

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Morgana Pordeus do Nascimento Forte

Um olhar de profissionais de equipes de Saúde da Família sobre saúde, ambiente e trabalho da população do campo e das águas

Eusébio

2021

Morgana Pordeus do Nascimento Forte

Um olhar de profissionais de equipes de Saúde da Família sobre saúde, ambiente e trabalho da população do campo e das águas

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientador(a): Prof.a Dra. Vanira Matos Pessoa

Coorientador(a): Prof. Dr. Carlos André Moura Arruda

Eusébio

2021

Título do trabalho em inglês: A look by Family Health professionals over health, environment and work of rural and water population

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

F737o Forte, Morgana Pordeus do Nascimento.
Um olhar de profissionais de equipes de saúde da família sobre a saúde, ambiente e trabalho da população do campo e das águas / Morgana Pordeus do Nascimento Forte. -- 2021.
119 f. : il. color. ; mapas ; tab.

Orientadora: Vanira Matos Pessoa.
Coorientador: Carlos André Moura Arruda.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) – Fundação Oswaldo Cruz, Eusébio, CE, 2021.

1. Serviços de Saúde Rural. 2. Estratégia Saúde da Família.
3. Saúde do Trabalhador. 4. Saúde Ambiental. 5. Pesquisa Qualitativa.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 363.11

Morgana Pordeus do Nascimento Forte

Um olhar de profissionais de equipes de Saúde da Família sobre saúde, ambiente e trabalho da população do campo e das águas

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 07 de dezembro de 2020.

Banca Examinadora

Prof.a. Dra. Maria Idalice Silva Barbosa
Secretaria Municipal de Saúde de Caucaia - Ceará

Prof.a. Dra. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Fundação Oswaldo Cruz - Pólo Ceará

Prof.a. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto
Fundação Oswaldo Cruz - Pólo Ceará

Prof. Dr. Carlos André Moura Arruda (Coorientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Pólo Ceará

Prof.a. Dra. Vanira Matos Pessoa Fundação Oswaldo Cruz (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Pólo Ceará

Eusébio

2021

Dedico esse trabalho à população de campo e das águas.
Que a ciência colabore para reduzir a inequidades vivenciadas por este povo de luta.

AGRADECIMENTOS

Ao Que rege o universo e me permitiu chegar até aqui.

Aos meus pais, irmãos e vó Ana pelo amor infindável e apoio imensurável

Aos meus amigos, que são abrigo, acalento e afago nesse caminhar

À Fiocruz, pela excelência do Mestrado Profissional

Ao grupo de pesquisa que foram braços, mãos e pernas nesta pesquisa

À minha orientadora, cuja força e dedicação são percebidas à primeira vista

(...) Tudo que bate é tambor
Todo tambor vem de lá
Se o coração é o senhor, tudo é África
Pus em prática
Essa tática
Matemática, falou?
Enquanto a terra não for livre, eu também não sou
Enquanto ancestral de quem tá por vir, eu vou
E cantar com as menina enquanto germina o amor
É empírico, meio onírico, tipo Kiriku, meu espírito
Quer que eu tire de tu a dor

É mil volts a descarga de tanta luta
Adaga que rasga com força bruta
Deus, por que a vida é tão amarga
Na terra que é casa da cana de açúcar?
E essa sobrecarga frustra o gueto
Embarga e assusta ser suspeito
Recarga que pus, é que igual Jesus
No caminho da luz, todo mundo é preto
Ame, pois

Simbora que o tempo é rei
Vive agora, não há depois
Ser tempo da paz, como um cais que vigora nos maus lençóis
É um-dois, um-dois, não julgue o playboy
Como monge sois, fonte como sóis
No front sem bois, forte como nós
Lembra: A rua é nós

Tudo, tudo, tudo, tudo que nós tem é nós (...)

(Emicida – Príncípia)

RESUMO

No Brasil, o trabalho e o ambiente são considerados como determinantes e condicionantes da saúde na Constituição Federal de 1988, sendo essencial que as práticas de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) abordem esses temas. As Populações de Campo e das Águas (PCA) têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a natureza. As PCA estão expostas aos mais diversos riscos e processos de adoecimento devido às más condições higiênico-sanitárias do território. Este estudo objetivou apreender as percepções sobre trabalho, ambiente e saúde de profissionais de equipes da Estratégia em Saúde da Família que atuam em territórios do campo e das águas em municípios do Nordeste brasileiro. Foi uma pesquisa qualitativa, exploratória, realizada em quatro municípios, sendo três no Ceará e um no Rio Grande do Norte. Foram entrevistadas uma equipe da ESF de cada município, totalizando 29 entrevistados. Utilizou-se análise temática, para apreensão das percepções, das singularidades e divergências que os profissionais da ESF vivenciam na atuação em saúde rural. Esta pesquisa faz parte do projeto “Produção de indicadores para avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte” do Programa Inova Fiocruz. A referida pesquisa foi submetida à apreciação e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, indicado pela Plataforma Brasil, em 05 de junho de 2019, através do parecer nº 3.372.478. Os resultados foram apresentados no formato de três artigos científicos. Nestes, identificou-se uma visão ainda higienista dos profissionais acerca de Saúde Ambiental, demonstrando a necessidade de se desenvolver processos formativos, acerca do tema; o trabalho foi destacado como fonte de subsistência e renda para a PCA, ainda que não de maneira suficiente; e compreendeu-se as práticas em saúde dos profissionais, corroborando para o acesso da PCA, para a inserção de práticas integrativas e complementares e a essencialidade de agentes comunitários e agentes de combates de endemias em território rural. Observou-se que aspectos relacionados à saúde, trabalho e ambiente ainda são pouco mencionados em um território cuja população tem o modo de vida predominantemente relacionado à terra. O estudo contribuiu para evidenciar a urgência da efetivação das políticas já elaboradas, a necessidade do cuidado individual, coletivo e social dos profissionais de saúde da ESF, os quais necessitam da educação permanente para qualificar e aprimorar a atenção à saúde, principalmente em território de campo e das águas como garantia de equidade em saúde.

Palavras-chaves: Serviços Rurais de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Saúde do Trabalhador, Saúde ambiental, Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

In Brazil, work and environment are considered determinants and conditioning of health in the 1988 Federal Constitution, and it is essential that health practices in the Family Health Strategy (FHS) address these issues. The Rural and Water Populations (RWP) have their ways of life, production and social reproduction predominantly related to nature. The RWP are exposed to the most diverse risks and processes of illness due to the bad hygienic and sanitary conditions of the territory. This study aimed to understand the perceptions about work, environment and health of professionals from Family Health Strategy teams who work in rural and water territories in municipalities of the Brazilian Northeast. It was a qualitative, exploratory survey, conducted in four municipalities, three in Ceará and one in Rio Grande do Norte. One FHS team from each municipality was interviewed, totaling 29. A thematic analysis was used to understand the perceptions, peculiarities and divergences that FHS professionals experience in acting in rural health. This research is part of the project "Production of indicators to evaluate the living conditions of families and access to primary care services in territories of the coast and hinterland of Ceará and Rio Grande do Norte" of the Inova Fiocruz Program. The referred research was submitted to the appreciation and authorization by the research ethics committee of the Ceará School of Public Health, indicated by Plataforma Brasil, on June 5, 2019, through the parecer nº 3.372.478. The results were presented in the format of three scientific articles. In these, a hygienic vision of the professionals about Environmental Health was identified, demonstrating the need to develop formative processes about the subject; the work was highlighted as a source of subsistence and income for the RWP, although not in a sufficient way; and it was understood the practices in health of the professionals, corroborating for the access of the RWP, for the insertion of integrative and complementary practices and the essentiality of community agents and combats endemic agents in rural territory. It was observed that aspects related to health, work and environment are still little mentioned in a territory whose population has the predominant land-related way of life. The study contributed to highlight the urgency of implementing the policies already elaborated, the need for individual, collective and social care of FHS health professionals, who need permanent education to qualify and improve health care, mainly in field and water territory as a guarantee of health equity.

Keywords: Environmental Health, Family Health Strategy, Rural Health, Qualitative Research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 – Características populacionais dos municípios.....	36
Quadro 02 – Características relacionadas aos sistemas de saúde dos municípios.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) integrantes de equipes de saúde da família.....	46
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
DETER	Desmatamento em Tempo Real
DSS	Determinação Social em Saúde
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INPE	Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
PCA	População do Campo e das Águas
PCFA	Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PIB	Produto Interno Bruto
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PRODES	Projeto de Monitoramento do Desmatamento na Amazônia Legal por Satélite
PROFSAUDE	Mestrado Profissional em Saúde da Família
PRONARA	Programa Nacional para Redução do uso de Agrotóxicos
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	20
3.1	OBJETIVO GERAL.....	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
4	REVISÃO DE LITERATURA	21
4.1	NOTAS BREVES SOBRE SAÚDE, TRABALHO E AMBIENTE DA POPULAÇÃO DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS.....	21
4.2	O TRABALHO NA AGRICULTURA FAMILIAR E NA PESCA ARTESANAL E A RELAÇÃO COM A SAÚDE.....	26
4.3	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO RURAL.....	31
5	MÉTODO	35
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	35
5.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	35
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	38
5.4	TÉCNICA DE COLETA DE DEDOS.....	39
5.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL.....	40
5.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	40
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
6.1	ARTIGO 1 – INTER-RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E AMBIENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERRITÓRIOS DO MAR E DO SERTÃO.....	43
6.2	ARTIGO 2 – SAÚDE E TRABALHO DA POPULAÇÃO DO CAMPO E DAS ÁGUAS EM MUNICÍPIOS DO NORDESTE DO BRASIL: UM OLHAR DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	61
6.3	ARTIGO 3 – CUIDADO EM SAÚDE PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS TERRITÓRIOS DO MAR E SERTÃO.....	77
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	102
	APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	104

	ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	106
	ANEXO 2 – NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO.....	111

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o trabalho e o meio ambiente são destacados como determinantes e condicionantes da saúde na Constituição Federal de 1988, em conjunto com alimentação, saneamento básico, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Hoje, para além de fatores determinantes sociais em saúde, devemos nos ater à determinação social em saúde em um campo coletivo, e não individual, de caráter mais amplo, relacionando interações sociais emancipatórias, que buscam a sustentabilidade, solidariedade, soberania e seguridade integral (BRASIL, 2013a; BREILH, 2013; BREILH, 2015).

Apesar de reconhecido por lei, a garantia do direito à saúde de qualidade, considerando o trabalho e o ambiente, ainda está relacionado às grandes forças motrizes representadas pelas políticas governamentais de incentivo a determinadas cadeias produtivas. Dentre elas, cita-se o estímulo à produção de grandes monoculturas exportadoras como a soja, o milho e o algodão, acarretando desequilíbrios socioambientais e indo de encontro à prática milenar de agricultura familiar, reconhecida como um modelo sustentável de sobrevivência (SCHNEIDER, 2003; PERES, 2009).

O atual modelo de desenvolvimento brasileiro já colocava, desde 2005, o país na 11ª posição entre os lugares mais desiguais do mundo em termos de distribuição da renda (BRASIL, 2014; SOARES, 2017; BRASIL, 2018b). No contexto da reestruturação produtiva do país, o modelo de desenvolvimento neoextrativista tem como uma das principais atividades econômicas nacional, o agronegócio, com uso intensivo de agrotóxicos, trazendo implicações tanto para saúde de trabalhadores diretamente envolvidos, como também para o ambiente e as comunidades do entorno ou mais distantes, gerando novas necessidades de saúde (PONTES; RIGOTTO, 2014; PESSOA, ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

O tema central desta pesquisa consiste na Saúde, Ambiente e Trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em territórios rurais. Ao englobar o referido tema nesta pesquisa, nos deparamos com as Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA), outrora chamada apenas de população rural, caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a natureza, sejam eles: agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo. São consideradas também PCFA, as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e

as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras (EVANGELISTA, 2011; BRASIL, 2013b).

Neste estudo o recorte abordará a população do campo e das águas (PCA), que tem seu modo de viver diretamente relacionado com o ambiente, voltada para o desenvolvimento da agroecologia, incluindo as atividades produtivas da agricultura familiar e pesca artesanal. Não serão apresentadas discussões aprofundadas sobre a população da floresta. Tal população se torna mais sensível às transformações territoriais que o modelo de desenvolvimento econômico induz e impõe no modo de vida, principalmente, devido às dificuldades culturais, ideológicas e políticas no estabelecimento de ações eficazes no campo da saúde do trabalhador, às mudanças do mundo do trabalho e à opção do Estado pelo projeto neoliberal de governo (LOURENÇO; BERTANI, 2007; PESSOA; RIGOTTO, 2012).

O universo rural tem singularidades e especificidades que condicionam a organização dos serviços de saúde e as práticas socio sanitárias na Atenção Primária à Saúde (APS). A questão ambiental é diretamente ligada ao modo de vida e reprodução social, incluindo o modo de produzir, que vai da pesca artesanal até a agricultura, o extrativismo, a mineração; o que expõe tal população a um conjunto de agravos específicos. Dessa forma, fortalecer as práticas de saúde centradas na identificação das necessidades de saúde é fundamental para intervir no processo saúde-doença dos trabalhadores rurais, sendo uma premissa para a APS (PESSOA; RIGOTTO, 2012; PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA) vem como uma política de promoção de equidade em saúde, através do alinhamento de ações e serviços de saúde que atendam às PCFA, reconhecendo suas especificidades de gênero, geração, orientação sexual, etnia, raça/cor, com o intuito de reduzir riscos e agravos acarretados pelos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, e melhorando os indicadores de saúde e a qualidade de vida desta população (CARNEIRO *et al.*, 2014; PESSOA, 2015).

Perceber o processo de transformação e caminhar na implantação de políticas de saúde, que abordem a complexidade dos processos promotores de alterações na dinâmica comunitária, com severos impactos à saúde humana e ao ambiente, é essencial no SUS. Apesar disso, é um desafio a efetivação prática das políticas de saúde ambiental e do trabalhador na APS, seja no contexto urbano ou rural (PESSOA; RIGOTTO, 2012; PESSOA *et al.*, 2013).

Várias são as questões que perpetuam a desproteção social dos trabalhadores rurais, nas situações de acidente ou adoecimento no trabalho. O acesso aos direitos básicos dos trabalhadores, como a saúde, a previdência e a assistência social é extremamente difícil, o que

mostra que apesar dos direitos estarem garantidos a partir da Constituição de 1988, os trabalhadores rurais ainda encontram dificuldades no acesso aos direitos sociais como seguro especial; situação que os leva a percorrer um caminho institucional de idas e vindas, que contribui para a invisibilidade social dos trabalhadores acidentados (SCHLINDWEIN, 2010).

No que se refere a população das águas, especialmente os pescadores artesanais, de acordo com o Ministério da Pesca, o Brasil tem quase um milhão de pescador, ou seja, a cada 200 brasileiros, um é pescador artesanal, pertencente a uma comunidade tradicional. São grupos culturalmente distintos em várias instâncias, sendo trabalhadores informais que têm autonomia de decidir sobre seu modo de trabalho, desde a ferramenta utilizada ao processo produtivo (MULLER *et al.*, 2016).

Considerando a competência cultural e abordagem de família que são atributos da APS/ESF, é fundamental que a ESF, considere os estudos que mostram que a qualidade de vida de homens e mulheres pescadores artesanais é mais baixa que da população geral, especialmente no que se refere à saúde física, e que muito dessa percepção tem relação com os riscos relacionados ao trabalho (MULLER *et al.*, 2016; FALCÃO *et al.*, 2017; COUTO *et al.*, 2019).

A incorporação da Saúde do Trabalhador no SUS reconhece nos ambientes e nos processos de trabalho, as condições para os eventos agressivos à saúde “de quem trabalha” na perspectiva epidemiológica. Não se deve restringir o atendimento apenas ao usuário lesionado, mas também à busca por quantificar o número de pessoas expostas à insegurança, através do diálogo entre profissionais de saúde, trabalhadores e movimentos sociais para, em seguida, qualificar essas condições e mudar o processo de trabalho do SUS (LOURENÇO; BERTANI, 2007; PESSOA; RIGOTTO, 2012; PONTES; RIGOTTO, 2014).

A proximidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) seja em meio urbano ou rural, dos domicílios das pessoas e dos seus ambientes de trabalho, o alto grau de descentralização e capilaridade da APS/ESF, em articulação com Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e as demais Redes de Atenção à Saúde (RAS), favorecem a garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade para a população trabalhadora, mas ainda precisa avançar na efetividade da política (BRASIL, 2018a).

Em território rural, espera-se que haja uma maior sensibilidade aos condicionantes em saúde devido à baixa escolaridade e rendimento salarial, difícil acesso dos seus moradores aos serviços sociais, de saúde e comércio. Com isso, espera-se que além da ESF rural dar suporte a nível de assistência à saúde, também empodere essa população por sua luta por direitos constitucionais sociais, previdenciários e à saúde (MOREIRA *et al.*, 2015).

A partir disso indaga-se: Quais as percepções de profissionais de equipes da ESF, que atuam em território do campo e das águas acerca da saúde, ambiente e do trabalho da população? Como os profissionais da ESF compreendem o ambiente e o trabalho e as repercussões destes sobre o processo saúde-doença das famílias assistidas? O objetivo deste dissertação foi de apreender as percepções sobre trabalho, ambiente e saúde de profissionais de equipes da Estratégia em Saúde da Família que atuam em territórios do campo e das águas em municípios do Nordeste brasileiro, conhecendo o que já é realizado nos cenários de práticas de saúde, no que se concerne à saúde ambiental e do trabalhador e avançando na qualificação e aperfeiçoamento do cuidado fortalecendo a resolutividade na ESF em territórios rurais, aqui denominados de campo e de águas.

Este estudo está inserido no projeto de pesquisa intitulado: “Produção de indicadores para avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte”. O referido projeto é coordenado pela Fiocruz Ceará, apoiado pelo Programa Inova Fiocruz – Edital Novos Talentos.

2 JUSTIFICATIVA

Minha graduação médica não trouxe discussões acerca de Saúde, Ambiente e Trabalho. Foi na residência em Medicina de Família e Comunidade e na especialização em Medicina do Trabalho que a sensibilização por esta linha de pesquisa se iniciou. Dar-se conta que a Determinação Social em Saúde (DSS) é corriqueira em nossas consultas de APS foi um passo para, primeiramente, causar angústia sobre como a visão biomédica é limitada, e só o conhecimento técnico-científico não é suficiente para o cuidado de uma população, e depois, perceber a potência da união entre a comunidade, o território e a própria ESF no enfrentamento das iniquidades sociais. Apesar de que:

Do ponto de vista dos que lutam pela saúde coletiva e procuram mostrar a relação entre todas as formas de dominação social com a doença e a morte, o que sucedeu agora é uma ampliação e aceleração da catástrofe social provocada pelo aprofundamento da lógica econômica e do verdadeiro espírito do capitalismo (BREILH, 2006, p. 24).

Nas leituras sobre DSS me chamava ainda mais atenção às populações negligenciadas, marginalizadas pelo modelo econômico hegemônico atual, da qual resolvi dar destaque em meu estudo à população do campo e das águas, outrora chamada por mim, apenas de "população rural". Reconhecer a pluralidade da PCFA já foi uma das possibilidades de aprendizagem e de abertura para a produção de novos conhecimentos e práticas que esta pesquisa vem me proporcionando, inclusive com aumento do interesse em trabalhar na assistência à essa população.

A população em questão deve ser destacada, pois o modo de viver, adoecer e morrer está intrinsecamente relacionado ao ambiente e ao trabalho. Não à toa, já se buscam percepções das comunidades acerca do acesso e da qualidade dos serviços de saúde. Para além desses temas, apreender as percepções também dos profissionais da ESF rural sobre exposição ambiental, riscos e doenças relacionadas ao trabalho da população que assistem também devem ser estudadas e por isso essa pesquisa se faz relevante.

O campo de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no sistema público, pouco explorado em minha especialização de Medicina do Trabalho, também me chamou atenção para a busca do que os profissionais da APS já entendem quanto à exposição ocupacional. O fato de o meio estudado ser o da PCFA, me faz crer que os profissionais da ESF lá atuantes já são sensíveis às peculiaridades dessa população e que, de algum modo, se articulam enquanto serviço para garantir direitos à população.

Entendendo o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) como uma oportunidade de integrar assistência e pesquisa na APS. Optei por me inserir na linha de

pesquisa de “Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde”, especificamente no contexto das PCFA com o intuito de analisar saúde, trabalho e ambiente sob a perspectiva das equipes da ESF rural para explorar as potencialidades e fragilidades do serviço de saúde sob a ótica destes, através do reconhecimento de práticas já utilizadas e da compreensão do significado do trabalho e do ambiente no processo saúde-doença da comunidade assistida.

Diante da conjuntura atual, é essencial destacar o imenso retrocesso do governo na área ambiental, a exemplo a liberação de novos agrotóxicos e à flexibilização das leis trabalhistas, principalmente para populações já prejudicadas pela ausência dos mínimos direitos, que lhes deveriam ser garantidos de acordo com a Constituição de 1988. Agora mais do que nunca, enquanto pesquisadores e profissionais de saúde, comprometidos com a vida, devemos nos unir para comprovar cientificamente os agravos gerados à saúde ambiental e do trabalhador, individual e coletiva diante das medidas atuais e, muito mais do que isso, popularizar a ciência, para que esta se torne mais acessível e dê voz à população do campo e das águas por tanto tempo silenciada.

A pesquisa pode e deve ser um meio de garantir a equidade, trabalhando temas como “subjetividade social”, essencial para fortalecer o sujeito da ação, integrando forças e culturas contra hegemônicas e construindo um poder simbólico alternativo (BREILH, 2006).

Nesse sentido, apreender a percepção dos profissionais com essa temática pode sensibilizá-los enquanto pessoas, ainda mais potente quando em parceria e vínculo com sua população adscrita, capazes de minimizar as iniquidades já existentes, sendo então de suma importância para mim enquanto pessoa, médica e professora a pesquisa e o aprimoramento do cuidado em saúde, visando a equidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Apreender as percepções sobre trabalho, ambiente e saúde de profissionais de equipes da Estratégia Saúde da Família que atuam em territórios do campo e das águas em municípios do Nordeste brasileiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender a relação saúde, ambiente e trabalho no processo saúde-doença na perspectiva de profissionais de equipes da ESF em territórios do campo e das águas;

Identificar o cuidado integral em saúde às populações do campo e das águas realizadas pelos profissionais da ESF;

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 NOTAS BREVES SOBRE SAÚDE, TRABALHO E AMBIENTE DA POPULAÇÃO DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS.

O pensamento hegemônico de que a natureza é infinitamente pródiga de recursos materiais e energéticos, com capacidade reparadora ilimitada, fez com que as sociedades humanas utilizassem e abandonassem o próprio habitat (AUGUSTO, 2003, p. 178). As modificações ambientais decorrentes do processo antrópico de ocupação dos espaços e de urbanização, que ocorrem em escala global, especialmente as que vêm acontecendo desde os séculos XIX e XX, impõem taxas incompatíveis com a capacidade de suporte dos ecossistemas naturais (PHILLIPI JR.; MALHEIROS, 2005, p. 4).

Até pouco tempo atrás, no setor Saúde, a dimensão de ambiente era compreendida pelo homem como externa a ele, traduzida pelas expressões “ambiente físico”, “ecossistema” ou “espaço geográfico”. O tema foi ganhando destaque no SUS por meio da Lei no 8.080/1990 que identificou o ambiente como um dos determinantes de saúde, sendo o meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, um dever do estado e um direito da população (AUGUSTO, 2003; SOLHA; GALLEGUILLOS, 2014).

A Saúde Ambiental tomou proporções para além de saneamento e qualidade de vida, e incorporou questões como pobreza, poluição química, equidade, condições psicossociais e a necessidade de um desenvolvimento sustentável, visando uma expectativa de vida saudável para gerações atuais e futuras. No Brasil, a Saúde Coletiva começou a considerar a questão ambiental uma prioridade, depois que estudos em Saúde do Trabalhador explicitavam que a poluição proveniente de empresas também gerava perigos e agravos à população que não somente os trabalhadores (CÂMARA; TAMBELLINI, 2003).

A atividade humana modifica o ambiente para consumo próprio e, em bases insustentáveis, gera a degradação dos sistemas físico-biológico e social. Os determinantes físico-químicos representam fenômenos naturais, que podem ser agravados pela ação antrópica, como as alterações climáticas em razão do aceleração do efeito estufa, conseqüente do excesso de gases na atmosfera, entre eles os óxidos de carbono e de nitrogênio, causando danos ao ambiente e aumentando os problemas de câncer de pele (PHILIPPI JR.; MALHEIROS, 2005).

Reduziu-se a disponibilidade per capita de água, devido ao lançamento de efluentes sem tratamento adequado nos cursos d'água, aumentando a poluição dos recursos hídricos e gerando

má uniformidade em sua distribuição. Os determinantes biológicos incluem os fatores genéticos e os fatores exógenos como os acidentes com mordida de rato e as infecções provocadas por microrganismos. Criou-se ambientes propícios à existência de vetores de interesse para a saúde pública, como artrópodes e roedores (PHILIPPI JR.; MALHEIROS, 2005).

Somando-se aos determinantes físico-químicos e biológicos, a insuficiência de serviços básicos de saneamento, de coleta e destinação do lixo e condições precárias de moradia, tradicionalmente relacionadas à pobreza e ao subdesenvolvimento provocam uma vasta gama de doenças e deformações congênitas (RIGOTTO; AUGUSTO, 2007).

Especificamente no contexto rural, apesar de não ser uma prática generalizada, a agricultura ainda apresenta uma grande negligência no trato com o meio ambiente devido à queima e ao abandono dos resíduos, cursando com contaminação de solos, reservas hídricas superficiais e subterrâneas, propagação de mau cheiro, transmissão de doenças, destruição de ecossistemas (BARSANO; BARBOSA; VIANA, 2014). O impacto no ambiente não afeta somente os trabalhadores do campo, mas a população rural coabitante.

A população rural no Brasil tem se autodefinido populações do campo, da floresta e das águas no âmbito do SUS, inclusive com a publicação de uma política de equidade denominada de PNSIPCFA, em 2011. Fruto do debate com representantes dos movimentos sociais, ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural que viabilizam formas distintas de a população se organizar e expressar suas demandas, foi instituída a Portaria n° 2.866/2011 como uma política, instrumento norteador e legítimo do reconhecimento das necessidades de saúde das referidas populações (GOHN, 2008; BRASIL, 2013).

Historicamente, os movimentos sociais em território rural brasileiro, se destacaram na década de 1950, as denominadas Ligas Camponesas, notadamente no Nordeste, mas que caíram na clandestinidade nos anos de 1960 e 1970 e, nos anos 1980 voltaram a se manifestar, contando com a atuação da igreja católica e de partidos de esquerda. Hoje, o principal movimento social do campo no país é o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), criado em 1984, cujos objetivos principais são luta pela terra, pela reforma agrária e por uma sociedade justa e fraterna (MIRANDA; FIÚZA, 2017; BARROS; TEIXEIRA, 2018).

No contexto de saúde, os movimentos sociais se iniciaram durante a reforma sanitária e no cenário de luta contra a ditadura militar, propondo mudanças na política de saúde brasileira como forma de enquadrar a questão social e canalizar as pressões populares, apesar de, à época, não deixar de privilegiar o setor privado e os interesses empresariais (SANTOS, 2013).

Entendendo o movimento social como uma busca pela equidade em uma sociedade desigual, oportunizar uma autodefinição de uma população outrora apenas citada como rural deve ser contextualizada nesta pesquisa. Nesse sentido, a PCFA se define como:

Povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses, agricultores familiares; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais. (BRASIL, 2013, p. 8).

No Brasil, o IBGE (2010) identificou que 15,6% da população encontrava-se no meio rural, considerando o conceito de que rural seria o que está “fora” das áreas urbanas. Essa classificação urbano-rural não conseguia representar a heterogeneidade do rural brasileiro e, em 2017, o órgão revisitou sua classificação, considerando principalmente a densidade demográfica na escala municipal. A partir daí, as regiões Nordeste e Sul tiveram 69% e 65% respectivamente de seus municípios classificados como rurais (SOARES, 2017; BRASIL, 2018b; SAVASSI *et al.*, 2018).

Dado o alto índice de municípios classificados como rurais, o olhar para a população que habita esses territórios deve estar mais atento. Afinal sabe-se que, diferente do contexto urbano, a população residente em ambiente rural apresenta características distintas relacionadas historicamente ao processo de desigualdade social, tais como: baixa escolaridade e rendimento salarial, difícil acesso dos seus moradores aos serviços sociais, de saúde e comércio, devido às distâncias territoriais e à falta de transporte público (SCHMIDT; GODINHO, 2006; MOREIRA; 2015; GUIMARÃES, 2018; PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Além disso, os investimentos em infraestrutura, esgotamento sanitário, coleta de resíduos sólidos e abastecimento de água são mínimos e precários. Isso afeta diretamente a qualidade de vida dos moradores de territórios rurais (KOLLING NETO *et al.*, 2017).

Estudos em diversos países têm constatado que moradores de área rural apresentam pior estado de saúde autorreferido em relação aos moradores de área urbana, e o principal determinante do padrão de saúde parece ser o próprio território e seus desafios de acesso aos serviços de assistência (MOREIRA, 2015).

No campo, nas águas e na floresta, ainda existem limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde e na utilização de cuidados ambulatoriais, sendo essa dificuldade um grande desafio a ser superado pelo SUS. Ademais, são nos pequenos municípios que o SUS tem maior fragilidade no que se refere a equipamentos, recursos humanos, entre outros fatores, além da deficiência na área de saneamento ambiental (BRASIL, 2014; SOARES, 2017; BRASIL, 2018b).

Diante das circunstâncias supracitadas, já se espera que as condições de saúde desta população sejam piores do que em meio urbano. Não surpreendente, uma pesquisa realizada pelo IBGE, em 2013, comprovou que, comparado ao meio urbano, mais mulheres têm sua primeira gestação antes dos 20 anos, mais pessoas nunca tiveram um atendimento odontológico, mais mulheres entre 50 e 69 anos não realizaram mamografia, a população tem menos acesso a água potável e saneamento adequado, maior prevalência de deficiência visual ou outra deficiência, além de maior uso de tabaco (ALMEIDA *et al.*, 2018).

São homens, mulheres e crianças, vivendo, às vezes, em condições de pobreza extrema e expostos aos mais diversos riscos e processos de adoecimento. Diante disso, existe a necessidade de conhecer a realidade, diagnosticar e avaliar as condições higiênico-sanitárias e a condição socioeconômica, para proporcionar melhorias nas perspectivas de qualidade de vida dessa população, devendo estar os profissionais da saúde e da assistência social atentos a isto (KOLLING NETO *et al.*, 2017).

Não é só sobre condições higiênico-sanitárias que devemos nos atentar. O modelo econômico, a desestruturação da policultura, que levou enormes contingentes de pequenos proprietários à ruína e ao deslocamento de trabalhadores rurais foi apontada por Benjamin *et al.*, 1998 *apud* Levygard, 2004 como um dos aspectos para a crise rural brasileira.

Todo o progresso tecnológico inserido no meio rural foi encaminhado à grande propriedade, deixando, mais uma vez, à margem a agricultura familiar, aquela em que a maior parte do trabalho, a propriedade e a gestão vêm de indivíduos que mantêm entre si laços de sangue ou de casamento (ABRAMOVAY, 1997; LEVYGARD, 2004; PESSOA; ALCHIERI, 2014).

Tais mudanças trouxeram consequências decisivas aos padrões de morbidade e de mortalidade das populações já que o trabalho no campo, sob o comando das relações capitalistas de produção, passou a ser marcado pelo alargamento da jornada de trabalho, intensificação do seu ritmo e deterioração de sua qualidade de vida, havendo um aumento significativo de ocorrência de doenças cardiovasculares e mentais em trabalhadores rurais, assim como de acidentes de trabalho com máquinas e com a exposição aos agrotóxicos (LEVYGARD, 2004; PESSOA; ALCHIERI, 2014).

Não se evidencia somente a desassistência à saúde do trabalhador do campo, como são vários os ângulos de vulnerabilidade destes nas situações de acidente ou adoecimento no trabalho, enquanto previdência ou assistência sociais. Apesar de os trabalhadores terem seus direitos garantidos, a partir da Constituição de 1988, ainda encontram dificuldades no acesso aos direitos como seguro especial, situação que os leva a percorrer um caminho institucional

de idas e vindas, que contribui para a invisibilidade social dos trabalhadores acidentados (SCHLINDWEIN, 2010).

Diante dos dados, ainda que haja subnotificação de agravos, ações do sistema de saúde são fundamentais para incidir sobre o perfil de morbimortalidade junto à população do campo, da floresta e das águas. É necessária a redução dos acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho, em especial, o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos e mercúrio, assim como o risco ergonômico do trabalho no campo, na floresta e nas águas e a exposição contínua aos raios ultravioletas (BRASIL, 2018b).

Nesse sentido, a PNSIPCFA prevê a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas, bem como a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida através de: ações de saneamento e de acesso aos recursos hídricos, da construção de ambientes saudáveis e sustentáveis, da necessidade de valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde dessas populações (BRASIL, 2014; BRASIL, 2018b).

Já se sabe da necessidade da ampliação da Atenção Básica a Saúde (ABS) junto à ESF para garantir o acesso da população aos serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde. Por isso no plano operativo da PNSIPCFA referente ao período de 2017- 2019 no âmbito do SUS, previa em seus cinco eixos: I- Acesso das populações do campo, da floresta e das águas à Atenção Integral à Saúde; II- Promoção e Vigilância em Saúde; III- Educação Permanente, Educação Popular em Saúde e Comunicação; IV- Mobilização, Articulação, Participação e Controle Social; V- Monitoramento e Avaliação das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas. A PNSIPCFA visa também fortalecer e articular ações de vigilância em saúde com foco na população trabalhadora do campo, da floresta e das águas, bem como a ampliação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) rurais (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

A PNSIPCFA reafirma o princípio da universalidade do SUS, como a garantia constitucional a tais populações que, no entanto, precisa estar alinhada às políticas de saúde do trabalhador, já que

O trabalho rural, aquele realizado em regime familiar, tem características singulares, em comparação com outras atividades. E, como o processo de produção envolve toda a família, qualquer evento que acometa um membro dessa organização repercute sobre os demais, pois cada um tem um papel definido na estrutura organizacional no modo de produção na propriedade. Dessa forma, qualquer rompimento nesse âmbito pode ameaçar a subsistência da família, uma vez que a sobrevivência depende quase que inteiramente da força física para a labuta, e qualquer rompimento nesta organização pode sobrecarregar outros membros da família, aumentando, assim, a exposição aos riscos de acidente e da doença do trabalho” (SCHLINDWEIN, 2010, p.84).

Observa-se que o modo de vida desta população com a utilização do ambiente em que vive como meio de produção para a própria subsistência, é também causa do adoecimento do indivíduo e da família, necessitando de um olhar ampliado entre os profissionais da ESF para o eixo de saúde, ambiente e trabalho.

4.2 O TRABALHO NA AGRICULTURA FAMILIAR E NA PESCA ARTESANAL E A RELAÇÃO COM A SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO E DAS ÁGUAS

Neste estudo o recorte abordará a PCA, que tem seu modo de viver diretamente relacionado com o ambiente, voltada para o desenvolvimento da agroecologia, incluindo as atividades produtivas da agricultura familiar e pesca artesanal. Não serão apresentadas discussões aprofundadas sobre a população da floresta.

O trabalho é um dos determinantes da saúde, do bem-estar do(a) trabalhador(a) e de sua família. Além de gerar renda, podendo viabilizar condições materiais de vida, tem uma dimensão humanizadora e permite a inclusão social de quem trabalha, favorecendo a formação de redes sociais de apoio, importantes para a saúde (BRASIL, 2018a).

Para o SUS, trabalhadores(as) são todos(as), homens e mulheres que trabalham na área urbana ou rural, independentemente da forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado e mesmo os desempregados (BRASIL, 2012).

Apesar de seu valor no contexto enquanto sociedade capitalista, nem todas suas dimensões são de satisfação e prazer, já que existem consequências de mal-estar, doenças e acidentes relacionados ao processo laboral. Fora o processo em si, a resistência em se falar sobre tem levado a sociedade a ocultar o adoecimento no trabalho e culpabilizar e responsabilizar o sujeito pela “sua” doença (CARDOSO; MORGADO, 2019).

A organização das ações voltadas para esse público no sistema de saúde constitui um processo sociopolítico e técnico em construção, iniciado nos anos oitenta, a partir de alianças solidárias entre sindicatos de trabalhadores e técnicos dos serviços públicos de saúde, de hospitais universitários, da fiscalização do Trabalho e da Previdência Social, conformando os Programas de Saúde do Trabalhador. Sua inserção foi regulamentada na constituição pela Lei Orgânica da Saúde, cujos objetivos são ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, promoção, proteção, recuperação e reabilitação à saúde dos trabalhadores submetidos

aos riscos e agravos decorrentes das condições de trabalho, porém tais ações ainda não foram incorporadas de maneira efetiva (DIAS *et al.*, 2009; EVANGELISTA *et al.*, 2011; BRASIL, 2018a).

No contexto do Brasil rural, as condições de trabalho sempre foram muito precárias e, quanto mais o nosso olhar focaliza a modernidade, mais enxerga o arcaico. Desde a década de noventa, o processo produtivo do meio rural tem enfrentado modificações do paradigma produtivo tradicional – baseado na agricultura familiar – para a agroindústria de exportação, sobretudo aquela baseada em monoculturas latifundiárias (soja, milho, algodão, etc.) que visam a atender à competitividade do agronegócio, fortemente influenciada pela política neoliberal adotada no país. Isso vem gerando expulsão e desemprego dos trabalhadores residentes no campo (SCHMIDT; GODINHO, 2006; PERES, 2009; SCOPINHO, 2010).

Em relação à produção artesanal, do ponto de vista conceitual, esta é:

[...] marcada pelo trabalho familiar, realizado por homens, mulheres e crianças, com poucas modificações em relação ao método praticado durante milênios. Baseia-se em conhecimentos empíricos, adquiridos em família e transmitidos aos demais membros pelos mais velhos da comunidade. (MOTA, PENA, 2014, p.35).

A produção agrícola familiar emergiu enquanto categoria social e política em um contexto de luta dos movimentos sociais e sindicais do campo. É por onde circulam as ideias, valores, identidades, sentimentos, práticas e atitudes inter-relacionadas com a natureza. Por isso, também é suscitada como promotora de desenvolvimento rural e preservação da biodiversidade (SCHMIDT; GODINHO, 2006; MOTA, 2009). Resulta de uma atividade produtiva de caráter individual, com baixa divisão técnica, em que o artesão, em geral, é o proprietário dos seus instrumentos de trabalho, e tem como principal fonte de geradora de renda a venda do produto do seu trabalho (MOTA; PENA, 2014).

O uso dos bens naturais na prática da agricultura é essencial, não sendo possível produzir sem utilizá-los, porém, com a perda da hegemonia da produção artesanal na revolução industrial, gerou-se efeitos perversos de inibição e sujeição do ser humano ao meio técnico, com atrofia ou anulação de qualidades individuais, impactando não somente na saúde do trabalhador, mas na saúde ambiental (PESSOA; RIGOTTO, 2012; MOTA; PENA, 2014).

De acordo com o Censo Agropecuário de 2017, 23% de toda a produção agropecuária brasileira provém da agricultura familiar que, segundo o Decreto 9.064, de 31 de maio de 2017, que regulamenta a Lei nº 11.326, de 24 de julho de 2006, considera-se Unidade Familiar de Produção Agrária as seguintes características: não detém, a qualquer título, área maior de quatro módulos fiscais; utiliza predominantemente mão de obra da própria família nas atividades

econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento; tem percentual mínimo da renda familiar originada de atividades econômicas do seu estabelecimento ou empreendimento; e dirige seu estabelecimento ou empreendimento com sua família. É predominantemente masculina (cerca de 81%), com escolaridade de nível fundamental, e mais de 50% dos produtores tem entre 35 e 64 anos.

Nas últimas décadas, um dos grandes desafios colocados para a humanidade tem sido conciliar o desenvolvimento e a preservação ambiental para que estas duas vertentes possam caminhar juntas é central que o agronegócio seja debatido, pois suas práticas tem intensificado o desmatamento, com conseqüentes repercussões socioambientais. Este é responsável por cerca de 1/3 do Produto Interno Bruto (PIB), pelo emprego de 38% da mão-de-obra e por 36% das exportações brasileiras, sendo considerado um dos setores mais importantes da economia nacional. Apesar desse aumento do crescimento econômico trazido, a monocultura intensiva e extensiva praticada neste meio tem sido fonte indiscutível de desgaste e adoecimento. (SCOPINHO, 2010; SILVA *et al.*, 2013; NASRALA NETO; LACAZ; PIGNATI, 2014).

O discurso da produtividade vem sendo utilizado para mascarar os impactos negativos deste modelo, gerando, em caráter global, situações como:

[...] a concentração de terras, renda e poder político dos grandes produtores; o desemprego e a migração campo-cidade com impactos no caos urbano das cidades e regiões metropolitanas; o não atendimento às demandas de segurança e soberania alimentar dos países mais pobres, quando estes produzem mercadorias agrícolas que não são alimentos (caso dos biocombustíveis, como o etanol, ou a plantação de árvores para o uso em siderúrgicas) ou são exportada como commodities para os países mais ricos, como a soja. (PORTO, SOARES, 2012, p.18).

Os danos de caráter local são associados à saúde dos trabalhadores rurais. A árdua e extensa jornada de trabalho, a incerteza de boa colheita, as más condições de trabalho sem utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), a presença de riscos ambientais característicos das atividades laborais na agropecuária, a exposição a intempéries (sol, chuva, vento, poeira), o risco de picadas de animais peçonhentos colocam o corpo em perigo. Ainda mais agravante, a exposição aos agrotóxicos favorece o aumento do índice de morbidade e doenças ocupacionais (SCHMIDT; GODINHO, 2006; PORTO; SOARES, 2012; KESSLER *et al.*, 2016).

Já se tem comprovado cientificamente os agravos agudos relacionados a agrotóxicos, porém ainda existem poucos dados de avaliação dos efeitos sobre a saúde e, sobretudo, sobre o ambiente, decorrentes da exposição crônica. A contaminação pode acontecer de maneira direta ou indireta. A primeira, pelo contato através da manipulação e aplicação dos produtos. A via indireta pode ocorrer pela ingestão de comidas contaminadas, e dos resíduos presentes no ar

durante manipulação. É a partir do contato indireto que se pode pensar na exposição crônica acarretando danos (SOARES *et al.*, 2019; HENDGES *et al.*, 2019). Existem dados sobre amostras com resíduos de agrotóxicos acima do limite máximo permitido e com presença de ingredientes ativos não autorizados para alimentos pesquisados. (SOARES *et al.*, 2019).

Como forma de proteção social e ambiental, a Lei Federal no. 7.802, de 11 de julho de 1989, atualmente regulamentada pelo Decreto 4.074, de 4 de janeiro de 2002, também conhecida como “Lei dos Agrotóxicos”, assim como outros dispositivos legais, recomendam uma série de práticas que têm como objetivo minimizar os riscos de intoxicação laboral ou pelo consumo dos alimentos, assim como proteger o meio ambiente (água, solo e planta) de contaminação.

No que se refere à prevenção de agravos relacionados ao uso de agrotóxicos, em 2015, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) emitiu uma nota técnica considerando o cenário brasileiro, os estudos científicos desenvolvidos até aquele momento e os marcos políticos existentes para o enfrentamento do uso dos agrotóxicos, e recomendou o uso do Princípio da Precaução e o estabelecimento de ações que visem à redução progressiva e sustentada do uso de agrotóxicos, como previsto no Programa Nacional para Redução do uso de Agrotóxicos (Pronara).

Ainda assim, no ato nº 42, de 19 de junho de 2019 foi emitido com o objetivo da aprovação de produtos genéricos, de aumentar a concorrência no mercado e diminuir o preço dos defensivos, chegando a 211 o número de produtos autorizados desde o início do ano. Uma situação em que a conjuntura política não coincide, e inclusive, vai de encontro à ciência. O agronegócio não gera ambientes sustentáveis, e agrava as já péssimas condições de vida da população.

Um ambiente saudável depende diretamente da relação que o ser humano estabelece com a natureza através do trabalho. Com as crescentes demandas e a intensificação do comércio internacional, as inter-relações entre saúde e ambiente tornaram-se mais complexas e agudizaram o debate acerca da sustentabilidade ambiental e da justiça social e ambiental, pois as queimadas e os desmatamentos que provocam a erosão e o enfraquecimento dos solos e mudanças climáticas vêm acontecendo de maneira desenfreada (SCOPINHO, 2010; PORTO; SOARES, 2012).

Segundo o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) a taxa anual consolidada pelo Projeto de Monitoramento do Desmatamento na Amazônia Legal por Satélite (PRODES) apontou o resultado de 7.536 km² de corte raso no período de agosto de 2017 a julho de 2018. Além disso, por meio do Sistema de Detecção do Desmatamento em Tempo Real (DETER) do

mesmo instituto, foi observado que as áreas de alerta de desmatamento e degradação na Amazônia Legal somaram 2.072,03 km² no mês de junho de 2019, observando-se um crescimento de 24,8% de desmatamento em relação ao mesmo mês, no ano anterior.

Para além de dados sobre o uso de agrotóxicos, desmatamento e queimadas, o foco desta pesquisa é a saúde da população. Porém, é uma população que precisou se adequar ao contexto sociopolítico e econômico para tentar sobreviver e que hoje adoece pela desassistência social e à saúde.

Sob essa ótica, uma pesquisa realizada em Apodi – CE, por Pessoa e Rigotto, 2012, evidenciou não só a exposição dos trabalhadores rurais aos agrotóxicos nos campos de plantio, mas as relações trabalhistas sem garantia de condições de trabalho dignas, incluindo a não disposição de local adequado para refeições ensejam graves problemas de saúde ao trabalhador.

No que se refere à temática de saúde do trabalhador artesanal, os estudos concentraram-se nos relatos históricos do médico Bernardino Ramazzini, pioneiro em descrever sistematicamente doenças do trabalho para 54 profissões artesanais, dentre elas, o ofício do pescador e suas respectivas doenças profissionais relacionadas à pesca tradicional marítima e fluvial e não na extração de mariscos. Tais doenças relacionadas permanecem invisíveis epidemiologicamente, desconhecidas pelos profissionais de saúde, ignoradas pelo sistema previdenciário ou mesmo sem significados na esfera de saber desses “povos das águas” (PENA; FREITAS; CARDIM, 2011; MOTA; PENA, 2014).

A saúde dos trabalhadores e da população geral está intrinsecamente relacionada às formas de produção e consumo e de exploração dos bens naturais e aos seus impactos no ambiente, nele compreendido o do trabalho. No caso do trabalhador agricultor, seu processo de trabalho exige força muscular, longos períodos de tempo em condições ambientais e de trabalho desgastantes que podem ocasionar os acidentes de trabalho (PONTES; RIGOTTO, 2014; ROCHA, 2015).

O setor de agropecuária participou com 3% do total de acidentes registrados em 2017, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social. Destaca-se, assim, a importância de informações específicas sobre a saúde das populações do campo e da floresta nos sistemas de informação do SUS, possibilitando a identificação dos agravos relativos a essas populações (BRASIL, 2017c).

Dados do Anuário Estatístico da Pesca de 2008 apontavam aproximadamente 833 mil pescadores registrados no país, concentrados principalmente nas regiões Norte e Nordeste, porém informações extraoficiais sugerem que esse número pode chegar a mais de um milhão de pessoas sobrevivendo com a pesca artesanal (MOTA, PENA, 2014).

Para além de dados estatísticos, em 2012, o Brasil instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) que prevê ações de Saúde do Trabalhador junto à APS no contexto da RAS, no SUS, já que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece como atribuições comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho (PESSOA, 2013; LACERDA e SILVA *et al.*, 2014).

Independente do processo produtivo, seja artesanal ou voltado para o agronegócio, o suporte à saúde da população do campo e das águas deve se iniciar na APS, a qual exerce um papel fundamental de garantir os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Os profissionais que atuam na ESF nestes contextos, devem estar cientes do processo socioeconômico do país para entender as demandas individuais e coletivas da população assistida e contribuir para minimizar as iniquidades existentes no território.

4.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO CONTEXTO RURAL

A APS possui suas bases históricas internacionais nas discussões das iniquidades sociais e de saúde. Baseia-se em métodos e tecnologias simplificadas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas, disponibilizadas ao alcance universal da população e deve ser a porta de entrada para as necessidades e os problemas do indivíduo e de sua comunidade (DIAS *et al.*, 2009; PITILIN; LENTSCK, 2015).

A ESF tem sido o principal fator de aprimoramento e consolidação da APS no Brasil, cujas práticas assistenciais devem estar voltadas para uma população em territórios adscritos, de forma que as intervenções sobre os problemas de saúde, sejam também, sobre as condições de vida das populações operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais e ultrapassando a marca de 40.000 equipes em todo o território nacional em 2016 (SIMÕES, 2014; ABRASCO, 2018; SHIMIZU, *et al.*, 2018).

Muitas evidências científicas demonstraram os impactos da ESF na saúde da população brasileira através da redução da mortalidade infantil e das hospitalizações evitáveis, da ampliação do acesso a ações e serviços de saúde, incluindo o enfoque da territorialização e a proposta das RAS, além da redução de desigualdades sociais em saúde com a inserção de ações de saúde ambiental e de saúde do trabalhador (DIAS *et al.*, 2009; ABRASCO, 2018).

Além dos atributos supracitados, o aprimoramento da saúde rural, compreendida neste estudo como saúde das populações do campo e das águas, deve estar inserido no contexto da APS com a orientação para as reais necessidades das comunidades, abordando os aspectos culturais e consultando/envolvendo a própria comunidade. Estudos, demonstram, porém, que é na área rural que sua implantação apresenta pior desempenho, que pode estar relacionado à dispersão populacional e à vasta área territorial dificultando a cobertura da ESF; além de existirem municípios de pequeno e médio porte com escassez de recursos, mormente de profissionais qualificados e a própria falta de médicos que queiram trabalhar no campo (PITILIN; LENTSCK, 2015; SHIMIZU *et al.*, 2018; PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2019).

Estudos indicam que as regiões mais carentes ou remotas, com população em situação de extrema pobreza, são as que apresentam maior dificuldade de atenção à saúde, inclusive na APS. Aparentemente, quanto menor a densidade populacional do município, característica da zona rural, mais difícil se torna prover a oferta, sendo menor o gasto per capita em saúde e pior o acesso aos serviços (ABRASCO, 2018).

Com o intuito de promover a equidade, houve a implantação do Programa Mais Médicos (PMM) que garantiu o provimento de médicos em áreas de difícil acesso no interior do país e nas periferias dos centros urbanos, considerada a maior estratégia para combater a escassez de médicos (ABRASCO, 2018).

O PMM foi estruturado em três eixos estratégicos: formação para o SUS, com investimento na criação de mais vagas de graduação e residência e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas; ampliação e melhoria da infraestrutura das UBS; e provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros. (ABRASCO, 2018).

Deve-se reconhecer que a qualificação do profissional que trabalha em área rural envolve a singularidade do ambiente rural e as condições do processo laboral atuantes diretamente na saúde da população rural, porém com a ênfase na perspectiva biomédica na formação, tende a se perpetuar a natureza urbanocêntrica do serviço de saúde, com superlotação severa e sobrecarga da atenção secundária e terciária. Nesse sentido, o PMM foi uma quebra de paradigma (SAVASSI *et al.*, 2018).

Ainda assim, a proximidade das UBS dos domicílios das pessoas e dos seus ambientes de trabalho, o alto grau de descentralização e capilaridade da APS no Brasil, em articulação com Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e as demais Redes de Atenção à Saúde, facilitaria a garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade para a população trabalhadora (BRASIL, 2018a).

Entre as estratégias propostas pela PNSTT, 2012 que envolvem a APS está a articulação com a Vigilância em Saúde do Trabalhador, baseada na análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores para o desenvolvimento das ações, o que impõe a necessidade de conhecer a organização do trabalho, as principais dificuldades e fatores facilitadores que envolvem a produção do cuidado à população trabalhadora. Logo, prevê-se a capacitação das equipes de Saúde da Família e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Destacam-se também o enfoque da territorialização e a proposta das redes de atenção à saúde no contexto de APS como promotora do cuidado à Saúde do Trabalhador. Portanto, reforça-se o papel central da APS na implementação da PNSTT (EVANGELISTA, 2011; REGINA, 2015).

Porém, para incorporação efetiva da saúde do trabalhador na APS, alguns entraves devem ser resolvidos.

Entre eles, destacam-se: a precariedade da rede física; o baixo índice de conectividade e informatização das UBS; o modelo de atenção centrado em ações assistenciais; o baixo grau de interação entre os profissionais; a grande demanda espontânea; a falta de preparo técnico e elevada rotatividade dos profissionais; a pouca integração com a rede de atenção e a precarização do trabalho. (LACERDA E SILVA *et al.*, 2014, p. 2).

A saúde rural é um conceito dinâmico que, em outras palavras, se define mais pelas características das pessoas pelas quais as equipes de saúde são responsáveis do que propriamente pela definição do local onde vivem (SAVASSI *et al.*, 2018). Estabelecer as relações entre o modo de vida e de produção (pesca artesanal e a agricultura familiar, por exemplo) que expõem as PCFA a um conjunto de agravos, é uma dimensão essencial para qualificar o processo de trabalho na APS e fortalecer a vigilância e a promoção de saúde (PESSOA, 2018).

Como forma de operar a APS no Brasil, a primeira PNAB foi implantada em 2006, revisada em 2011 e reformulada em 2017. Em 2006, a PNAB tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida. Em 2011, iniciou-se um movimento de mudança da PNAB, em boa parte baseado no enfrentamento de nós críticos como: infraestrutura, processo de trabalho, qualidade da atenção, gestão do trabalho e financiamento. Em 2017, em meio a crises política e econômica, sua reformulação foi considerada como favorecimento à economia em detrimento do aprimoramento e qualificação da ABS (FELTRIN; CONEGLIAN, 2019). No país, com vistas a melhoria e consolidação da ABS, tem sido adotada a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o principal modelo de atenção, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (MELO *et al.*, 2018).

A ESF tem como fundamentos do processo de trabalho: definição do território e territorialização; vínculo longitudinal; ser porta de entrada preferencial do SUS; adscrição de clientela; responsabilização sanitária; acolhimento e acesso, com o fito de produzir a atenção integral, que tem se efetivado por meio da descentralização/municipalização da assistência à saúde (BRASIL, 2017a; MELO *et. al*, 2018).

A ampliação da ESF é necessária para garantir o acesso da população aos serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde. Perceber o processo de transformação e caminhar na implantação de políticas de saúde, que abordem a complexidade dos processos promotores de alterações na dinâmica comunitária, com severos impactos à saúde humana e ao ambiente, é essencial no SUS. Porém, a efetivação prática das políticas de saúde ambiental e do trabalhador na APS vem sendo desafiadora, seja em contexto rural ou urbano (PESSOA; RIGOTTO, 2012; PESSOA, 2015).

Observa-se que a ESF é essencial para a melhoria do acesso à saúde das populações de campo e das águas, porém ainda não garante a atenção integral à saúde. Nesse sentido, ainda se faz presente a necessidade de se aperfeiçoar as políticas públicas de saúde que visem a equidade destas populações mais vulneráveis.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa que, segundo Minayo, é um tipo de pesquisa que

[...] se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (2001, p.22).

O caráter da pesquisa foi exploratório, pois tem como finalidade proporcionar visão geral, aproximativa, acerca de determinado fato como ensina Gil, 2008, e descritivo, pois focaliza características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2008). Dessa forma, apreender percepções dos profissionais de saúde exige um olhar subjetivo captado pela metodologia qualitativa, esclarecendo conceitos e ideias trazidas pelos entrevistados, contemplado em seu eixo exploratório-descritivo.

5.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O Brasil tem 190.755.799 habitantes, dos quais 15,6% refere-se à população residente em domicílios rurais, segundo dados do Censo Demográfico (IBGE, 2010). O censo apontou que o menor percentual da população rural é na região Centro-Oeste e o maior é na região Nordeste. Nesta região, o Ceará tem 2.105.812, 24,91% da população, vivendo em território rural e o Rio Grande do Norte, 703.036, correspondendo a 22,19% do número total de habitantes deste estado.

Porém, desde 2017, o IBGE propôs uma releitura e reclassificação dos espaços urbanos e rurais, considerando a densidade demográfica (urbana, intermediária e rural) e a acessibilidade a centros de serviços (adjacente ou remota). Este novo formato tem sido utilizado pelo Ministério da Saúde, como eixo dentro de uma proposta de financiamento da Atenção Básica (BRASIL, 2019).

No Ceará, a população atingiu 8.452.381 habitantes, em 2010, com incremento de 13,8% em relação ao Censo de 2000 (7.430.661 habitantes). O grau de urbanização, proporção da população residente em áreas urbanas, é de cerca 75,8% (2012). Apresenta cobertura da ESF de 80,50%, e de Atenção Primária de 80,50% (CEARÁ, 2017; DESF, 2019).

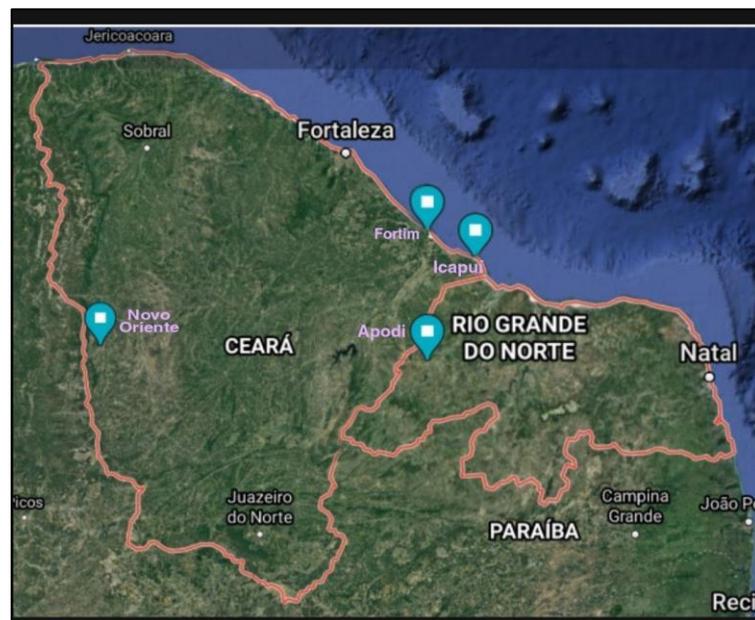
O Rio Grande do Norte é o segundo Estado mais urbanizado do Nordeste, abaixo apenas de Pernambuco, que registrou uma taxa de 80,2% da população nas cidades em 2010. (IBGE, 2010). No que se refere à cobertura da ABS e da ESF, em setembro de 2019, apresentava

cobertura da Estratégia Saúde da Família de 77,82%, e de Atenção Básica de 87,05% (RIO GRANDE DO NORTE, 2017; DESF, 2019).

Uma das medidas de progresso a longo prazo de uma região, chama-se Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), dimensionado através da renda, educação e saúde. É classificado entre zero e um, como níveis de muito elevado (de 0,800 a 1), elevado (de 0,700 a 0,799), médio (de 0,555 a 0,699) e baixo (abaixo de 0,555). O Brasil tem classificação de IDH alta e tem utilizado este indicador entre as administrações regionais, pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para avaliação. No Ceará, em 2010 era de 0,682 e no Rio Grande do Norte, 0,684 (PNUD; IBGE, 2010).

Nesta pesquisa, portanto selecionou-se quatro municípios, pertencentes ao Rio Grande do Norte e ao Ceará, todos com IDH abaixo do nível nacional e do estado ao qual fazem parte, sendo três no Ceará (Fortim, Icapuí e Novo Oriente) e um no Rio Grande do Norte (Apodi), identificados no mapa abaixo.

Figura 1: Mapa mostrando a localização dos municípios da pesquisa nos Estados do Ceará e do Rio Grande do Norte.



Fonte: Google maps adaptado pela autora.

Considerou-se como critérios de escolha dos municípios: demandas de movimentos populares dos respectivos municípios para realização de estudos de saúde da população do campo e das águas, ser de pequeno porte, população rural acima de 35 % da população total; variação da população extremamente pobre; uso do SUS maior que 95%; presença de

associação de pescadores(as) e sindicatos de trabalhadores(as) rurais; presença de população do campo e das águas.

Quadro 1 – Características populacionais dos municípios

	Apodi/RN	Fortim/CE	Novo Oriente/CE	Icapuí/CE
População total em habitantes	36.257	16.115	28.288	19.554
Percentual da população rural	49,57	35,16	48,17	68,54
Percentual da População extrema pobreza	18,27	22,64	41,31	19,82
Percentual da população com plano de saúde	1,66	2,15	0,56	1,77
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal	0,639	0,624	0,605	0,616
Classificação de espaços rurais e urbano (2017)	Intermediário adjacente	Rural adjacente	Rural adjacente	Rural adjacente

Fonte: IBGE, 2010; IBGE, 2017; DESF, 2019

Segundo dados do IBGE, 2017, os quatro municípios tinham como salário médio mensal abaixo de dois salários mínimos, e mais de 50% da população tinha como rendimento mensal até meio salário mínimo por pessoa. No que se refere ao esgotamento sanitário em domicílios, nos quatro municípios, observou-se que Novo Oriente/CE, apresenta 25,3%, que é a melhor situação, enquanto Fortim/CE tem o menor acesso da população ao esgotamento, com apenas 2,1% dos domicílios.

No que se refere ao contexto de saúde dos municípios selecionados, todos contam com 100% de cobertura de APS e têm taxa de mortalidade infantil acima da média nacional.

Quadro 2 – Características relacionadas aos sistemas de saúde dos municípios da pesquisa.

	Apodi/RN	Fortim/CE	Novo Oriente/CE	Icapuí/CE
Total de equipes ESF (2020)	11	7	11	9
Cobertura populacional da ESF (2020)	100%	100%	100%	100%
Taxa de mortalidade infantil (2017)	8,13	11,3	24,73	11,15
% de internações por condições sensíveis à atenção primária (2017)	12,43	14,17	37,82	9,61

Fonte: DESF, 2019

O município de Fortim/CE garante sua cobertura da ESF, através de seis equipes de ESF. Apresenta taxa de mortalidade infantil média de 11.30 para 1.000 nascidos vivos. O maior número de internações, em 2017, foi por gravidez, parto ou puerpério, seguida de doenças do aparelho digestivo, lesões, envenenamentos (IBGE, 2010; FORTIM, 2017; IBGE, 2019; DESF, 2019).

Já o município de Icapuí/CE, tem oito unidades básicas de saúde. Sua taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 11.15 para 1.000 nascidos vivos. As maiores taxas de internações de 2017 coincidem com o município supracitado (IBGE, 2010; ICAPUÍ, 2017; IBGE, 2019; DESF, 2019).

Em Novo Oriente/CE, as principais fontes de renda do município são agricultura, pecuária e comércio, o que reforça a importância da pesquisa nesta localidade, em que mais de 95% da população utiliza do SUS e trabalha com agricultura. Conta com 11 unidades básicas de saúde, com 100% de cobertura pela ESF. Quanto às internações hospitalares, há predomínio de condições relacionadas a doenças infectoparasitárias, seguido de gravidez, parto ou puerpério e doenças do aparelho respiratório (IBGE, 2010; NOVO ORIENTE, 2016; IBGE, 2019; DESF, 2019).

Por fim, o município de Apodi/RN destaca-se por sua por ser uma região de solo fértil e agricultura adaptável, tendo sua principal renda e economia voltada para agricultura, pecuária e extrativismo. Possui nove equipes de ESF, com cobertura de 100%. Há predomínio de internações por gravidez, parto ou puerpério, seguido de neoplasias e doenças do aparelho respiratório (IBGE, 2010; APODI, 2018; PINTO, 2018; IBGE, 2019; DESF, 2019).

As condições dos municípios supracitados, que tem a rede de atenção à saúde majoritariamente pública, com IDH abaixo do nacional e que a agricultura tem impacto significativo para a economia reforçam o contexto vulnerável em que as populações dos municípios pesquisados vivem, e a percepção dos profissionais de saúde lá atuantes foi de suma importância como objeto de pesquisa.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes que compuseram este estudo foram profissionais das equipes da ESF, estas indicadas pelos movimentos sociais do território do campo e das águas local, com as seguintes características: estar completa (com equipe de saúde bucal móvel ou vinculada à unidade), situada em território rural, atuar em território rural e com localidades de difícil acesso; ter processos produtivos de pesca artesanal e/ou agricultura familiar no território adscrito.

Dessa forma, foram selecionadas quatro equipes completas, em cada município da pesquisa, que tinha atuação em áreas rurais ou rururbana (áreas de transição entre o rural e o urbano), e que atendiam comunidades/movimentos populares do campo e das águas. Foram entrevistados os profissionais de uma equipe de cada município, que estivessem nas seguintes funções: enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal e agente comunitário de saúde, agente de combate a endemias. De uma destas equipes, foi entrevistado um ACS a mais pelo interesse individual de colaborar com a pesquisa. Pela compreensão dos pesquisadores de que a escuta de mais um profissional contribuiria para ampliar o estudo, fortalecendo o objetivo a que a pesquisa se propôs, totalizando 29 profissionais entrevistados.

5.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS E PERÍODO DA PESQUISA DE CAMPO

Foi utilizada a entrevista que, segundo Gil (2002), constitui como uma técnica excelente nas investigações, sendo de larga difusão, que apresenta vantagens, como: flexibilidade, possibilidade da percepção de expressões corporais, bem como verbais dos sujeitos, tornando-se assim, uma técnica de fácil aplicação, sendo a tarefa da pesquisa evitar ao máximo impor suposições do pesquisador sobre o entrevistado.

A entrevista foi do tipo semiestruturada, na qual o roteiro possuía cerca de dez perguntas norteadoras (Apêndice 1), e cuja condução ocorreu com base numa estrutura solta, cujo pesquisador tem uma concepção mental das perguntas do estudo, capazes de nortear as áreas a serem exploradas, mas as perguntas especificamente verbalizadas, seja pelo entrevistador ou pelo entrevistado, podem divergir de acordo com o contexto e o ambiente da entrevista (POPE; MAYS, 2005; YIN, 2016).

Adotou-se o mesmo roteiro de entrevista para cada categoria profissional entrevistada, com os seguintes eixos temáticos: ser profissional de saúde no contexto rural; saúde e trabalho; saúde e ambiente; ocupações das populações de campo e das águas; riscos ocupacionais e saúde do trabalhador; acesso e equidade na saúde da PCFA; participação popular na APS. Para preservar a identidade dos participantes, enumeramos as entrevistas por categoria profissional, e identificamos nos trechos indicados na pesquisa.

Seguindo o roteiro pré-estabelecido com questões abertas, todas as entrevistas foram realizadas por pesquisadores do grupo de pesquisa “Saúde do Campo, da Floresta e das Águas no contexto da Ecologia de Saberes, com expertise na abordagem qualitativa. A pesquisa de campo foi realizada nos referidos municípios, nas unidades básicas de saúde no período de junho a agosto de 2019, após agendamento em diálogo com a secretaria municipal de saúde. As

entrevistas foram gravadas em gravador digital e transferidas para o sistema Windows Media Player. Em seguida, foram transcritas e digitadas em arquivos do Microsoft Word.

5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DO MATERIAL

Adotou-se a Análise Temática, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentidos, que compõem uma comunicação (MINAYO, 2010, p. 316) para analisar o material empírico, proveniente das entrevistas. Operacionalmente, desdobrou-se em três etapas: pré-análise, subdividida em leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. As unidades de registro da primeira etapa foram catalogadas por categoria profissional (enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, agente comunitário de saúde, agente de combate a endemias). A segunda etapa consistiu na exploração do material, na qual se encontrou eixos temáticos semelhantes aos norteadores supracitados. Por último, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos e interpretações como produtos da pesquisa.

As categorias temáticas que emergiram foram: desinformação dos profissionais acerca de questões ambientais e seu impacto no processo saúde-doença; falta de saneamento básico como fator relevante para presença de agravos em saúde pública nos territórios do campo e das águas; consciência ambiental e território saudável; os modos de vida e de trabalho da população do campo e das águas; os agravos à saúde dos trabalhadores do campo e das águas; o cuidado integral em saúde em território do campo e das águas.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A pesquisa foi desenvolvida dentro dos parâmetros contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 07 de abril de 2016.

Esta dissertação de mestrado está vinculada ao projeto de pesquisa: “Produção de indicadores para a avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte”, coordenada pela Fiocruz Ceará, aprovada pelo Programa Inova Fiocruz – Edital Novos Talentos. A referida pesquisa foi submetida à apreciação e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, indicado pela Plataforma Brasil, em 05 de junho de 2019, através do parecer nº 3.372.478.

A pesquisa está vinculada ao Grupo de pesquisa “Saúde do Campo, da Floresta e das Águas no contexto da Ecologia de Saberes – FIOCRUZ”, no qual a orientadora é líder de pesquisa.

Foi solicitada a anuência dos secretários municipais de saúde e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2), por parte dos participantes. O TCLE discorreu sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos e benefícios, esclarecendo-os quanto à participação voluntária e o direito de retirar-se da pesquisa quando assim quisessem. Ficaram assegurados a confidencialidade e o sigilo aos participantes do grupo, informando-os de que sua participação ou não nesta pesquisa não acarretaria qualquer benefício indevido, nem prejuízo de maneira alguma.

Para aqueles que afirmaram a intenção de participar foi assinado o TCLE, sendo disponibilizado a 2ª via para o participante, ficando a primeira sob a guarda da coordenação da pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta dissertação estão apresentados no formato de artigos científicos. Este formato de apresentação segue a normatização permitida pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). O número de artigos, resultou de achados consistentes do estudo, possibilitando a organização de três manuscritos.

Um artigo já foi submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva e encontra-se em processo de avaliação. Os demais artigos serão submetidos a periódicos científicos posteriormente.

O primeiro artigo intitulado "Inter-relação entre saúde e ambiente na Estratégia Saúde da Família em territórios do mar e do sertão", o segundo artigo, "Saúde e trabalho da população do campo e das águas em municípios do Nordeste do Brasil: um olhar de profissionais da Estratégia Saúde da Família " respondem ao objetivo específico: compreender o significado do trabalho e ambiente no processo saúde-doença na perspectiva de profissionais da ESF em territórios do campo e das águas.

Já o terceiro artigo, intitulado "Cuidado em saúde pela Estratégia Saúde da Família nos territórios do mar e sertão", responde ao objetivo específico: reconhecer as práticas segundo os profissionais da ESF acerca da exposição ambiental, riscos e doenças relacionadas ao trabalho de famílias que trabalham na agricultura familiar e na pesca artesanal.

6.1 ARTIGO - INTER-RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E AMBIENTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM TERRITÓRIOS DO MAR E DO SERTÃO

RESUMO:

Considera-se População de Campo e Águas (PCA) povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados com a terra, e diretamente com o ambiente, este determinante e condicionante da saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) deve atuar considerando o território como dimensão essencial do processo saúde-doença. Diante disso, indagou-se: como os profissionais da ESF em territórios do campo e das águas compreendem a inter-relação saúde e ambiente? Trata-se de estudo de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 29 profissionais da ESF em municípios do Ceará e do Rio Grande do Norte. O processamento do material qualitativo se deu por meio da Análise Temática que, a partir dela, emergiram três redes de significados: desinformação dos profissionais acerca de questões ambientais e seu impacto no processo saúde-doença; falta de saneamento básico como fator relevante para presença de agravos em saúde pública nos territórios do campo e das águas; consciência ambiental e território saudável. Os profissionais identificaram o ambiente como determinante de saúde, porém apresentaram, em sua maioria, uma visão higienista, já ultrapassada, de Saúde Ambiental. Reforça-se a necessidade de se desenvolver processos formativos, envolvendo a equipe para transformar a realidade em saúde da PCA.

Palavras-chave: Saúde ambiental, Estratégia saúde da família, Saúde da população rural, Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT:

It is considered to be rural and water population (RWP) peoples and communities that have their ways of life, production and social reproduction related to the land, and directly to the environment, this determining and conditioning health. The Family Health Strategy (FHS) should act considering the territory as an essential dimension of the health-disease process. In view of this, the question was asked: how do FHS professionals in rural and water territories understand the interrelationship between health and environment? This is a qualitative approach study. Semi-structured interviews were conducted with 29 FHS professionals in municipalities of Ceará and Rio Grande do Norte (Brazil). The processing of the qualitative material took place through the Thematic Analysis that, from it, three networks of meanings emerged: misinformation of professionals about environmental issues and their impact on the health-disease process; lack of basic sanitation as a relevant factor for the presence of public health illnesses in the field and water territories; environmental awareness and healthy territory. Professionals identified the environment as a health determinant, but most of them presented an outdated hygienic vision of Environmental Health. The need to develop training processes is reinforced, involving the team to transform the reality in RWP health

Keywords: Environmental Health, Family Health Strategy, Rural Health, Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

Do ponto de vista global, a Saúde Ambiental considera fatores além de saneamento e qualidade de vida, e incorpora questões como pobreza, poluição química, equidade, condições psicossociais e a necessidade de um desenvolvimento sustentável, visando uma expectativa de vida saudável para gerações atuais e futuras¹.

No Brasil, meio ambiente é destacado como determinante e condicionante da saúde na Constituição Federal de 1988 e o campo da Saúde Coletiva considera a questão ambiental uma prioridade, após pesquisas em Saúde do Trabalhador identificarem que a poluição proveniente de empresas gerava perigos e agravos à população em geral e não somente aos trabalhadores^{1,2}.

Abordamos Saúde e Ambiente no contexto das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA), caracterizadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. São agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários, que residem ou não no campo, comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens^{3,4}.

O universo da PCFA tem singularidades e especificidades que condicionam a organização dos serviços de saúde e as práticas socio sanitárias na Estratégia Saúde da Família (ESF), devido a um quadro de maior vulnerabilidade e menor acesso à saúde quando comparada à população urbana. Além disso, a questão ambiental é diretamente ligada ao modo de vida e reprodução social, incluindo o modo de produzir, que compreende a pesca artesanal, a agricultura, o extrativismo, a mineração, expondo tal população a um conjunto de agravos específicos⁵.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) estabelece as atribuições a todos os profissionais da ESF, dentre elas: participar do processo de mapeamento da área de atuação e territorialização. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) considera prioridade o reconhecimento do território para organizar os serviços de saúde, ao identificar condições a níveis demográfico, epidemiológico, administrativo, político, tecnológico, social e cultural⁶.

No campo e nas águas, ainda existem limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde e na utilização de cuidados ambulatoriais, sendo essa dificuldade um grande desafio a ser superado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a Política Nacional de Saúde

Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA, 2011) visa alinhar ações e serviços de saúde que atendam às PCFA, reconhecendo suas especificidades com o intuito de reduzir riscos e agravos acarretados pelos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, e melhorando os indicadores de saúde e a qualidade de vida desta população^{5,7-10}.

Desde a Declaração de Alma-Ata, revisitada na Declaração de Astana, se faz uma reafirmação sobre a necessidade de olhar para a determinação ambiental da saúde, acesso a serviços de saúde de qualidade e enfrentar desafios capazes de reduzir as inequidades da saúde global e do desenvolvimento, incluindo o engajamento de indivíduos e comunidades neste processo¹¹.

Neste sentido, observa-se que a interação entre o modo de vida da PCFA com o ambiente em que vive como meio de produção para a própria subsistência, pode também estar associado ao adoecimento do indivíduo e da família, necessitando de um olhar ampliado entre os profissionais de saúde que atuam neste território. Indagou-se: como os profissionais da ESF em territórios do campo e das águas compreendem a inter-relação saúde e ambiente? Este manuscrito visa apresentar as percepções de profissionais da ESF em território do campo e das águas acerca das inter-relações saúde e ambiente no processo saúde-doença da população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo como foco no universo dos significados, correspondendo a um espaço mais profundo das relações e dos processos, e que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis¹².

Para seleção dos municípios, considerou-se: presença de instituição de pesquisa e a demanda de movimentos populares, ser de pequeno porte, população rural acima de 15% da população total, variação da população extremamente pobre, uso do SUS maior que 90%, presença de associação de pescadores(as) e sindicatos de trabalhadores(as) rurais e presença de população do campo e das águas (PCA).

Os municípios selecionados foram Fortim, Icapuí e Novo Oriente, no Ceará e Apodi, no Rio Grande do Norte, estes dois no sertão, com população de campo e aqueles no litoral, com população das águas. Selecionou-se uma equipe da ESF por município, com as seguintes características: completas, com atuação em áreas rurais ou rururbanas (áreas de transição entre o rural e o urbano), e que atendessem comunidades/movimentos populares do campo e das águas.

Os membros das equipes que estivessem nas funções enfermeiro, médico, cirurgião-dentista (CD), técnico de enfermagem (TE), auxiliares de saúde bucal(ASB)/técnico de saúde bucal (TSB), agente comunitário de saúde (ACS), agente de combate a endemias (ACE) foram convidados a participar do estudo, sendo somente um profissional de cada categoria por equipe, à exceção de uma equipe, cuja mais um ACS foi incorporado por interesse em participar da pesquisa. No total, foram 29 participantes, sendo quatro médicos, quatro enfermeiros, quatro CD, quatro TE, três ASB, um TSB, quatro ACE e cinco ACS.

Foi utilizada entrevista como técnica de investigação, do tipo semiestruturada¹³, cujo roteiro versou sobre a temática de saúde e ambiente, tendo como temas norteadores: ser profissional da ESF nesta zona rural; relações de trabalho, saúde e ambiente; processos produtivos das famílias; organização dos serviços da ESF; dentre outros. Para preservar a identidade dos participantes, enumeramos as entrevistas por categoria profissional, e identificamos nos trechos indicados na pesquisa.

A pesquisa de campo foi realizada no período de junho a agosto de 2019, por pesquisadores com expertise em pesquisa qualitativa. As entrevistas foram gravadas, transcritas e processadas para posterior análise, utilizando a técnica da Análise Temática, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação”¹⁴.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética através do parecer substanciado nº 3.372.478 e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este artigo integra a dissertação de mestrado do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, polo Fiocruz Ceará, intitulada ‘Análise das práticas de saúde, trabalho e ambiente de equipes da ESF em território do campo e das águas do Ceará e do Rio Grande do Norte’ e está vinculada a pesquisa ‘Produção de indicadores para avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte’.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos profissionais entrevistados quanto ao gênero, idade, formação e tempo de atuação na ESF

Os profissionais das equipes da ESF neste estudo foram predominantemente mulheres (17), do total de participantes, com faixa etária que variou de 20 a mais de 50 anos, com destaque para a faixa etária 30 a 39 anos, conforme pode ser observado na tabela 1.

No que se refere ao tempo de atuação dos trabalhadores na ESF, mais da metade relatou estar há mais 10 anos, todavia, estes exclusivamente trabalhadores de nível médio, técnico ou elementar (ACS, ACE, TSB, TE). Os profissionais de nível superior, em sua maioria, estão há menos de cinco anos na ESF e quando se foca no tempo de atuação, dos 12 profissionais de nível superior nas equipes atuais, todos estavam há menos de cinco anos, enquanto 11 dos 15 profissionais de nível técnico, médio ou elementar atuava na mesma equipe há mais de 10 anos, conforme pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1 – Características dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Parâmetros		C D	E n f e r m e i r o	M é d i c o	A C S	A C E	A S B	T S B	Té c. de En fer m a g em	T O T A L
Gênero	Masculino	2	-	4	2	4	-	-	-	12
	Feminino	2	4	-	3	-	3	1	4	17
Idade (anos)	20 a 29	3	-	-	-	-	1	1	1	6
	30 a 39	1	3	3	2	1	1	-	1	12
	40 a 49	-	1	1	-	2	1	-	1	6
	Mais de 50	-	-	-	3	1	-	-	1	5
Escolaridade/fo rmação	Fundamental completo	-	-	-	-	1	-	1	1	3
	Fundamental Incompleto	-	-	-	1	-	-	-	-	1
	Ensino médio completo	-	-	-	3	2	3	-	2	10
	Superior completo	3	1	1	1	-	-	-	-	6
	Superior incompleto	-	-	-	-	1	-	-	1	2
	Pós Graduação	1	3	3	-	-	-	-	-	7
Tempo de trabalho na ESF (Anos)	Menos de 5	3	3	3	1	-	1	-	-	11
	Entre 5 e 10	1	1	1	-	-	-	-	-	3
	Mais de 10	-	-	-	4	4	2	1	4	15

Tempo de trabalho na equipe atual (Anos)	Menos de 5	4	4	4	1	-	1	1	-	15
	Entre 5 e 10	-	-	-	-	1	1	-	1	3
	Mais de 10	-	-	-	4	3	1	-	3	11

Na escolaridade, chama atenção a variação dos ACS, que tem um com ensino fundamental incompleto e um com superior completo, enquanto um ACE e um TE referiram ter ensino superior incompleto. De acordo com a Lei nº 13.595, de 2018, a conclusão do ensino fundamental e do curso de qualificação básica para formação de ACS são requisitos para o exercício da atividade¹⁴. Esta diversidade da escolaridade dos ACS pode refletir a dificuldade de acesso a processos de formação e qualificação profissional no território rural.

Dados apontam que a força de trabalho em saúde no Brasil apresenta-se eminentemente feminina e urbana, independente da escolaridade, exceto para a categoria profissional médica, em que a força de trabalho do gênero masculino é predominante. No entanto, quando o olhar se volta para o território rural, há predomínio masculino em todos os níveis de escolaridade, exceto naqueles de nível médio e elementar¹⁵.

Nesta pesquisa, há um predomínio do gênero feminino para os níveis médio e elementar, divergindo da literatura supracitada, visto que não há predomínio masculino nos trabalhadores de nível superior.

Exporemos o conjunto de discursos apresentados pelas quatro equipes da ESF de atuação rural, representadas nos profissionais acima minimamente caracterizados. As redes de significados que emergiram nas análises foram: *desinformação dos profissionais acerca de questões ambientais e seu impacto no processo saúde-doença; falta de saneamento básico como fator relevante para presença de agravos em saúde pública nos territórios do campo e das águas; consciência ambiental e território saudável.*

Desinformação dos profissionais acerca de questões ambientais e seu impacto no processo saúde-doença

Dos sujeitos entrevistados, alguns profissionais que exerciam função de TE, TSB, CD e ACS não identificaram a relação da falta de saneamento como interferente na saúde da PCA.

“Nessa parte nunca nenhum paciente chegou a me relatar algum problema em relação a isso, mas em relação a saneamento ou tipo... de trabalho assim que seja diferencial, que gere algum tipo de doença eu não... tenho conhecimento.” (CD 01).

“[...] em relação ao saneamento básico eu não vejo [...] alteração, vejo direitinho as casas, nunca nem vi casa de taipa, todas as casas são de alvenaria direitinho, tem cisternas, não sei de esgotamento, porque nesse detalhe nunca entrei, mas de água eu sei que aqui é muito farto de água [...] em relação à esgotamento sanitário, infelizmente eu não sei lhe informar muito bem [...] essas coisas de doenças em relação à esgoto não tem, não”. (CD 02).

“Aqui na UBS a água é tratada [...], mas tem algumas pessoas que têm cisternas nas casas. Agora assim, o tratamento, saneamento básico, essas coisas a gente não sabe [...] eu só sei que aqui na nossa unidade passa um carro agora na coleta eu não sei, tipo eu moro na rua, na rua passa todos os dias no centro e aonde a gente mora só passa uma vez [...] eu não sei se é tratada ou não, eu também não tenho relato de ninguém que adoeceu por causa de doença”. (TSB 03).

Esperava-se que a relação entre o processo de saúde-doença e o ambiente fosse evidente para todos os profissionais da ESF, tendo em vista que o ambiente consiste num determinante social de saúde e que uma das premissas da PNAB é que todos os profissionais compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe, incluindo responsabilidade sanitária¹⁸.

Ressalta-se que os profissionais de saúde bucal, não referiram relação das doenças da cavidade oral com as questões de saneamento, apesar de a literatura demonstrar que se deve considerar a associação de determinantes socioeconômicos com o número de dentes cariados ou cavitados, por exemplo¹⁸.

Dentre os ACS, todos descreveram sobre todo o processo de cuidado com o lixo e a água, que não havia casas de taipa em sua comunidade e que havia coleta de lixo pelo menos uma vez por semana, além de relatos de como a população se organizava com o descarte e queima de lixo. Porém, apenas um relacionou tais características ambientais com o processo saúde-doença da PCA. Evidenciou-se que a maioria dos ACS conhece o território, mas não se apropria dos efeitos e problemas gerados pelo ambiente, reforçando-se, ao nosso modo de ver, a necessidade de investir na formação destes trabalhadores, para que possam atuar de forma mais qualificada.

Sabe-se que coleta de lixo rural no Brasil cobre apenas 31,6% dos domicílios. Embora o modo de vida da PCA acarrete uma menor geração de resíduos sólidos domiciliares em relação à população urbana, a ausência de coleta leva à adoção de soluções proibidas, como a queima de lixo doméstico, a qual, de acordo com o artigo 54 da Lei de Crimes Ambientais nº

9605 de 1998, considera a prática um crime ambiental por emitir poluição na forma de fumaça, por exemplo, podendo acarretar prejuízo à saúde da população^{19,20}.

É fundamental que a população esteja informada, sobre os malefícios que a queima de lixo traz à saúde. Os profissionais da ESF, como educadores e promotores da saúde devem estar atentos a essa prática para realizar ações educativas no âmbito comunitário. O ACS, que em contexto rural, é essencial, deve estar preparado para abordar tais questões pois é a primeira pessoa procurada pela comunidade diante de alguma condição individual ou coletiva relacionada à saúde²¹.

Reforçamos que, além da promoção e educação em saúde propriamente dita, segundo a resolução CNS nº 617, de 23 de agosto de 2019, é uma proposta efetivar a participação e controle social na administração pública, fortalecendo o empoderamento da população quanto aos seus direitos e deveres como cidadãos por meio de comunicação e instâncias de controle social, logo os profissionais de saúde devem também dialogar com a população pela luta de melhores condições que são determinantes em saúde²².

Falta de saneamento básico como fator relevante para presença de agravos em saúde pública nos territórios do campo e das águas

Sabe-se que, diferente do contexto urbano, a população residente em ambiente rural apresenta características distintas relacionadas historicamente ao processo de desigualdade social e os investimentos em infraestrutura, esgotamento sanitário, coleta de resíduos sólidos e abastecimento de água são mínimos e precários²³.

Foi mencionado nos quatro municípios, precárias condições relacionadas ao ambiente como: falta de saneamento básico, sem esgotamento sanitário e coleta sistemática do lixo, acarretando a necessidade de queimar lixo, e presença de cisternas por falta de água encanada, conforme relatos:

"A saúde deles muitas vezes é um pouco precária, né, por conta de contaminação mesmo de água ou uma condição do trabalho em si; eles deixam um pouco a saúde de lado [...] nunca nenhum paciente chegou a me relatar algum problema em relação a isso, mas em relação a saneamento ou tipo... de trabalho assim que seja diferencial, que gere algum tipo de doença eu não...não tenho conhecimento". (CD 01).

"Bom, com relação a água, a água daqui é tratada por um dessalinizador; o lixo a grande parte aqui queima, não é coletado, tipo vem coleta da sede do município pra

cá, acontece uma vez perdida, o mais normal é as famílias queimarem seu lixo [...] saneamento não". (Enfermeiro 02).

"Eu acho que interfere, né, assim em relação a água a gente tem a água em casa, aí tem o saneamento que a gente tem porque a gente não tem saneamento, mas todo mundo água potável". (ACS 01).

"[...] A questão de coleta de lixo, tem algumas localidades que não tem essa coleta de lixo, descarta o seu lixo no quintal, cava um buraco. Muitas vezes queimam esse lixo, [...] na verdade, não tem saneamento básico, então muitas vezes tem casa que nem banheiro tem, ou só banheiro de palha mesmo, mas não tem uma fossa séptica, então isso claro tem seus riscos, *pra* vida né desses moradores dessas localidades". (ACE 01).

Apenas um CD e um TSB, de municípios diferentes, expressaram que a falta de saneamento básico poderia interferir no processo saúde-doença, porém não identificaram em sua prática como isso ocorria. Consideravam que a saúde daquela população era precária e que isso podia se dever à contaminação da água, em uma situação e pelo excesso de sais na água que abastecia o município, em outra. Acesso ao esgotamento sanitário e à água seguros são direitos humanos, e a falta deste saneamento básico são problemas para a saúde pública, pela possibilidade de propagação de doenças, infecto-parasitárias e aquelas relacionadas à ingestão de componentes químicos²⁴.

O ACS é destaque como ator do SUS com maior potencial de incorporar as necessidades de saúde, que envolvem ambiente em sua prática, pelo fato de morar nas comunidades e presenciar ou vivenciar dificuldades de vida, saúde e trabalho do território em que atua²⁵, porém, apenas um dos ACS identificou alguma relação sobre o ambiente e saúde da população adscrita quando citou sobre as verminoses em crianças do território:

"Eu acho que interfere, né, assim em relação a água a gente tem a água em casa, aí tem o saneamento que a gente tem porque a gente não tem saneamento, mas todo mundo água potável [...] tinha que se fazer um estudo geral, né, através realmente do que acontece, mas as doenças que mais acontece em criança... uma comparação, é verminose que eles aqui a gente tem só uma praça, uma quadra, né, onde tem uma praça que tem o lazer pra essas crianças pra não tarem brincando na areia". (ACS 01).

Os TE contextualizaram a falta de saneamento básico e a necessidade do cuidado individual e coletivo no processo de adoecimento. As falas abaixo dão suporte para estes temas:

"[...] Se a pessoa não tiver um saneamento básico adequado, ele conseqüentemente vai acarretar algumas doenças, por isso que é sempre importante *tá* deixando as coisas sempre limpa, não deixar acumular água". (TE 02).

"Aqui a gente tem o caminhão de lixo que passa, a gente tem água encanada também, a gente só não tem saneamento, porque é rural, né? Então a gente não tem. Mas também não temos muito foco de dengue que muitas regiões têm [...] os problemas dos pacientes daqui, da minha comunidade [...] é hipertensão e diabetes, é mais problema psicológico, problema de família, entendeu? É mais problema mental, que às vezes a alimentação não é adequada, então esse é a maioria dos nossos problemas". (TE 01).

“[...] tem muitas casas que você vê que não é bem cuidada, não é bem zelado, sabe interfira na saúde da pessoa [...] às vezes, por exemplo, quando não é bem... não tem um saneamento, uma limpeza bem feita, mas eu digo mais da parte da pessoa”. (TE 03).

Entende-se que os significados de saúde e ambiente para estes profissionais expressam a prática muito relacionada à limpeza do ambiente, relatada na literatura como discurso higienista na relação saúde e ambiente. É fato que o saneamento ineficaz pode propiciar a reprodução de vetores de outras doenças, porém a discussão sobre meio ambiente e saúde está sempre relacionada às condições de vida da população, incluindo as socioeconômicas, como alimentação, expressado pelo entrevistado, apesar de não ter levado em consideração que essa perspectiva faz parte do eixo de saúde e ambiente²⁶⁻²⁸.

Ainda sobre saneamento básico, alguns ACE pautaram o significado de ambiente e saúde sob a ótica de que, não tendo abastecimento de água e fazendo uso de cisternas, nem sempre bem vedadas, há armazenamento de água da chuva e disseminação de insetos como formigas e baratas, o que acarreta riscos, incluindo infecções como toxoplasmose, para o consumo pela população.

"Não tem a rede de abastecimento d'água [...] então eles utilizam cisternas. E essas cisternas, eles armazenam água da chuva, e aí levam os riscos de beber essa água da chuva, sem o tratamento adequado [...] Os riscos duma leptospirose, toxoplasmose, duma própria vamos dizer hepatite A também, de algumas patogêneses e na realidade, muitas vezes, essas cisternas que eles têm, muitas vezes não são bem vedada, e quando a gente as vezes olha a cisterna, às vezes tem barata dentro da água, formigas, tem às vezes eu já tive de encontrar gato morto também [...] é tanto que teve pessoas lá da região que tiveram contaminados com toxoplasmose, as fezes do gato, gestantes [...] eu suspeito que foi questão de ingerir a água que não estava bem tratada". (ACE 01).

"O sistema de água regular não é água encanada, aí isso de certa forma é negativo pra população [...] temos coleta de lixo [...] agora essa questão da água, em algumas comunidades, não todas, mas a maioria tem água potável". (ACE 02).

Os ACE mencionaram tanto o abastecimento/acesso quanto a qualidade da água, os quais, na região Norte e Nordeste do país tem piores situações, interferindo diretamente na saúde da população, como exemplificado nos relatos²⁹.

A qualidade da água e condições higiênico-sanitárias estão diretamente relacionadas com a prevalência de toxoplasmose, sendo aquele ambiente citado pelo ACE extremamente propício para a incidência de casos desta patologia na comunidade³⁰⁻³².

Para os profissionais médicos, os significados relativos ao ambiente para o processo de saúde-doença da população estavam correlacionados a: questão dos dejetos postos em quintais, da menor frequência de coleta de lixo semanal, do próprio armazenamento de água,

das comunidades com esgoto à céu aberto e pela criação de animais, como porcos, nas próprias casas, cursando com risco biológico. Apenas um dos médicos, não soube informar sobre as condições ambientais em seu território, enquanto outro médico relatou não só sobre como era a situação sanitária, como também, descreveu que a água encanada era utilizada para consumo da população e que esta parecia ter um alto índice de sais, pois correlacionava a prevalência de casos de nefrolitíase com o consumo da água encanada pela população.

“A gente percebe que também é mais elevada a questão de pacientes que procuram a gente com algumas parasitoses né, relacionados a questão... do rural, assim digamos para facilitar melhor o entendimento... Aquelas condições de higiene que não são tão boas a gente tenta conversar, orienta, aí claro, melhora né”. (Médico 03).

“Principalmente às vezes crianças com infecções intestinais e tudo mais, as vezes tem que ver como é a água, como é a alimentação [...] na rua vocês vão ver que tem muitos porcos, o pessoal aqui tem uma cultura de criar muito então termina que as vezes tem esgoto a céu aberto, é um risco biológico, principalmente *pra* criança que brinca... no terreiro, na rua e tudo mais”. (Médico 04).

"Eu até *tô* querendo fazer um estudo, porque tem um índice altíssimo de nefrolitíase, que é pedra nos rins, né? E a gente como médico já tem discutido com outros colegas... a gente *tá* pensando que pode ser a água, que pode ter um alto índice de... sais. E aí gera um fator de adoecimento maior". (Médico 02).

O profissional demonstrou interesse para investigação além do contexto biológico, incluindo o ambiente como parte dos fatores de análise em sua observação clínica. Considera-se que o profissional de saúde em ambiente rural deve se envolver e se responsabilizar no cuidado em contextos de vulnerabilidade socioambiental, sendo papel deste a atenção ao indivíduo e ao coletivo de maneira mais ampla como as descritas acima em sua abordagem comunitária²¹.

Todas as enfermeiras entrevistadas identificaram, além das parasitoses, problemas dermatológicos, viroses e diarreias, bem como problemas dentários principalmente em crianças devido à alimentação precária, fato este não evidente pelos profissionais de saúde bucal conforme já mencionado.

"[...] problemas dermatológicos que a gente vê que *tá* relacionado com o ambiente, as parasitoses intestinais [...] a questão da água [...] quem não tem o poço tem aquela cisterna. Então aqui todas as casas mais carentes tiveram acesso a essa cisterna [...] A maioria das casas usa a mineral, outras usam mesmo a da torneira, mas assim a gente sempre fala da importância de um filtro, de ferver a água, mas a gente vê que o processo saúde e doença ainda *tá* ligado com essas condições, [...] higienização, a gente vê também muito presente a questão de saúde bucal né das crianças, que as dentista as vezes relatam *né*... por conta da questão alimentar [...] que não tem o hábito de frutas e verduras e legumes, aqui eles compram três, quatro sacas de farinha pra passar um mês [...] porque eles comem muito em excesso mesmo". (Enfermeiro 01).

“A questão do armazenamento de água, todos têm, de alguma forma. Os que tiveram mais condições têm poços profundos, que são bem poucos; o próprio município já cavou assim uns poços em algumas localidades com dificuldade de acesso. Eles são

mais conscientes, estão mais conscientes na questão do cuidado com o armazenamento depois desse surto de dengue, Zika, Chikungunya". (Enfermeiro 03).

No meio rural, a dificuldade de acesso a serviços como saneamento básico contribui direta e indiretamente para o surgimento de parasitoses intestinais, diarreias e doenças de veiculação hídrica, as quais são responsáveis pela elevação da taxa de mortalidade infantil. Não à toa, a PNSIPCFA destaca a relação entre saúde e ambiente em seus objetivos quando traz a necessidade de ações de saneamento e cuidado e acesso aos recursos hídricos e, dentre outros, o reconhecimento da natureza dos processos de saúde e sua determinação social³³.

O Brasil, através do Plano Nacional de Saneamento Básico, tem como meta universalizar o acesso aos serviços de saneamento como um direito social até 2030³⁴ e fica evidente com os relatos dos profissionais, que esta ampliação dos serviços poderá reduzir os índices de morbidades da PCA.

Inferese ainda, que dentre as sete categorias profissionais entrevistadas, a apropriação do tema saúde e ambiente, ainda que sob a ótica higienista e curativista, é mais evidente entre os ACE, os quais, historicamente, são atores operantes das políticas sobre vigilância ambiental³⁵ e enfermeiros, que, na ESF, respondem a proposta do novo modelo assistencial pautado na integralidade do cuidado, na prevenção de doenças, na promoção da saúde e da qualidade de vida³⁶. A PNAB, a PNPS e PNSIPCFA atualizaram e normatizaram o modo de operar da ESF e a necessidade do olhar ampliado, para além do modelo convencional e biomédico se fazendo necessário avançar nas práticas de todos os profissionais da ESF.

Consciência ambiental e território saudável

A insustentabilidade do modo hegemônico de produção e consumo estabelecido é evidente. A urgência pela transformação da relação entre o ser humano e o meio ambiente traz como prerrogativa a integração do homem com a natureza³⁷. Além disso, no campo da saúde coletiva, a inserção do conceito de território saudável acompanha histórica e geograficamente as relações sociais, determinados ou pressupostos pela sustentabilidade e a promoção da saúde³⁸.

"[...] vai abrir uma empresa de alumínio na cidade e [...] de onde vai sair essa rede de esgoto, porque vai provavelmente vai ser despejado a margem do rio, alguma coisa, quando pode prejudicar [...] assim, é uma ajuda pro município, porque vai gerar emprego, mas tem essa questão quando alguns moradores já comentam, em relação a poder prejudicar alguma coisa a eles, porque eles vivem disso, da pesca [...] por conta dos despejos a margem do rio, eles já reclamam". (Enfermeiro 04).

A percepção do profissional acima além do contexto de gerar emprego ao abrir uma empresa infere sua preocupação com o ambiente e com a PCA. Situações como esta são características do que a literatura chama de crise ecológica e justiça ambiental, no qual conflitos entre agentes econômicos governamentais promovem "desenvolvimento" de um lado e por outro diversos sujeitos sociais resistem e procuram alternativas de sustentabilidade³⁹. Os profissionais da ESF necessitam empoderar-se de temas de saúde ambiental, além do saneamento básico, propondo autonomia, equidade e sustentabilidade e apoiando movimentos sociais que lutam pelo direito à saúde⁴⁰.

Alguns trouxeram um olhar além dos riscos já identificados: o ambiente hoje também é capaz de propiciar saúde, seja através de uma caminhada para o mar, ou da preservação de árvores, descrevendo a sombra de cajueiros para reuniões familiares e da comunidade. Além da pauta sobre a preservação da mata, a própria comunidade discute a reutilização das conchas que hoje são deixadas às margens do rio, após retirada do sururu, como material para construção civil.

“Então eu acho que o ambiente em si ele propicia saúde embora eles não usufruam tanto por exemplo a gente faça uma caminhada vá para o mar. Quem mora aqui o mar já [...] com um tempo cai em si e diz é eu moro em uma praia, realmente eu tenho esse acesso.”. (Enfermeiro 01).

“[...] no caso a gente tá fazendo um estudo pra ver como faz pra retirar isso e se tem algum estudo que possa reaproveitar, utilizar triturando o búzio na área de construção”. (ACE 01).

Manter relações saudáveis com o ambiente, através da preservação, recuperação e proteção é responsabilidade de todos, profissionais de saúde e população. A abordagem socioambiental fundamenta-se inclusive na promoção de espaço saudáveis, e no empoderamento dos sujeitos para práticas emancipatórias em saúde, que possibilitam as pessoas de refletir sobre a origem dos problemas de saúde e que lutem pelos seus direitos^{33,41}.

Estudos já trazem o papel do enfermeiro na promoção da saúde ambiental através de ações educativas^{41,42}. Porém, deve-se levar em consideração que segundo a PNAB, é papel de toda a equipe da Atenção Básica promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social e realizar ações de educação em saúde à população adscrita, ficando evidente que a saúde ambiental deve ser um dos temas abordados, pois ações neste nível de atenção que envolvam os determinantes ambientais são reconhecidos mundialmente como capazes de contribuir para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, através de medidas intersetoriais, visando o acesso à água limpa e ao saneamento básico^{32,43}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais da ESF que estão atuando em territórios do campo e das águas expressaram, na grande maioria, um discurso predominantemente higienista. Revela-se a necessidade de avançar na educação permanente destes trabalhadores para ampliar o olhar para o processo saúde-doença além do contexto biológico.

Ressalta-se a importância de fortalecer as práticas das equipes de saúde da família, a partir dos pressupostos explicitados nas PNSIPCFA, PNAB e PNPS, no sentido de os profissionais de saúde, que atuam em território rural, se apropriem da temática saúde e ambiente, e construam intervenções em saúde contextualizadas ao território. Há saberes e práticas diversas e complementares na equipe, sendo essencial valorizar a integração dos trabalhadores técnicos, em especial os ACS com os de nível superior para releitura do território, considerando as PCA.

Apesar dos profissionais reconhecerem o ambiente como determinante de saúde, e identificarem diversos agravos no território relacionados a temática ambiental, apresentaram, em sua maioria, uma visão ultrapassada de Saúde Ambiental, reforçando a necessidade de se desenvolver processos formativos envolvendo a equipe, para transformar a realidade em saúde da PCA. Convém destacar o papel de profissionais da ESF na redução das iniquidades relacionadas ao ambiente e saúde, fortalecendo o empoderamento da população para luta pelos seus direitos e propondo estratégias de preservação e proposição de ambientes saudáveis, que visem a qualidade de vida da PCA.

AGRADECIMENTOS

À Fiocruz, pelo apoio financeiro através do Programa Inova Fiocruz - Edital Novos Talentos.

REFERÊNCIAS

- 1 Camara VM, Tambellini AT. Considerações sobre o uso da epidemiologia nos estudos em saúde ambiental. Rev Bras Epidemiol, 2003; 6(2):95-104.
- 2 Brasil. Lei no 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/DJGpJp>>.

3 Evangelista AIB, Pontes AGV, Silva JVE, Saraiva AKM. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. *Revista RENE*, 2011; 12(esp): 1011–1020.

4 Brasil, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a 14 p.

5 Soares RAS *et al.* A invisibilidade da população do campo, da floresta e das águas no Brasil: desafio para os sistemas de informações em saúde. In: Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA. (Org.) *Campo, Floresta e Águas - Práticas e Saberes em Saúde*. Brasília: Universidade de Brasília, 2017, Cap. 5, p. 106-124.

6 Pessoa, VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira, ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Cienc. Saude Col*, 2013; 18(8): 2253-2262.

7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Brasília: Ministério da Saúde; 2014, 52p.

8 Carneiro FF *et al.* Teias de um Observatório para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 2014;8(2): 275-293.

9 Pessoa VM. Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família. [tese] Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde e Ambiente para as Populações Saúde e Ambiente para as Populações. Brasília: Ministério da Saúde; 2015, 52p. 2018b

11 Giovanella, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(3), e00012219. Epub March 25, 2019

12 Minayo MCS. (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001

13 Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002

14 Minayo MCS (org.). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

15 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Orientações gerais para elaboração de editais: processo seletivo público (agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

16 Wermelinger M *et al.* A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Divulgação em Saúde para Debate*, 2010; 45: 54-70.

- 17 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação de Saúde; Série Pactos pela Saúde)
- 18 Costa SM *et al.* A systematic review of socioeconomic indicators and dental caries in adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Oct 10;9(10):3540-74.
- 19 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- 20 Bernardes C, Gunther WMR. Generation of domestic solid waste in rural areas: case study of remote communities in the Brazilian Amazon. *Human Ecology Magazine*, 2014;42(4): 617-623
- 21 Savassi LCM., Almeida MM, Floss M, Lima MC. Saúde no caminho da roça. 163p. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2018
- 22 Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n o 617, de 23 de agosto de 2019. Diretrizes e propostas da 16ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília, 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2019/Reso617.pdf>
- 23 Kolling Neto A, Anjos GM, Brandolff RS, Goés TP, Silva JF. Fatores relacionados à saúde pública e ao saneamento básico em comunidade rural de Barreiras, Bahia, Brasil. *Rev Baiana Saúde Pública*, 2017;41(3): 668-684
- 24 Neves-Silva P, Heller L. O direito humano à água e ao esgotamento sanitário como instrumento para promoção da saúde de populações vulneráveis. *Cienc. Saude Col*, 2016; 21(6): 1861-1870.
- 25 Pontes AGV, Rigotto RM. Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: potencialidades e desafios da articulação entre universidade, SUS e movimentos sociais. *Rev. bras. saúde ocup.* [online]. 2014;39(130):161-174
- 26 Fonseca AFQ. Ambiente e saúde: visão de profissionais da saúde da família. *Ambient. soc.*, 2012;15(2): 133-150.
- 27 Camponogara S *et al.* Visão de profissionais e estudantes da área de saúde sobre a interface saúde e meio ambiente. *Trab educ saúde*, 2013;11(1): 93-111.
- 28 Almeida LS, Cota ALS, Rodrigues DF. Saneamento, Arboviroses e Determinantes Ambientais: Impactos na saúde urbana. *Cien Saude Colet* [internet], 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/saneamento-arboviroses-e-determinantes-ambientais-impactos-na-saude-urbana/17113?id=17113>
- 29 Gomes UAF, Heller L. Acesso à água proporcionado pelo Programa de Formação e Mobilização Social para Convivência com o Semiárido: Um Milhão de Cisternas Rurais: combate à seca ou ruptura da vulnerabilidade?. *Eng. Sanit. Ambient.*, 2016;21(3): 623-633.
- 30 Bahia-Oliveira LM, Jones JL, Azevedo-Silva J, Alves CC, Orefice F, Addiss DG. Highly endemic, waterborne toxoplasmosis in north Rio de Janeiro state, Brazil, *Emerg Infect Dis*, 2013;9: 55-62.

- 31 Amorim Garcia CA *et al.* Socioeconomic conditions as determining factors in the prevalence of systemic and ocular toxoplasmosis in Northeastern Brazil. *Ophthalmic Epidemiol.* 2004;11(4):301-17
- 32 Raskovisch Bártholo BBG, Monteiro DLM, Trajano AJB, Jesús NR. Toxoplasmose na gestação. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)*, 2015; 14(2)
- 33 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 27, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 27 Out 2017
- 34 Nirazawa AN, Oliveira SVWB. Indicadores de saneamento: uma análise de variáveis para elaboração de indicadores municipais. *Rev. Adm. Pública*, 2018;52(4): 753-763.
- 35 Bezerra ACS, Bitoun J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental, *Cien Saude Colet*, 2017;22(10): 3259-3268.
- 36 Ferreira SRS, Perico LAD, Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm*, 2018;71(1): 704-709.
- 37 Machado GCXMP, Maciel TMFB, Thiollent, M. Uma abordagem integral para Saneamento Ecológico em Comunidades Tradicionais e Rurais. *Cien Saude Colet* [internet], 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/uma-abordagem-integral-para-saneamento-ecologico-em-comunidades-tradicionais-e-rurais/17291>
- 38 Machado JMH *et al.* Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Comunicação em Ciência e Saúde*, 2017;28(2): 243-249.
- 39 Porto MFS. Crise das utopias e as quatro justiças: ecologias, epistemologias e emancipação social para reinventar a saúde coletiva. *Cien Saude Colet*, 2019;29(12): 4449-4458.
- 40 Carneiro FF, Pessoas VM. "Direito à Saúde", *Dicionário Alice*, 2019. Disponível em: https://alice.ces.uc.pt/dictionary/?id=23838&pag=23918&id_lingua=1&entry=24260.
- 41 Moniz MA, Daher DV, Sabóia VM, Ribeiro CRB. Environmental health: emancipatory care challenges and possibilities by the nurse. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3).
- 42 Leite TSA *et al.* Enfermagem na promoção da sustentabilidade ambiental: uma revisão integrativa. *Revista Observatório*, 2019;5(6): 597-612.
- 43 Hone T, Macinko J, Millet C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet* 2018; 362:1461-72.

6.2 ARTIGO – SAÚDE E TRABALHO DA POPULAÇÃO DO CAMPO E DAS ÁGUAS EM MUNICÍPIOS DO NORDESTE DO BRASIL: UM OLHAR DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

Trabalho é considerado determinante social da saúde, e para a População de Campo, Floresta e Águas, sua interferência na saúde ocorre de maneira especial. Pela proximidade da Atenção Primária com as comunidades de seus usuários, é necessário que os profissionais que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) compreendam a dimensão da determinação social no processo saúde-doença. Dessa forma, este artigo versou sobre as percepções destes profissionais em territórios do campo e das águas do Nordeste sobre trabalho das famílias assistidas e sua relação com o processo saúde-doença. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas, utilizando da Análise Temática como técnica de análise. De acordo com os profissionais da ESF, apenas a agricultura familiar ou a pesca artesanal não são suficientes para subsistência ou fonte de renda e a falta de oportunidades no território vêm agravando a saúde da população. As políticas públicas de saúde e de âmbito social não são suficientes para a qualidade de vida desta população. Vale ressaltar, todavia, que há lacunas no que se refere a compreensão e atuação dos profissionais nas doenças relacionadas ao trabalho e nos acidentes de trabalho, sendo urgente o planejamento de educação permanente entre os profissionais de saúde a respeito do tema. Deve-se ressignificar as atividades de promoção, prevenção e educação em saúde, focando na garantia de direitos em saúde, sociais e previdenciários, aventando-se a possibilidade de dispensação de equipamentos de proteção individual para o trabalhador de campo e das águas.

Palavras-chaves: Saúde do Trabalhador Rural, Estratégia Saúde da Família, Determinantes Sociais da Saúde, Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Work is considered a social determinant of health, and for the population of the countryside, forest and water, its interference in health occurs in a special way. Due to the proximity of Primary Care to the communities of its users, it is necessary that professionals working in teams of the Family Health Strategy (FHS) understand the dimension of social determination in the health-disease process. Therefore, this article deals with the perceptions of these professionals in territories of the countryside and the waters of the Northeast about the work of the assisted families and their relationship with the health-disease process. It was a qualitative research, through semi-structured interviews, using Thematic Analysis as an analysis technique. According to FHS professionals, only family agriculture or artisanal fishing are not enough for subsistence or source of income, and the lack of opportunities in the territory has worsened the population's health. Public health and social policies are not enough for the quality of life of this population. However, it is worth mentioning that there are gaps in the understanding and performance of professionals in work-related diseases and accidents, and there is an urgent need for planning permanent education among health professionals on this issue. The activities of promotion, prevention and health education must be resigned, focusing on the guarantee of health, social and social security rights, considering the possibility of individual protection equipment dispensation for field and water workers.

Keywords: Rural Health, Family Health Strategy, Social Determinants of Health, Qualitative Research

INTRODUÇÃO

No Brasil rural, a tecnologia avança para grandes indústrias de monocultura extensiva, ficando distante do trabalhador artesanal, cujo trabalho é realizado em regime familiar, com características singulares. Este torna-se mais vulnerável ao processo de trabalho, no qual qualquer evento que acometa um membro da família pode estar relacionado ao processo saúde-doença e ameaçar a própria subsistência¹⁻³.

Neste artigo, aborda-se a saúde e trabalho com enfoque nas populações do campo e das águas (PCA): povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a natureza, como agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo^{4,5}.

No campo e nas águas, ainda existem limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde e na utilização de cuidados ambulatoriais. A procura por atendimento nestas regiões é predominantemente motivada por doenças agudas, sobrecarregando o serviço com atividades assistenciais e reduzindo intervenções preventivas e promotoras da saúde que são pontos inerentes à atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS)⁶⁻¹⁰.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido o principal fator de aprimoramento e consolidação da APS no Brasil, cujas práticas assistenciais devem estar voltadas para uma população em territórios adscritos, de forma que as intervenções sobre os problemas de saúde sejam também, sobre as condições de vida das populações¹¹⁻¹³.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA) é uma política de promoção de equidade em saúde, com o intuito de reduzir riscos e agravos acarretados pelos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas, e melhorando os indicadores de saúde e a qualidade de vida desta população^{6,14,15}.

Para a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), a APS tem entre suas ações: reconhecer e mapear atividades produtivas no território; reconhecer e identificar riscos potenciais e impactos à saúde do trabalhador; notificação de agravos relacionados ao trabalho¹⁶.

O olhar ampliado de profissionais da ESF sobre território é estratégico para a incorporação efetiva da PNSIPCFA e da PNSTT. É fundamental que a equipe de saúde responsável pelo território se aproprie dos processos produtivos existentes, atentando para as distintas características e operações durante o processo laboral e compreendendo a relação do processo de saúde do trabalhador com o contexto socioambiental^{17,18}.

Este manuscrito objetivou compreender percepções de profissionais de equipes da ESF em territórios do campo e das águas sobre o trabalho das famílias adscritas e sua relação com o processo saúde-doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório e descritivo^{19,20}, realizado em quatro municípios do Nordeste brasileiro. Para cada um, selecionou-se uma equipe completa de atuação em áreas rurais ou rururbanas (áreas de transição entre o rural e o urbano) da ESF e que atendessem comunidades/movimentos populares do campo e das águas. Profissionais que estiverem nas funções de enfermeiro, médico, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem (TE), técnico de saúde bucal (TSB), agente comunitário de saúde (ACS), agente de combate a endemias (ACE) foram convidados, totalizando 29 entrevistas, pois de uma destas equipes um ACS a mais demonstrou interesse e os pesquisadores compreenderam que a escuta de mais um profissional contribuiria para ampliar o estudo.

Foi utilizada a entrevista como técnica de investigação, cujo roteiro possuía temas norteadores como: saúde e trabalho; ocupações e riscos ocupacionais; dentre outros. Para preservar a identidade dos participantes, foram enumeradas as entrevistas por categoria profissional. Para análise, utilizou-se da técnica Análise Temática²¹.

A pesquisa de campo foi realizada no período de junho a agosto de 2019, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, através do parecer nº 3.372.478.

Este artigo integra a dissertação de mestrado do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, polo Fiocruz Ceará, intitulada ‘Um olhar de profissionais de equipes saúde da família sobre saúde, ambiente e trabalho da PCA’, vinculada a pesquisa ‘Produção de indicadores para avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de APS em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte’

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias temáticas que emergiram nos discursos foram denominadas redes de significados, e são as seguintes: **a) os modos de vida e de trabalho da PCA; e b) os agravos à saúde dos trabalhadores do campo e das águas.**

a) Os modos de vida e de trabalho da PCA

Comunidades camponesas convivem com o semiárido mediante a agricultura familiar e, em grande parte, com a proposta agroecológica. Através disso, tentam construir um modo de vida com costumes e valores diferentes da lógica capitalista do agronegócio²².

O modo de vida como essa população se relaciona com o ambiente e/ou o trabalho é determinante da saúde. Nesse sentido, correlacionar somente um fator da atividade artesanal e sua relação com a saúde da PCA se torna difícil pelo aspecto de como essa população se inter-relaciona também com o ambiente e o trabalho. Para esta população, não se considera apenas o trabalho como universo econômico, mas um espaço de relações sociais mais amplas, e por isto os profissionais de saúde (PS) precisam observar como a PCA se organiza, produz e adocece²³.

No campo do trabalho, os PS da ESF mencionaram as principais ocupações da população assistida, destacando: pescador e pescadora artesanal, agricultores familiares, profissionais autônomas, como rendeiras e comerciantes e donas de casa, como lê-se nos discursos a seguir:

“A maioria das pessoas que vivem aqui, elas são mais agricultoras, vivem mais das coisas da roça, de pesca, [...] cuidando dos animais, que eles criam [...] gado porco, essas coisas... eles tiram o dinheiro dali pra poder sobreviver”. (TE 02).

“Na zona rural, é mais agricultura, eles trabalham [...] Lembrando que na região que eu trabalho, tem um açude lá, a lagoa, o açude [...] e muitos vão pescar também [...] A pesca eles não trabalham nem *pra* questão da geração de renda, mais é pro consumo mesmo”. (ACE 01).

“As mulheres... algumas são rendeiras, mas a maioria, em parte hoje em dia, chega a ser dona de casa ou contribui de outras formas na agricultura” (Médico 02).

Fica evidente no discurso dos profissionais a necessidade de a PCA buscar outras fontes de renda além da pesca artesanal ou da agricultura familiar. Um estudo de 2017, identificou que cerca de 63% das famílias pesquisadas possuíam rendimento externo às condições agrícolas como complementação da prática artesanal. Neste, destacou-se que algumas das dificuldades apresentadas se dava pela dificuldade do agricultor artesanal na inserção de seus produtos no mercado, principalmente pela dificuldade no transporte²⁴.

O trabalho, além de gerar renda, pode viabilizar condições materiais de vida e tem uma dimensão humanizadora, permitindo a inclusão social de quem trabalha e favorecendo a formação de redes sociais de apoio, ambos importantes para a saúde²⁵.

Quanto às percepções dos PS acerca do trabalho como potencialidade ou fragilidade da PCA, na literatura, já se identifica tal relação ambivalente sob a ótica destes, na qual se transforma a natureza em produtos para satisfazer suas necessidades, garantir a sobrevivência e é um momento de interação entre outros trabalhadores para também dividir as dificuldades²³.

Sob a ótica dos PS, estabelece-se esta mesma relação de ambivalência quando o olhar se volta para a relação entre o modo de vida e o trabalho e o processo saúde-doença. Os significados atribuídos pelos entrevistados expressam que a pesca artesanal e a agricultura familiar não geram renda suficiente para o sustento, e também cursam com agravos à saúde.

“Basicamente eles não tem uma renda fixa, eles dependem do mar (...) Se não tiver um aposentado em casa, passa fome aqui e aí interfere, (...) a saúde fica um pouco debilitada, né existe uma carência aqui de vitamina, de tudo no organismo da pessoa que precisa de uma boa alimentação uma boa dieta alimentar que muitos não consegue manter por falta de recurso”. (TSB 02).

“A grande parte da população daqui tem uma rentabilidade através de pesca, né, é uma cidade que tem um polo de pesca e a saúde deles muitas vezes é um pouco precária, né, por conta de contaminação mesmo de água ou uma condição do trabalho em si, eles deixam um pouco a saúde de lado”. (Cirurgião-dentista 01).

“Na agricultura também (...) é um trabalho sofrido, um trabalho que causa *sofrência* mesmo, (...) eles trabalham, até pessoas idosas ali trabalhando, capinando no meio do sol quente e, às vezes, são pessoas até aposentadas, mas insistem, tá ali, naquelas atividades de trabalho, na luta do dia a dia na agricultura”. (ACE 01).

Observa-se a compreensão dos entrevistados acerca da correlação do trabalho e o processo de adoecimento da população assistida. Nos discursos, enfatizam condições precárias de trabalho, a desproteção social, no que se refere à renda física para subsistência e a falta de cuidado com a própria saúde, possivelmente pela sobrecarga de trabalho.

A importância da renda fixa para o agricultor familiar é pautada quando se observa a necessidade da aposentadoria rural para garantia mínima de subsistência. Um estudo realizado por Maciel *et al.*²⁶, 2014, descreve o uso do aposento não é suficiente para adquirir bens materiais em função da necessidade de ajudar filhos, financiar o estudo dos filhos em meio rural ou até mesmo manter produção agrícola para subsistência. No último discurso, menciona-se a “insistência” da população aposentada em trabalhar, sem dimensionar que o trabalho destes pode ser mais um meio de sobrevivência e garantia de alimentação individual e da família.

Como proposta de promoção da soberania alimentar, tem-se o Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 2016-2019, porém é necessário acesso à terra e a condições

que fortaleçam a produção familiar e, em um modelo econômico capitalista promotor do agronegócio, isto se torna inacessível. A agroecologia deveria ser considerada pelo fato de promover maior disponibilidade de alimentos saudáveis à nível local e contribuir para a sustentabilidade e a saúde dos territórios de maneira positiva^{27,28}, além de possibilitar a redução da carga horária de trabalho extenuante mencionada pelos profissionais entrevistados.

Apesar dos discursos supracitados, identificou-se benefícios quando versaram sobre o impacto do trabalho do ponto de vista de resistência física, vigor, disposição e vitalidade daqueles que trabalham no mar sob a ótica de trabalho promotor de saúde.

“Existe assim um grupo de pessoas que realmente eles trabalham, eles desenvolvem sua atividade como a maioria dos pescadores, as marisqueiras e isso tem influenciado também [...] Incrível como o HDL (colesterol) deles são bons... Me chamou muita atenção isso aí [...], eu vejo o pessoal que tem...não tem muito obeso, entendeu? Talvez pela prática né, no mar, marisqueira, faz aqueles exercícios e tudo, né.” (Médico 01).

Porém, cabe destacar que a condição física é um fator interno ao observar a carga de trabalho e que para considerar processo de trabalho adoecedor ou protetor, deve-se levar em consideração outras condições^{18,29}. Logo, PS que lidam com trabalhadores artesanais devem estar atentos a fatores além da condição física ou resultados de exames laboratoriais para correlacionar o determinante trabalho como benéfico para a saúde.

Profissionais médicos identificaram a falta de trabalho como capaz de gerar ansiedade, e relacionaram a ociosidade com idas à unidade básica de saúde. É evidente que o desemprego e a falta de um salário-mínimo são exemplos que influenciam a saúde de maneira negativa, aumentando o sofrimento por problemas de saúde mental como depressão, dentre outros³⁰. Os discursos abaixo expressam estes significados.

“[...] Está muito relacionado com essa questão de estar mais casa, não ter nenhuma outra ocupação se não for cuidar da casa, da família, então isso vai gerando ansiedade, vai gerando preocupação e... pronto.... talvez a falta de ocupação seja um fator de risco [...] geralmente quando o homem é envolvido com algum tipo de atividade de trabalho, ele adocece menos. Quando ele é mais, não é que seja desempregado, mas assim, tá mais exposto a fator de risco, tipo a consumo de drogas que você sabe que tem um índice alto disso”. (Médico 02).

“A ociosidade é muito grande. Tem umas certas pessoas que não têm muita ocupação. Eu acho que isso acaba interferindo na questão da ansiedade. Procurar o serviço de saúde em busca de algumas soluções dos seus problemas”. (Médico 01).

O desemprego involuntário é um desafio no mercado de trabalho e reflete falhas políticas com implicações sociopolíticas e econômicas, cursando com descontentamento e elevando as mazelas na sociedade³¹.

Não é por estar trabalhando que a população está assegurada no que diz respeito à renda ou alimentação. Além da informalidade da atividade laboral no campo, muitos trabalhadores artesanais têm seu modo de vida e subsistência na sua produção, porém horas extenuantes de trabalho com exposição a diversos riscos à saúde não garantem o alimento individual e da família. Afinal, o modelo econômico marcado pelo agronegócio gera uma concorrência desleal, gerando efeitos perversos de inibição e sujeição do ser humano ao meio técnico, com atrofia ou anulação de qualidades individuais e impactando não somente na saúde do trabalhador, mas na saúde ambiental³². Desta forma, os profissionais devem considerar não só a ausência de trabalho como gerador de ansiedade ou outro transtorno mental, mas compreender que a falta deste influencia diretamente em outros determinantes da saúde, como alimentação e lazer, que deveriam ser garantidos pelo Estado.

Como política social, um ACS reconheceu a importância do seguro-defeso, o benefício desemprego do pescador artesanal, e do Programa Bolsa Família (PBF), porém relatou que em algumas ocasiões o pagamento atrasa e algumas famílias ficam ainda mais vulneráveis.

"[...] aí tipo assim quando tá nesse período eles se acomodam, poucos iam pescar, buscar suas alternativas só espera pelo seguro e, às vezes, o seguro trava e não consegue tirar, aí precisa colocar um advogado e nesse período é que onde a população passa um pouco mais de necessidade". (ACS 04).

Embora o PBF possibilite reduzir os índices de desigualdade socioeconômica e fome, ainda é pouco eficaz isoladamente no combate à insegurança alimentar³³.

As dificuldades enfrentadas pela PCA, pode justificar a diminuição do interesse dos jovens e das mulheres como força de trabalho na agricultura familiar e na pesca artesanal. Os PS percebem uma transição no trabalho, todavia reforçam o predomínio dos processos produtivos tradicionais.

"A principal (ocupação) mesmo é a pesca e agricultura, (...) mas teve uma mudança que foi bem... é uma transição, muitas pessoas saíram da pesca e preferiram ir pra agrícola como eles chamam por conta mesmo... questão da renda e porque como eles dizem a pesca não dá tanto mais e a outra fonte que eu vejo também, tem muitas pessoas que estão saindo pra trabalhar em casas, principalmente mulheres, adolescentes, crianças... crianças não, mulheres jovens acho que tá tendo essa transição mas prioritariamente ainda constitui-se na pesca e na agricultura". (Enfermeiro 01).

"O pessoal mais jovem sai pra região Sul, Centro-Oeste pra trabalhar" (ACS 02).

"Eles estão meio que migrando... aí também tem aquela questão do êxodo, que eles acabam indo São Paulo, (...) *pras* metrópoles". (Enfermeiro 03).

Estudos relatam possíveis causas para persistência do êxodo rural: família de idosos, sem sucessão familiar; dependência de outras atividades para manter subsistência; baixa produtividade, alto endividamento e problemas com o fluxo financeiro, e baixo nível de

satisfação com a vida no campo e dificuldade no acesso à terra³⁴. Deve-se levar em consideração que, muito além do que uma mudança ou transição nas formas de trabalho e ocupações desta população, há também um distanciamento da própria cultura e modo de vida da PCA, cujo impacto está além da garantia de emprego.

Reforça-se a importância da ESF nesse sentido, pois os profissionais parecem sensibilizados à determinação social da saúde, na qual alimentação, trabalho e lazer deveriam ser direito universal pela sua interferência direta no processo saúde-doença. Porém, para o cuidado integral, além da percepção dos determinantes sociais neste processo, é necessário colaboração no empoderamento da população pela luta de seus direitos e aprimoramento em práticas relacionadas à saúde do trabalhador, incluindo o desempregado, também considerado trabalhador para o SUS¹⁴, visando promoção, prevenção e assistência à saúde da PCA.

b) Os agravos à saúde dos trabalhadores do campo e das águas

O trabalhador do campo enfrenta alguns riscos ocupacionais, dentre eles: físicos, dada a exposição à luz solar e ao calor excessivo, químicos, com o uso de agrotóxicos e poeira, ergonômicos, pelo esforço físico intenso e alta carga horária de trabalho e biológicos, com animais peçonhentos e contaminação pelo *Trypanossoma cruzi*³⁵. Quando o olhar se volta para a saúde do pescador artesanal, acresce-se o risco de infecções urinárias, dermatites pelo contato frequente com água e lama que gera atrito, irritações e infecções³⁶.

Dentre os ACE e ACS, todos perceberam a grande exposição ao sol, os movimentos repetitivos, os acidentes de trabalho, ou a utilização de produtos químicos na agricultura como fatores de risco à saúde do trabalhador.

“A gente diz que tem verão é o ano todo praticamente (...) aí tem a incidência de doenças de pele porque a gente mora numa comunidade que em sol praticamente o ano todo, chove muito pouco aí isso de certa forma (...) porque eles passam dez doze até quinze horas no mar”. (ACE 02).

"Algumas vezes adoecem pela falta de chegar até eles aquela atenção básica [...] a se a pessoa não tiver cuidado, a doença de chagas chega fácil pra eles". (ACE 04).

“A doença mesmo do pescador é coluna por causa do peso que que eles têm um saco que eles trabalham, botando pra lá e botando pra cá (...) e a pele, o câncer de pele é as duas doenças mais que... atinge o pescador” (ACS 04).

“(...) A maioria das doenças que tem mais por aqui é de coluna, de osso, as pessoa se queixando de dor na coluna, que plantam, que não podem plantar porque tem dor na coluna, é as doença que tem mais aqui é esses” (ACS 03).

Entre os TE e os TSB, também houve reconhecimento de cargas horárias extenuantes de trabalho entre a população como fator que interfere no cuidado de comorbidades como diabetes ou hipertensão, a falta do uso de equipamentos de proteção individual (EPI) como risco de doença e uso de agrotóxicos prejudicando a saúde do trabalhador do campo.

“Risco diretamente das atividades não. Mas assim, o hábito alimentar deles é que não é correto. A gente percebe muito isso. É paciente que não é diabético e de repente vem com mal-estar, vem com dormência e passa por mim, verificou a pressão arterial, sempre tá um pouco elevada [...] eu acredito que a maioria de nossos problemas aqui tá no hábito alimentar. Falta de exercício físico por trabalhar demais, e aí acaba atrapalhando, eles não conseguem ter uma alimentação adequadamente”. (TE 01).

“Quando a gente vai trabalhar em alguma coisa, a gente tá exposto a algum tipo de risco. Pode ser riscos biológicos, pode ser a questão de pegar muito sol, pegar muita poeira, ou então de algum animal pegar e acabar mordendo o próprio cuidador, ele acabar adquirindo alguma doença”. (TE 02).

“Tem muita gente que trabalha aqui na agricultura que usa agrotóxico, que não se tem EPIs então trabalha avulso a Deus dará, e quando chega a procurar a unidade já tá doente” (TSB 03).

“Não sei [...] Ficar doente, acho que cansa mais, é um trabalho muito pesado [...] esforço né”. (TSB 04).

As condições de trabalho e as próprias atividades do trabalhador rural são fatores de vulnerabilidade para diversas doenças, condicionada inclusive a fatores ambientais que podem desencadear agravos à saúde¹⁶ e isso foi apreendido pelos entrevistados mesmo naqueles que não identificaram um risco ocupacional propriamente dito.

Dos cirurgiões-dentistas, foi identificado principalmente o risco da exposição solar para aparecimento de câncer de pele, de boca ou lesões nos lábios. Um deles descreveu sua dificuldade de assistir à população trabalhadora em função dos agravos trazidos pelo processo produtivo quando diz que:

“Geralmente eles são mais expostos ao sol, à exposição solar, e isso tá diretamente ligado à questão de câncer bucal, câncer de pele... principalmente né... e aí a parte do cirurgião dentista tá englobado principalmente a parte dos lábios (...) a gente às vezes observa lesões... não cancerígenas exatamente, mas às vezes, pré e, às vezes, a gente vê os lábios bem ressecados... e (...) a gente dá umas orientações de cuidados e (...) A gente vê muita gente com dor na coluna, dor nas costas, tem problema, então, às vezes, o atendimento na cadeira, eles já falam assim: ‘não, tenho problema de coluna, tô com uma dor de coluna aqui’ e aí a gente tem que ver a melhor posição, por exemplo, na cadeira para poder fazer o procedimento”. (Cirurgião-dentista 03).

Enquanto a literatura ainda é bastante escassa no que se refere a investigações das condições crônicas relacionadas à saúde da PCA, as queixas osteomusculares foram bastante pautadas pelos PS neste estudo. Os entrevistados em geral, abordaram as principais demandas atendidas nas unidades: lombalgia, artralgia, hérnias discais, tendinite, dentre outras. Não à toa, estudos evidenciam alta prevalência de dor e distúrbios musculoesqueléticos nos agricultores e na pesca artesanal³⁷⁻⁴⁰.

O uso de agrotóxicos foi evidenciado nos discursos de ACE, ACS, médico e TSB, um deles descrevendo suas experiências com demandas relacionadas ao uso destes produtos químicos, quando falou de reações alérgicas na pele e de reações respiratórias. Os demais, relataram ciência do uso pelos trabalhadores, e que estes, em sua maioria, não utilizam EPI.

“Tem o contato, a gente vê, com os pesticidas, os agrotóxicos [...] É comum a gente vez ou outra atender pacientes que são aquele produtor individual, que ele mesmo faz uso do agrotóxico né e ele vem com reações alérgicas na pele, digamos assim, alguma reação respiratória, algum quadro respiratório relacionado a intoxicação, né. Nas vezes, grande maioria, por sorte, não muito grave, mas sempre tem, tem quadros assim”. (Médico 03).

“É complexo né a agricultura, porque aqui *num* se produz sem o agrotóxico né... coisa que a gente vê aí afora que... tem bastante agrotóxico”. (ACS 02)

Há comprovação científica sobre os agravos agudos e crônicos relacionados a agrotóxicos, devido à exposição, através da manipulação e aplicação dos produtos, e à contaminação de comidas e de resíduos presentes no ar durante manipulação. É a partir do contato indireto que se pode pensar na exposição crônica acarretando danos^{41,42}. Nesse sentido, mesmo com relatos breves sobre o uso de agrotóxicos, todos os profissionais da ESF precisam estar cientes dos riscos relacionados ao trabalho.

Nota-se a percepção dos PS quanto aos agravos relacionados às condições de trabalho da PCA. Cabe a assistência dessa população como modo de reduzir os danos relacionados ao trabalho extenuante de trabalho e seu impacto na saúde da população. Porém, também é atribuição da ESF, além de atendimentos individuais, a garantia de espaços de educação em saúde. Para esta população em específico, a possibilidade de orientar quanto ao manejo correto dos instrumentos de trabalho e à importância da utilização de EPI, a necessidade de pausas entre os processos de trabalho, para reduzir ou minimizar, principalmente, queixas osteomusculares.

Quanto ao aparecimento de acidentes de trabalho na prática dos entrevistados, cabe destacar:

“Os agricultores também não utilizam EPI, [...] já presenciei alguns episódios de acidentes com agricultores, com os tipos de equipamentos que eles utilizam, como foice, facão, de ferimentos né, na mão, essas coisas. Questão do caso do uso dos EPI, botas, quer dizer, tem os riscos de ser picado por cobra, principalmente nesse período agora que a população de cobra tá bem grande”. (ACE 01).

“Já teve de acontecer algum... principalmente com corda, esse pessoal que trabalha com agricultura com essas ferramentas mais pesadas, mas nada de tipo assim específico, de extrema relevância, normal”. (Cirurgião-dentista 02)

“Às vezes é de chegar [...] com cortezinho aqui, algum machucado alguma coisa, faz o curativo e aí a gente orienta pra ter cuidado né [...] às vezes se corta, às vezes, no mato também, na agricultura se cortam aí ficam em casa, tem que fazer curativo e a gente tem que abranger todo mundo”. (ACS 04).

“Tem muito é a questão dos acidentes cortantes né, eles se machucam com foice, com as enxadas, com facão que eles acabam utilizando no dia-a-dia. Depois que eu estou aqui (na unidade de saúde), não teve acidentes graves. E com animal peçonhento pra vir direto pra cá também não”. (Enfermeiro 03).

“Eles tão sempre correndo o risco né porque a pessoa pega uma canoazinha vai até num sei quantos metros de água né, só indo com um barquinhozinho desse é um risco de vida pra quem conhece o dia-a-dia deles.” (TE 04).

Do ponto de vista de vigilância em saúde, os profissionais da ESF devem estar atentos e notificar compulsoriamente todo e qualquer acidente relacionado ao trabalho, ou seja,

aquele que ocorre durante o exercício do trabalho, que provoca lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda ou redução permanente ou temporária da capacidade para o trabalho. Considerando igualmente os agravos ocorridos no percurso da residência do trabalhador até seu local de trabalho e vice-versa⁴³.

Porém, nos discursos parece haver uma normalização desses acidentes, realizando apenas práticas assistenciais. A APS deve ser uma importante estratégia para a atenção à saúde do trabalhador. Quando o olhar se volta para o território rural, os trabalhadores autônomos, por vezes, têm como único recurso à unidade de saúde, e a equipe presente no local precisa estar preparada para promoção, prevenção, tratamento e proteção em saúde, principalmente em municípios onde a utilização de serviços públicos de saúde seja marjoritária^{8,44}.

Além disso, deve-se considerar buscar a dispensação de EPI pelo SUS para trabalhadores artesanais. Medidas de proteção coletivas também devem ser incentivadas e implementadas⁴⁵.

Um TE falou sobre campanhas relacionadas à vacinação de tétano devido aos acidentes cortantes em seu território, sendo já relatado na literatura a relevância das medidas de prevenção da ocorrência de tétano acidental em pescadores artesanais⁴⁵.

"[...] alguns já sabem que se tiver colega furado de prego, furado de arame corre pro posto tomar vacina [...] porque a gente abre os olhos dele 'tenham cuidado se se furar venham aqui tomar vacina'". (TE 04).

Quanto ao uso propriamente de EPI, alguns profissionais identificavam a importância de orientar tal cuidado, apesar de concordarem na dificuldade da população de os adquirirem. Os discursos abaixo versam sobre esta afirmação:

"Aí aquela pessoa, aquele agricultor que trabalha desprotegido, (...) eles tão naquela pulverização, sem luva, sem nada, pega uma água pra beber, aí já é... uma interferência pra saúde, né? Sem tá protegido, né?". (ACS 03).

"Eu não sei lhe dizer bem, porque tem os riscos, mas como eu digo pra você, a proteção deles né, que assim, normalmente agricultor não anda muito protegido, com bota, aí eu não sei lhe dizer se os daqui usam". (Cirurgião-dentista 02).

"É, eles têm incidência maior ao raio solar não usam protetores que basicamente não tem nem como comprar... A prefeitura não cede... Antes tinha uns projetos que dava uns chapéus, mas também faz anos". (TSB 02).

"O pessoal que cria vaca (...) a gente percebe que não tem aqueles cuidados adequados, né [...] o pessoal assim que não se previne pra cuidar, né? [...] Vamos dizer assim: uma vestuária completa, porque você sabe que vai vacinar um boi e você corre um risco, (...) de sofrer uma patada, corre o risco de levar um corte, né, de sofrer algum ferimento, né, e a maior parte do pessoal vai assim mesmo... normal, né, de short, de mão livre, né, de nada, sem se prevenir, né". (ACE 02).

Sabe-se que o Brasil precisa cuidar de seus pescadores, pois boa parcela da economia do país é sustentada por esta população, e são várias as circunstâncias perigosas a que estão

expostos estes trabalhadores, devendo o fornecimento de EPI ser distribuídos pelo SUS⁴⁴. Sob esse aspecto, também podemos ampliar o olhar para a agricultura familiar, pois de acordo com o Censo Agropecuário de 2017⁴⁶, 23% de toda a produção agropecuária brasileira provém deste meio. Sob esta ótica, ainda que o modelo econômico só vise o lucro, o cuidado na saúde do trabalhador precisa se fazer presente.

Conforme literatura³, um indivíduo da família que se ausenta do trabalho artesanal repercute negativamente na produção desta, e por consequência, interfere diretamente na saúde dos demais familiares. Logo, reforça-se que a PCA se relaciona com o trabalho é também seu modo de (sobre)vida e os PS precisam envolver esta população em práticas de saúde que se assegurem um mínimo de condições salubres de trabalho, garantindo promoção, prevenção, educação e assistência em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se uma heterogeneidade no que concerne o trabalho, a carga de trabalho e sua relação com o modo de vida e saúde da PCA entre as categorias profissionais entrevistadas. É fato que, somente a agricultura familiar e/ou a pesca artesanal não são suficientes para subsistência ou fonte de renda das famílias.

Do ponto de vista da ESF, em diálogo com a PNSIPCFA e PNSTT reconhecer a relação do modo de vida e trabalho no território, por parte das equipes é extremamente relevante para o cuidado integral. Percebeu-se que os profissionais das equipes da ESF estabeleceram esta relação, ainda que não homogênea nos discursos. Todavia, há lacunas no que se refere a compreensão e atuação dos profissionais nos eventos agudos (acidentes) e crônicos relacionados ao trabalho, sendo a garantia de promoção e educação em saúde ainda um dos grandes hiatos na APS de território de campo e águas.

Os profissionais da ESF não mencionaram estratégias capazes de modificar ou intervir no processo de adoecimento relacionados à prática artesanal.

Reforça-se a urgência de ampliar atividades de educação permanente entre os PS de ESF no que diz respeito à vigilância e promoção da saúde do trabalhador para que sejam planejadas ações de atenção integral, visando a qualidade de saúde dos trabalhadores e da PCA.

Para promover equidade, princípio doutrinário do SUS², a consolidação das PNSIPCFA e PNSTT é urgente, considerando o modo de vida da PCA que tem seu trabalho como meio de sobrevivência e subsistência.

REFERÊNCIAS

- 1 Evangelista, AIB *et. al.* A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. Revista RENE, Fortaleza, v. 12, n. esp, p. 1011–1020, Dez. 2011.
- 2 Brasil, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a 14 p.
- 3 Scopinho, RA. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1575-1584, jun 2010.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Brasília: Ministério da Saúde; 2014, 52p.
- 5 Pitilin, EB; Lentsck, MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 49, n. 5, p. 726-732, out. 2015
- 6 Soares, RAS *et. al.* A invisibilidade da população do campo, da floresta e das águas no Brasil: desafio para os sistemas de informações em saúde. Book Chapter. In: Carneiro, F. F.; Pessoa, V. M.; Teixeira, A. C. A. (Org.) Campo, Floresta e Águas - Práticas e Saberes em Saúde. Brasília: Universidade de Brasília, Cap. 5, p. 106-124, 2017.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde e Ambiente para as Populações Saúde e Ambiente para as Populações. Brasília: Ministério da Saúde; 2015, 52p.
- 8 Silvério, ACP *et. al.* Avaliação da atenção primária à saúde de trabalhadores rurais expostos a praguicidas [online]. v. 54
- 9 Carneiro, FF *et. al.* Teias de um Observatório para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. Tempus: Actas de Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 275-293, 2014
- 10 Pessoa, VM. Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.
- 11 Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Contribuição da Rede de Pesquisa em APS/Abrasco para a formulação de uma agenda política estratégica para APS no SUS. In: XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2018 jul 26-29. Rio de Janeiro: Abrasco; 2018 [acesso em 20 de novembro 2019]. Disponível em: http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Abrasco_Final_06.07.pdf
- 12 Shimizu, HE *et. al.* Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. Rev. esc. enferm. USP [online], v. 52, e03316. Epub abril, 2018.
- 13 Santos, AL; Rigotto, RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab. educ. saúde (Online), Rio de Janeiro , v. 8, n. 3, p. 387-406, Nov. 2010.

- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51.
- 15 Simões, AL. Trabalho e saúde de equipes da Saúde da Família em contextos socioambientais vulneráveis no município de Manaus. 105p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro 2014.
- 16 Souza, S *et. al.* Uma revisão narrativa associando a vulnerabilidade à saúde e os fatores ambientais de trabalhadores rurais. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, v. 16, n. 4, p. 503–508, 2019.
- 17 Santos, AL; Rigotto, RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab. educ. saúde (Online), Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, Nov. 2010.
- 18 Rocha, LP *et. al.* Cargas de trabalho e acidentes de trabalho em ambiente rural. Texto contexto - enferm, Florianópolis , v. 24, n. 2, p. 325-335, Jun. 2015
- 19 Minayo, MCS. (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001
- 20 Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002
- 21 Minayo, MCS. (org.). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- 22 Pontes, AGV; Rigotto, RM; Silva, JV. Necessidades de saúde de camponeses em conflito ambiental frente à instalação de Perímetros Irrigados. Ciênc.saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.5, pp.1375-1386.
- 23 Miranda, SVC; Duraes, PS; Vasconcellos, LCF. A visão do homem trabalhador rural norte-mineiro sobre o cuidado em saúde no contexto da atenção primária à saúde. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 25, n. 4
- 24 Bezerra, GJ; Schlindwein, MM. Agricultura familiar como geração de renda e desenvolvimento local: uma análise para Dourados, MS, Brasil. Interações (Campo Grande) [online]. 2017, vol.18, n.1, pp.3-15.
- 25 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 138 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 41.
- 26 Maciel, RO *et. al.* A relação entre a previdência social rural e a permanência dos idosos no campo em municípios do extremo sul catarinense. Estud.interdiscipl. envelhec., Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 621-638, 2014
- 27 Brasil. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2016-2019). Brasília, DF: CAISAN; 2016

- 28 Correa, MLM. *et. al.* Alimento ou mercadoria? Indicadores de autossuficiência alimentar em territórios do agronegócio, Mato Grosso, Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1070-1083, Out. 2019.
- 29 Alessi, NP; Navarro, VL. Saúde e trabalho rural: o caso dos trabalhadores da cultura canavieira na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.13, s. 2, p. 111-121, 1997.
- 30 Schimidt, M; Janurário, C; Rotoli, L. Sofrimento psíquico e social na situação de desemprego. *Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho*, 21(1), 73-85,2018.
- 31 Amorim, DIM. Ensaio sobre desemprego involuntário, seguro-desemprego e salário de reinserção no Brasil urbano e rural. Dissertação (Mestrado) -Universidade Federal do Ceará. Pós-Graduação em Economia Rural (PPGER/UFC). Fortaleza, 2019
- 32 Pessoa, VM.; Rigotto, RM. Agronegócio: geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, [s. l.], v. 37, n. 125, p. 65–77, jun. 2012.
- 33 Carvalho, TFB. *et. al.* Estado nutricional e segurança alimentar de famílias beneficiadas pelo programa bolsa família: revisão integrativa. *Rev Fun Care Online*. 2020 jan/dez; 12:593-602.
- 34 Hein, AF; Silva, NLS. A insustentabilidade na agricultura familiar e o êxodo rural contemporâneo. *Estudos Sociedade e Agricultura*, v. 27, n. 2, p. 394-417, jun. 2019.
- 35 Ximenes Neto, FRG; Crispim, FSP. Riscos à saúde de trabalhadores rurais no extrativismo da palha de carnaúba. *Enferm. foco (Brasília)* ; 10(2): 17-23, abr. 2019.
- 36 Pena, PGL; Martins, VLA. Riscos de doenças do trabalho relacionadas às atividades de pesca artesanal e medidas preventivas. In: PENA, P. G.L.; MARTINS, V. L. Andrade. *Sofrimento Negligenciado: Doenças do Trabalho em Marisqueiras e Pescadores Artesanais*. Salvador: Edufba, 2014. Cap. 3. p. 93-132.
- 37 Ferraz, L. *et. al.* As demandas do homem rural: informações para a assistência nos serviços de saúde da atenção básica *Rev Min Enferm*. 2013 abr/jun; 17(2): 349-355
- 38 Biazus, M; Moretto, CF; Pasqualotti, A. Relação entre queixas de dor musculoesquelética e processo de trabalho na agricultura familiar.
- 39 Pena, PGL; Martina, VLA. Riscos de doenças do trabalho relacionadas às atividades de pesca artesanal e medidas preventivas. In: Pena, PGL; Martina, VLA. *Sofrimento Negligenciado: Doenças do Trabalho em Marisqueiras e Pescadores Artesanais*. Salvador: Edufba, c. 3. p. 93-132, 2014.
- 40 Martins, AJ; Ferreira, NS. A ergonomia no trabalho rural. *Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde | Salvador*, v. 2, n. 2, jul./dez. 2015
- 41 Soares, MMA. *et. al.* Percepção de conselheiros de saúde acerca do tema agrotóxicos: o papel da participação social em uma sociedade que adocece. *Saude soc.*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 337-349, Mar. 2019.

42 Hendges, C. *et. al.* Human intoxication by agrochemicals in the region of South Brazil between 1999 and 2014, *Journal of Environmental Science and Health, Part B*, 2019

43 Brasil. Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991. Brasil; 1991

44 Lazarino, MSA; Silva, TL; Dias, EC. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo , v. 44, e23, 2019.

45 Feitosa, AIR; Pena, PGL. Acidentes do trabalho nas atividades de pesca artesanal de mariscos. In: Pena, PGL; Martina, VLA. *Sufrimento Negligenciado: Doenças do Trabalho em Marisqueiras e Pescadores Artesanais*. Salvador: Edufba, 2014. Cap. 4. p. 133-156.

46 IBGE. Censo Agropecuário 2017. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/agro/2017>

6.3 ARTIGO – CUIDADO EM SAÚDE PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS TERRITÓRIOS DO MAR E SERTÃO

RESUMO:

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde foi trazida como Política Nacional (PNAB) no ano de 2006, sendo revisada em 2011 e reformulada em 2017, diante de crises política e econômica. Tem como potência a Estratégia Saúde da Família (ESF), principal fator de melhoria e consolidação da Atenção Primária, mas sua ampliação ainda é necessária para garantir acesso e qualidade de atenção à saúde, principalmente para população mais vulneráveis como de campo e das águas, outrora chamada apenas de população rural. Nesse sentido, este artigo propõe identificar as práticas dos profissionais de ESF rurais acerca de uma população que vive predominantemente da pesca artesanal e da agricultura familiar. Tratou-se de um estudo qualitativo, através de entrevistas semiestruturadas de 29 profissionais da ESF do mar e do sertão nordestino. Identificou-se que os profissionais de saúde dos territórios rurais encontram-se na busca por um modelo de atenção fora do eixo biomédico curativista e que a implantação de práticas integrativas e complementares vêm sendo realizadas neste contexto. Os agentes de combate de endemias se mostraram envolvidos para além de vigilância e controle de zoonoses, devendo ser considerado sua obrigatoriedade em equipes da ESF de território rural. Na prática dos profissionais, ações que envolvam saúde ambiental e do trabalhador permanecem focadas no eixo assistencial, e para a população de campo e das águas, devem atravessar ações de promoção, prevenção e educação em saúde, visando a equidade e o cuidado integral.

Palavras-chaves: Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Equidade em Saúde, Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT:

In Brazil, Basic Health Care was brought as National Policy (PNAB) in 2006, being revised in 2011 and reformulated in 2017, in face of political and economic crises. The Family Health Strategy (HFS) is the main factor to improve and consolidate Primary Care, but its expansion is still necessary to guarantee access and quality to health care, mainly to the most vulnerable population, such as the rural population. In this sense, this article proposes to identify the practices of rural FHS professionals about a population that lives predominantly from artisanal fishing and family agriculture. It was a qualitative study, through semi-structured interviews of 29 FHS professionals from the sea and the northeastern hinterland. It was identified that health professionals from rural territories are in search of a model of attention outside the curative biomedical axis and that the implementation of integrative and complementary practices are being carried out in this context. The endemic agents have been involved beyond the surveillance and control of zoonoses, and should be considered as mandatory in FHS teams in rural territories. In the practice of professionals, actions that involve environmental and worker health remain focused on the assistance axis, and for the population in the field and in the waters, they must go through actions of promotion, prevention and health education, aiming at equity and integral care

Keywords: Health Knowledge, Attitudes, Practice, Primary Health Care, Health Equity, Qualitative Research

INTRODUÇÃO

O contexto histórico da Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo percorre um modelo seletivo e assistencialista, com programas já definidos previamente, como o de saúde materno-infantil em países pobres, e visa um modelo abrangente e integral proposto na Conferência de Alma-Ata¹.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado, e a equidade que devem ser consolidados, inicialmente, na porta de entrada do SUS, que é a APS. No caso brasileiro tem se adotado a terminologia Atenção Básica à Saúde (ABS), sendo esta nomenclatura utilizada para se referir às políticas de APS. A primeira Política Nacional (PNAB) é de 2006, foi revisada em 2011 e reformulada em 2017. Em 2006, a PNAB tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida. Em 2011, iniciou-se um movimento de mudança da PNAB, em boa parte baseado no enfrentamento de nós críticos como: infraestrutura, processo de trabalho, qualidade da atenção, gestão do trabalho e financiamento. Em 2017, em meio a crises política e econômica, sua reformulação foi considerada como favorecimento à economia em detrimento do aprimoramento e qualificação da ABS². No país, com vistas a melhoria e consolidação da ABS, tem sido adotada a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o principal modelo de atenção, composta, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal³.

A ESF tem como fundamentos do processo de trabalho: definição do território e territorialização; vínculo longitudinal; ser porta de entrada preferencial do SUS; adscrição de clientela; responsabilização sanitária; acolhimento e acesso, com o fito de produzir a atenção integral, que tem se efetivado por meio da descentralização/municipalização da assistência à saúde^{2,3}.

A ampliação da ESF é necessária para garantir o acesso da população aos serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde. Perceber o processo de transformação e caminhar na implantação de políticas de saúde, que abordem a complexidade dos processos promotores de alterações na dinâmica comunitária, com severos impactos à saúde humana e ao ambiente, é essencial no SUS. Porém, a efetivação prática das políticas de saúde ambiental e do trabalhador na APS, por exemplo, é desafiadora, seja em contexto rural ou urbano^{4,5}.

A população residente em ambiente rural apresenta características distintas relacionadas historicamente ao processo de desigualdade social, tais como: baixa escolaridade e rendimento salarial, difícil acesso dos seus moradores aos serviços sociais, de saúde e comércio, devido às distâncias territoriais e à falta de transporte público⁶⁻⁹. Além disso, estudos em diversos países têm constatado que moradores de área rural apresentam pior estado de saúde autorreferido em relação aos moradores de área urbana, e o principal determinante do padrão de saúde parece ser o próprio território e seus desafios de acesso aos serviços de assistência⁷.

Nos territórios do campo, da floresta e das águas, tais limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde permanecem como desafios a serem superado pelo SUS. Ademais, são nos pequenos municípios que o SUS tem maior fragilidade no que se refere a equipamentos, recursos humanos, entre outros fatores, além da deficiência na área de saneamento ambiental¹⁰⁻¹².

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)¹⁰, política de promoção e equidade em saúde, prevê a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas, bem como a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida através de ações de saneamento e de acesso aos recursos hídricos, da construção de ambientes saudáveis e sustentáveis, da necessidade de valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde dessas populações¹².

A PNSIPCFA visa fortalecer e articular ações de vigilância em saúde com foco na população trabalhadora do campo, da floresta e das águas e a ampliação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador rurais. Em seu plano operativo referente ao período de 2017-2019 no âmbito do SUS, previa-se entre seus eixos: Acesso das populações do campo, da floresta e das águas à Atenção Integral à Saúde, Promoção e Vigilância em Saúde; e Monitoramento e Avaliação das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas^{12,13}.

Dadas as especificidades desta população, este artigo se propõe a identificar as práticas de saúde realizadas por profissionais de equipe de saúde da família que atuam em territórios do campo e das águas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório, esclarecendo conceitos e ideias trazidas pelos entrevistados^{14,15}.

Para seleção dos municípios, os seguintes critérios foram considerados: demandas de movimentos populares para realização de estudos de saúde da população do campo e das águas, ser de pequeno porte, população rural acima de 35 % da população total; variação da população extremamente pobre; uso do SUS maior que 95%; presença de associação de pescadores(as) e sindicatos de trabalhadores(as) rurais; presença de população do campo e das águas

Os municípios selecionados foram Fortim, Icapuí e Novo Oriente, no Ceará e Apodi, no Rio Grande do Norte, e em cada um deles, selecionou-se uma equipe da ESF, com as seguintes características: completas, com atuação em áreas rurais ou rururbanas (áreas de transição entre o rural e o urbano), e que atendessem comunidades/movimentos populares do campo e das águas.

Foram entrevistados os profissionais de uma equipe por município, que estivessem nas seguintes funções: enfermeiro, médico, cirurgião-dentista (CD), técnico de enfermagem (TE), auxiliares de saúde bucal(ASB)/técnico de saúde bucal (TSB), agente comunitário de saúde (ACS), agente de combate a endemias (ACE). De uma destas equipes, foi entrevistado um ACS a mais pelo interesse individual de colaborar com a pesquisa. Pela compreensão dos pesquisadores de que a escuta de mais um profissional contribuiria para ampliar o estudo, fortalecendo o objetivo a que a pesquisa se propôs, totalizando 29 profissionais entrevistados.

Como técnica de investigação, foi utilizada a entrevista do tipo semiestruturada, na qual o roteiro possuía cerca de dez perguntas, tendo como temas norteadores: saúde e trabalho; saúde e ambiente; ocupações das populações de campo e das águas; riscos ocupacionais e saúde do trabalhador; acesso e equidade na saúde da PCFA; dentre outros. Para preservar a identidade dos participantes, enumeramos as entrevistas por categoria profissional, e identificamos nos trechos indicados na pesquisa.

A pesquisa de campo foi realizada no período de junho a agosto de 2019, por pesquisadores com expertise em pesquisa qualitativa. As entrevistas foram gravadas, transcritas e processadas para posterior análise, utilizando a técnica da Análise Temática, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação”¹⁶.

A referida pesquisa foi submetida à apreciação e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, indicado pela Plataforma Brasil, em 05 de junho de 2019, através do parecer nº 3.372.478, e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este artigo integra a dissertação de mestrado do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, polo Fiocruz Ceará, intitulada ‘Análise das práticas de saúde, trabalho e ambiente de equipes da ESF em território do campo e das águas do Ceará e do Rio Grande do Norte’ e está vinculada a pesquisa ‘Produção de indicadores para avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte’.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o campo da saúde coletiva, os cenários nacional e internacional têm sido espaços de crise no que se concerne a mudanças de políticas públicas e modos de conceber direitos à população. Para as práticas em saúde, deve ancorar pontes de diálogo entre o paradigma biomédico, a determinação social da saúde, a vulnerabilidade social e aportes descoloniais, para assegurar avanços e conquistas na saúde pública, através do SUS¹⁷.

No que se refere ao cuidado em saúde, segundo Mattos¹⁸, este deve ser pautado na integralidade e tem três grandes conjuntos de sentidos: atributos dos profissionais de saúde; atributos da organização do serviço de saúde; respostas políticas aos problemas de saúde.

Nessa perspectiva, espera-se que em território rural, haja uma maior sensibilidade aos condicionantes em saúde devido à baixa escolaridade e rendimento salarial, difícil acesso dos seus moradores aos serviços sociais, de saúde e comércio, compreendendo a influência da cultura, o pensar e o agir, do usuário a favor da qualidade de vida destes¹⁹.

Sob a ótica da APS, uma de suas diretrizes é o vínculo longitudinal², o qual caracteriza-se por:

um constructo de natureza complexa e sistêmica, relacionado às dimensões relacionais, assim como às coletivas e organizacionais, que se expressam em um modelo de atenção primária, com repercussões no processo de trabalho da equipe, na organização do serviço²⁰.

Ao correlacionar atributos da APS e cuidado em saúde, identificou-se o vínculo como relação interpessoal nos discursos dos sujeitos, acarretando melhorias para o cuidado da população de maneira coletiva. Os discursos abaixo trazem este significado:

“A gente cria mais do que um vínculo *né*, de profissional-paciente, a gente já cria quase que um vínculo de amizade [...] e a gente conversa até outras coisas fora daquela condição (de saúde), e isso facilita [...] fica mais à vontade... a gente consegue chegar ao nosso objetivo”. (Médico 03).

“Eu sou amiga de todas... gosto de aconselhar, de orientar ---- até porque assim eu tive uma vida muito difícil *ai* eu gosto de sempre *tá* orientando as mãe das criança

pra cuidar de suas criança... *pra* não perder os seus dente [...] a gente vai orientando, senta conversa, ---- eu sou amiga, aqui, de todas”. (TSB 02).

“Tem aquele vínculo, o importante é que a gente tem o vínculo. [...] Todo dia a gente *tá* em campo trabalhando, coletando dados, fazendo um levantamento e procurando levantar estratégias *pra* melhorar a vida dessa localidade na questão da saúde”. (ACE 01).

Sabe-se que o vínculo não somente é capaz de construir uma relação terapêutica entre profissional e usuário, como também pode garantir empoderamento do usuário no autocuidado e fazendo-os buscar os serviços conforme a necessidade de saúde²⁰. Dessa forma, os profissionais de saúde devem estar aptos para atender as demandas da população, garantindo também a resolutividade da APS.

“Eu diria que cinco por cento, dez por cento dos pacientes que a gente pega aqui que a gente encaminha. A gente consegue resolver muita coisa aqui, muita coisa mesmo. E quando a gente encaminha o município também consegue resolver grande parte disso aí *né*. Dificilmente vai *pra* outros municípios”. (Médico 03).

“Quando eles nos procuram, a gente tenta atender eles de uma forma totalmente integrada *pra* tentar resolver logo o problema, até porque esse tipo de trabalhador, ele não tem muito tempo, então a gente tenta resolver logo tudo, dar uma atenção a mais, *né*”. (CD 01).

"A gente trabalha em equipe, eu trabalho muito com a agente de saúde, a gente faz parceria, já passo *pra* enfermeira, a enfermeira já passa pro médico, então a gente já tem o *abrangimento* total. A gente consegue dar de conta de toda a população". (TE 01).

Ainda sob a perspectiva de criação de vínculo, o contexto de campo e das águas parece ter o ACS como foco essencial de coordenação do cuidado. Conforme a literatura, em cenários do campo, cujas comunidades são espaçadas geograficamente, tal profissional é fundamental na aproximação da comunidade com a equipe²¹. Não é incomum que em diversos relatos dos profissionais que não os próprios ACS, versarem sobre seu elo entre comunidade e serviço.

“A busca é os ACS na sua visita e quando a família entra em contato com a ACS *pra* ir a enfermeira visitar ou o médico, a gente vai visitar, agora assim claro que existe também uma prioridade *tá* entendendo porque a gente não tem, como a demanda é grande aqui na UBS não tem muito a disponibilidade (...) de visitar todos. Eu pelo menos tento assim sempre *tá* agendando *pra* visitar um hipertenso ou então um grupo de... esse pessoal das receitas controladas sempre *tá* indo, *tá* entendendo?”. (Enfermeiro 02).

“Tem também a questão dos agentes de saúde, que a gente orienta, a gente conversa porque eles são o elo *né*, entre a UBS, entre o posto de saúde, a atenção básica, e a população, são eles que *tão* todo dia. A gente tenta ver com eles (...) alguma necessidade de atendimento, (...) a gente fala pros agentes de saúde os dias que a gente vai *tá* aqui, os horários, os serviços ofertados, que a gente pode fazer *né* e eles *tão* lá, sempre alerta, procurando alguma alteração que ele *né*.. bateu o olho e viu (...) “tem alguma coisa errada, vamos agendar uma visita *pra* aquela pessoa que não pode”. (Médico 03).

“Tal pessoa quando *tá* passando por tal situação, conta com agente de saúde e aí a agente de saúde vem e aciona a gente *pra* falar a respeito de alguém quando não pode vir a unidade, *pra* poder a equipe, o médico, a enfermeira ir até essa pessoa, *pra* gente fazer o atendimento”. (Enfermeiro 04).

O destaque para o ACS neste artigo se dá porque tal profissional foi identificado na última reformulação da PNAB como capaz de assumir funções de enfermagem e do ACE, o que aumentaria muito suas atribuições, demonstrando a possibilidade de ampliação do escopo de práticas, principalmente com a população residente em áreas rurais e, em contrapartida, poderia descaracterizar a natureza de seu trabalho educativo, fragilizando o vínculo entre comunidade e equipe de saúde^{2, 22, 23}. Ainda na mesma reformulação, levantou-se a possibilidade de existir equipes de ESF responsáveis por uma média de 3000 pessoas, sem esse profissional, situação que deixaria a população de campo e das águas ainda mais vulnerável e com menor acesso aos serviços de saúde.

O papel do ACE também deve ser destacado nesta pesquisa. A PNAB³ de 2017, considera tal categoria profissional como possível de se fazer parte de uma equipe de Saúde da Família, porém, visando a equidade, deve-se considerar a obrigatoriedade deste profissional em equipes do território de campos e das águas. Os cuidados evidenciados nos discursos envolvem uma abordagem comunitária que vai além da vigilância epidemiológica propriamente dita.

“A gente chega *pros* líderes comunitários pra marcar uma reunião com a comunidade e alertar sobre esses riscos, sobre o que eles tão expostos. O nosso trabalho é esse, o nosso dia a dia é esse, coletar dados, é orientar o dono da casa, dos imóvel da localidade, é levar promoção em saúde em si pra dentro dessas comunidades, fazer o trabalho de prevenção mesmo, onde é mais barato no caso e levando mesmo”. (ACE 01).

“A demanda da gente (...) leva tracoma que é um exame que é feito no olho, *num* sei se você conhece, é que é são tem agentes treinados pra isso, é um exame que é feito no olho (...) aí levamos também a questão de vacinas canina (...) exames (...) pra diagnosticar calazar em animal (...) visitas nas casas da comunidade, *distribuição* de telas peixe no caso pra aquelas casas onde existe água exposta, aberta, a gente usa o peixe e usa a tela dependendo do depósito a gente decide qual o melhor”. (ACE 02).

As práticas educativas pelos ACE já são tema de estudo. Seus entraves pelo trabalho precarizado e fragmentado, a falta de investimento em sua formação e a organização da rotina por produção estão entre as principais observações. Observa-se também que um dos ACE acima relatou a capacitação para realizar exame de rastreio de tracoma, enquanto seu papel, geralmente, é explicar e esclarecer como se evita tal condição²⁴.

Reforça-se que uma pactuação entre ACE e ACS para ações intersetoriais que garantam o cuidado integral é fundamental, e não a unificação de um profissional sobrecarregado para tantas demandas conforme proposto pela nova PNAB²⁵. Fica clara a importância de ambos os profissionais, colaborando e participando ativamente de atividades de promoção, prevenção e controle de agravos, principalmente em território rural.

O fato de estar afastado das influências de centros urbanos, com medicina baseada em tecnologia dura, permite que a saúde praticada no território rural tenha potencial de ampliar e desenvolver práticas que valorizem a prevenção quaternária e direcionem o cuidado para as necessidades de saúde, em perspectiva sistêmica²⁶.

Observa-se que existe entre as categorias profissionais a busca pela integralidade do cuidado, exercendo práticas de prevenção, promoção, educação e tratamento em saúde, conforme previsto pela PNAB, 2017, que considera atribuições comuns ações programáticas e de demandas espontâneas, além da possibilidade de inserção de práticas integrativas e complementares¹³. Os discursos abaixo versam sobre o tema:

“Aqui a gente faz vacinas, a gente faz palestras, a gente faz atendimento a domicílio, pré-natal, saúde coletiva, saúde da mulher, a gente faz muito, orientações também, em relação a tudo, questão de limpeza, a questão de alimentação, a importância de tomar as medicações, os horários corretos e não se automedicar. A importância das vacinas também. A gente tenta orientar quando eles façam de forma correta”. (Enfermeiro 04).

“A gente trabalha muito com palestras aqui, assim a gente vem com nutricionista, a gente vem com farmacêutico, como vocês hoje a gente tem o médico a gente trabalha muito dessa forma, só que assim quando chega alguém aqui com algum problema procurando a gente resolve, tenta resolver e solucionar esse problema”. (TSB 03).

“O que a gente tem tentado fazer é essa agenda que contemple essa questão da promoção da saúde, então a gente tem atendimento noturno voltado pro pescador pra tentar atender... o público de saúde do homem já é complicado pra vir pro posto e o público de pescadores mais ainda porque eles saem de madrugada e voltam quase a noite (...) nesse momento a gente tenta colocar as consultas e oferecer outras coisas, orientações nutricionais, tem o atendimento odontológico (...) tem alguns profissionais residentes que trabalham aqui e a gente oferece outras práticas integrativas por exemplo a auriculoterapia...”. (Enfermeiro 03).

“Em relação a saúde da mulher também tem alguns trabalhos, não só da mulher, mas do público em geral, a gente tenta utilizar os dispositivos que tem na comunidade que é o mar, então aqui é feito a talassoterapia que é esse momento terapêutico mesmo com o banho do mar (...) esse caráter (...) de reabilitação, terapêutico, mas é um caráter muito mais (...) direcionado à educação popular em saúde”. (Enfermeiro 01).

No último discurso supracitado, também houve a menção da educação popular em saúde que, muito além de transmitir informação sobre mudanças de hábitos para evitar um conjunto de doenças, propõe-se a realizar a troca de saberes, cujo ponto de partida é o educando, ou seja, a população. Considera-se de extrema relevância esta forma de promover saúde pelo benefício mútuo dos usuários e dos profissionais de saúde²⁷.

Apesar da mobilização e utilização da educação popular em saúde pelos profissionais, alguns relatos descrevem o modelo biomédico e curativista ainda predominante na cultura nesse território:

"A gente tenta fazer uma agenda que contemple não só a clínica direta em si né, apesar de que as pessoas ainda tendem a procurar esse modelo mesmo biomédico, por mais que a gente tenha um cardápio de oferta que eu considero diversificado mas a gente tem ainda uma forte presença assim da figura do médico né, mas o que a gente tem

tentado é promover realmente a educação em saúde, é... a promoção, prevenção, então a gente trabalha muito com grupos...”. (Enfermeiro 01).

“A gente faz mais o trabalho educativo, preventivo. Se a população não ajudar, não contribuir com a gente, infelizmente (...) *num* vai dar certo (...) aí o posto vai ficar super lotado, o médico vai ficar super lotado”. (ACE 02).

“A maioria das pessoas devia valorizar mais sua saúde. Procurar mais a questão de prevenção, --- vir pra uma prevenção antes, não --- ela vem mais por uma questão de, às vezes, quando *tá* com aquela patologia, com aquela doença, com aquela dor e já vem que quer melhorar daqui, e...não investe muito em prevenção, muito pouco”. (Médico 01).

Esmeraldo *et al.*²⁸, 2019 versa que a mudança do modelo de atenção envolve tanto a percepção dos profissionais, quanto dos usuários. Em concordância com este mesmo estudo, os relatos mencionam alguns trabalhadores de saúde direcionando consultas para os médicos em sua rotina, mas um deles também descreve a procura do usuário em demanda de urgência, pela cultura do imediato, buscando apenas a resolubilidade de uma queixa, dificultando a organização e o planejamento de uma agenda que envolva além do assistencial.

Sob a ótica de organização de agenda da equipe, uma das formas de garantir acesso e equidade é através do acesso avançado, cuja regra: “Faça o trabalho de hoje, hoje!”, com atendimentos programados e de demandas espontâneas, capaz de dobrar o número de atendimentos nas unidades e promover uma agenda pautada nas necessidades de saúde, ou seja, o processo de trabalho da equipe passa a ser dimensionado pelo território e pela população adscrita²⁹. Tal prática fortalece o trabalho em equipe e é capaz de promover atividades além de assistenciais. Entre os entrevistados, foram mencionadas práticas de aprimoramento do acesso através do atendimento noturno, do atendimento compartilhado, visitas domiciliares com a presença da equipe de saúde bucal e oferta de serviços na comunidade. Estarem atentos às demandas da comunidade são pontos descritos nas entrevistas:

“Eu tento atuar muito nesse sentido com os outros profissionais, quando dá, médico atende com enfermeiro, enfermeiro atende com a odontologia, o pediatra vem aqui uma vez no mês né que ele vem para todas as unidades, a gente tenta conciliar esses momentos, (...) não tanto na consulta mas na sala de espera que fiquem mais profissionais juntos (...) aqui a gente tem uma parceria muito boa com os ACS, (...) de solicitar algo e eles responderem, estarem atentos das demandas da comunidade”. (Enfermeiro 01).

“A gente tá atendendo eles, tem visita domiciliar, tem dia que é agendado, a agente de saúde vem aqui, marca um dia, a gente vai na comunidade e atende eles. O dentista também vai... aí a gente oferta todos os serviços (...) faz a verificação da pressão arterial, o teste glicemia peso, altura, a gente tira dúvidas, entrega medicamentos...”. (TE 02).

“A gente sabe que não, nem todas as pessoas têm como vir né, condições físicas, às vezes pela distância. A gente se organiza também pra fazer visitas domiciliares aos mais necessitados, digamos assim né, (...) a gente tenta buscar essa demanda que fica, de certo modo, esquecida (...) Todo mundo que precisa de atendimento vem, procura e a gente tenta organizar conforme a nossa oferta de serviços, digamos nosso horário

de atendimento nessas situações: a gente tenta se organizar para que todos que venham à UBS sejam atendidos (...) A gente faz aqui uma vez no mês um atendimento noturno que é pra justamente essas pessoas que não têm condições de vir durante o dia, elas virem a noite né, trabalhadores que (...) não têm como tá aqui durante o dia pro atendimento médico, odontológico e enfermagem”. (Médico 03)

Apesar de descritas algumas ações realizadas pela equipe, deve-se levar em consideração que a PCA tem especificidades no que se refere à saúde, trabalho e ambiente, temas estes necessários de pautar em práticas da APS, conforme estabelecido no plano operativo da PNSIPCFA¹³. Porém, pouco se mencionou acerca de atividades relacionadas à saúde do trabalhador ou saúde ambiental, sendo relatado apenas atendimentos em situação de acidente de trabalho ou de breve orientação acerca da exposição solar no contexto de trabalho, conforme os discursos a seguir apontam:

“Assim, o enfoque maior desses pacientes que são da zona rural é mais a orientação tipo do cuidado com uso do protetor solar né [...] o profissional do PSF no caso com outros atendimentos mesmo normal de livre demanda acaba deixando essa parte de orientação né do uso de protetor solar da importância de do cuidado né como a pele e acaba deixando passar isso e muitas pessoas não têm esse conhecimento”. (Cirurgião-dentista 03).

“Da questão dos acidentes de trabalho que dá pra resolver aqui, a gente resolve né. Caso precise de sutura, essas coisas, a gente resolve. Mas, às vezes, precisa de raio-x, essas coisas, aí a gente encaminha pro município”. (Enfermeiro 03).

“É, às vezes, se corta às vezes, no mato também na agricultura se cortam ai, fica em casa tem que fazer curativo e a gente tem que abranger todo mundo”. (ACS 04)

Estudos^{30,31} já mostram a necessidade de implantação de programas específicos para o trabalhador de território rural no que concerne à saúde ambiental e saúde do trabalhador na perspectiva de promoção à saúde integral. Dificuldade da população em acessar informações do malefício de agrotóxicos, interesse de conhecer sobre manejo adequado de embalagens após o uso destes, bem como a necessidade de os profissionais da ESF conhecerem mais sobre o uso de plantas medicinais já foram temas levantados como de interesse da população, cabendo a inserção destes na prática de educação em saúde dos profissionais de ESF rural.

Notou-se nas entrevistas a necessidade dos profissionais de ampliarem seu escopo de prática para garantir a maior resolutividade das demandas trazidas pela população, buscando outras formas de cuidado que perpassam as atribuições mínimas de cada profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se um avanço nas práticas de atenção à saúde da população de campo e das águas ao identificar o acesso avançado, as práticas integrativas e complementares, a busca pelo cuidado fora de um contexto apenas assistencial e a inserção da educação popular em saúde.

Porém, para estes povos, reconhecer seu modo de relação com o território e trazer ações de saúde do trabalhador e saúde ambiental é fundamental no dia a dia dos profissionais da ESF.

Além disso, a reformulação da PNAB se distancia do princípio da equidade e vai de encontro à ampliação do cuidado integral quando possibilita uma equipe de atenção básica sem a presença de um ACS, sujeito pautado por todos os entrevistados desta pesquisa como essencial na educação, promoção, prevenção em saúde, sendo o elo entre a comunidade e a equipe. Também cabe destacar também o papel do ACE em contexto rural, devendo-se considerar sua obrigatoriedade na composição de equipes de saúde da família de territórios rurais.

Reforça-se a importância e o reconhecimento das relações de trabalho e transformações ambientais gerando novas necessidades de saúde. No caso da PCA, temas de saúde, ambiente e trabalho devem estar de maneira transversal em todas as práticas dos profissionais da ESF.

AGRADECIMENTOS

À Fiocruz, pelo apoio financeiro através do Programa Inova Fiocruz - Edital Novos Talentos.

REFERÊNCIAS

- 1 Giovanella, L; Mendonça, MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012, p. 538-542
- 2 Feltrin, AFS; Coneglian, TV. A nova política nacional de atenção básica e o contexto atual de saúde: uma reflexão crítica. *Cuidarte Enfermagem*. 2019 jan-jun; 13(1):56-61
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica 2017. Portaria Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- 3 Melo, EA. *et. al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, Sept. 2018.
- 4 Pessoa, VM; Rigotto, RM. Agronegócio: geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, [s. l.], v. 37, n. 125, p. 65–77, jun. 2012.
- 5 Pessoa, VM. Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015

6 Shimizu, HE. *et. al.* Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. Rev. esc. enferm. USP [online], v. 52, e03316. Epub abril, 2018.

7 Moreira, JPL *et. al.* A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 31, n. 8, p. 1698-1708, ago. 2015

8 Guimarães, LAM *et. al.* Qualidade de vida e aspectos de saúde em trabalhadores pantaneiros. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro , v. 70, n. 2, p. 141-157, 2018.

9 Pessoa, VM; Almeida, MM; Carneiro, FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 302-314, set. 2018.

10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Brasília: Ministério da Saúde; 2014, 52p.

11 Soares, RAS *et. al.* A invisibilidade da população do campo, da floresta e das águas no Brasil: desafio para os sistemas de informações em saúde. Book Chapter. In: Carneiro, FF.; Pessoa, VM.; Teixeira, ACA. (Org.) Campo, Floresta e Águas - Práticas e Saberes em Saúde. Brasília: Universidade de Brasília, Cap. 5, p. 106-124, 2017.

12 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde e Ambiente para as Populações Saúde e Ambiente para as Populações. Brasília: Ministério da Saúde; 2015, 52p. 2018.

13 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução no 27, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 27 Out 2017.

14 Minayo, MCS. (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001

15 Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002.

16 Minayo, MCS (org.). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed., p. 316, São Paulo: Hucitec, 2010.

17 Oliveira, RG. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. Saúde e Sociedade [online]. 2018, v. 27, n. 1

18 Mattos, RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R; Mattos, RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2009, p. 39-64.

19 Oliveira, AR *et. al.* Primary Health Care in the rural context: the nurses' view. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 41, 2020

- 20 Santos, ROM; Romano, VF; Engstrom, EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(2), p. 14, e280206, 2018
- 21 Costa, LA *et. al.* Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. *Saúde em Debate* [online]. v. 43, n. spe8
- 22 Melo, EA *et. al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 38-51, Sept. 2018 .
- 23 Silvia, TL *et. al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Saúde em Debate* [online]. v. 44, n. 124.
- 24 Maciel, AMS *et. al* Fatores associados ao tratamento e ao controle do tratamento do tracoma em escolares de município da Região Nordeste, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro , v. 23, e200011, 2020.
- 25 Fraga, LS; Monteiro, S. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG. *Saude soc.*, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 993-1006, Sept. 2014
- 26 Savanssi, LCM. *et. al.* Saúde no caminho da roça. 163p. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2018.
- 27 Gomes, LB; Merhy, EE. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 1, p. 7-18, Jan. 2011
- 28 Esmeraldo, GROV *et. al* Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. *Rev. APS* ; 20(1): 98-106,, 2017
- 29 Cirino, FMSB *et. al.* O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2111.
- 30 Souza, PM *et. al.* A narrative review associating health vulnerability and environmental factors among rural workers. *Rev Bras Med Trab*.2018;16(4):503-508
- 31 Lima, ARA *et. al.* Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir?. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 43, n. 122, p. 755-764, Sept. 2019

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro artigo identificou três redes de significados no discurso dos sujeitos: desinformação dos profissionais acerca de questões ambientais e seu impacto no processo saúde-doença; falta de saneamento básico como fator relevante para presença de agravos em saúde pública nos territórios do campo e das águas; consciência ambiental e território saudável. Os profissionais identificaram o ambiente como determinante de saúde, porém sob um viés ainda higienista e ultrapassado, de Saúde Ambiental. A necessidade de processos formativos envolvendo o tema se mostrou evidente para melhor compreensão da saúde da PCA, visando garantir a qualidade do cuidado destes povos.

O segundo artigo demonstrou a compreensão de trabalho como necessário para subsistência e fonte de renda para a PCA, mesmo que possa representar alegria ou tristeza para o indivíduo. A integralidade do cuidado pressupõe a inserção de ações voltadas para a saúde do trabalhador, sendo urgente a ampliação de atividades de educação permanente para implementação eficaz das políticas públicas de saúde já conhecidas no país.

O terceiro e último artigo identificou práticas de prevenção, promoção e tratamento por estes profissionais, tendo o ACS como eixo norteador para a boa comunicação entre a população e os demais profissionais. Notou-se a importância do ACE em territórios de campo e das águas, devendo este ser considerado fundamental nas equipes de saúde da família deste território. Por fim, conclui-se que a reformulação da PNAB pode prejudicar a equidade, princípio do SUS, sem a obrigatoriedade do ACS.

Os três artigos fortalecem a necessidade de discutir determinação social em saúde sob uma ótica ampliada, considerando também as necessidades em saúde e não um fator determinante em específico, principalmente no que se refere a povos que interagem com o meio e o trabalho de maneira peculiar. Tal compreensão e aprimoramento das práticas podem ser fortalecidas através de espaços de educação permanente entre os profissionais da ESF.

Com a reformulação da PNAB, a implementação de políticas como PNSIPCFA e PNSTT parecem ainda mais distantes, principalmente quando o olhar é para territórios de campo e das águas, onde os serviços de saúde ainda precisam avançar para além do modelo biomédico e curativista, através da mudança de percepções dos profissionais sobre determinação social em saúde.

Destaca-se a necessidade da inserção de práticas em saúde do trabalhador e em saúde ambiental de maneira transversal e do fortalecimento da educação em saúde, envolvendo a população de campo e das águas como espaços de promoção e prevenção de saúde.

O estudo em questão contribuiu para evidenciar a urgência da efetivação das políticas já elaboradas no país e o reforço para o olhar individual, coletivo e social dos profissionais de saúde, principalmente em território de campo e das águas como garantia de equidade.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, R. Agricultura familiar e uso do solo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 11, n. 2, p. 73- 78, 1997.
- ALESSI, N.PP; NAVARRO, V. L. Saúde e trabalho rural: o caso dos trabalhadores da cultura canavieira na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**. vol.13, s. 2, p. 111-121, 1997.
- ALMEIDA, L. S, COTA A. L. S, RODRIGUES, D. F. Saneamento, Arboviroses e Determinantes Ambientais: Impactos na saúde urbana. **Cien Saude Colet** [internet], 2019.
- ALMEIDA, M. M.*et al.*, Está na hora do treinamento em saúde rural para médicos de família no Brasil!. **Revista Brasileira De Medicina De Família E Comunidade**, v. 13 n. 40,p. 1-4., 2018.
- AMORIM, C. A. G *et al.* Socioeconomic conditions as determining factors in the prevalence of systemic and ocular toxoplasmosis in Northeastern Brazil. **Ophthalmic Epidemiol.**;11(4):301-17, 2004
- AMORIM, D. I. M. **Ensaio sobre desemprego involuntário, seguro-desemprego e salário de reinserção no Brasil urbano e rural**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Pós-Graduação em Economia Rural (PPGER/UFC). Fortaleza, 2019
- ANTUNES, J. A. P. J. Crise económica, saúde e doença. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 2, p. 267-277, set. 2015.
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **Contribuição da Rede de Pesquisa em APS/Abrasco para a formulação de uma agenda política estratégica para APS no SUS**. In: XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2018 jul 26-29. Rio de Janeiro: Abrasco; 2018 [acesso em 20 de novembro 2019]. Disponível em: http://rededesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/07/Abrasco_Final_06.07.pdf
- AUGUSTO, L. G. S. Saúde e vigilância ambiental: um tema em construção. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 177-187, dez. 2003.
- BAHIA-OLIVEIRA, L. M. *et al.* Highly endemic, waterborne toxoplasmosis in north Rio de Janeiro state, Brazil, **Emerg Infect Dis**, 9: 55-62, 2013.
- BARROS, L. D. V.; TEIXEIRA, C. F. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e saúde do campo: revisão integrativa do estado da arte. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n.2, p.394-406, out. 2018
- BARSAÑO, P. R.; BARBOSA, R. P.; VIANA, V. J. **Poluição Ambiental e Saúde Pública**. 129p. São Paulo. Editora Érica, 2014.
- BERNARDES C., GUNTHER, W. M. R. Generation of domestic solid waste in rural areas: case study of remote communities in the Brazilian Amazon. **Human Ecology Magazine**;42(4): 617-623, 2014.
- BEZERRA, A. C. S., BITOUN, J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental, **Cien Saude Colet**, 22(10): 3259-3268, 2017.

BEZERRA, G. J.; SCHLINDWEIN, M. M. Agricultura familiar como geração de renda e desenvolvimento local: uma análise para Dourados, MS, Brasil. **Interações (Campo Grande) [online]**, vol.18, n.1, pp.3-15. ISSN 1984-042X, 2017.

BIAZUS, M.; MORETTO, C. F.; PASQUALOTTI, A. Relação entre queixas de dor musculoesquelética e processo de trabalho na agricultura familiar. **Rev. dor**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 232-237, Sept. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991. Brasil; 1991

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. **Orientações gerais para elaboração de editais: processo seletivo público (agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 ago. 2012. Seção I, p. 46-51.

BRASIL, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a, 14 p.

BRASIL. Lei no 12.864, de 24 de setembro de 2013. **Altera o caput do art. 3o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 2013b. Disponível em: <<https://goo.gl/DJGpJp>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014, 52p.

BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN 2016-2019)**. Brasília, DF: CAISAN; 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017a. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 27**, de 28 de setembro de 2017. **Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União. 27 Out 2017b.

BRASIL. Ministério da Fazenda, Secretaria da Previdência, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2017**. Brasília: MF/DATAPREV. 996p. 2017c.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica** do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>, acessado em 10 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 138 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica. **Informações sobre as ações e programas do Departamento de Saúde da Família**. Estado Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a, 10p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019. **Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 nov. 2019. Seção I, 2019b.

BREILH, J. Entrevista. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 533-540, Ago.2015.

BREILH, J. **Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, Medellín, v. 31, supl. 1, p. 13-27, Dez. 2013.

CAMARA, V. M.; TAMBELLINI, A. T. Considerações sobre o uso da epidemiologia nos estudos em saúde ambiental. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 95-104, 2003.

CAMPOGARA, S. *et al.* Visão de profissionais e estudantes da área de saúde sobre a interface saúde e meio ambiente. **Trab educ saúde**;11(1): 93-111, 2013.

CARDOSO, A. C.; MORGADO, L. Trabalho e saúde do trabalhador no contexto atual: ensinamentos da Enquete Europeia sobre Condições de Trabalho. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 169–181, Mar. 2019.

CARNEIRO, F. F., PESSOA, V. M. "Direito à Saúde", **Dicionário Alice**, 2019. Disponível em: https://alice.ces.uc.pt/dictionary/?id=23838&pag=23918&id_lingua=1&entry=24260.

CARNEIRO, F. F. *et al.* Teias de um Observatório para a saúde das populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 275-293, 2014

CARVALHO, T. F. B. *et al.* Estado nutricional e segurança alimentar de famílias beneficiadas pelo programa bolsa família: revisão integrativa. **Rev Fun Care Online**. jan/dez; 12:593-602, 2020.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Ceará, 2016 221p.

CIRINI, F. M. S. B. *et al.* O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2020;15(42):2111.

Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 617, de 23 de agosto de 2019. **Diretrizes e propostas da 16ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2019/Reso617.pdf>

CORREA, M. L. M. *et al.* Alimento ou mercadoria? Indicadores de autossuficiência alimentar em territórios do agronegócio, Mato Grosso, Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1070-1083, Out. 2019.

COSTA, S. M. *et al.* A systematic review of socioeconomic indicators and dental caries in adults. **Int J Environ Res Public Health**. Oct 10;9(10):3540-7, 2012.

- COSTA, L. A. *et al.* Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. **Saúde em Debate [online]**. v. 43, n. spe8, 2019
- DIAS, E. C. *et al.* Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2061–2070, Dec. 2009.
- ESMERALDO, G. R. O. V. *et al.* Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS** ; 20(1): 98-106, 2017
- EVANGELISTA, A. I. B.; PONTES, A. G. V.; SILVA, J. V. E; SARAIVA, A. K. M. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 12, n. esp, p. 1011–1020, Dez. 2011.
- FEITOSA, A. I. R.; PENA, P. G. L. Acidentes do trabalho nas atividades de pesca artesanal de mariscos. In: PENA, P. G. L.; MARTINS, V. L. Andrade. **Sofrimento Negligenciado: Doenças do Trabalho em Marisqueiras e Pescadores Artesanais**. Salvador: Edufba, Cap. 4. p. 133-156, 2014.
- FELTRIN, A. F. S.; CONEGLIAN, T. V. A nova política nacional de atenção básica e o contexto atual de saúde: uma reflexão crítica. **Cuidarte Enfermagem**. jan-jun; 13(1):56-61, 2019
- FERRAZ, L. et al. As demandas do homem rural: informações para a assistência nos serviços de saúde da atenção básica. **Rev Min Enferm**. abr/jun; 17(2): 349-355, 2013
- FERREIRA S. R. S, PERICO, L. A. D., DIAS, V. R. G. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm**;71(1): 704-709, 2018.
- FONSECA, A. F. Q. Ambiente e saúde: visão de profissionais da saúde da família. **Ambient. soc.**,15(2): 133-150, 2012.
- FRAGA, L. S., MONTEIRO, S. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG. **Saude soc.**, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 993-1006, Sept. 2014.
- GERHARDT, T. E. *et al.* A pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T..**Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002
- GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, 35(3), e00012219. Epub March 25, 2019
- GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012, p. 538-542
- GOHN, M. G. **O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- GOMES, L. B.; MERHY, E.E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 1, p. 7-18, Jan. 2011

- GOMES, U. A. F., HELLER, L. Acesso à água proporcionado pelo Programa de Formação e Mobilização Social para Convivência com o Semiárido: Um Milhão de Cisternas Rurais: combate à seca ou ruptura da vulnerabilidade?. **Eng. Sanit. Ambient.**, 21(3): 623-633, 2016.
- GUIMARAES, L. A. M. *et al* . Qualidade de vida e aspectos de saúde em trabalhadores pantaneiros. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, p. 141-157, mai/ago 2018
- HEIN, A. F.; SILVA, N. L. S. A insustentabilidade na agricultura familiar e o êxodo rural contemporâneo. **Estudos Sociedade e Agricultura**, v. 27, n. 2, p. 394-417, jun. 2019.
- HENDGES, C. *et al*. Human intoxication by agrochemicals in the region of South Brazil between 1999 and 2014, **Journal of Environmental Science and Health**, Part B, 2019
- HONE, T., MACINKI, J. MILLET, C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? **Lancet**; 362:1461-72, 2018.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- IBGE. **Censo Agropecuário 2017**. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/agro/2017/> Acessado em 20 de janeiro de 2020.
- IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acessado em 10 de junho de 2019.
- IBGE. **Cidades@**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/> Acessado em 24 de outubro de 2019.
- IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 [Internet]**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2014; p. 181. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR - INCA. **Posicionamento** do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva acerca dos agrotóxicos. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/1FIJrjI>
- INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS ESPACIAIS – INPE. Disponível em: <http://www.obt.inpe.br/prodes/index.html> > Acesso em: 22 de setembro de 2019
- KESSLER, M. *et al*. Morbidades da população rural e a utilização de serviços de saúde. **Revista de Enfermagem da Ufpi**, Piauí, v. 3, n. 5, p.24-29, jul. 2016.
- KOLLING NETO, A. *et al*. Fatores relacionados à saúde pública e ao saneamento básico em comunidade rural de Barreiras, Bahia, Brasil. **Rev Baiana Saúde Pública**. v. 41, n. 3, p. 668-684 jul./set. 2017
- LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E. C.; PESSOA, V. M.; FERNANDES, L. DA M. M.; GOMES, E. M. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: Percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface**. Botucatu, v. 18, n. 49, p. 273–287, jun. 2014.
- LAZARINO, M. S. A.; SILVA, T. L.; DIAS, E. C. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 44, e23, 2019 .
- LEITE, T. S. A *et al*. Enfermagem na promoção da sustentabilidade ambiental: uma revisão integrativa. **Revista Observatório**,5(6): 597-612, 2019.
- LEVIGARD, Y. E.; ROZEMBERG, B..A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 20, n. 6, p. 1515–1524, dez. 2004.

- LIMA, A. R. A. *et al.* Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir?. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 122, p. 755-764, Sept. 2019
- LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s. l.], v. 32, n. 115, p. 121–134, jun. 2007.
- MACHADO, G. C. X. M. P., MACIEL, T. M. F. B., THIOLENT, M. Uma abordagem integral para Saneamento Ecológico em Comunidades Tradicionais e Rurais. **Cien Saude Colet** [internet], 2019.
- MACHADO, J. M. H. *et al.* Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. **Comunicação em Ciência e Saúde**;28(2): 243-249, 2017.
- MACIEL, A. M. S, AMS *et al.* Fatores associados ao tratamento e ao controle do tratamento do tracoma em escolares de município da Região Nordeste, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro , v. 23, e200011, 2020.
- MACIEL, R. O. *et al.* A relação entre a previdência social rural e a permanência dos idosos no campo em municípios do extremo sul catarinense. **Estud.interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 621-638, 2014
- MARTINS, A.J.; FERREIRA, N.S. A ergonomia no trabalho rural. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde** | Salvador, v. 2, n. 2, jul./dez. 2015
- MATTOS, R. A.. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R; Mattos, RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2009, p. 39-64.
- MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 38-51, Sept. 2018 .
- MINAYO, M. C. S. (org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- MIRANDA, E. L.; FIUZA, A. L. C. Movimentos Sociais Rurais no Brasil: o estado da arte. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília , v. 55, n. 1, p. 123-136, Jan. 2017.
- MIRANDA, S. V. C.; DURAES, P. S.; VASCONCELLOS, L. C. F. A visão do homem trabalhador rural norte-mineiro sobre o cuidado em saúde no contexto da atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 4
- MONIZ, M. A. *et al* Environmental health: emancipatory care challenges and possibilities by the nurse. **Rev Bras Enferm**.73(3), 2020
- MOREIRA, J. P. L. *et al* . A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 8, p. 1698-1708, ago. 2015 .
- MOTA, L. M. Produção agrícola, meio ambiente e saúde em áreas rurais de Nova Friburgo, RJ: conflitos e negociações. 2009. 155p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde Pública) **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro 2009.

- MOTA, S. E.; PENA, P. G. L. Pescador e Pescadora Artesanal: Estudo Sobre as Condições de Trabalho e Saúde em Ilha da Maré, Bahia. In: PENA, P. G. L.; MARTINS, V. L. Andrade. **Sofrimento Negligenciado: Doenças do Trabalho em Marisqueiras e Pescadores Artesanais**. Salvador: Edufba, 2014. Cap. 1. p. 29-51.
- NASRALA NETO, E.; LACAZ, F. A. C.; PIGNATI, W. A. Vigilância em saúde e agronegócio: os impactos dos agrotóxicos na saúde e no ambiente. Perigo à vista!. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4709-4718, dez. 2014.
- NEVES-SILVA, P., HELLER, L. O direito humano à água e ao esgotamento sanitário como instrumento para promoção da saúde de populações vulneráveis. **Ciênc. Saude Col**, 21(6): 1861-1870, 2016.
- NIRAZAWA, A. N., OLIVEIRA, S. V. W. B. Indicadores de saneamento: uma análise de variáveis para elaboração de indicadores municipais. **Rev. Adm. Pública**;52(4): 753-763, 2018.
- OLIVEIRA, A. R. *et al.* Primary Health Care in the rural context: the nurses' view. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 41, 2020.
- OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 27, n. 12018.
- PENA, P. G. L.; FREITAS, M. C. S.; CARDIM, A. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de mariscadeiras na Ilha de Maré, Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3383-3392, ago. 2011
- PENA, P. G. L.; MARTINS, V. L. A. Riscos de doenças do trabalho relacionadas às atividades de pesca artesanal e medidas preventivas. In: PENA, P. G. L.; MARTINS, V. L. Andrade. **Sofrimento Negligenciado: Doenças do Trabalho em Marisqueiras e Pescadores Artesanais**. Salvador: Edufba, 2014. Cap. 3. p. 93-132.
- PERES, F. Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. **Ciênc. Saúde Colet**, [s. l.], v. 14, n. 6, p. 1995–2004, dez. 2009.
- PESSOA, V. M. **Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.
- PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe1, p. 302–314, 2018.
- PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M. Agronegócio: geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s. l.], v. 37, n. 125, p. 65–77, jun. 2012.
- PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M.; CARNEIRO, F. F.; TEIXEIRA, A. C. A. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 2253–2262, ago. 2013.
- PESSOA, Y. S. R. Q.; ALCHIERI, J. C. Qualidade de vida em agricultores orgânicos familiares no interior Paraibano. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 330-343, jun. 2014.

PHILIPPI J. R.; MALHEIROS, T. F. **Saneamento, Saúde e Ambiente: Fundamentos para um desenvolvimento sustentável**. 844p. Barueri, SP: Editora Manole, 2005.

PINTO, M. S. D. **O conflito socioambiental na Chapada do Apodi/RN: uma disputa entre o agronegócio e a agricultura familiar**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Biociências. Programa Regional de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente/PRODEMA. Natal, 2018.

PITILIN, E. B.; LENTSCK, M. H. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 726-732, out. 2015.

PONTES, A. G. V.; RIGOTTO, R. M. Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: potencialidades e desafios da articulação entre universidade, SUS e movimentos sociais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, [s. l.], v. 39, n. 130, p. 161–174, dez. 2014.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2ª ed. Porto Alegre. Artmed, 2005.

PORTO, M. F. S. Crise das utopias e as quatro justiças: ecologias, epistemologias e emancipação social para reinventar a saúde coletiva. **Cien Saude Colet**, 29(12): 4449-4458, 2019.

PORTO, M. F.; SOARES, W. L. Modelo de desenvolvimento, agrotóxicos e saúde: um panorama da realidade agrícola brasileira e propostas para uma agenda de pesquisa inovadora. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 17-31, jun. 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE APODI. **Plano Municipal de Saúde de Apodi – RN 2018-2021**. Apodi, RN. Secretaria Municipal de Saúde, 2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTIM. **Plano Municipal de Saúde de Fortim – CE 2018-2021**. Fortim, CE. Secretaria Municipal de Saúde, 2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE ICAPUÍ. **Plano Municipal de Saúde de Icapuí – CE 2014-2017**. Icapuí, CE. Secretaria Municipal de Saúde, 2015

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE. **Plano Municipal de Saúde de Novo Oriente – CE 2014-2017**. Novo Oriente, CE. Secretaria Municipal de Saúde, 2015

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO (PNUD - Brasil). O que é IDH. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idh.html>>. Acesso em: 19 nov. 2020.

RASKOVISCK, B. B. G *et al.* Toxoplasmose na gestação. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)**, 14(2), 2015.

REGINA, A.; PARRA, C. **Potencialidades e fragilidades da incorporação da Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde**. Dissertação (Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, Rio de Janeiro, 2015.

RIGOTTO, R. M.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 4, p. S475-S485, 2007.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. 221 p.

- ROCHA, L. P. *et al* . Cargas de trabalho e acidentes de trabalho em ambiente rural. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 24, n. 2, p. 325-335, jun. 2015.
- SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde** (Online), Rio de Janeiro , v. 8, n. 3, p. 387-406, Nov. 2010.
- SANTOS, M. A.. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p.233-240, dez. 2013
- SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(2), p. 14, e280206, 2018
- SAVASSI, L. C. M. *et al*. **Saúde no caminho da roça**. 163p. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2018.
- SCHLINDWEIN, V. L. D. C. Dor e sofrimento oculto: a desproteção social dos trabalhadores do fumo.**Barbaroi**, Santa Cruz do Sul , n. 32, p. 82-97, jun. 2010.
- SCHMIDT, M. L. G.; GODINHO, P. H. Um breve estudo acerca do cotidiano do trabalho de produtores rurais: intoxicações por agrotóxicos e subnotificação. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 31, n. 113, p. 27-40, jun 2006.
- SCHMIDT, M.; JANUÁRIO, C.; ROTOLI, L. Sofrimento psíquico e social na situação de desemprego. **Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho**, 21(1), 73-85, 2018.
- SCHNEIDER, Sérgio. Teoria social, agricultura familiar e pluriatividade. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo , v. 18, n. 51, p. 99-122, Feb. 2003 .
- SCOPINHO, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1575-1584, jun 2010.
- SHIMIZU, H. E. *et al*. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural.**Rev. esc. enferm. USP [online]**, v. 52, e03316. Epub abril, 2018.
- SILVA, J. P. L *et al*. Panorama da Vulnerabilidade da Saúde do Agricultor Familiar de São José de Princesa/PB. **R brasci Saúde**. v. 17, supl 1, p. 29-38, 2013
- SILVA, T. L. *et al*. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde em Debate** [online]. v. 44, n. 124, 2019.
- SILVÉRIO, A. C. P. et al. Avaliação da atenção primária à saúde de trabalhadores rurais expostos a praguicidas **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 54, 09, 2020 .
- SIMÕES, A. L. **Trabalho e saúde de equipes da Saúde da Família em contextos socioambientais vulneráveis no município de Manaus**. 105p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro 2014.
- SOARES, M. M. A. *et al*. Percepção de conselheiros de saúde acerca do tema agrotóxicos: o papel da participação social em uma sociedade que adocece.**Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 337-349, Mar. 2019.
- SOARES, R. A. S. *et al*. A invisibilidade da população do campo, da floresta e das águas no Brasil: desafio para os sistemas de informações em saúde. Book Chapter. In: Carneiro, F. F.; Pessoa, V. M.; Teixeira, A. C. A. (Org.) **Campo, Floresta e Águas - Práticas e Saberes em Saúde**. Brasília: Universidade de Brasília, Cap. 5, p. 106-124, 2017.

SOLHA, R. K. T.; GALLEGUILLOS, T. G. B. **Vigilância em Saúde Ambiental e Sanitária**. 137p. São Paulo. Editora Érica, 2014.

SOUZA, S. DE. et al. Uma revisão narrativa associando a vulnerabilidade à saúde e os fatores ambientais de trabalhadores rurais. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 16, n. 4, p. 503–508, 2019.

WERMELINGER, M. *et al.* A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, 45: 54-70, 2010.

XIMENES NETO, F. R. G.; CRISPIM, F. S. P. Riscos à saúde de trabalhadores rurais no extrativismo da palha de carnaúba. **Enferm. foco (Brasília)** ; 10(2): 17-23, abr. 2019.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016. 336p.

APÊNDICE 1: ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Caracterização dos (as) Sujeitos:

Nome: _____ Data: ____/____/____

Local de Residência: _____

Escolaridade: _____

Ocupação: _____ Nº. de filhos: _____

Raça/Cor: _____ Sexo: _____ Profissão: _____

Religião: _____ Idade: _____ Estado Civil: _____

Renda familiar: _____ Renda individual: _____

Tempo de trabalho na Atenção Básica: _____

Tempo de trabalho nesta equipe: _____

Tempo de trabalho nesse município: _____

Tem algum curso que você gostaria de citar que você fez: _____

2. Perguntas norteadoras:

- Como é ser profissional da ESF nesta zona rural?
- Na sua opinião, como o trabalho se relaciona com a saúde das famílias do seu território? (os tipos de trabalho: agricultura familiar, agronegócio, pesca, mineração, carnicultura, eólicas, trabalho doméstico, trabalho infantil etc)
- Na sua opinião, como o ambiente se relaciona com a saúde das famílias do seu território? (Acesso à água, saneamento, esgotamento sanitário, cisternas, tipo de moradia)
- Você poderia falar das principais ocupações das famílias de seu território? (Existem outros processos produtivos que você identifique no município, que gostaria de relatar?)
- Que riscos à saúde você percebe nestas famílias inseridas nestes processos produtivos? (tipo de exposição – química, biológica, física, ergonômica, doenças relacionadas ao trabalho, acidentes de trabalho, direitos trabalhistas e previdenciários)
- De que forma o serviço de saúde se organiza para responder as demandas destas famílias? (Acesso, ações, encaminhamentos para serviços de referência, papel do CEREST, vigilância em saúde ambiental, vigilância de saúde do trabalhador, formulários de notificações de acidente de trabalho e intoxicações exógenas (agrotóxicos), acidentes com animais peçonhentos – cobra, barbeiros, esquistossomose, leishmaniose, hepatites, diarreia etc)
- Como se dá a busca dessas famílias ao serviço de saúde?

- Como se dá a participação das famílias na saúde local?
- Que aspectos você identifica que dificultam o atendimento a essas famílias em relação à saúde do trabalhador e da trabalhadora?
- No seu trabalho como _____ como você atua junto a essas famílias?

APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE)

Você está sendo convidado(a) para participar do estudo: “**Produção de indicadores para avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte.**” realizado por Profa. Dra. Vanira Matos Pessoa. Nesse estudo pretendemos: **Elaborar indicadores de avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte.**

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é evidenciar os desafios que estão colocados para a Estratégia Saúde da Família nos cenários rurais, na perspectiva de embasar com evidências científicas as necessidades, que devem ser consideradas para avançar na melhoria das condições de vida da população do campo e das águas, em especial as famílias agricultoras e pescadoras artesanais.

Sua participação consistirá em participar de uma **Entrevista**, na qual iremos discutir acerca da exposição ambiental, riscos e doenças relacionadas ao trabalho de famílias, que trabalham na agricultura e na pesca artesanal, dentre outros. Informamos que será realizada gravação de voz e transcrição das falas, portanto, solicitamos a sua permissão para estes procedimentos (participar da entrevista e autorização para gravá-la).

Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador ou pela instituição.

Informamos que esta pesquisa, aparentemente, não traz risco a sua saúde e que o (a) senhor (a) pode desistir de participar da mesma no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Lembramos, ainda, que na pesquisa qualitativa, habitualmente, não existe desconforto ou riscos físicos. Entretanto, o desconforto que o sujeito poderá sentir é o de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que ele possa se sentir incômodo em falar. Nesse sentido, o (as) senhor (a), como já dito acima, não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações obtidas nesta entrevista, se sentir-se que ela é muito pessoal ou sentir-se desconforto em falar.

Sua participação trará como benefícios contribuir para o conhecimento e percepção dos aspectos relacionados à saúde, ambiente, trabalho no território em que vivem. Dito isto, esta pesquisa envolve riscos mínimos, de natureza não física como explicitado anteriormente, isto é, tais como possíveis desconfortos em falar sobre algo, ser observado em seu processo de trabalho, entre outros. A pesquisadora responsável por este estudo irá garantir que o/a senhor/a não responda ou que fale com o pesquisador de campo em separado.

Serão garantidos o sigilo do seu nome e a privacidade dos dados coletados durante todas as fases da pesquisa. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o pesquisador responsável Profa. Dra. Vanira Matos Pessoa, na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ CEARÁ), no endereço: Endereço: rua São José, s/n, bairro: Precabura, Eusébio-Ceará. CEP: 60.760-000, fone: (85) 3215-6450, e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, localizado na Av. Antônio Justa 3161 - Meireles, fone:3101-1406 (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão de participar, se assim o desejar. Recebi uma via deste Termo de Consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Nome da testemunha

Data

Assinatura

(se o voluntário não souber ler)

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

<p>ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - ESP/CE</p> 									
<p>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</p>									
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p>									
<p>Título da Pesquisa: Produção de Indicadores para avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte.</p>									
<p>Pesquisador: Vanira Matos Pessoa</p>									
<p>Área Temática:</p>									
<p>Versão: 3</p>									
<p>CAAE: 07802419.2.0000.5037</p>									
<p>Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ</p>									
<p>Patrocinador Principal: Fundação Oswaldo Cruz</p>									
<p>DADOS DO PARECER</p>									
<p>Número do Parecer: 3.372.478</p>									
<p>Apresentação do Projeto:</p>									
<p>Trata-se de um estudo misto que utilizará a combinação diferentes técnicas de coleta de dados, de organização processamento e análise do material, com o intuito de apresentar resultados que apresentam o mais próximo possível o alcance dos objetivos propostos.</p>									
<p>Foram selecionados três municípios, sendo dois no Ceará e um no Rio Grande do Norte, considerando a presença de Instituição de pesquisa e demandas de movimentos populares para a realização de estudos de saúde da população do campo e das águas. Os critérios adotados na seleção dos municípios foram: ser de pequeno porte, população rural acima de 15 % da população total; variação da população extremamente pobre; uso do SUS maior que 90%; presença de associação de pescadores(as) e sindicatos de trabalhadores(as) rurais; presença de população do campo e das águas. Foram incluídos os seguintes municípios: Apodi/RN, Fortim/CE e Novo Oriente/CE. A coleta dos dados será feita por meio de várias técnicas a saber: formulário, entrevista, observação de processo de trabalho, grupo focal, história de vida. Os dados quantitativos serão tratados utilizando o programa Stata ou SPSS. Os materiais qualitativos serão transcritos para o Programa IRAMUTEQ, versão 0.7 alta 2. Neste estudo, os textos serão transcritos e categorizados conforme análise lexical do programa IRAMUTEQ, para então serem confrontadas com a literatura pertinente.</p>									
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: Av. Antonio Justa, 3181</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Meireles</td> <td>CEP: 60.165-000</td> </tr> <tr> <td>UF: CE</td> <td>Município: FORTALEZA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (85)3101-1406</td> <td>Fax: (85)3101-1406 E-mail: cep@ensp.ce.gov.br</td> </tr> </table>		Endereço: Av. Antonio Justa, 3181		Bairro: Meireles	CEP: 60.165-000	UF: CE	Município: FORTALEZA	Telefone: (85)3101-1406	Fax: (85)3101-1406 E-mail: cep@ensp.ce.gov.br
Endereço: Av. Antonio Justa, 3181									
Bairro: Meireles	CEP: 60.165-000								
UF: CE	Município: FORTALEZA								
Telefone: (85)3101-1406	Fax: (85)3101-1406 E-mail: cep@ensp.ce.gov.br								
<p>Página 01 de 05</p>									

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DO CEARÁ - ESP/CE



Continuação do Protocolo: 3.372.478

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Elaborar indicadores de avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte.

Secundários:

- a) Avaliar as condições de vida e o acesso aos serviços de atenção primária de famílias que trabalham na agricultura familiar e na pesca artesanal em territórios do litoral e do sertão nordestino;
- b) Caracterizar a exposição ambiental e o processo de trabalho de trabalhadores (as) da agricultura familiar e da pesca artesanal;
- c) Descrever o itinerário terapêutico das famílias agricultoras e pescadoras no que tange ao acesso aos serviços de atenção primária;
- d) Apreender as percepções de trabalhadores (as) da agricultura familiar e da pesca artesanal acerca da exposição ambiental, dos riscos e agravos/doenças relacionados ao trabalho;
- e) Apreender as percepções de profissionais da estratégia saúde da família acerca da exposição ambiental, riscos e doenças relacionadas ao trabalho de famílias que trabalham na agricultura familiar e na pesca artesanal;
- f) Propor indicadores qualitativos para a abordagem das populações do campo e das águas pela equipe de saúde da família subsidiando ações intersetoriais, de vigilância em saúde ambiental e do trabalhador e de promoção da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa que "os riscos relacionados à participação dos sujeitos na pesquisa podem estar relacionados a constrangimentos perante pessoas e instituições, caso dados sobre sua identidade venham a público. No entanto, será garantido que isso não ocorrerá sob hipótese alguma". Os benefícios relacionados com a participação dos membros da comunidade são no sentido de contribuir para o conhecimento e percepção dos aspectos relacionados à saúde, ambiente, trabalho no território em que vivem. Soma-se a isso a possibilidade de intervir em problemas prioritários, que podem advir em melhorias concretas para a população rural, como também para os participantes da pesquisa. A divulgação dos problemas enfrentados pelas comunidades e a articulação com o SUS e outros setores podem contribuir para construção de ações e políticas de saúde com foco na garantia dos direitos para as populações que residem nos territórios rurais e que vivem da agricultura e da

Endereço: Av. Antonio Justa, 3161

Bairro: Meireles

CEP: 60.165-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-1408

Fax: (85)3101-1408

E-mail: cep@esp.ce.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DO CEARÁ - ESP/CE



Continuação do Parecer: 3.372.478

pesca. Refere que as informações obtidas poderão ser utilizadas em eventos científicos, como congressos, seminários e outras atividades científicas, no entanto, estando resguardada a identidade de cada sujeito envolvido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante abordando a temática saúde-trabalho-ambiente. Projeto de pesquisa aprovado pelo Programa Inova Fiocruz - Edital geração de conhecimento - novos talentos, Edital número 3 de 2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos necessários para a realização da pesquisa.

Recomendações:

Enviar relatório final para o CEP da ESP-CE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1223517.pdf	28/05/2019 12:14:14		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_trab_agri_pesca_GF_ADEQUADO_CEP.doc	28/05/2019 12:12:10	Vanira Matos Pessoa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profdesaude_ADEQUADO_CEP.doc	28/05/2019 12:12:01	Vanira Matos Pessoa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_oficinas_ADEQUADO_CEP.doc	28/05/2019 12:11:50	Vanira Matos Pessoa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_observacao_ADEQUADO_CEP.doc	28/05/2019 12:10:27	Vanira Matos Pessoa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_familiares_historia_de_vida_ADEQUADO_CEP.doc	28/05/2019 12:10:15	Vanira Matos Pessoa	Aceito

Endereço: Av. Antonio Justa, 3181

Bairro: Meireles

CEP: 60.165-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-1408

Fax: (85)3101-1408

E-mail: cep@esp.ce.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DO CEARÁ - ESP/CE



Continuação do Parecer: 3.373.470

Justificativa de Ausência	TCLE_familiares_historia_de_vida_ADE QUADRO CEP.doc	28/05/2019 12:10:15	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Saude_Familias_Rurais_INOVA_FIOCRUZ_2019_Versao_Adequada_CEP.pdf	28/05/2019 12:09:04	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Outros	Resposta_ao_Parecer_CEP_ESP.pdf	28/05/2019 12:07:09	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_PESQUISA_1.pdf	28/05/2019 12:06:34	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Outros	Termo_de_autorizacao_Imagem_som.doc	14/04/2019 19:15:22	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Outros	Carta_de_apreciacao_CEP_ESP_CE.pdf	14/04/2019 19:14:15	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuenciado_Novo_Oriente.pdf	14/04/2019 19:13:47	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuenciado_Fortim.pdf	14/04/2019 19:13:34	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuenciado_Apodil.pdf	14/04/2019 19:13:23	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Outros	Secretaria_Saude_Novo_Oriente.pdf	11/02/2019 16:26:43	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Outros	Secretaria_Saude_Fortim.pdf	11/02/2019 16:26:42	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Outros	Curriculo.pdf	11/02/2019 16:23:51	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Outros	Carta.pdf	11/02/2019 16:23:10	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Luiz.pdf	28/01/2019 09:24:17	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Gelsa.pdf	28/01/2019 09:23:57	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Margareth_Borges.pdf	28/01/2019 09:23:36	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Marina_Fasanello_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:17:27	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Marcelo_Jose_Monteiro_Ferreira_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:16:54	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Ludiana_Batista_Luclano_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:16:35	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Marcelo_Porto_Firpo_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:16:05	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de Pesquisadores	Magda_Moura_Almelda_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:15:08	Vanira Matos Pessoa	Acelto
Declaração de	Matheus_Campos_Anuencia.pdf	26/01/2019	Vanira Matos	Acelto

Endereço: Av. Antonio Justa, 3161

Bairro: Meireles

CEP: 60.165-000

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-1408

Fax: (85)3101-1408

E-mail: cep@esp.ce.gov.br

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DO CEARÁ - ESP/CE



Continuação do Parecer: 3.572.478

Pesquisadores	Matheus_Campos_Anuencia.pdf	12:14:25	Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Roberto_Wagner_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:13:54	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Francisco_Jadson_Franco_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:02:27	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Fernando_Ferreira_Carneiro_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:02:07	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Fatima_Antero_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:01:34	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Caroline_anuencia.pdf	26/01/2019 12:01:14	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Darian_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:00:49	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração do Patrocinador	Carolina_Burke_Niemeyer_Anuencia.pdf	26/01/2019 12:00:10	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carlos_Andre_Moura_Amuda_Anuencia.pdf	26/01/2019 11:59:52	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Camilla_Gomes_Anuencia.pdf	26/01/2019 11:59:37	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anya_Pimentel_Gomes_Fernandes_Vieira_Meyer.pdf	26/01/2019 11:59:18	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Ana_Claudia_Araujo_Teixeira_Anuencia.pdf	26/01/2019 11:58:58	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Antonio_Adriano_Anuencia.pdf	26/01/2019 11:58:00	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Orçamento	Orçamento.docx	26/01/2019 11:56:13	Vanira Matos Pessoa	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	26/01/2019 11:54:43	Vanira Matos Pessoa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 05 de Junho de 2019

Assinado por:
JOSÉ OSMAR VASCONCELOS FILHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Antonio Justa, 3161

Bairro: Meireles

CEP: 60.165-000

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-1408

Fax: (85)3101-1408

E-mail: cep@esp.ce.gov.br

ANEXO 2 - NORMAS DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - *Ciência & Saúde Coletiva* é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista *Ciência & Saúde Coletiva* aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto,



significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmieg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e



apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).



6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/cac-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID ID.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.



Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).
6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na



maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21 cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
 2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF"¹¹ (p.38).
ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade..."
- As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
 4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus* (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals/>)
 5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (Incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.*)
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.



Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MPS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias.

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos



Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado.

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arg Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico.



16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/sid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.