados para articular essa política pública, que se espraiava por vários temas distintos. Contudo, notou-se que a SES procurou contratar mediadores, ou seja, consultores que tivessem facilidade de diálogo e experiência com movimentos e organizações sociais e educação popular.

Para Rua e Romanini (2013), a implementação de uma política pública envolve vários processos e estes devem apontar os caminhos que os agentes implementadores devem seguir. As autoras apresentam a importância de se compreender a implementação como algo separado das demais fases da decisão política, pois a implementação é a decisão que se encontra em processo e, como tal, pode sofrer alterações pelos atores que a ela se dedicam.

É nesse processo de implementação que se apresentam as condições necessárias para que a política siga seu curso, dentre elas a importância do diálogo entre os atores envolvidos e o provimento de recursos humanos e financeiros para que ela se efetive. A falta de financiamento próprio da política desde o início de 2013 impossibilitou que ações planejadas se efetivassem. Uma delas foi a falta de continuidade da proposta de projeto apresentada no Produto III pelo Consultor 1, que pretendia abranger outras áreas do estado para estudo. Ademais, a falta de acesso aos recursos do ParticipaSUS inviabilizou os deslocamentos dos membros do comitê e a realização de reuniões descentralizadas conforme havia sido proposto.

Tais agendas pretendiam descentralizar os membros do comitê para que tivessem maior proximidade com as diferentes realidades das populações dessa política. Mesmo com essas dificuldades, aos poucos foram agregadas diversas secretarias e representantes de outras

políticas públicas ao processo de discussão da implementação, trazendo à superfície dessa política a urgência de se discutir a intersetorialidade mediante a inclusão de políticas e secretarias que vão além da saúde pública, como a Secretaria de Desenvolvimento Rural.

A PNSIPCFA no RS foi a última política a ser incorporada pela SES para iniciar seu processo de implementação no estado, tendo um consultor para atuar nos levantamentos preliminares dessa demanda. Por mais que o consultor utilizasse a estrutura da SES, na maior parte do tempo não houve uma equipe que se dedicasse a essa implementação. Além disso, a participação dos atores da gestão pública foi praticamente nula inclusive no acesso aos recursos do ParticipaSUS. Estes foram direcionados a outras políticas, que detinham um corpo de profissionais capacitados e estruturas mais organizadas.

Além dos “[...] aspectos relativos aos recursos financeiros, outra forma de interferir em uma política pública em andamento é a mudança na estrutura governamental [...] tudo isso muda a balança de poder dos sistemas de implementação e pode afetar a própria política.” (RUA; ROMANINI, 2013, p. 104). Em 2014 houve dois episódios importantes. O primeiro foi um lapso de tempo entre o fim do contrato com o Consultor 1 e a contratação da Consultora 2, de cerca de cinco meses, o que ocorreu somente em julho de 2014. Com isso o andamento da PNSIPCFA ficou estagnado. O segundo foi que 2014 era o ano de eleições majoritárias e toda estrutura pública estava voltada para a permanência ou não daquele governo.

Diante disso, a Consultora 2 apressou o processo de discussão da formação oficial do Comitê Estadual da Saúde do Campo, das Florestas e das Águas, que foi regularizado no final de 2014, quando já se sabia dos resultados da eleição, que implicou em mudança de atores no governo do estado. A preocupação se relacionava com a ideia de que o novo governo poderia alterar a política pública que estava sendo implementada, ou simplesmente ignorar sua existência. Em toda a documentação estudada não foi localizado um planejamento conjunto entre os atores que desse corporeidade à implementação, que é uma parte fundamental, como visto no início desta discussão.

Ou seja, a discussão da política no estado encontrava-se no processo inicial de levantamento de dados e no campo das ideias. No entanto, no princípio desse item foram mencionadas as teorias *Top-Down* e a *Bottom-Up*, que estão na base desse processo no RS. A ‘mistura’ de ambas trouxe à tona ‘a Abordagem da Escolha dos Instrumentos ou *policy design*’, que combina uma série de instrumentos que visam dar resolução aos problemas. Essa combinação de abordagem pode ser utilizada quando as políticas são complexas, multicausais ou envolvam inter-relações com outras políticas ou secretarias. A forma como estava sendo

desenhado o processo inicial de implementação da PNSIPCFA no RS apontava a utilização dessa abordagem, mas não há como afirmar se, de fato, seria dessa forma (RUA; ROMANINI, 2013).

Notou-se que há especificidades que foram trazidas pelos movimentos e organizações sociais e confirmadas pelos consultores. Estas abarcavam assuntos relacionados à cultura, saberes populares, desenvolvimento rural, agrotóxicos e doenças mentais que fazem parte do cotidiano dessas populações. Essas questões foram conformando a política no RS, numa clara demonstração de que ela se molda em conformidade com a realidade social onde está inserida.

Mesmo estando localizado na Atenção Básica do DAS/SES, a participação dos gestores públicos demonstrou certa fragilidade para trabalhar uma política tão ampla como a PNSIPCFA. Ela é transversal e intersetorial e, normalmente, as políticas públicas são trabalhadas dentro de si mesmas, não tendo interfaces com outras políticas.

Outro elemento a se considerar é que os movimentos e organizações sociais também carecem de preparação para lidar com essa transversalidade. Para eles a discussão que se apresentava não fazia sentido, tanto que diversos membros se retiraram das discussões do Comitê Estadual da Saúde do Campo, Florestas e Águas. Soma-se a isso que não houve um ator convergente que fizesse essa construção e que compreendesse como se realizava uma implementação, organizando a discussão e o planejamento das ações necessárias para que se viabilizasse a política no RS.

Por mais que houvesse a direção do DAS e coordenação da AB dando respaldo, a falta de uma coordenação específica que compreendesse todos os passos e com expertise no assunto dificultou as ações necessárias para aquele momento. A falta de uma equipe responsável, exclusivamente, pela política, citando-se como exemplo as políticas para a saúde da população negra, dificultou os encaminhamentos e articulações políticas necessárias para que ela se desenvolvesse e que os estudos realizados e apresentados pelos consultores pudessem ser desenvolvidos de forma produtiva.

A PNSIPCFA no RS contou com um corpo de atores que estavam diretamente envolvidos, como os consultores e os membros do Comitê Estadual da Saúde do Campo, das Florestas e das Águas. Eles não tinham conhecimento político e estratégico de que estavam participando de uma implementação de política pública. Isso se mostrou na forma como eles encaminhavam suas decisões e contribuições, sem conseguir pensar o todo da política no RS e atendo-se a situações específicas, como foi com as unidades móveis.

Portanto, por mais que houvesse vontade política para que ocorresse a participação social nas decisões referentes à política, pela forma burocrática como o Estado está

organizado, este não conseguiu proporcionar aos partícipes do Comitê Estadual da Saúde do Campo, das Florestas e das Águas que suas decisões fossem efetivamente discutidas e encaminhadas, de modo que a participação social transcorresse apenas como consultiva, como menciona a Portaria de sua criação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação abordou o processo inicial de implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Floretas e das Águas no estado do Rio Grande do Sul, no período de 2013 a 2014. O estudo versou sobre o tema da saúde. O recorte teórico reportou-se ao ano de 1974 para compreender como se organizava a saúde no período do regime militar, entender como foi a criação do INAMPS e a organização do Movimento Sanitarista até a abertura política, ocorrida em meados da década de 1980 e a 8ª Conferência Nacional da Saúde, que deram origem ao Sistema Único de Saúde, consolidado na Constituição de 1988.

Os objetivos desta pesquisa foram analisados com base naqueles relacionados à saúde pública, principalmente aqueles voltados à equidade. Foram estudadas novas ruralidades, procurando dar visibilidade às populações do campo e suas especificidades, como sendo um lugar de vida e não apenas de produção agropecuária, bem como buscou-se compreender o papel das pessoas que vivem no meio rural. Outro ponto abordado foi o estudo das políticas públicas, principalmente a implementação da PNSIPCFA. Verificou-se a importância da organização social para pleitear uma política específica, como a que foi aqui estudada.

Na análise da PNSIPCFA no estado do RS, verificou-se que sua implementação no período aludido se encontrava em fase inicial. Isto é, estavam-se levantando os dados necessários e realizando estudos e diálogos com os atores a ela relacionados, mas sua implementação não estava concluída, necessitando-se de um tempo maior que o desta pesquisa para se compreender detalhadamente seu processo de implementação.

No entanto, as discussões ocorridas no Comitê e aprofundadas pelos consultores apontam uma riqueza de detalhes em diversos segmentos, que foram vistos nas categorias de análise apontados na metodologia. Pode-se citar como exemplo a cultura, os saberes populares, os agrotóxicos, as doenças mentais e o alcoolismo. Estes dois últimos problemas são relacionados ao universo social e de saúde e demonstram a necessidade da abertura de um diálogo transversal e intersetorial, respeitando as ações de promoção em saúde e a articulação entre as diversas políticas públicas que envolvem a PNSIPCFA. As categorias deste trabalho podem e devem abrir um leque de opções para estudos e análises posteriores.

Ressalta-se que um dos problemas constatados na implementação foi a falta de recursos financeiros, que impossibilitou a viabilidade do funcionamento do Comitê. Houve demanda das ações no interior do estado, como o deslocamento dos membros da Comissão para Porto Alegre e reuniões descentralizadas, assim como as atividades que estavam

previstas para ocorrer no interior do estado para acompanhar as unidades móveis. Tais recursos também deveriam suprir as necessidades de formação de profissionais que atuariam com as populações-alvo daquela portaria, que deveria atender especialmente os assentados da reforma agrária, quilombolas e indígenas.

O primeiro objetivo específico procurou identificar o histórico anterior da saúde das populações da política. Percebeu-se que não havia registro específico referente a essas populações. Durante a primeira reunião do Comitê, em 2013, foi apresentada a necessidade de haver informações específicas sobre essa população. Na época sugeriu-se a criação de um CEREST Rural, mas esta proposta não teve aceitação por parte do CEREST, que estava presente na ocasião. Ao invés de criar-se uma equipe específica para esse fim avaliou-se que era preferível treinar os profissionais para esta especificidade. No entanto, não houve tal treinamento com os trabalhadores da CEREST sobre as especificidades existentes nas populações da PNSIPCFA. Após dois anos do início do processo de implementação, não havia indicadores que se pudessem utilizar para avaliar dados mais específicos, o que inviabilizou uma análise detalhada das necessidades existentes para estudos e encaminhamentos futuros para essas populações.

O segundo objetivo específico visou identificar os atores da política no estado do RS. Havia dois grupos de atores: os relacionados à gestão pública e os movimentos e organizações sociais. Em ambos os grupos não havia uma periodicidade de participação no Comitê. Os únicos assíduos foram o Consultor(a), que organizava as reuniões, o MST e a FETAG-RS. Não foi possível identificar o motivo que levou os demais movimentos sociais a não participarem dessa fase da implementação. No início alguns movimentos da Via Campesina como o MPA, o MMC e o MAB, bem como representantes dos pescadores de Tramandaí participaram de algumas reuniões. Essa falta de participação não desqualificou o Comitê, mas trouxe a visão de apenas uma parcela da população atendida, ficando os demais sem voz e sem visibilidade dentro do estado.

Houve também uma discussão para trazer ao Comitê os quilombolas e os indígenas, mas o diálogo não avançou. Igualmente houve pouca participação dos atores do Estado. Algumas secretarias que estavam nomeadas para contribuir no debate participaram pouco, o que prejudicou o andamento do Comitê. Tais debates foram importantes como, por exemplo, sobre a utilização dos agrotóxicos e seus agravos, o uso de álcool e outras drogas, mas não se avançou por falta de diálogo e de pressão social que respaldassem a construção de alternativas coerentes com a realidade das populações do campo, florestas e águas. Em relação aos interesses, na documentação analisada o que ficou evidenciado foi a necessidade que os

movimentos e organizações tem de que o Estado compreenda e atue em conjunto com os saberes populares, com a cultura e o seu modo de vida.

No terceiro objetivo procurou-se compreender como ocorre a interação e a negociação nos entes federativos. Percebeu-se que o diálogo entre os governos estadual e federal se solidificou, principalmente porque o Grupo da Terra (nacional) foi forte e estava na discussão da política desde 2005. O diálogo no interior da gestão pública estadual foi frágil e não se conseguiu avançar no debate para que ambos trabalhassem pela implementação da política, e, conseqüentemente, também não foram construídas pautas em comum.

No que se refere ao diálogo entre a gestão pública estadual e a gestão pública municipal sobre essa política pública, ele existiu nos 25 municípios que acessaram os recursos das unidades móveis de uma forma deficitária, pois eles não compreenderam que o acesso estava vinculado à PNSIPCFA. Os planos de trabalho estavam direcionados ao meio rural, mas de uma forma tradicional, como se fosse um posto de saúde, ignorando os eixos do monitoramento, educação permanente, promoção em vigilância e o acesso nos quais a política se ampara.

Ademais, em uma reunião avaliativa com os 25 municípios que receberam as unidades móveis, que contou com a presença de seus secretários de saúde, eles relataram que desconheciam a política. Manifestaram a preocupação com as dificuldades que encontrariam para atender os quilombolas, indígenas, acampados e assentados do MST, pelo simples fato de os compreenderem como uma ameaça à sociedade.

Na realidade, o que se constatou foi o preconceito em relação a essas populações. Pois, no imaginário desses gestores, principalmente o MST é um movimento social que ‘invade’ a propriedade privada. Tal visão equivocada é amplamente divulgada pelos meios de comunicação de massa (TV, rádio, jornal), que apresentam apenas uma versão dos fatos. Tais mídias também ignoram os avanços das famílias assentadas, assim como o desenvolvimento rural da região de assentamentos. Como aludido, a falta de investimentos e de formação impossibilitou que os municípios referidos compreendessem as populações dessa política e as incorporassem como cidadãos de direitos.

Como resultado desta dissertação, constatou-se que muitos elementos levantados nas categorias não foram possíveis de serem abordados e podem requerer novos estudos acadêmicos. Entre eles estão temas como saúde e doença, relacionados ao modo de vida, aos saberes populares e à cultura. É pertinente que haja estudos sobre os agrotóxicos e em que medida os agricultores familiares compreendem que estão ou não sendo atingidos pelos insumos que utilizam.

Ao encerrar esta dissertação, ressalta-se que os documentos, Atas e Produtos analisados foram insuficientes para cumprir com os objetivos desta pesquisa. Há muito para aprofundar, pois nela percebeu-se quão frágil foi o início da implementação dessa política pública, pois nos dois anos ela permaneceu na fase de diálogo e levantamento de dados. Em muitos momentos compreendeu-se que os atores envolvidos não se percebiam como implementadores da política, nem que se trata de um processo complexo e que requer a gestão do Estado com a participação dos movimentos e organizações sociais para tal empreitada. A PNSIPCFA tem muito a oferecer às populações a ela vinculadas, desde que seja implementada de forma adequada e considerando todos os entes federativos.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Ricardo. **O futuro das regiões rurais**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

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.

BARCELOS, Márcio. Uma política social na área de biocombustíveis? A Trajetória do Programa Nacional de Produção de Biodiesel (PNPB). In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 39, 2015. **Anais...** Caxambu, 2015. Disponível em: <<https://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/39-encontro-anual-da-anpocs/gt/gt30/9726-uma-politica-social-na-area-de-biocombustiveis-a-trajetoria-do-programa-nacional-de-producao-de-biodiesel-pnpb/file>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. **Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976**. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. Brasília, DF, 1976. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78307-24-agosto-1976-427254-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Título VIII da Ordem Social**. 35. ed. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/>>. Acesso em: 04 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 04 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Brasília, DF, 2012. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2866 de 02 de Dezembro de 2011**. Política Nacional da Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.071, de 27 de dezembro de 2012**. Redefine a composição e as atribuições do Grupo da Terra no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3071_27_12_2012.html>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_ambiente_populacoes_campo_floresta_aguas.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **8ª Conferência Nacional da Saúde**. Relatório final. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php>>. Acesso em: 30 maio 2016.

CAPELLA, Ana Cláudia. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. **BIB**: revista brasileira de informação bibliográfica em ciências sociais, São Paulo, n. 61, p. 25-52, 1 sem. 2006. Disponível em: <<http://www.anpocs.org.br/portal/images/bib61.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS. **Ata 1**. [Porto Alegre], 2013a.

COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS. **Ata 2**. [Porto Alegre], 2013b.

COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS. **Ata 3**. [Porto Alegre], 2013c.

COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS. **Ata 6**. [Porto Alegre], 2014a.

COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS. **Ata 9**. [Porto Alegre], 2014b.

COSTA, Nilson do Rosário. Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 809-829, 2014.

COSTA, Valeriano. Políticas públicas no Brasil: uma agenda de pesquisa. **Ideias**, Campinas, v. 6, n. 2, p. 135-166, 2016.

DESHAIES, Bruno. Os problemas do método. In: DESHAIES, Bruno. **Metodologia da investigação em ciências humanas**. Lisboa: Instituto Piaget, 1992. p. 108-135.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade et al. (Org.). **Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 467-474.

ESCOREL Sarah. História da Saúde no Brasil de 1964 a 1990: o golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A construção dos SUS: história da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

FERNANDES, Bernardo Mançano; PONTE, Karina Furini da. As vilas rurais do Estado do Paraná e as novas ruralidades. **Terra Livre: geografia, movimentos sociais e teoria**, São Paulo, v. 18, n. 19, p. 1-296, jul./dez. 2002. Disponível em: <http://agb.org.br/files/TL_N19.pdf#page=112>. Acesso em: 18 dez. 2015.

FERREIRA, Fernando Carneiro. **A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005. 2007**. Tese (Doutorado em Ciência Animal) – Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

FONSECA, Cristina M. O. A História da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá (Org.). **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 22-41.

FREY, Klaus. Análise de políticas públicas: algumas reflexões conceituais e suas implicações para a situação brasileira. **Cadernos de Pesquisa**, Florianópolis, v. 18, p. 211-259, 1999. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Klaus_Frey/publication/267241518_ANALISE_DE_POLITICAS_PUBLICAS_ALGUMAS_REFLEXOES_CONCEITUAIS_E_SUAS_IMPLICACOES_PARA_A_SITUACAO_BRASILEIRA/links/544ea93f0cf29473161be6aa/ANALISE-DE-POLITICAS-PUBLICAS-ALGUMAS-REFLEXOES-CONCEITUAIS-E-SUAS-IMPLICACOES-PARA-A-SITUACAO-BRASILEIRA.pdf>. Acesso em: 25 maio 2016.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 21, p. 211-259, jun. 2000a.

FREY, Klaus. Descentralização: lições atuais de Tocqueville. **Lua Nova**, São Paulo, n. 51, p. 97-118, 2000b.

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

GIL, Antonio Carlos. Entrevista. In: GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999. p. 117-127. Disponível em:

<https://moodle.ufrgs.br/pluginfile.php/1295856/mod_resource/content/0/Entrevista2.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas 2009.

GRAZIANO, José da Silva; DEL GROSSI, Mauro Eduardo. O novo rural brasileiro. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 43-81, 1997. Disponível em: <http://www.iapar.br/arquivos/File/zip_pdf/novo_rural_br.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

KINGDON, John. Juntando as coisas. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas públicas**. Brasília: ENAP, 2006. p. 225-247.

LE GOFF, Jacques. Documento e memória. In: LE GOFF, Jacques. **História e memória**. Campinas: Editora da UNICAMP, 1990. p. 535-549. (Coleção Repertórios). Disponível em: <<http://memorial.trt11.jus.br/wp-content/uploads/Hist%C3%B3ria-e-Mem%C3%B3ria.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>>. Acessado em: 10 jun. 2016.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmicas. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. Cap. 3, p. 107-140.

LOTTA, Gabriela Spanghero; PIRES, Roberto Rocha Coelho; OLIVEIRA, Vanessa Elias. Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 65, n. 4, p. 463-492, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1836>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

MEDEIROS, Leonilde Servolo; QUINTANS, Mariana Trotta Dallalana; ZIMMERMANN, Silvia Aparecida. Marcos jurídicos das noções de rural e urbano: reflexões a partir dos estudos de caso em Belterra (PA) Caxias do Sul (RS) e Nova Iguaçu (RJ). In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 37., 2013, Águas de Lindóia. **Anais ... Águas de Lindóia**, 2013. Disponível em: <http://www.anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=1143&Itemid=412>. Acesso em: 04 dez. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/khy9cx>>. Acesso em: 22 nov. 2015.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM-TERRA - MST. **Arte em movimento**. [S.l.], 1998. 1 CD.

NAGY, Maria Rodrigues. **A participação dos trabalhadores rurais na definição e no acompanhamento das políticas locais de saúde, no município de Itaberaí - GO**. 2010. 84

f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Cap. 12, p. 435-472.

RIO GRANDE DO SUL. **Decreto nº 50.776, de 23 de outubro de 2013**. Regulamenta a Lei nº 13.469, de 22 de junho de 2010, com a redação da Lei nº 13.676, de 17 de janeiro de 2011, que dispõe sobre a prevenção e o combate às doenças associadas à exposição solar do trabalhador rural, do pescador e do aquicultor. Porto Alegre, 2013a.

RIO GRANDE DO SUL. **Portaria nº 565, de 2013**. A Comissão Intergestores Bipartite/RS, no uso de suas atribuições legais, resolve aprovar a complementação de valores da tabela unificada do SUS. Porto Alegre, 2013b.

RIO GRANDE DO SUL. **Portaria nº 502/2014**. Cria incentivo financeiro estadual para implantação de novas Equipes de Saúde da Família – ESF que tiverem solicitação de credenciamento aprovadas na CIB/RS. Porto Alegre, 2014a.

RUA, Maria das Graças. **Análise de políticas públicas: conceitos básicos**. 3. ed. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília, DF]: CAPES; UAB, 2014.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Para aprender políticas públicas**. Brasília, DF: IGEPP, 2013. Disponível em: <http://www.igepp.com.br/uploads/ebook/para_aprender_politicas_publicas_-_unidade_04.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2017.

RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato. **Relações sociais nas situações de adoecimento crônico no rural**: expressões de cuidado e de sofrimento na perspectiva da dádiva. 2013. 210 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Rural) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/79051>>. Acesso em: 25 maio 2017.

SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. **Políticas públicas**. Brasília, DF: ENAP, 2006.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 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, dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142001000300010&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 dez. 2015.

VEIGA, José Eli da et al. **O Brasil rural precisa de uma estratégia de desenvolvimento**. Brasília, DF: Convênio FIPE – IICA (MDA/CNDRS/ NEAD), 2001. Disponível em: <http://www.reformaagrariaemdados.org.br/sites/default/files/brasiltrural_desenvol_v_completa.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2015.

VIANA, Ana Luíza. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 1996.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. A valorização da agricultura familiar e a reivindicação da ruralidade no Brasil. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, Curitiba, n. 2, p. 29-37, jul./dez. 2000.

WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. A ruralidade no Brasil moderno. Por um pacto social pelo desenvolvimento rural. In: GIARRACCA, Norma. **¿Una nueva ruralidad en América Latina?**. Buenos Aires: CLACSO, 2001.

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

WU, Xun et al. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Brasília: Enap, 2014.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A – QUADRO DE ANÁLISE DOS RELATÓRIOS DOS CONSULTORES

Tema	Síntese	Contradição/Questionamentos
Equidade	<p>No RS a PNSIPCFA encontra-se vinculada no eixo das políticas para equidade no DAS/SES. Esta política avalia a necessidade de pensar nos cuidados inerentes desta população, promovendo a equidade do acesso ao atendimento utilizando-se da educação permanente. Além disso, a política busca avançar naquilo que é conhecimento técnico e o saber popular.</p> <p>Para que esta avance, é importante o apoio institucional nos mais distintos campos da gestão pública e deve-se acolher as diferentes concepções entre saúde e doença, proporcionando a utilização desses saberes.</p> <p>Com a Portaria das Unidades Móveis espera-se atingir aqueles municípios onde a Atenção Básica tem dificuldades de acesso, esperando-se que haja promoção da equidade, na dimensão educativa em saúde. Em relação aos Planos encaminçados pelos Municípios, verifica-se a preocupação com a manutenção destas unidades, alocando-as em locais, como igrejas e ou associações, que poderiam inviabilizar o acesso de alguns possíveis usuários do serviço, principalmente para aqueles com fé contrária. Para garantir as equidades, é necessário avaliar as questões geográficas.</p> <p>Outro fato agregador para a PNSIPCFA é a troca/tensionamento das políticas para a promoção da equidade em relação aos indicadores tradicionalmente utilizados para avaliação na gestão pública, pois estes métodos não dialogam com os saberes dessas populações e estes devem ser reconhecidos pela gestão. Desse modo, torna-se importante que haja dados sistematizados sobre a política no estado. Dessa forma, para que a política avance é essencial que a participação social nas suas instâncias se efetive.</p>	<p>Como se pode ter equidade na política, se ela, na prática, não ocorre nos atendimentos do SUS. Principalmente ela também não ocorre no acesso à terra e ao trabalho remunerado de forma digna.</p>
Plantas medicinais	<p>Nota-se que o conhecimento tradicional das mulheres do campo em relação às plantas medicinais, além da associação com as rezadeiras e benzedadeiras onde elas são reconhecidas como detentoras dos saberes preventivos e promotoras de</p>	<p>Que tipo de ações podem ser realizadas para que os conhecimentos que as mulheres do campo possuem em relação às plantas medicinais não se percam?</p>

	<p>saúde. E é por meio dele que esta população busca diminuir o seu sofrimento frente à falta de saúde. O que nos leva a pensar em que tipo de política pública pode ser realizada para que este arcabouço não se perca e seja utilizado junto à saúde para além dos sintomas femininos, mas também refletir àqueles relacionadas ao âmbito social ou cultural. Chama-nos a atenção uma pré-parceria entre a PNSIPCFA com a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares, que por meio de ações tem contribuído na disseminação do uso das plantas medicinais, incluindo-se um Horto de plantas medicinais e fitoterápicos no Município de Joia, em um assentamento do MST, que é acompanhado por uma universidade local e estas plantas entregues na rede de saúde pública como parte do programa Estratégia da Família.</p>	<p>Transportá-las para as práticas integrativas e complementares, não é uma forma de apropriação desse conhecimento?</p>
Fitoterápicos	<p>Observa-se a necessidade de que os trabalhadores do SUS tragam para seu ambiente profissional os saberes populares à rede de serviços como já acontece em algumas UBS rurais, ou pelo menos agregando-os como complementares.</p>	<p>É viável transformar o conhecimento tradicional em conhecimento científico? De que forma isso agregaria para aquelas populações? Não estaríamos usurpando-os? Penso que o viável era agregar tais pessoas nas discussões sobre esse conhecimento, fazendo com que elas fizessem parte do processo desde o seu início e não as impedindo de continuarem a fazer o uso.</p>
Agroecologia	<p>Observa-se que há uma preocupação com a saúde pública em alguns municípios que receberam os investimentos públicos das Unidades Móveis. Em algumas dessas localidades há uma preocupação com os trabalhadores rurais devido ao uso extensivo dos agrotóxicos, incluindo-se àqueles relacionadas às plantações de fumo. Além disso, há, nessas regiões, grandes incidências da monocultura do eucalipto ao redor de áreas com produção agroecológica, que estão cercadas por tais lavouras convencionais e sua utilização massiva de fungicidas e desseccantes, produtos químicos utilizados tão comuns à silvicultura, o que prejudica, além da saúde dos trabalhadores rurais, a produção</p>	<p>Se hoje sabe-se que o mais viável para a saúde humana é a produção sustentável, porque há um imenso investimento na monocultura?</p>

	agroecológica e a fauna	
Agrotóxicos	<p>Uma das preocupações relacionadas ao uso excessivo dos agrotóxicos é a alta incidência do suicídio, como é o caso no Município de Monte Alegre dos Campos, que possui a maior taxa do estado. Esta incidência está relacionada às frequentes instabilidades das safras, que aumenta o uso direto ou indireto dos agrotóxicos que são utilizados das plantações.</p> <p>Constata-se a falta de incidência do setor da saúde pública em algumas decisões políticas, como é o caso da liberação do uso de alguns agrotóxicos, que são proibidos em outros países da Europa. O uso dos agrotóxicos influencia a curto, médio e longo prazo a saúde de famílias inteiras, trabalhadores rurais ou da agricultura familiar, desde a exposição direta ao consumo final dos alimentos. Ocasionalmente, no caso das lavouras fumageiras, o agravo na saúde mental. Frente a isso são necessárias ações inter-relacionadas dos entes da federação.</p> <p>Percebe-se que há dois agravos, o alcoolismo e o agrotóxico, ambos são os vilões da saúde na PNSIPCF, pois eles afetam a família, o convívio social e o produtivo e são percebidos somente a médio e longo prazo.</p>	<p>A população está sendo atingida pelo uso abusivo de agrotóxicos, inclusive por aqueles proibidos em países da Europa. Quais são as consequências desse uso de forma como é hoje. O agrotóxico é um dos agravos da saúde pública, pois ele atinge o produtor e o consumidor. Por que este setor não consegue incidir sobre as decisões políticas, evitando tantos sofrimentos?</p>
Saberes Tradicionais	<p>Para um fortalecimento da coesão social das populações beneficiadas com esta política, é necessário trazer à discussão e conhecimento os saberes populares que essas populações possuem. Um modo de se efetivar, e que está previsto na política, é a educação popular que consegue fazer o diálogo entre o saber popular e a técnica acadêmica.</p> <p>Trazar esses conhecimentos, mesmo que complementando as técnicas tradicionais, é uma forma de não desassociar o entendimento existente entre a cura e a doença dos saberes que essas populações possuem. Além disso, a medicina tradicional por vezes teve que derrubar pressupostos que tinham como certos no passado para assim avançar.</p> <p>Em relação aos saberes populares das populações do campo, florestas e águas, são as mulheres que detêm um conhecimento e práticas mais relevante, principalmente naqueles relacionados ao universo feminino, pois são elas as</p>	<p>Pode um saber tradicional ser transformado em um saber científico? Temos o exemplo, no Brasil, da acupuntura, que gradativamente está se tornando um saber médico, mesmo que outros profissionais da saúde possam fazer esse estudo.</p> <p>Os conhecimentos tradicionais estão associados à uma cultura, um modo de perceber e sentir a vida, de que forma a ciência conseguirá compreender isso em bancos universitários?</p>

	curandeiras, rezadeiras e benzedoras, e investir nessas práticas é uma forma de complementaridade aos serviços públicos e nos espaços de decisões, bem como de promover a saúde voltada especificamente para este sexo e gênero	
Movimentos Sociais	<p>A concepção de Gestão Participativa, que permitiu um diálogo entre representações e lideranças de movimentos sociais instituídos e o corpo técnico-político da gestão da saúde em relação à elaboração dessa política demonstra uma nova forma de pensar a saúde do campo, florestas e águas, onde o Estado se dispõe a dialogar. No RS, ele segue com esse diálogo com os movimentos sociais e procura compreender como é as relações de cooperação dessas organizações, assim como a experiência de coletividade.</p> <p>No RS, um dos principais desafios, além do diálogo com os movimentos sociais, é a mobilização para se discutir a saúde, bem como reconhecer onde são os seus territórios. O papel dos movimentos sociais na política é fundamental, pois é com sua participação no comitê que haverá discussões sobre as políticas e os investimentos necessários para que ela ocorra.</p> <p>Além disso, o Estado está tendo a oportunidade de participar da experiência com outros tipos de organização e desenvolvimento de autogestão e de construir uma rede procurando respeitar o próprio tempo de adaptação às novas realidades desses sujeitos.</p>	<p>É possível dar seguimento a uma PP sem a participação efetiva do seu público alvo?</p> <p>É possível afirmar que há diálogo e gestão participativa no estado? Quem está aguardando o quê em relação à adaptação de novas realidades e que realidades são essas?</p>
Gestão Participativa – Controle e participação social	<p>Um dos princípios do SUS é a participação social e esta ocorre quando as instâncias formais e informais são chamadas e se tornam partícipes das discussões e do controle social, por meio dos seus eixos da atenção, gestão, educação e do controle social. Dessa forma, é possível ocorrer a gestão participativa, que é um conceito-chave que vem a compor a formulação das estratégias específicas da saúde para essa população.</p> <p>No RS a PNSIPCFA inicia-se em 2013, onde são convidados representantes das organizações e movimentos sociais para iniciar a discussão sobre essa nova</p>	<p>Como funcionaria a gestão participativa dentro da estrutura do Estado? É possível aplicá-la para uma política específica?</p> <p>Em relação à linha de cuidado específica, como ela se relacionaria com as demais linhas existentes? É necessária uma linha exclusiva?</p>

	<p>política de saúde. Esse grupo de trabalho (GT), que era composto pelo MST, MPA, FETAG, MMC, inicia suas atividades e traz para o GT suas próprias experiências de gestão participativa. Além de propositivo, o GT procurou acompanhar e estimular esses processos, bem como o de controle social para a elaboração da política estadual.</p> <p>Para a Atenção Básica (AB/DAS/SES) do RS a participação social, por meio do GT ou de outras instâncias dessa política, é fundamental. Pois ela espera que haja, a partir desses diálogos, uma linha de cuidado específica para atender às populações da política. Para que isso se inicie de forma eficaz, é importante que seja realizado um mapeamento das necessidades, bem como o início da articulação das redes e parcerias.</p> <p>No entanto, isso não significa necessariamente as questões de estruturas físicas ou de agenda, mas sim da compreensão dos profissionais da saúde sobre as especificidades da compreensão de saúde e doença dessas populações. Criando, portanto, indicadores que sejam viáveis para o trabalho da gestão pública com esse viés.</p>	
Indígenas – Quilombolas	<p>Há uma enorme disparidade entre os dois tipos de produção agrícola adotada, ou seja, a familiar e o agronegócio. E ambas se encontram em lados opostos em relação ao modo de produção agrícola, bem como ao modo de vida. Há isso, junta-se a diversidade de povos indígenas, povos do cerrado, dos campos, dos pampas, povos do pantanal, de religiões e de culturas.</p> <p>No estado, a situação de saúde dos povos indígenas e dos quilombolas encontra-se amparada pelas políticas da população negra e da indígena. No entanto, a transversalidade das políticas se faz necessária, pois, em muitos casos, os indígenas não se encontram num acampamento fixo específico ou longe dos centros urbanos, o que viabiliza seu atendimento junto às populações do campo, florestas e águas, no mesmo sentido ocorre com os quilombolas, que em sua maioria coincidem com a população da PNSIPCFA.</p> <p>Outro fato importante sobre essas duas</p>	De que forma as questões da terra poderiam auxiliar nas questões de saúde? Como seriam trazidas as questões tradicionais de entendimento de saúde e de doença desses povos?

	populações é o diálogo sobre a questão da autogestão das terras e de futuros projetos para eles, pois isso traria respostas às demandas do campo da saúde, tensionando as gestões públicas municipais a participar desse trabalho conjunto.	
Sustentável – sustentabilidade e autonomia	<p>A PNSIPCFA, que tem como uma de suas bases mais importantes a Atenção Básica, que por sua vez diz respeito a um conjunto de ações de saúde – individuais e coletivas – que visam a promover, proteger e manter a saúde, prevenir e reduzir agravos, diagnosticar, tratar e reabilitar dentro de uma dimensão de atenção integral de saúde. No RS, é importante compreender a necessidade da uma que a saúde, possui sua inter-relação com a terra, pois é pelo acesso a ela que haverá sustento e desenvolvimento econômico nas regiões. Além disso, o trabalho está diretamente vinculado à terra e é constituído pela rede familiar, afetiva e social. Dessa forma, discutir o campo da saúde pode ser um dispositivo de abertura para demais demandas relacionadas à saúde dessa política, pois atores não visíveis podem vir à tona, como os indígenas, quilombolas, acampados à espera da Reforma Agrária e demais moradores do campo, que não têm trabalho relacionado com a agropecuária. Garantindo assim um melhor acesso aos serviços públicos de saúde e proporcionando que a rede se abra para os saberes populares.</p> <p>Outrossim, é fundamental a inter-setorialização da política com outras secretarias e órgãos públicos que possam possibilitar intervenção nos processos de desenvolvimento sustentável e que possam, dessa forma, evitar aprovações como a do caso dos agrotóxicos proibidos na Europa.</p>	<p>- (tenho a impressão de que no RS a política está ditada pelo MST) Onde estão os demais atores da política, os demais movimentos sociais?</p> <p>Como a rede pode se abrir para os saberes populares, sem que esta mesma rede se apodere deles inviabilizando que o conhecimento seja utilizado de forma tradicional?</p>
GT – Grupo de Trabalho – Comitê	A SES promoveu um espaço para um comitê técnico para discutir a saúde do campo e ele teve por objetivo agregar e firmar as parcerias necessárias institucionais para a implementação da política. Para o MS esse espaço entre gestores, trabalhadores e pesquisadores deve ser consultivo. Além disso, o departamento de apoio à gestão participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS prevê e	<p>Um dos maiores desafios do GT é conseguir se reunir e para isso ele precisa conseguir acessar os recursos do ParticipaSUS, ou outro recurso do estado, para que haja deslocamento.</p> <p>Como levar as experiências já existentes na saúde para discuti-las no âmbito estadual, como o conselho?</p>

	<p>incentiva a criação de Comitês Estaduais como o GT, a nível nacional há o Grupo da Terra, desde 2005.</p> <p>A partir de 2013, iniciam-se no estado as discussões com grupo de trabalho (GT) reunindo alguns representantes de movimentos sociais e instâncias do governo estadual. Esse GT se torna um espaço para se colocar em prática a gestão participativa, e o acompanhamento e elaboração de ações. Para seu funcionamento, o GT pode utilizar os recursos do ParticipaSUS.</p> <p>Com encontros mensais, o GT começa a estudar a política nacional e perceber as especificidades do RS. Evidenciou-se pouca alteração em territórios de assentamento, bem como um grande número de acampados. Com isso, percebe-se que um dos fatores determinantes à saúde dessa população é o acesso à Terra, o que garante sustento, trabalho, moradia e desenvolvimento econômicos.</p> <p>Além disso, o MST apresentou experiências da importância de se ter Agentes Comunitários de Saúde nos assentamentos de Reforma Agrária, assim como o Programa Mais Médicos, pois, por meio do diálogo com as gestões municipais foi possível ter profissionais com proximidade às questões do Movimento Sem Terra e com experiências em Medicina da Família e Comunidade.</p> <p>Para o Comitê, tornou-se importante o diálogo transversal entre outras políticas da saúde que envolvam essa população, como as voltadas notoriamente para o público urbano, como a Saúde da Mulher, do Homem, da Criança e Adolescente, do Idoso, da saúde Bucal, de DST/HIV, ampliando, dessa maneira, o diálogo de saúde focado apenas no trabalho e consequentemente no agrotóxico.</p> <p>Em meados de 2014, o GT inicia um novo processo, que é a elaboração do Comitê Estadual, o que vem a ocorrer em dezembro do mesmo ano. Entre suas discussões está o seu fortalecimento e o incentivo à participação de outras representações que não se fazem presente. Além disso, o Comitê tem como prioridade a elaboração do seu regimento interno e a participação no Conselho</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	<p>Estadual de Saúde. Outra decisão tomada pelo Comitê foi a criação de GT's em municípios onde os grupos residem.</p> <p>Com a Portaria de criação do Comitê, legalizou-se a utilização dos recursos do ParticipaSUS, o que viabilizará o traslado dos membros até o local da reunião, bem como atividades em outros espaços do estado.</p>	
Unidades Móveis	<p>A partir da PNSIPCFA houve um incentivo de 250 mil Reais para a compra de unidades móveis, foram duas Resoluções 563/2013 e a 502/2014, totalizando 25 Municípios atendidos pelos critérios de densidade demográfica superior a 70% de população rural e de plano de trabalho. Uma das preocupações apresentadas é em relação à manutenção das unidades, devendo esse fato ser analisado pelos municípios contemplados e o próprio estado.</p> <p>Para o plano de trabalho, além de olhar para a demanda apenas curativa e na contenção dos sintomas, é necessário realizar ações de promoção em saúde em uma dimensão educativa. Outro fato apresentado é o de como incluir a rede de atenção psicossocial como uma das estratégias para as Unidades Móveis.</p> <p>Faz-se necessário ter o pensamento estratégico para o desenvolvimento econômico e sustentável que garanta subsistência, mas que também traga pertencimento à comunidade e ao território.</p>	<p>Os critérios de seleção deixaram de fora municípios com população das zonas rurais superior aos que receberam as unidades.</p> <p>Como olhar para o modo de vida, se os planos das prefeituras continuam olhando apenas de forma curativa?</p> <p>Há uma fala de intersectorialidade e desenvolvimento econômico sustentável, mas apenas como garantia de subsistência e pertencimento ao território.</p>
Articulação – Intersetorial – Interfaces -	<p>A saúde compreendida por essa política deverá passar pela relação com a terra e o trabalho, pois a saúde é um dispositivo de abertura para outras políticas que abarquem essas populações, articulando, dessa forma, o desenvolvimento sustentável. Além disso, há outras situações de de trabalho no meio rural que devem ser analisadas, uma delas é a extrativista, onde cidades recebem trabalhadores para as colheitas, como a maçã em Vacaria.</p> <p>Para esses casos é necessário que o processo de trabalho esteja vinculado à educação permanente e capacitação das equipes da AB, média e alta complexidade. Todavia, é importante que haja a responsabilização e articulação entres as entidades empregadoras, bem como os gestores</p>	<p>Por que saúde e terra estão intrínsecos no estado? Seria pela relação da sustentabilidade? Outra questão é a do trabalho, a dos extrativistas e dos trabalhadores safristas.</p>

	<p>municipais ampliando para a regionalização, tendo a discussão e gestão tanto das políticas do SUS quanto do SUAS.</p> <p>O MST traz à discussão do GT a situação dos assentados e acampados da RA. Mencionando que é importante ter Agentes Comunitários de Saúde, assim como médicos do Programa Mais Médicos que minimamente tenham conhecimento de como o movimento se organiza.</p>	
<p>Álcool e outras drogas – Redução de Danos – Saúde Mental – Suicídio</p>	<p>Uma das demandas da PNSIPCFA no estado é a dependência alcoólica e de outras drogas. Tanto em acampamentos e assentamentos da RA como com os indígenas. Para que haja diálogo com essas questões é necessário haver interlocução com a Redução de Danos - resolução 38/2012. Além disso, há a preocupação da depressão, principalmente em locais onde a cultura do fumo é presente, bem como o alto índice de suicídio. Para essas questões, faz-se necessário que o acompanhamento terapêutico possa existir. Por conseguinte, percebemos que esses dois fatos, alcoolismo e agrotóxicos, são os vilões da saúde na PNSIPCF, por estarem afetando a vida familiar, social e produtiva. Assim como trazerem males que são percebidos somente a longo prazo.</p>	<p>O que ocorre no meio rural em que as pessoas acabam tendo dependência alcoólica ou química e de que forma a relação com seu meio de vida e sustento está relacionado às questões de depressão e até mesmo do suicídio?</p>
<p>Mulher – Idosos – Crianças e Adolescentes</p>	<p>Uma das preocupações com a gestão dessa política no RS é a articulação com outras políticas, seja de desenvolvimento, como as da saúde, temas específicos, como saúde do homem, da mulher, do negro, do indígena, criança, adolescente, saúde bucal, HIV e do idoso estão presentes, assim como a busca ativa por pacientes crônicos. Assim como o enfrentamento à violência contra a mulher. Além disso, há a política de saúde da criança e adolescente, que pode passar pelo desafio de acolher, por exemplo, a questão do que tradicionalmente denominamos como trabalho infantil e suas interpretações num contexto como o da agricultura familiar.</p> <p>Outro fato importante é em relação às comunidades de pescadores, pois os homens permanecem cerca de cinco meses fora, em viagens coletivas, e cabe às mulheres dessas famílias, portanto, a</p>	<p>Como fazer a discussão da violência de gênero? No meio rural as crianças trabalham, aprendem desde cedo. É configurado como trabalho infantil?</p>

	tarefa da geração de renda, da educação e cuidado dos demais membros do núcleo familiar e a sua própria.	
Cultura	A cultura é uma forma de determinadas comunidades se reconhecerem como sujeitos de sua própria história. Pois além desse reconhecimento elas desenvolvem um senso de interdependência e dificilmente concordam com questões externas e é por esse motivo que a gestão pública deve se responsabilizar e acolher os processos culturais que os envolvem, inclusive naqueles relacionados aos saberes populares e conhecimentos de saúde e adoecimento.	Penso que as questões culturais estão relacionadas, inclusive, ao modo de compreensão da saúde e doença, preservando seus saberes e conhecimentos.
Desenvolvimento Sustentável	Uma das questões graves em saúde pública está relacionada ao modo de produção utilizado no campo, ou seja, o agrotóxico. Dessa forma, as estratégias de saúde passam pela oferta de desenvolvimento sustentável e de articulação com os órgãos governamentais de desenvolvimento rural, que acolha as questões de saúde e de desenvolvimento econômico sustentável. Que garanta a subsistência e o pertencimento à comunidade e ao seu território.	Novamente aparece aliar a saúde ao desenvolvimento sustentável, mas de subsistência. Por que é fundamental essa garantia de permanência ao território (isso aqui me deixa muito confusa)?
Câncer de Pele	Um dos problemas que atinge a saúde dos agricultores familiares do estado é o câncer de pele. Diante disso, foi aprovada uma Lei que autoriza a distribuição gratuita de Protetores Solares fator 30 a esses trabalhadores rurais, respeitando o princípio de equidade e os locais de incidência desse tipo de câncer de pele, como forma preventiva da doença.	Nos relatórios não aparecem dados estatísticos sobre o uso e distribuição desse produto. E nem se houve uma redução desse tipo de câncer.
Agronegócio	No Brasil há uma diversidade de etnias, povos, culturas, religiões sistemas de produção. Mas em relação à produção há dois lados, a do agronegócio e a familiar, e um dos exemplos apontados foi das monoculturas de eucaliptos e as fumageiras, que atingem as plantações vizinhas.	De que forma é possível a saúde atuar de forma a combater o agronegócio e o seu sistema de produção com agrotóxicos.
Pescadores	No estado, o principal foco da política são os agricultores e os pescadores, por isso, é fundamental a participação dos pescadores no GT. Este teve dificuldade de contatá-los, pois não estão organizados em movimento social e nem sindicatos, mas em colônias de pescadores.	Por mais que haja dois focos principais no estado, o rural e os pescadores, estes praticamente não aparecem nos relatórios. Não se tem dimensão das suas necessidades em relação à política.

	<p>No RS os pescadores estão divididos em dois grupos, os que trabalham em água doce e os do mar, sendo que os do segundo grupo podem ficar até cinco meses no alto mar, longe de suas famílias. Para estes é necessário pensar estratégias em relação a acidentes de trabalho, bem como à necessidade de mapeamento sobre quais populações de pescadores encontram-se em situação de vulnerabilidade, além de pensar na incidência do câncer de pele.</p>	
Doença	<p>É necessário que os gestores e os trabalhadores compreendam as condições de vida e de trabalho, para que assim percebam as concepções de saúde e doença. Além disso, as soluções dos problemas encontrados devem estar relacionadas com os saberes populares. Para o comitê é importante esse lugar simbólico do reconhecimento dessas práticas e saberes, principalmente um mapeamento realizado pelos trabalhadores da saúde, observando quando tais práticas facilitam ou impedem a ação da AB. Por isso, é importante essa dimensão de apoio institucional, pautada na troca de experiências e na corresponsabilização de diferentes âmbitos da Gestão e da Atenção, pois deve-se acolher os processos culturais que envolvem as diferentes concepções de saúde e doença.</p>	<p>As questões do adoecimento estão relacionadas às questões de trabalho. Um dos problemas é a compreensão de que as práticas e saberes dessas populações por vezes atrapalham ou auxiliam a ação da AB. Esquecendo que a saúde, antes de se tornar doença, aparece nas questões culturais e nas relações sociais dos indivíduos.</p>
Trabalho	<p>Para a PNSIPCFA no estado, a saúde do homem não deve permear apenas o universo do trabalho, por mais que este assuma um papel central na sustentabilidade da família e isso inclui o trabalhador rural, bem como aquele que trabalha no extrativismo vegetal, maçã, e mineral, no caso do cobre, através de pequenas jazidas em Camaquã e Caçapava do Sul, entre outros territórios, como o corte de basalto em Nova Prata. Para que isso ocorra de forma satisfatória, é importante que haja a identificação das populações, por meio de uma leitura sobre a conjuntura socioeconômica. Pois, para o desenvolvimento sustentável, tais questões vão além da demanda de trabalho com recursos naturais e a propriedade da terra. Para que haja desenvolvimento sustentável, é fundamental a parceria com instituições universitárias, agregando,</p>	<p>Por que sempre se alia saúde ao desenvolvimento econômico? E de que forma a saúde pode dialogar com as questões de trabalho?</p>

	dessa maneira, a produção de conhecimento, por meio da pesquisa. Tornando o assunto acessível, dando visibilidade tanto para os problemas relacionados ao desenvolvimento, saúde e cultural de cada região.	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

APÊNDICE B – QUADRO DE ANÁLISE DAS ATAS DO COMITÊ ESTADUAL DA SAÚDE DO CAMPO, FLORESTAS E ÁGUAS DO RS

1) Conceitual – Concepções	2) Especificidades das populações-alvo desta política e seus problemas	3) Operacionalização
<p>- A discussão teve início durante uma oficina estadual de promoção e equidade do MS.</p> <p>Durante o processo de discussão no comitê, este percebeu que a saúde deveria ampliar seu olhar para além do corpo físico, percebendo as motivações e percepções de saúde e doença na forma coletiva e individual.</p>	<p>CEREST informou que há recursos para tratar de assuntos relacionados aos agrotóxicos. Além disso, não há interesse em ter um CEREST exclusivo para o meio rural. Além do agrotóxico houve o diálogo sobre a redução de danos (alcoolismo e drogas)</p> <p>Apresentação na rede pública do programa “Saúde na pele” que prevê a distribuição de protetores solares (câncer) para os trabalhadores rurais, pesca e aquicultura.</p>	<p>Acessar os recursos do ParticipaSUS, além das informações específicas sobre o meio rural na área da saúde, tendo assim indicadores apropriados.</p> <p>MS/CONTAG/UNB/FIOCRUZ/FETAG: Curso de formação de lideranças para controle social, foi realizado um encontro nacional na sede da Contag em Brasília com outros atores de outras regiões do país.</p> <p>Agregar as Práticas Integrativas ao meio rural como forma</p> <p>- SES: está trabalhando a partir da política nacional sobre as práticas integrativas.</p> <p>Ampliar a participação de outros movimentos sociais ao GT, fortalecendo e se apropriando das mudanças de governo. Além disso, verificou-se a necessidade do MS no comitê e a aproximação com o Conselho Estadual de Saúde, bem como dos conselhos municipais. Buscar tensionamento para criação de coordenação da política dentro do DAS/SES</p> <p>Discussão sobre as portarias das unidades móveis e os critérios para a seleção</p>