

SAÚDE PÚBLICA NO/DO CAMPO

Ellen Caroline Nascimento de Jesus

Graduanda em Farmácia
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Jussara Belau dos Santos

Graduanda em Farmácia
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Roberta Coelho Ribeiro da Cruz

Graduanda em Farmácia
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Paulo Henrique de Lima

Farmacêutico – Centro Universitário Uningá; Mestre em Geografia – UFMS
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

Com as mudanças ocorridas no modo de produção e o desenvolvimento da agricultura/agronegócio, trouxe um reflexo para a população do campo, pois atingiu diretamente o meio ambiente, a família rural e conseqüentemente as condições de saúde. Desta maneira, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), coube ao Estado regulamentar às políticas de saúde que sustente uma assistência de qualidade a esses moradores, a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida. O presente artigo aponta algumas divergências observadas na atenção básica à saúde para comunidade rural, que vai desde a dificuldade do acesso aos serviços ao despreparo da equipe profissional, deixando claro que é preciso uma reformulação e maior apoio do Estado no modelo assistencial e uma formação acadêmica que fomenta a ruralidade, baseado no contexto de um modelo de saúde no campo e para o campo associado à consolidação das diretrizes de universalização, equidade e integralidade propostas pelo SUS.

PALAVRAS-CHAVE: saúde pública; políticas de saúde; população rural; estratégia saúde da família; sistema único de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A relação entre saúde, trabalho e meio de inserção de uma população, são fatores determinantes das condições de vida da sociedade, na qual influenciam diretamente no processo saúde-doença dos indivíduos. Fatores ligados à geografia local, como exemplo, o relevo, hidrografia, distância e estradas precárias, dificultam o acesso e deslocamento, além do desprezo pelos gestores e atores envolvidos com políticas públicas, contribuem para o isolamento social, cultural e aos serviços de saúde em que a classe camponesa sofre constantemente (MIRANDA, 2004).

Com o crescimento do agronegócio centrado no monocultivo para exportação, aliado a geração de empregos, trouxe conseqüências sobre a produção

associada à exploração do trabalho dos moradores rurais e à contaminação ambiental, assim promoveram problemas para saúde humana, como mortes, intoxicações e efeitos crônicos dos agrotóxicos, problemas cardiorrespiratórios entre outros (PESSOA; RIGOTTO, 2012). Isso tornou incontestável a necessidade do Estado em avaliar e tomar medidas voltadas para classe rural que se consolida mediante ao modo capitalista de produção, pois como Neves (1995) menciona que nenhum outro grupo é mais vulnerável aos efeitos adversos dos praguicidas do que os trabalhadores da chamada “agricultura familiar”.

Conforme Funtowicz e Ravetz (1997), à medida que um país se desenvolve social e economicamente, os problemas de saúde e meio ambiente originados nos processos produtivos são evidenciados, tornando mais perceptíveis situações de risco de ordem local, regional e global.

Seidl e Zannon (2004) citam que ao se avaliar a relação da qualidade e estilo de vida com a saúde, nota-se com grande relevância em populações de indivíduos doentes e isso fez com que se tornassem um importante indicador de saúde em populações saudáveis, incluindo trabalhadores rurais, além de auxiliar na criação de políticas de Estado que beneficiem e “saíam do papel” para que realmente favoreça a classe camponesa, pois a maioria das vezes o camponês é deixado de lado pelo poder público. Desta forma, é inegável que problemas relacionados à oferta e a organização dos serviços de saúde se transfiguram como barreiras de acesso, além da dificuldade de se atrair médicos e outros profissionais de saúde, para fornecer assistência de qualidade para moradores das áreas rurais, algo que se torna privilégio para a população urbana ao se compararem (FREDERICKX, 1998; BRABYN; BARNETT, 2004).

Assim, conhecer o significado de saúde e doença é um importante passo para a aproximação da construção social, as quais precisam de uma abordagem que contemple a diversidade de situações e o entendimento do que é saúde e doença, pois seus significados variam entre as pessoas, famílias, grupos culturais e classes sociais (RIQUINHO; GERHARDT, 2010). Portanto, este estudo visa demonstrar que a saúde rural não pode ser pensada, elaborada e executada como o modelo urbano, pois precisa ser considerada enquanto estratégia de desenvolvimento rural, no intuito de assegurar a cidadania e os direitos do homem do campo, além de implantar ações ao alcance dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no meio

rural, ou seja, um modelo de saúde no/do campo a fim de favorecer e assistir aos trabalhadores da agricultura familiar.

2 OBJETIVOS

O objetivo do presente artigo é apontar algumas divergências observadas na atenção básica à saúde para a comunidade rural.

3 MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada para a elaboração deste estudo é a revisão bibliográfica de artigos nacionais e internacionais publicados em plataformas de pesquisas, tais como, base de dados da *U.S. National Library of Medicine* (Pubmed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs) e em sites do ministério da saúde. Buscaram-se publicações entre os anos de 2006 a 2018 não descartando artigos de relevância publicados em anos anteriores. As palavras chaves utilizadas para busca de trabalhos foram saúde pública, políticas de saúde, população rural, estratégia saúde da família, sistema único de saúde.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A FAMÍLIA RURAL

O acesso à saúde indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas são atendidas pelos serviços públicos, portanto é mais perceptível quando se retrata da população rural, que possuem uma dificuldade já estabelecida simplesmente pelo local em que vivem.

A partir da década de 1960, com o fortalecimento das transformações no meio rural, fez acontecer uma repercussão negativa nas condições de vida, trabalho e na saúde do trabalhador do campo, e assim cada vez mais o processo de trabalho se tornou subordinado ao capital, pois o modo de produção capitalista é um processo de produção de mercadoria e de mais-valia, através do uso de objetos, instrumentos e da força de trabalho assalariada, materializada sob a forma de trabalho concreto, fatores como estes, que levam a uma sobrecarga dos indivíduos e afeta diretamente seu estado de saúde (ALESSI; NAVARRO, 1997).

Para Minayo e Thedim (1997), o modo de produção implica em diferenciadas inserções dos trabalhadores, com conseqüente diversificação também dos padrões de morbidade e mortalidade, esses padrões de saúde e doença são influenciados por fatores decorrentes das condições de vida a que estão submetidos.

Severo et al. (2012) dizem que:

Ações de promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde devem ser analisadas segundo o contexto social de onde são demandadas, pois trabalhadores e moradores da zona rural possuem características distintas na sua forma de viver, trabalhar e se relacionar com o ambiente.

Desse modo, o trabalho no campo, amparado pelas relações capitalistas de produção, é frisado pela jornada de trabalho de alta demanda, ritmo acelerado, pagamento por produção, decréscimo real do valor dos salários e descumprimento de direitos trabalhistas e isso leva a um esgotamento físico e psicossocial do ser humano, que pode acarretar em problemas de saúde futuramente (ALESSI; NAVARRO, 1997).

Com isso, cabe ao Estado, conceder direitos iguais a todo cidadão, seja ele da zona urbana ou rural, como determinam as legislações, porém na prática, é fácil de constatar divergências. Destarte, o SUS que foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado principalmente pelas leis 8080/90 e 8142/90 a fim de oferecer a todos, sem exceção, o direito a assistência à saúde.

A primeira e maior novidade do SUS foi o seu conceito amplo de saúde e ao definir os elementos condicionantes/determinantes da saúde, englobou o meio físico como condições geográficas, saneamento básico, água, alimentação e habitação, o meio social e econômico e o meio cultural que envolve a crença, emprego, renda, educação, hábitos, leis e costumes, e a garantia de acesso aos serviços de saúde, responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde para manter o completo estado de saúde do homem (CUNHA; CUNHA, 2001).

Sendo assim, a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, refere-se aos princípios e diretrizes do SUS, na qual cita em seu artigo 02:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que

assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Logo em sequência no artigo 03, diz que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Já a Lei 8142/90, trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Assim, nota-se a importância da lei para a população rural no âmbito das políticas públicas, embora seja explícito o abandono no campo (CANONICO; BRETAS, 2008). Para Assis e Villa (2003) essa lei traz a importância dos Conselhos de Saúde, a qual garante a representação entre segmentos e governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, onde cabe ao conselho representar e defender os interesses da sociedade/comunidade, com a função de indutores do compromisso governamental, entendida como a qualidade da atenção do governo em estar à altura da confiança, das expectativas e necessidades dos cidadãos. É através do conselho, que os usuários expõem suas dificuldades e prioridades perante aos serviços oferecidos.

Assis e Villa (2003) dizem que:

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo. Definem o que deve ser feito, fiscalizam e avaliam o que foi feito. No exame das demandas e proposições dos segmentos sociais, os Conselhos não devem manifestar o interesse individual, deste ou daquele grupo, devendo ser julgadas a pertinência, a viabilidade, as prioridades, entre outros, de tal forma que o interesse individual se apresente e se habilite como interesse público.

Apesar disso, por intermédio do Conselho de Saúde, os usuários do sistema que residem na zona rural, apresentam inúmeros impedimentos em participar e expor suas carências, pois a maioria das convenções acontece na cidade, um simples detalhe que muitas das vezes dificulta a presença dos representantes do campo.

Destarte, com o surgimento do SUS e suas leis orgânicas, universalizou-se o direito à saúde, mostrando que todo cidadão tem a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação, desse modo,

proporcionou abertura de espaços para decisões de políticas públicas no campo sanitário com a participação dos usuários e para o gerenciamento democrático dos serviços de saúde através da cooperação popular, com a possibilidade de promover o controle social por sujeitos coletivos diferentes, que interagem com o Estado (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

Para Benevides e Passos (2005), o oferecimento de um digno serviço de saúde pública para sociedade, depende de uma gestão no SUS que se apresente como um recurso para a qualificação das práticas de saúde, acesso com acolhimento, assistência por uma equipe multiprofissional, atenção integral e imparcial, valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social de todos os usuários, sem distinção de etnia, cor, e classe.

A partir dos pressupostos apontados, vale ressaltar algumas concepções do sistema de saúde, na qual Brasil (2004) ressalva:

- 1) Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- 2) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- 3) apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- 4) construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- 5) co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção;
- 6) fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- 7) compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

No campo da política pública, o sistema de saúde é baseado em princípios e diretrizes, como o da universalidade, equidade e integralidade; descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, sendo estes últimos, os quais determinam sua base organizacional a nível nacional. Dessa forma, é dever do Estado garantir para toda a população no mínimo a atenção básica de saúde. Porém, a discordância no propósito das leis “para todos”, pode ser percebido nos estudos de Hochman e Fonseca (1999), quando citam que, a não aplicação da legislação social ao campo foi uma das causas principais do êxodo rural, na qual o campesino sentiu-se ignorado, esquecido, desamparado e esse abandono deixou-os com dificuldade no acesso educação, saúde, transporte justo e crédito, assim

possibilitou desmerecer suas atividades rentáveis, apenas permanecendo no campo aqueles que não conseguiam migrar ou que se reformulou mediante o modo capitalista de produção. Contudo, a partir de políticas implantadas, o governo também instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF), um modelo de assistência, criada pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, no intuito de reorganizar o modelo tradicional de atendimento à saúde em que o foco é a família, ou seja, seu propósito é oferecer o bem-estar físico, mental e social, inclusive a população rural (TESSER et al., 2010).

Constata-se, no entanto, que o governo apenas elabora as leis, entretanto é recorrente, profissionais que integram o ESF se queixar da precariedade nas condições de trabalho, como relata Cotta et al. (2006), a disponibilidade de carro e dificuldade em deslocar até a família rural, foi a principal reivindicação da equipe para promover a assistência, uma vez que esse é um recurso fundamental para manter frequente o contato entre usuários e equipe, que facilita na atenção básica a saúde, logo ao se otimizar isso, facilita ir até os domicílios e as comunidades, especialmente nos casos da ESF rural.

Todavia, essa é a realidade e os desafios colocados no campo da Saúde Pública e das Políticas de Saúde, e que devem ser encarados por todos os envolvidos, profissionais da saúde, gestores, técnicos, pesquisadores e usuários do sistema, no cotidiano de suas atividades (PERES, 2009).

Para Scopinho (2010), no Brasil rural, as condições de trabalho e de vida sempre foram muito precárias, quanto mais o nosso olhar focaliza a modernidade, mais enxerga o arcaico, por mais que tenha intervenção do Estado com leis, normas e diretrizes, o simples fato de ser zona rural, já gera algum tipo de obstáculo, que se torna nítido nas medidas assistenciais e políticas públicas voltadas para as famílias do campo.

No entanto, observa-se que as mudanças no mundo do trabalho, o modo capitalista de produção, o agronegócio e as dinâmicas migratórias no meio rural brasileiro, possuem papel expressivo direto e indireto na saúde dos diversos grupos populacionais, inclusive no trabalhador do campo quando o assunto é acesso a serviços de saúde e isso interfere diretamente na determinação social do processo saúde-doença, na qual é fica inegável que as políticas de saúde, carecem de um modelo exclusivo para o campo (NAVARRO, 2001).

4.1 Assistências à saúde no campo

Diante das diversas estratégias e princípios implantados e que continuam sendo reformulados na intenção de melhorar o acesso aos serviços de saúde, a maioria dos programas buscam fornecer serviços de cuidados primários, sendo este, considerado o caminho de ingresso aos sistemas de saúde, pois a atenção básica primária à saúde se mostra efetiva em reduzir as injustiças no acesso aos cuidados de saúde em diversas populações, abrangendo inclusive àqueles que vivem no campo, porém são os que mais sofrem para acessar (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; STARFIELD 2006).

Segundo Ribeiro, Barata e Almeida (2006), ainda que o sistema de saúde seja baseado em uma política para toda a população, ou seja, universal independentemente da condição cultural ou socioeconômica, é comum a existência de desigualdades sociais, e com a presença do sistema privado de saúde gera a expectativa de uma política pública dirigida preferencialmente para as parcelas da população não coberta pelo sistema privado.

Embora o SUS apresente como um dos seus princípios a equidade, ainda existem barreiras que comprometem o acesso da população aos cuidados de saúde mais básicos e uma lacuna entre os indivíduos que recebem e os que não recebem esses cuidados ampliou ultimamente em alguns serviços primários e uma das causas é a dificuldade no acesso, seja pela equipe profissional de assistência, seja pelo próprio usuário do sistema (WORLD BANK, 2006).

Apesar da lei determinar que o ESF seja formado por uma equipe profissional composta de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório odontológico e agente comunitário de saúde, o Ministério da Saúde permite que outros profissionais da saúde se insiram no programa, conforme a necessidade de cada local e mesmo com a exigência do quadro mínimo de técnicos, ocorre um desamparo no atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Conforme diz O'Donnell (2007), milhares de pessoas sofrem e morrem em todo o mundo por condições para as quais já existem intervenções efetivas, porém o acompanhamento rotineiro feito pela equipe de saúde é impedido devido às dificuldades do dia a dia, como as más condições de trabalho da equipe multiprofissional ou mesmo pela falta de profissional, e ao considerar o acesso aos cuidados de saúde em áreas rurais, os problemas são ainda maiores.

Para Moraes, Rodrigues e Gerhardt (2008), observa-se que as populações territorialmente definidas como rural e urbana apresentam diferenças no que se refere ao acesso, assistência, atenção e à utilização de serviços de saúde em todo o mundo.

Travassos e Viacava (2007) dizem que as desvantagens no acesso básico e na utilização dos serviços de saúde pelas comunidades rurais são indícios de que deve haver uma melhora na oferta de serviços e uma gestão diferenciada a fim de organizá-los de modo a atender às especificidades territoriais, econômicas, culturais e sociais desse grupo de cidadãos.

Campos, Machado e Girardi (2009), citam um contratempo relacionado à saúde no campo, pois os médicos, ao exercerem sua profissão, procuram se concentrar nos grandes centros urbanos, deixando desamparadas as cidades menores, as áreas rurais, as comunidades mais remotas (exemplo, comunidade ribeirinha, indígenas entre outros) e as regiões mais pobres ou periféricas das grandes cidades, em consequência disso, esses grupos de pessoas, se tornam desprotegidos das ações de saúde e se tornam mais susceptíveis ao desenvolvimento de patologias devido às condições em que estão submetidos. Vale ressaltar, a falta de experiência dos profissionais em lidar com as particularidades do povo do campo, pois a deficiência vem lá da escola de formação, que se volta para o modelo assistencial urbano.

Assim, a insegurança assistencial a comunidade rural, já se torna um determinante no processo saúde-doença, além dos principais problemas relacionados com a área rural, ele também possuem ligação com o abastecimento de água potável e o saneamento básico, aliás, é crescente a contaminação de fontes, poços e minas, algo que facilita na transmissão de doenças por microrganismos, aumento na quantidade de contaminantes químicos na água proveniente dos agrotóxicos e em decorrência do uso de fertilizantes e adubos na agricultura (MIRANDA, 2004).

Logo, para Souza (2011) é cada vez mais comum intoxicação por agrotóxicos em trabalhadores rurais da agricultura familiar, na qual podem afetar o sistema imunológico, causar tontura, anemia, impotência sexual, dor de cabeça, insônia, alterações de pressão arterial, mal estar, distúrbios de comportamento e cólicas abdominais, estes sintomas necessitam integralmente de um

acompanhamento por profissional capacitado, e muitas das vezes, com a falta dos mesmos, leva o trabalhador a tentar resolver o problema sem acompanhamento técnico, principalmente com a automedicação ou uso de medicamentos caseiros, propiciando outros problemas de saúde.

Gerhardt (2006) cita que o apelo para a automedicação ou pela medicina caseira pode estar relacionado, além do aspecto cultural de uma comunidade, mas também à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, cuja oferta é insuficiente de acordo com a demanda daquela população assistida, constituindo ela mesma um fator gerador de desigualdades. As consequências dessa conduta podem ser numerosas, tais como a piora dos sintomas da doença causando complicações ainda mais graves, atraso ou retardo do início do tratamento por profissional capacitado e impacto para a qualidade de vida, ou ainda, podem aumentar casos de proliferação da doença e prejudicar a saúde da população, implicando em mudanças no monitoramento e controle de doenças infecciosas, principalmente no campo, onde os moradores do local possuem maior interação, do que na cidade.

De acordo com Queiroz (1993) a razão da persistência do uso destes medicamentos caseiros é entendida como um complemento aos vazios deixados pela medicina ou abandono dos serviços de saúde pública, como por exemplo, um mero mal estar e indisposições ou algumas doenças mais simples para as quais os médicos da rede pública em geral, deixam de medicar, pelo fato de não existir meios de cura disponíveis para fornecer.

Além dos problemas relacionados com os agrotóxicos, automedicação e medicina caseira, há inúmeros pacientes na zona rural, que sofrem de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, artrite e sintomas como dor nas costas ou da depressão e isso requer uma demanda assistencial incondicional, não obstante, nos estudos de Riquinho e Gerhardt (2010) elencam que, a maioria das localidades rurais dispõe de um posto de saúde, quando não adaptam o posto na escola, com atendimento em média de duas vezes na semana por um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde, e quinzenal de médico e dentista; em parte, o fornecimento de medicamentos e orientações de uso pelo técnico de enfermagem, feito em média apenas uma vez por mês, com isso, nesse intervalo de assistência pode acontecer um problema mais crítico ou crises, na qual obrigam as pessoas a procurar a resolução na cidade, pois ainda é comum nos dias previstos não haver

atendimento.

Neste meio tempo, com a falta de profissionais nos serviços é mais simples obter remédios por conta própria do que consultas, o que incentivava a automedicação, contudo, pode-se deduzir que a necessidade de mudanças e melhorias na infraestrutura, que vão desde a implantação de unidades de saúde próprias, presença de profissionais habilitados e as condições de apoio diagnóstico e terapêutico, incluindo aquisição de equipamentos, distribuição de medicamentos e insumos básicos para viabilizar melhores condições de saúde aos moradores da zona rural (UCHOA et al., 2011).

A ESF e a carência de profissionais, de uma farmácia básica ou posto de medicamentos nas unidades de saúde localizadas a área rural, contribuem para o uso de medicamentos em menor escala, fator que dificulta na melhora e controle dos sintomas, pois deslocar-se do local de moradia para realizar consultas médicas ou adquirir medicamentos é difícil para aqueles residentes em localidades mais distantes, desprovidas de transporte coletivo regular ou que residem em locais com condições geográficas adversas, além disso, a rotina do dia a dia de trabalho também interfere no uso dos remédios, pois passam o dia na lavoura/campo, o que contribui para desistir ou esquecer-se de utilizar (VIEIRA, 2010).

Consoante ao que dizem Travassos e Viacava (2007), o desamparo no tratamento com medicamentos ou não, aliado ao acesso limitado a serviços complexos ou básicos do SUS, as barreiras financeiras para o acesso a profissionais especialistas da área privada e para aquisição de remédios pelas famílias rurais, resultam em um agravamento desnecessário do estado de saúde e maior demanda aos hospitais, tornando-se futuros problemas de saúde pública ao Estado.

Enfim, para Minayo (2007):

Fenômenos como doença, saúde e morte não se reduzem a uma evidência apenas orgânica, natural e objetiva, mas englobam vivências individuais e coletivas, as quais se relacionam intimamente com as características de cada sociedade; portanto, a doença, além de sua apresentação biológica, é também uma realidade construída e o doente é um personagem social inclusive no meio rural.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, o presente trabalho, tem como objetivo demonstrar as dificuldades encontradas pela população que reside na zona rural diante do acesso aos serviços

básicos de saúde de acordo com o modelo proposta pelas políticas públicas. De tal forma, que se pode notar que as doenças são aliadas a cultura local e meio na qual cada indivíduo esta inserido, pois existem fatores individuais e coletivos que determinam o estado de saúde-doença de uma comunidade.

Entretanto, como foi descrito, além da dificuldade de acesso a saúde pública, existe a falta de profissionais que atuem na área rural como a falta de apoio aos mesmos, pois é necessário um modelo de política atrelado ao local a ser implantado e executado os serviços.

Para Riquinho e Gerhardt (2010), compreender o meio rural e o papel dos atores sociais que vivem e convivem nesse meio e as concepções de saúde e doença são fundamentais para a prática dos exercícios profissionais assistenciais, na busca do cumprimento das políticas públicas de saúde, pois a idealização pode contribuir para explicar comportamentos individuais e coletivos, visto que as ações são baseadas no entendimento de determinadas situações sociais, culturais, econômicas e geográficas.

No entanto, ainda existe a dificuldade relacionada à capacitação de dos profissionais inseridos no campo, pois as escolas de formação possuem foco voltado para área urbana e as comunidades rurais apresentam suas peculiaridades, como estruturas precárias, falta de equipamentos, cultura, valor, exposição a substâncias químicas e crença diferentes, que requer da equipe multiprofissional uma dinâmica diferenciadas quando comparada a ao assistencialismo para a população urbana. Sendo assim, a intervenção no acompanhamento e diagnóstico para a família do campo carece de técnicos habilitados e capacitados para realizar suas atividades no ramo da saúde e políticas de amparo a sociedade rural.

Posto isto, é rotineiro reclamações de usuários, profissionais ou atores sociais, a pedido de melhorar a atenção em saúde em todo seu território de abrangência, uma vez que a zona rural possui maiores necessidades e com isso adequar a ESF, as escolas formadoras e as políticas de saúde pública de acordo com seu local e não um modelo urbano que assume característica global.

Dessa maneira, é de fundamental interesse conhecer como os usuários avaliam o atendimento ofertado a eles, para facilitar no diagnóstico e repensar as práticas profissionais ou de intervenção sobre a forma de implantação, organização e propor os serviços, visando seu aperfeiçoamento para cada público conforme suas

características particulares.

Afinal, com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade cabe ao Estado, adotar medidas de um sistema de saúde e políticas de acesso no contexto rural, que conceda uma educação em saúde para as famílias com planejamento voltado para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do completo estado de bem-estar de saúde, que envolve desde um atendimento médico ao acompanhamento do tratamento, ou seja, nada mais que um modelo de saúde no campo e para o campo.

REFERÊNCIAS

ALESSI, N. P.; 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*, v. 13, n. supl. 2, p. 111-121, 1997.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 3, p. 376-382, 2003.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BRABYN, L.; BARNETT, R. Population need and geographical access to general practitioners in rural New Zealand. *The New Zealand Medical Journal*, v. 117, p. 1199, Ago., 2004.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do sistema único de saúde (SUS). Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

BRASIL. Lei nº 8080, 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*. Brasília, 20 set. 1990; Seção 1.

CAMPOS, F. E.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N.; A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, mai. 2009.

CANONICO, R. P.; BRETAS, A. C. P. Significado do Programa Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde para formação profissional na área de saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 2, p. 256-261, 2008.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio a reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saude*. v. 15, n. 3, p. 58-64, Set. 2006.

CUNHA, J. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos*. Brasília, p. 285-304, 2001.

FREDERICKX, I. Health in rural Tanzania: the determinants of health status, health care and health care choice. Discussion Paper, Katholieke Univ. Leuven, Bélgica, 1998.

FUNTOWICZ, S.; RAVETZ, J. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. *Hist. Cienc. Saúde Manguinhos*, v. 4, n. 2, p. 219-230, 1997.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov, 2006.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. 15 O legado institucional, p. 73-93, 1999.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 406 p., 2007.

MINAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, S. M. da F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saúde Pública*, v. 13 S. 2, p. S21-32, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do programa saúde da família. Brasília, DF, 2001.

MIRANDA, M. P. B. V. B. Amarras do Mundo Rural: Implicações do isolamento social na saúde e nos projetos dos jovens. Tese de Doutorado, 2004.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-383, abr-jun. 2008.

NAVARRO, Z. Desenvolvimento rural no Brasil: os limites do passado e os caminhos do futuro. *Estud. Av.* v. 15, n. 43, p. 83-100, 2001.

NEVES, D. Agricultura familiar: questões metodológicas. *Revista da Associação*

Brasileira de Reforma Agrária, v. 25, p. 21-37, 1995.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C.T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional, v. 1, p. 218-241, 2006.

PERES, F. Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 6, 2009.

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, v. 37, n. 125, 2012.

QUEIROZ, M. S. Estratégia de Consumo em Saúde entre Famílias Trabalhadoras. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 272-282, jul./set. 1993.

RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. S. Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. Ciência. Saúde Coletiva, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. Saúde e Sociedade, v. 19, n. 2, p. 320-332, 2010.

SCOPINHO, R. A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, S. 1, p. 1575-1584, 2010.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Caderno Saúde Pública, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SEVERO, L. O. et al. Enfermagem e o contexto rural: relações com a saúde, ambiente e trabalho. Revista de Enfermagem UFPE On Line, v. 6, p. 2950-2958, 2012.

SOUZA, A. et al. Avaliação do impacto da exposição a agrotóxicos sobre a saúde de população rural: Vale do Taquari (RS, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n. 8, 2011.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health system and health. Milbank Quarterly, v. 83, p. 475-502, Out. 2005.

STARFIELD, B. State of the art in research on equity in Health. Journal of Health Politics, Policy and Law, v. 31, n. 1, p. 11-32, 2006.

TESSER, C. et al. Concepções de promoção da saúde que permeiam o ideário de equipes da Estratégia Saúde da Família da Grande Florianópolis. Revista Saúde Pública Santa Cat. v. 3, n. 1, p. 42-56, Jan-Jun, 2010.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais. Brasil, 1998 e 2003. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, out 2007.

UCHOA, A. C. et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. Physis-Revista de Saúde Coletiva, v. 21, n. 3, 2011.

VIEIRA, E. W. R. Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Dissertação de mestrado, 2010.

WORLD BANK. The International Bank for Reconstruction and Development. Prioridades em saúde. Washington, DC. 2006.