UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS RURAIS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EXTENSÃO RURAL

O AGIR DA COMUNIDADE RURAL NA LOCALIDADE DO BOSQUE FRENTE ÀS QUESTÕES DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA DO SUL - RS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Berenice de Oliveira Cruz Rodrigues

Santa Maria, RS, Brasil
2007

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

O AGIR DA COMUNIDADE RURAL NA LOCALIDADE DO BOSQUE FRENTE ÀS QUESTÕES DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA DO SUL - RS

por

Berenice de Oliveira Cruz Rodrigues

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Extensão Rural do Departamento de Educação Agrícola e Extensão Rural da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM-RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Extensão Rural.**

Orientador: Dr. Hugo Aníbal Gonzalez Vela

Santa Maria, RS, Brasil.

2007

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Rurais
Departamento de Educação Agrícola e Extensão Rural
Curso de Pós-Graduação em Extensão Rural

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

O AGIR DA COMUNIDADE RURAL NA LOCALIDADE DO BOSQUE FRENTE ÀS QUESTÕES DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA DO SUL - RS

elaborada por
Berenice de Oliveira Cruz Rodrigues

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Extensão Rural

COMISSÃO EXAMINADORA:

_____
Dr. Hugo Aníbal Gonzalez Vela
(Presidente/Orientador)
Universidade Federal de Santa Maria - Brasil

_____
Dr. Pedro de Hegedüs
Universidade da República - Uruguay

_____
Drª Maria de Lourdes Denardin Budó
Universidade Federal de Santa Maria - Brasil

Santa Maria, RS 20 de agosto de 2007.

AGRADECIMENTOS

Com muito amor e carinho, dedico este espaço a todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, contribuíram com a edificação desta proposta e por isso agradeço profundamente:

A **Deus,** pela vida e por guiar meus passos e em alguns momentos até mesmo carregar-me em seus braços, pois somente o senhor é testemunha do que foi chegar até aqui. Obrigada pela força, garantindo minha persistência.

Ao meu filho **Mateus** e ao meu marido **Rodrigo** por existirem e serem a minha luz. Obrigada pelo amor, compreensão e apoio e desculpa pelas ausências e momentos de estresse. Amo vocês mais do que tudo.

Ao meu orientador, **Professor Doutor Hugo Vela**, pelos ensinamentos, compreensão, apoio e incentivo. Admiro sua postura ética e busca pelo comprometimento docente e discente.

Aos meus sogros **Valdemar e Neusa** e minha cunhada **Eliane**, pelo carinho e acolhimento nas vindas à Santa Maria e principalmente pelo cuidado desmedido e amoroso ao nosso Mateus.

Aos **meus pais e irmãos**, consangüíneos ou do coração, pelo carinho, pela educação e pelo apoio.

A minha mãe **Vane**, pela vida. Sei que de algum lugar, mesmo distante e talvez bem próximo, torce por mim e guia meus passos.

À **Professora Clara Colomé,** pelo exemplo, ensinamentos, amizade, carinho e incentivo. Você será para sempre o meu espelho.

Aos **professores do Curso de Enfermagem da UFSM**, pelos ensinamentos na graduação e no período de professora substituta. Obrigada pelo apoio e incentivo a busca por crescimento, em especial às professoras Maria Celeste Landerdahl, Rosa Maria Bracini Gonzáles, Maria de Lourdes Denardim Budó, Laura de Azevedo Guido, Sadja Mostardeiro e Silviamar Camponogara.

Aos **professores do Curso de Pós-graduação em Extensão Rural,** em especial àqueles das disciplinas cursadas no Mestrado.

Aos **colegas do Mestrado** pela convivência, carinho,amizade e compreensão pelos momentos de ausência e cansaço.

Ao secretário **João Vieiro** por sua ajuda e orientações imprescindíveis.

À colega **Carolina Tonini**, Enfermeira e Mestre em Extensão Rural, pela amizade e incentivo ao desafio de ingresso ao mestrado.

Às **Agentes Comunitárias de Saúde Maria Laureci e Fátima**, pelo carinho e ajuda imprescindível na realização deste trabalho. Obrigada pelo acolhimento na sua comunidade, no seu trabalho e nos seus lares.

À secretária do PACS **Magna**, pela contribuição no fornecimento de dados, compreensão e dedicação do seu tempo tão precioso.

À **Isabel,** Extensionista do Bem Estar Social da EMATER de Cachoeira do Sul, pelo apoio, carinho e fornecimento de dados inerentes ao trabalho.

À **comunidade da Localidade do Bosque,** pela recepção, compreensão e apoio à realização deste trabalho.

Ao **Hospital de Caridade e Beneficência de Cachoeira do Sul**, pelo trabalho e em especial à coordenação de enfermagem e aos colegas enfermeiros, pelo apoio e compreensão, concedendo folgas e trocas de plantão, permitindo assim o deslocamento para Santa Maria.

Obrigada a todos!

RESUMO

Dissertação de Mestrado

Curso de Pós-Graduação em Extensão Rural

Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

O agir da comunidade rural na Localidade do Bosque frente às questões da saúde e qualidade de vida no Município de Cachoeira do Sul - RS

Autora: Berenice de Oliveira Cruz Rodrigues

Orientador: Dr. Hugo Aníbal Gonzalez Vela

Santa Maria, RS, 20 de agosto de 2007.

O objetivo deste estudo foi verificar como a comunidade rural na Localidade do Bosque, município de Cachoeira do Sul – RS, age em relação às questões da saúde e qualidade de vida, na perspectiva do desenvolvimento rural. A metodologia utilizada foi um estudo de caso envolvendo pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas com as famílias e com "informantes-chave". Concluiu-se que o agir da comunidade rural estudada em relação às questões da saúde e qualidade de vida constitui-se em cuidados relacionados aos hábitos de vida para a manutenção e/ ou melhorias nas condições de saúde, na associação dos conhecimentos popular e científico para o tratamento da doença e na participação social, através de ações de caráter coletivo, principalmente em grupos na comunidade. A principal dificuldade identificada pela comunidade foi em relação às deficiências no sistema de saúde nacional, basicamente os maus serviços oferecidos à população. Como sugestões para melhorias, a comunidade solicitou nudanças referentes à intensificação dos serviços de saúde oferecidos, especialmente para o trabalhador rural, melhorias no transporte e melhor atenção e formação dos profissionais de saúde.

Palavras-chaves: saúde, qualidade de vida, desenvolvimento rural.

ABSTRACT

Dissertation of Master degree

Course of Master degree in Rural Extension

Federal University of Santa Maria, RS, Brazil

The acting of the rural community in the County of Bosque in relation to the issues of health and quality of life in the town of Cachoeira do Sul - RS

Author: Berenice de Oliveira Cruz Rodrigues

Advisor: Dr. Hugo Aníbal Gonzalez Vela

Santa Maria, August 20 th, 2007.

The objective of this study was to verify how the rural community of the county of Bosque, town of Cachoeira do Sul – RS, acts in relation to the issues of health and quality of life, from the perspective of rural development. The methodology used was case study involving documental research and semi-structured interviews with families and with "key-informers". It was concluded that the acting of the rural community studied in relation to the issues of health and quality of life consists of cares related to the habits of life for the maintenance and/or improvements of health conditions, in the association of popular and scientific knowledge for the treatment of diseases and in the social participation, through actions of collective character, mainly in groups of the community. The main difficulty identified by the community was in relation to the deficiencies in the national health system, basically the bad service given to the population. As suggestions for improvements, the community required measures concerning to the intensification of the health services offered, specially for the rural worker, improvements in transportation and a better attention and formation of the professionals of health.

Word-keys: health, quality of life, rural development.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de membros das famílias..... 40

Tabela 2. Atividade das famílias..... 41

Tabela 3. Grau de parentesco e sexo do membro da família que respondeu à entrevista..... 42

Tabela 4. Idade do membro da família que respondeu à entrevista..... 43

Tabela 5. Idade dos "informantes-chave"..... 44

Tabela 6. Condições de saúde das famílias definidas pelo membro entrevistado..... 54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Tempo que os "informantes-chave" conhecem a comunidade..... 44

Quadro 2. Moradias na comunidade..... 45

Quadro 3. Abastecimento de água na comunidade..... 46

Quadro 4. Tratamento da água na comunidade..... 46

Quadro 5. Destino do lixo na comunidade 47

Quadro 6. Destino das fezes e urina na comunidade..... 47

Quadro 7. Faixa etária e sexo das pessoas da comunidade..... 48

Quadro 8. Crianças na comunidade..... 49

Quadro 9. Gestantes na comunidade..... 50

Quadro 10. Crianças na escola e alfabetização na comunidade..... 51

Quadro 11. Hipertensos e diabéticos na comunidade..... 52

Quadro 12. Principais aspectos considerados para a determinação das condições de saúde da família, de acordo com um de seus membros..... 55

Quadro 13. Principais cuidados para a manutenção e/ou melhorias na saúde e qualidade de vida realizados pelas famílias, segundo um de seus membros..... 59

Quadro 14. Principais ações das famílias para o combate da doença..... 64

Quadro 15. Contribuições das famílias para a manutenção da saúde da comunidade..... 68

Quadro 16. Dificuldades enfrentadas pelas famílias no cuidados com a saúde e/ou doença..... 73

Quadro 17. Sugestões para melhorias em relação às dificuldades nos cuidados com a saúde e/ou doença..... 77

LISTA DE REDUÇÕES

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

CNS- Conferência Nacional de Saúde

EMATER – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

NOB-SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitário de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A. Pauta da entrevista semi-estruturada com as famílias..... 92

Apêndice B. Pauta da entrevista semi-estruturada com informantes-chave..... 93

Apêndice C. Termo de Consentimento..... 94

SUMÁRIO

1 CAPÍTULO INTRODUTÓRIO..... 15

1.1 Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento rural como objeto de estudo..... 15

1.2 Objetivos 17

1.2.1 Geral 17

1.2.2 Específicos..... 18

1.3 Metodologia..... 18

1.3.1 A pesquisa..... 18

1.3.2 Área de abrangência do estudo..... 18

1.3.3 Os informantes..... 19

1.3.4 Técnica de coleta de dados..... 20

1.3.5 Ética na pesquisa..... 21

1.3.6 Análise dos dados 21

1.3.7 Retorno da pesquisa..... 21

2 O DESENVOLVIMENTO RURAL NO CONTEXTO DA INTEGRALIDADE 22

2.1 Saúde como determinante de qualidade de vida..... 25

2.1.1 O sistema de saúde brasileiro no contexto da "Reabertura Democrática" a partir dos anos 80..... 25

2.1.2 O SUS como estratégia para reorientação do modelo de saúde brasileiro..... 31

2.2 A participação social na busca pelo desenvolvimento..... 35

2.3 O profissional para trabalhar com as novas necessidades do meio rural..... 38

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... 40

3.1 Caracterização das famílias e dos informantes envolvidos no estudo..... 40

3.1.1 As famílias..... 40

3.1.2 Os informantes..... 42

3.2 As condições de saúde da comunidade rural 45
3.2.1 Perspectiva da população sobre suas condições de saúde..... 52
3.3 O agir da comunidade rural frente às questões da saúde e qualidade de vida 58
3.3.1 Cuidados adotados pela família e comunidade para a manutenção e/ou melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida..... 58
3.3.2 Ações das famílias e comunidade frente a ocorrência da doença 63
3.3.3 Ações coletivas para a manutenção e/ou melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida..... 67
3.4 As necessidades de saúde identificadas pela comunidade rural 73
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 82
BIBLIOGRAFIA..... 85
APÊNDICES..... 91

1 CAPÍTULO INTRODUTÓRIO

1.1 Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento rural como objeto de estudo

As novas propostas de desenvolvimento rural desprendem-se da concepção econômica e tecnológica e lançam como desafio, a promoção de índices satisfatórios de qualidade de vida para o homem do campo, ou seja, condições adequadas de bem estar, satisfazendo assim suas necessidades básicas, como saúde, educação, dentre tantas outras, de acordo com a realidade e as especificidades do meio rural.

O debate atual, que ressalta a melhoria da qualidade de vida da população rural, contribui para conferir integralidade à proposta de desenvolvimento rural, uma vez que visa atender às reais necessidades dessa comunidade, tendo como instrumento o trabalho interdisciplinar.

Sendo assim, o desenvolvimento rural concebido numa perspectiva integral, requer uma abordagem interdisciplinar, onde profissionais de diferentes áreas procurem aliar conhecimentos específicos a uma compreensão mais ampla acerca do meio rural, propiciando um conhecimento mais abrangente e capaz de integrar os diversos componentes necessários ao alcance de melhorias nas condições de vida dessa população. Conforme Cecílio (2001, p. 115): "A integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes" e ainda: "A melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial" (p. 117).

Ao aliar desenvolvimento rural, ao atendimento das necessidades de bem estar das famílias do campo e ao trabalho interdisciplinar, visualiza-se dentro desse contexto de integralidade, a inserção do profissional de saúde, enquanto sujeito comprometido com a melhoria da qualidade de vida da população.

Além disso, o sistema de saúde nacional, o SUS (Sistema Único de Saúde), tem como uma de suas diretrizes, a integralidade, determinando a implantação de uma rede de ações e serviços, constituída a partir das reais necessidades da população e para todos os cidadãos brasileiros. O SUS preconiza ações de saúde alicerçadas nos aspectos sociais, que valorizem as características locais e a participação popular, priorizando ações de prevenção e promoção da saúde, objetivando melhorias na qualidade de vida.

A criação de leis que reconhecem e incentivam a participação popular visa o envolvimento dos cidadãos na definição de prioridades, no acompanhamento das ações executadas e na fiscalização da aplicação dos recursos financeiros na área da saúde. Tudo isso, com vistas a assegurar ações eficazes dentro do Sistema e assim promover adequadas condições de saúde, inerentes ao alcance da qualidade de vida e ao desenvolvimento.

Entretanto, a concretização dessas diretrizes asseguradas pela legislação ainda é bastante limitada, demonstrando deficiências das políticas públicas, uma vez que não atendem às diferentes situações sociais, onde insere-se as particularidades do meio rural, pois a população enfrenta uma série de problemas, como a distância da cidade, a falta de recursos financeiros, a marginalização por parte dos profissionais da área da saúde, o descrédito, etc.

E assim, mesmo após mais de dez anos da criação do SUS, sua efetiva implantação ainda permanece como um desafio. No meio rural principalmente, o pretenso atendimento universal e igualitário ainda permanece como um artigo constitucional, pois as políticas públicas de saúde não contemplam as peculiaridades das populações do campo, rompendo com o princípio do direito universal à saúde, inerente à qualidade de vida e ao desenvolvimento rural, dentro de um contexto de integralidade. Em consonância, Silva (2003, p. 28) salienta: “As políticas públicas para o rural acabam impondo dinâmicas nem sempre congruentes com uma proposta de desenvolvimento rural que busque a integralidade”.

Diante dessa realidade, surge a necessidade de profissionais comprometidos com a melhoria das condições de vida do homem do campo, estabelecendo ações integradas, a partir de uma análise acerca desse contexto e da aliança entre diferentes conhecimentos na busca pelo bem estar das populações rurais, propiciando assim o seu desenvolvimento.

Além do interesse interdisciplinar, o atendimento das reais necessidades da comunidade, tem como condição indispensável, a participação social, onde a população identifica suas necessidades e busca soluções, sentindo-se responsável por suas condições de vida. Conforme Ehlers (1999, p. 146): “Nos países de Primeiro Mundo, a influência dos movimentos organizados da sociedade civil tem permitido inserir essas demandas na esfera governamental, levando, em alguns casos, à adoção de políticas públicas e de legislações que aceleram esse processo”.

O trabalho interdisciplinar aliado à participação da população, evidencia possibilidades de se alcançar melhores condições de vida para quem vive no campo, e assim o seu desenvolvimento.

No entanto, esta prática é ainda insipiente, e a partir deste contexto emerge o problema que norteou os rumos desse trabalho: **Como a comunidade rural age frente às questões de saúde, na busca por qualidade de vida, contribuindo assim para o desenvolvimento do meio rural?**

A necessidade de aprofundar questionamentos em torno deste problema, deriva da importância que as ações da população frente às questões de saúde adquirem numa proposta de desenvolvimento rural, concebida sob a ótica da qualidade de vida, num contexto de integralidade.

Além disso, o trabalho com a participação social na conclusão da Graduação em Enfermagem, o vínculo com uma comunidade rural, durante este período de estágio supervisionado e a crença na necessidade de profissionais comprometidos com a melhoria das condições de vida da população, levaram-me à inquietação a respeito do agir da comunidade rural frente às questões de saúde, na busca por melhorias nas suas condições de vida e assim, o seu desenvolvimento. Ainda, esta é uma forma de dar continuidade a estudos já preocupados com as condições de saúde da comunidade rural, considerando o seu desenvolvimento dentro de um contexto de integralidade.

Por tudo isso e na intenção de contribuir com a proposta de desenvolvimento rural na perspectiva da integralidade, tendo o trabalho interdisciplinar como instrumento fundamental, apresento os objetivos norteadores do estudo aqui proposto.

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Verificar como a comunidade rural na Localidade do Bosque, município de Cachoeira do Sul – RS, age frente às questões da saúde, na busca por qualidade de vida, dentro do contexto do desenvolvimento rural.

1.2.2 Específicos

- Conhecer as condições de saúde da comunidade rural;

- Identificar o agir da comunidade rural frente às questões da saúde;

- Oferecer subsídios para o planejamento e implementação de ações de saúde e projetos de desenvolvimento voltados à comunidade, que contemplem as suas demandas.

1.3 Metodologia

1.3.1 A pesquisa

Para o alcance dos objetivos propostos, o processo metodológico utilizado foi uma pesquisa descritiva, com abordagem quanti-qualitativa, sob a forma de estudo de caso, que para Rudio (1986, p.57) é "onde se faz uma pesquisa de um determinado indivíduo, família, grupo ou comunidade com o objetivo de realizar uma indagação em profundidade para se examinar o ciclo de sua vida ou algum aspecto particular desta".

A pesquisa descritiva, segundo Cervo e Bervian, (2002), busca conhecer e descrever as diversas relações que ocorrem na vida política, social, econômica que ocorrem tanto com um indivíduo, tomado separadamente ou com grupos ou comunidades mais complexas.

Para a realização desta pesquisa, se utilizou uma amostra probabilística aleatória simples que, segundo Almeida (1989), é o acaso estatístico onde todos os membros da população têm uma chance igual e independente de serem incluídos na amostra. No presente caso, a amostra foi composta por famílias residentes na comunidade rural da Localidade do Bosque, município de Cachoeira do Sul, RS.

1.3.2 Área de abrangência do estudo

Esta pesquisa foi realizada na comunidade rural da Localidade do Bosque, na região norte do Município de Cachoeira do Sul, localizando-se a cerca de 30 Km do centro urbano deste município, o qual localiza-se na região central do Rio Grande do Sul, distante 198 Km da capital do estado, Porto Alegre, ocupado por 89.669 habitantes, em uma área de 3735 Km², situada estrategicamente na BR 153, entre a BR 290 e a RS 287, às margens

do Rio Jacuí. (IBGE 2000). O município é considerado a Capital Nacional do Arroz e a Capital Sul-americana de noz-pecã.

Cachoeira do Sul possui a gestão plena do sistema de saúde, tendo um hospital filantrópico (Hospital de Caridade e Beneficiência) com 184 leitos, um hospital da Unimed, com pequenos procedimentos cirúrgicos e atendimento ambulatorial, uma entidade assistencial de saúde (Cauzzo), sete unidades sanitárias na zona urbana e dez na zona rural, PACS com 35 agentes comunitárias de saúde e 3 equipes de PSF. O município não tem seu sistema de referência e contra-referência organizado, sendo que uma unidade sanitária atende urgências e emergências, as especialidades são disponibilizadas em algumas unidades sanitárias e exames e encaminhamentos na própria Secretaria Municipal de Saúde, localizada no antigo Hospital da Liga Operária.

A Localidade do Bosque é composta principalmente por produtores familiares e minifundiários, fazendo uso de tração animal e mecanizada e tendo como atividades predominantes as lavouras de subsistência como milho, mandioca, cana-de-acúcar, hortas e pomares domésticos, além da produção de fumo, leite e olerícolas com fins comerciais e, em menor escala, a pecuária de corte e o cultivo de arroz. Possui uma igreja, com salão comunitário, um cemitério e uma sala anexa à igreja, onde são realizadas ações de saúde uma vez por semana, por equipe multiprofissional (médico, enfermeira, dentista, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde).

A escolha desta região deveu-se ao fato de ser esta uma área delimitada através do mapeamento realizado pela Secretaria Municipal de Saúde para as ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

1.3.3 Os informantes

Participaram desta pesquisa, as pessoas residentes na região de abrangência das ações das agentes comunitárias de saúde, de acordo com mapeamento e cadastro da Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeira do Sul. Segundo estes dados, esta região é dividida em 2 Micro-áreas, com um total de aproximadamente 295 famílias. Ressalto que cada Micro-área possui uma agente comunitária de saúde, ali residente, conhecedora de sua região, e portanto fundamental para o vínculo com a comunidade.

1.3.4 Técnica de coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de pesquisa documental e entrevistas semi-estruturadas com as famílias e com "informantes-chave", ou seja, foi realizada uma triangulação de dados.

A pesquisa documental orientou a caracterização da comunidade estudada, com ênfase aos aspectos de saúde, como índices de natalidade, morbimortalidade, gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculosos, hansênicos, vacinação, além de saneamento, água, luz, esgoto, lixo, educação, aspectos socioeconômicos, organização social e ações de desenvolvimento implementadas pela EMATER na região. Para tanto, foram estudados documentos da Secretaria Municipal de Saúde (dados do SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica), IBGE e EMATER de Cachoeira do Sul.

Para as entrevistas com as famílias foi determinada uma amostragem, de acordo com procedimentos estatísticos, e foram realizadas através do acompanhamento das agentes comunitárias de saúde atuantes nessa localidade, em suas visitas às famílias conforme sua rotina de trabalho. Da população total de 295 famílias, 98 foram entrevistadas (33,22%).

As entrevistas com "informantes-chave" foram realizadas com pessoas identificadas pela comunidade como referência na sua organização social, como por exemplo moradores antigos, líderes comunitários, membros da escola, Agentes Comunitários de Saúde, extensionista da EMATER, dentre outros.

Para as entrevistas semi-estruturadas com as famílias e "informantes-chave" foram utilizadas pautas, com perguntas abertas, vinculadas ao objetivo do estudo e diferenciadas para os dois segmentos (APÊNDICES A e B). As primeiras questões tiveram como objetivo caracterizar as famílias e os informantes (Questões 1 a 7 do APÊNDICE A e questões 1 a 5 do APÊNDICE B). A seguir, foram questionadas a visão das famílias e dos informantes sobre as condições de saúde da comunidade, o agir da comunidade frente às questões de saúde e qualidade de vida, a participação coletiva nestas questões, as dificuldades enfrentadas pela comunidade e sugestões para melhorias.

1.3.5 Ética na pesquisa

Para assegurar e valorizar uma condução ética durante a pesquisa, esta foi respaldada nas orientações e disposições da Resolução n° 196/96, do Ministério da Saúde, na qual estão descritas as diretrizes e normas que regulamentam os processos investigativos que envolvem seres humanos. Para tanto, foi solicitado o consentimento livre e esclarecido dos participantes e a autorização das instituições envolvidas. Os objetivos e a metodologia foram apresentados de forma clara, em linguagem acessível aos participantes, os quais tiveram garantido o anonimato e o sigilo de suas informações. Além disso, a liberdade de participação espontânea e o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa, foram preservados e explicitados. As determinações desta resolução levam a entender que o pesquisador tem um compromisso ético com os participantes envolvidos na pesquisa, devendo retornar o resultado para eles. (Termo de consentimento – APÊNDICE C)

1.3.6 Análise dos dados

Os procedimentos analíticos compreenderam a organização dos dados em categorias ou classes. Segundo Rudio (1986, p.99): "A classificação é uma forma de discriminar e selecionar as informações obtidas, a fim de reuni-las em grupos, de acordo com o interesse da pesquisa". Para tanto, conforme o mesmo autor, após a classificação, os dados foram codificados e tabulados, para que então pudessem ser analisados, sendo submetidos a uma apreciação qualitativa, uma vez que esta proposta buscou uma compreensão cultural dos dados que permitissem verificar o agir da comunidade rural frente às questões de saúde, na busca por qualidade de vida e assim, o seu desenvolvimento.

1.3.7 Retorno da pesquisa

Foi comunicado à EMATER e à Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeira do Sul, sobre a disponibilidade da pesquisadora em fornecer os resultados após a conclusão do estudo, a fim de contribuir no planejamento de ações de saúde e projetos de desenvolvimento voltados à comunidade, para melhorias na qualidade de vida e o seu desenvolvimento.

2 O DESENVOLVIMENTO RURAL NO CONTEXTO DA INTEGRALIDADE

Os debates atuais acerca do desenvolvimento rural desprendem-se da concepção exclusivamente econômica, focalizando diferentes dimensões e agregando o conceito de integralidade ao desenvolvimento, onde o mesmo está baseado não somente nos aspectos econômicos, mas, sobretudo, em aspectos culturais, sociais, ambientais, políticos entre outros, a depender da sociedade a qual se destina (Olival et al, 2003).

As novas concepções de desenvolvimento rural refletem o entendimento de que está além das questões econômica e tecnológica vinculadas à atividade agropecuária, dependendo de outras dimensões inerentes à qualidade de vida do homem que vive no campo. Para Moraes (2006, p.19), "o desenvolvimento rural não é, então, uma questão apenas de subsídios à atividade agropecuária, mas sim todo um rol de ações que proporcionem uma melhoria geral nas condições de vida das famílias que residem em áreas rurais".

Caporal e Costabeber (2004) consideram que as estratégias de desenvolvimento rural não podem orientar-se simplesmente pela acumulação de metas de desenvolvimento econômico, produção e produtividade, mas devem apoiar também aquelas mudanças que conduzam a uma maior segurança alimentar, a melhores níveis de educação, de saúde e bem estar.

O novo paradigma que engloba aspectos múltiplos do desenvolvimento do meio rural discute o tema no âmbito social, em um contexto de integralidade, uma vez que focaliza a qualidade de vida alcançada pelo atendimento das necessidades básicas do homem do campo e principalmente a sua participação nesse processo. Neste sentido, Sen (2000, p.29) considera que "o desenvolvimento tem que estar relacionado sobretudo com a melhoria da vida que levamos e das liberdades que desfrutamos".

Tais constatações refletem uma visão integral do desenvolvimento rural, que de acordo com Silva (2003), tem enfatizado, entre seus principais objetivos, o bem estar das populações rurais, ou seja, o desenvolvimento rural pensado numa perspectiva integral procura promover índices satisfatórios de qualidade de vida para as pessoas que vivem no campo. O bem estar da comunidade rural, considerando suas condições de saúde, alimentação, habitação, saneamento, inserção social, dentre outras.

Diversos autores contribuíram para a formação dessa nova visão do desenvolvimento rural, como trabalhos do educador Paulo Freire, que propõe a transformação dos problemas tecnológicos do campo em problemas políticos e sociais, modificando o processo de extensão e difusão de informações, transformando-os em verdadeiros processos de comunicação e educação (Freire, 1992).

Essas idéias foram consolidadas a partir do Relatório de Brundtland, concluído em 1988, onde se construiu um novo paradigma que agregou à discussão de desenvolvimento, aspectos de natureza social, surgindo assim, a idéia de desenvolvimento rural sustentável, associando o fator econômico às questões de preservação ambiental, saúde, educação, emprego e renda e contemplando o bem estar social.

Para Caporal e Costabeber (2004, p.113), "ao lado da dimensão ecológica, a dimensão social representa precisamente um dos pilares básicos da sustentabilidade". Neste sentido, os mesmos autores definem o desenvolvimento rural sustentável como um processo gradual de mudança, que encerra em sua construção e trajetória, a consolidação de processos educativos e participativos que envolvem as populações rurais. E, dentre outros aspectos indicativos de êxito ou fracasso das estratégias orientadas pela dimensão social, estão a qualidade de vida da população rural, o acesso à educação e a serviços de saúde e previdência social, a auto estima da população rural e à adesão a formas de ação coletiva baseadas em processos participativos.

Evidencia-se assim, a importância da dimensão social, que de acordo com Silva (2003, p.10) "engloba a qualidade de vida, as oportunidades empreendedoras, o acesso a sistemas de saúde e educação que satisfaçam as necessidades básicas e, principalmente, a participação cidadã do homem rural nesses processos".

Dentro dessa perspectiva que conferiu outras dimensões ao desenvolvimento rural, o campo passou a ser visto muito além das suas condições de produtividade, envolvendo no processo de desenvolvimento as particularidades de sua história e cultura, bem como, a satisfação das necessidades básicas de saúde, educação, emprego e renda.

Nesse sentido, a elaboração de índices e indicadores que promovam uma mensuração sobre o desenvolvimento e índices de nível de qualidade de vida e bem estar são bastante discutidos por diversos autores, tendo forte relação com o estabelecimento do IDH (Índice do Desenvolvimento Humano), onde a educação e a qualidade de vida são grandezas mensuradas na mesma proporção da renda per capita, deixando claro que, agregado ao fator econômico,

deveria também ser contemplado o bem estar social. Mais especificamente, foi proposto por Kageyama (2004) um IDR (Índice de Desenvolvimento Rural). Para isso, a autora discute uma conceituação sobre o rural e o desenvolvimento rural, discutindo a partir de autores que tratam sobre o assunto.

Segundo Kageyama (2004), no campo dos estudos rurais, três enfoques podem ser identificados para se conceituar o desenvolvimento rural, sendo eles o enfoque exógeno, o endógeno e um terceiro que consiste em uma combinação dos dois:

> No primeiro enfoque, o desenvolvimento rural é imposto por forças externas e implantado em certas regiões. Exemplo emblemático é o das políticas de modernização da agricultura como forma de estimular e desenvolvimento rural. O enfoque do desenvolvimento endógeno centra-se no desenvolvimento local, gerado por impulsos locais e baseado predominantemente em recursos locais, em que os atores e as instituições desempenham papel crucial; o caso típico é o dos modelos dos distritos industriais. Finalmente, o desenvolvimento rural pode ser visto como uma combinação de forças internas e externas à região, em que os atores das regiões rurais estão envolvidos simultaneamente em um complexo de redes locais e redes externas que podem variar significativamente entre regiões (Kageyama, 2004).

Sendo assim, o desenvolvimento rural pode ser visto como resultado da atuação do homem do campo, dentro da sua comunidade organizada para desenvolver atividades inerentes a sua sobrevivência, garantindo dignidade e qualidade de vida, de acordo com suas concepções. No entanto, não se pode eximir do Governo, a responsabilidade em fornecer subsídios para esse desenvolvimento, operacionalizando mudanças e promovendo condições adequadas de bem estar, através do direcionamento de políticas públicas.

Para Navarro (2001), o desenvolvimento rural é assunto que evidencia possibilidades de mudanças no ambiente rural e, portanto, o Estado é a esfera da sociedade que apresenta a necessária legitimidade para estabelecer as estratégias destinadas a alcançar estas mudanças.

No entanto, seja devido à falta de políticas específicas, de informações ou à presença de preconceitos e percepções distorcidas acerca da verdadeira realidade das áreas rurais, verifica-se verdadeiras incoerências entre as propostas desenvolvimentistas e a questão do bem estar das populações rurais.

A atual política nacional de saúde constitui-se em exemplo concreto dessas incoerências, pois devido à dificuldade de acesso, à falta de informações, à pouca participação social e ao planejamento alheio às reais necessidades da comunidade rural, o Sistema Único

de Saúde rompe com seus princípios básicos de universalidade, integralidade e participação da comunidade.

Torna-se claro, então, que o desenvolvimento dos meios rurais é um processo complexo, pois nele se encerram vários fatores e incertezas. No entanto, as estratégias de desenvolvimento rural devem assegurar às famílias rurais melhoria geral das condições de vida, suprindo suas necessidades básicas, como o acesso à saúde e proporcionando bem estar para estas famílias.

2.1 Saúde como determinante de qualidade de vida

A compreensão do modelo de saúde vigente pressupõe uma análise da evolução histórica das políticas de saúde no Brasil, focalizando os movimentos e fatos políticos e econômicos que marcam os avanços e retrocessos no estabelecimento destas políticas conforme o momento histórico.

Sendo assim, inicialmente foi realizada uma retomada histórica das políticas públicas de saúde no Brasil, tendo como objetivo contextualizar a questão saúde nas diversas conjunturas da história brasileira, abordando aspectos políticos e sociais, a partir da reabertura democrática, nos anos 80, e constituição do Movimento Sanitário, emergente do descontentamento com o sistema de saúde vigente, devido a sua inadequação e incapacidade resolutiva, frente à demanda social por serviços de saúde. Tudo isso, com vistas a uma melhor compreensão dos rumos das políticas de saúde no Brasil e suas implicações nas atuais condições de saúde da comunidade rural.

A seguir, é realizada uma abordagem sobre o sistema de saúde nacional, objetivando uma compreensão mais ampla acerca dos pressupostos teóricos e legais, proporcionando uma reflexão sobre sua real implementação prática.

2.1.1 O sistema de saúde brasileiro no contexto da “Reabertura Democrática” a partir dos anos 80

O final da década de 70 é marcado por uma profunda crise do modelo curativista. O empobrecimento da população aliado ao crescimento demográfico acelerado torna o acesso aos serviços de saúde cada vez mais difícil. A atenção médica se torna cada vez mais

complexa e cara, o que acarreta uma queda brusca dos níveis de qualidade e resolutividade do sistema público. Os indicadores demonstram condições de saúde críticas. O sucateamento e a insuficiência da rede básica provoca uma migração para as emergências dos grandes hospitais, que acabam se tornando a única alternativa para qualquer demanda da população e não mais locais específicos para o atendimento de urgência. Dessa forma, começa a se instaurar o caos no sistema público cujas conseqüências são ainda vividas pela população na maioria das cidades brasileiras, grandes ou pequenas. De acordo com Duncan (2004, p.69), "A necessidade de mudança verificada no fim da década de 70 vai se acelerando na década de 80, embalada pelo aprofundamento da crise econômica e pela instalação definitiva do processo de redemocratização".

O início dos anos 80 foi marcado pela crise das políticas sociais identificadas como crise do próprio regime político autoritário e pela reorganização do país em direção a um Estado de direito, como um momento de redemocratização do país. De acordo com Coelho et al (1995, p.9): "a expressão de uma política centralizadora, concentradora, privatizante e ineficaz estampava-se na deteriorização das condições de vida e saúde da população".

Segundo Chianca (1994, p.50):

> A década de 80, conhecida no Brasil como da crise econômica e política, se expressou, na área da saúde, como crise de Previdência Social, pela incapacidade dos seus serviços de atenderem à demanda crescente, pela insuficiência de recursos no orçamento do Ministério da Saúde e pelo aumento dos custos da assistência médica privada. Passou então fazer parte dos debates a criação do Sistema Único de Saúde, com a responsabilidade de planejar e executar uma política nacional de saúde, inclusive com a participação do usuário na formulação dessa política e na administração de programas (Chianca, 1994).

Em 1980, o governo realizou a VII Conferência Nacional de Saúde e, a partir dela, lançou o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-Saúde), que não é implantado por falta de força política, e o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), este fundamentalmente para racionalizar gastos em função da crise fiscal. Em 1983, foram criadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) com forte influência de setores vinculados à Reforma Sanitária, em uma primeira tentativa de integrar as políticas de saúde, até então pulverizadas em muitas instituições. Duncan (2004, p.70), considera que "a implantação desse plano foi limitada, mas algumas experiências localizadas tiveram o mérito

de mostrar que um novo modelo assistencial era viável, em especial pela possibilidade de contar com o apoio e participação da sociedade".

O ano de 1984 tornou-se um marco histórico e decisivo, caracterizado por um processo de transição política, ou seja, a mudança de um regime autoritário para um regime democrático onde a população organizada saiu às ruas exigindo as eleições para a Presidência da República e o fim da ditadura militar. No âmbito desse movimento foram levantados e discutidos os problemas políticos, econômicos e sociais. Na área da saúde, os profissionais em conjunto com a população identificaram o sistema nacional de saúde como descoordenado, caótico, pouco eficiente, concentrado nas regiões mais desenvolvidas e privilegiador dos interesses privados, o qual necessitava ser reformulado imediatamente, com o intuito de garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Em 1985, as AIS transformaram-se em política oficial da Nova República, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde.

Nesta época, o Movimento Sanitário Brasileiro começou a destacar-se na luta pela transformação do saúde vigente, procurando discutir as relações entre saúde-sociedade e saúde-Estado, assim como denunciar a mercantilização da saúde no Brasil.

Neste contexto sócio-político e com esta mobilização no setor saúde, em 1986, ocorreu em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde, tendo como temática: Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Financiamento do setor. A VIII Conferência marca a expressão "Reforma Sanitária" como bandeira de luta dos setores progressistas da sociedade, traçando assim as bases e diretrizes do movimento pela Reforma Sanitária. Além disso, consagrou-se uma concepção ampla de saúde, que de acordo com seu Relatório Final (1986), passa a ser: "a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde".

Nesse momento, apresentaram-se relatórios que foram consolidados em um documento, tendo sido aprovado em plenária, o qual recomendou o Sistema Único de Saúde, cujos princípios fundamentais seriam a descentralização e a integralidade das ações de saúde, eqüidade e participação popular, e propôs a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária para tornar realidade a estrutura organizacional do sistema nacional de saúde.

Ao comentar as conquistas no setor saúde provenientes da VIII Conferência Nacional de Saúde, Coelho et al (1995, p.11) referem que:

> A reorganização do setor em Sistema Único a ser coordenado por um único Ministério, devendo essa unicidade de comando ser reproduzida nos níveis estadual e municipal, tornou-se consenso. Além disso, outra grande contribuição desta Conferência foi a abertura de espaço para a participação popular, através de suas entidades representativas na formulação das políticas, planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde (Coelho et al, 1995).

No entanto, as resoluções aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, pouco foram implementadas na prática, devido à influência dos setores conservadores hegemônicos, o que colocou em risco o processo de unificação e descentralização da saúde. Além disso, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária foi progressivamente esvaziada, refletindo a debilidade do projeto progressista frente aos grupos liberais.

Neste contexto, em 1987, é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), com vistas à unificação e descentralização da saúde refletindo assim parte da luta do Movimento pela Reforma Sanitária. No entanto, foi mantido o controle centralizado realizado pelo INAMPS, dando continuidade ao modelo assistencial vigente, persistindo a desigualdade do acesso aos serviços, a baixa resolutividade e produtividade dos recursos, a estrutura inadequada de financiamento do setor e a ausência de integralidade das ações.

A aprovação, em 1988, da atual Constituição da República Federativa do Brasil, refletiu uma vitória do Movimento pela Reforma Sanitária, pois consagrou uma visão mais democrática dos direitos em relação à saúde, resgatando as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde e criando o Sistema Único de Saúde – SUS. Sendo assim, em seu título VIII, capítulo II, seção II, artigo 196 estabeleceu: "Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Posteriormente, o SUS é regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, consagrando assim os princípios fundamentais já incluídos na Constituição: a saúde como direito civil, ou seja, direito de todo cidadão e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde, considerando a sua determinação social; a construção do SUS, assegurando os princípios da universalidade, igualdade e integralidade; direito à informação

sobre a sua saúde; a participação popular; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.

A lei 8.080/90 normatiza a organização do sistema e a execução das ações e serviços de saúde em todo o território nacional, enquanto que a lei 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e dispõe sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde.

Além da Constituição e das Leis Orgânicas, foram formuladas as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 1991, 1993, 1994 e 1996), que são parte de um conjunto de leis do SUS e regulamentam o processo de descentralização da gestão dos serviços e das ações de saúde.

Ainda, a NOB-SUS/96 apregoa a reorganização e reordenação do modelo de atenção à saúde hegemônico através de duas estratégias: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF).

Em agosto de 1992, realizou-se em Brasília, a IX Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema central: "Saúde: Municipalização é o caminho". Na ocasião, diagnosticou-se o aprofundamento da crise no setor saúde decorrente do desmonte público, da redução de recursos destinados à saúde e do aumento da demanda devido às precárias condições sociais e econômicas em que vivia a grande maioria da população brasileira. A palavra de ordem surgida nos debates foi: "Cumpra-se a lei", no intuito de resgatar a responsabilidade do governo em cumprir os preceitos legais já conquistados.

A X Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em setembro de 1996, reafirmou a universalidade, a descentralização e a gratuidade dos serviços de saúde, além de exigir a efetivação e espaços para a participação popular e controle social no SUS.

Em 1997, o governo definiu este ano como sendo "o ano da saúde no Brasil". Segundo documento da Presidência da República, as metas e ações centrais do "ano da saúde" estariam concentradas em três grandes frentes:

(1) Prevenção, cujas ações seriam desenvolvidas através do PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PSF – Programa de Saúde da Família; Gestão do atendimento básico; Farmácias Básicas (40 medicamentos essenciais para

os 1000 municípios mais carentes); Combate às endemias; Saúde da Criança e DST/AIDS.

(2) Melhoria da qualidade dos serviços, que se daria pela Gestão Plena do Sistema Municipal; regulamentação dos planos de saúde; montagem de equipes para resgate e primeiros socorros; alternativas às internações hospitalares; readequação da rede através do REFORSUS e Revisão da tabela do SUS.

(3) Mobilização, estimulando a participação nos Conselhos de Saúde; transparência nas contas do governo e disque-saúde (Presidência,1997, p. 03/04).

Já em 2000, na XI Conferência Nacional de Saúde, foram apontadas algumas questões relacionadas ao efetivo controle social, como representatividade dos conselheiros, criação de Conselhos Estaduais e Municipais, obrigatoriedade da existência de Conselhos Gestores em todos os serviços de saúde, implantação efetiva dos Orçamentos Participativos, instauração de novos instrumentos de controle social, melhorias nas leis e regulamentos sobre o controle social e capacitação de conselheiros e usuários com a finalidade de instrumentalização sobre as funções e ações dos Conselhos de Saúde.

A partir do ano 2001, surge a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), que define por Atenção Básica, o conjunto de procedimentos assistenciais atualmente cobertos pelo Piso de Atenção Básica (PAB) e constituídos de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; por Atenção de Média Complexidade, entende-se o conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender aos principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, não justificando a oferta desses serviços em todos os municípios do país. E, finalmente, por Alta Complexidade, entende-se os procedimentos hospitalares mais específicos, cuja garantia de acesso é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde, com o estabelecimento de centros de referência para cada município.

Como foi possível observar através deste resgate histórico da políticas públicas de saúde no Brasil, foram vários os avanços e retrocessos em busca de melhores condições de saúde para a população, atrelados ou não a interesses políticos e econômicos. A criação do SUS, com a Constituição Federal de 1988, aponta para um sistema de saúde universal, igualitário e de qualidade, voltado para as reais necessidades da população, uma vez que tem

como uma de suas diretrizes o controle social. No entanto, ainda é longínqua a sua efetiva implantação. Coelho et al (1995, p.13) destacam que: "dentre os principais fatores contributivos para esta situação é a falta de vontade política para concretização do sistema".

De acordo com documento do Ministério da Saúde: "O sistema de saúde necessita completar o processo de reforma fazendo com que as mudanças administrativas permitam conferir maior grau de resolutividade, de integralidade das ações e de qualidade". (Ministério da Saúde 1995a, p.02)

Além disso, percebe-se a ausência de estratégias destinadas à comunidade rural, que contemplem as suas necessidades básicas, considerando as especificidades do homem do campo.

Evidencia-se assim, a necessidade de comprometimento com a real implementação do SUS, com vistas ao atendimento das necessidades de saúde da população e conseqüente melhoria da qualidade de vida.

2.1.2 O SUS como estratégia para reorientação do modelo de saúde brasileiro

O Sistema Único de Saúde – SUS é resultado de uma luta iniciada nos anos 70 e denominada de Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, com a idéia de que era preciso reformular o sistema de saúde para torná-lo mais eficaz e disponível a toda a população. Dele participaram profissionais de saúde, lideranças políticas, sindicais e populares, dando ao SUS o privilégio de ser uma conquista da sociedade brasileira, transformada em lei.

O sistema de saúde vigente até a promulgação da Constituição de 1988 garantia atendimento somente aos trabalhadores com carteira de trabalho assinada, sendo a assistência pública à saúde de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, o extinto INAMPS. Aqueles que não eram trabalhadores assalariados mas podiam pagar, eram assistidos por médicos particulares e, em casos de internação, pagavam também pelo atendimento hospitalar. Para os pobres ou excluídos do mercado de trabalho restava o atendimento gratuito realizado pelas Santas Casas de Misericórdia ou por postos de saúde municipais, estaduais e hospitais universitários.

Com o propósito de alterar esta situação de desigualdade na assistência à saúde da população, é criado o SUS, universalizando o acesso ao atendimento e tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer pessoa.

Segundo Carvalho & Santos (1995, p.61): “O avanço substancial ocorrido no SUS foi o reconhecimento de que a saúde é um direito fundamental do ser humano, e não uma contraprestação de serviços devida pelo Poder Público ao contribuinte do sistema de seguridade social”.

O SUS então é “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais ou por entidades a ele vinculadas, destinado a toda população e financiado com recursos arrecadados dos impostos e contribuições sociais” (Figueiredo, 2005:267).

Os princípios e diretrizes do SUS estão garantidos pela Constituição Federal de 1988(artigos 196 a 200) e regulamentados através das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), orientando assim a organização e funcionamento do sistema com o objetivo de torná-lo mais adequado às necessidades da população.

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), em seu artigo 198, o SUS constitui-se de uma rede de ações e serviços públicos de saúde hierarquizada, regionalizada e descentralizada sob comando único em cada nível de governo (federal, estadual e municipal), organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – Descentralização dos serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo. É a forma de organização que dá aos municípios o poder de administrar os serviços de saúde locais. Os estados, por meio das Secretarias Estaduais de Saúde, no processo de descentralização, coordenam a prestação dos serviços de saúde na sua área de abrangência e prestam cooperação técnica aos municípios para o bom desempenho destes serviços. À direção nacional do SUS, representada pelo Ministério da Saúde, coordena e estabelece normas para o sistema nacional e também presta assessoria técnica aos estados e municípios.

A descentralização tem como pressupostos, a regionalização e a hierarquização, que são considerados elementos importantes no planejamento das ações e serviços de saúde, com vistas a torná-lo mais eficaz, tanto em relação ao atendimento quanto à aplicação dos recursos. Assim, entende-se por regionalização, a distribuição dos serviços numa determinada região, levando-se em conta os tipos de serviços oferecidos e sua capacidade de atender à população. A hierarquização refere-se à divisão dos serviços de saúde em atenção primária, secundária e terciária, o chamados níveis de complexidade do sistema.

II – Integralidade do indivíduo e da assistência, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. É portanto uma forma de assistência que privilegia a saúde e não a doença. Assim, os serviços de saúde devem funcionar atendendo ao indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais variadas situações de vida e trabalho que o levam a adoecer e morrer. Além disso, o atendimento integral significa eu garantido o acesso das pessoas a todos os níveis de complexidade do sistema, desde a atenção primária, no caso das ações preventivas, até os níveis secundários e terciários de atendimento, inerentes à assistência curativa.

III – Participação da comunidade. É um forma de controle social que possibilita à população, através de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas de saúde. A Lei Orgânica da Saúde 8.142/90 (Brasil, 1990) estabelece duas formas de participação da comunidade na gestão do SUS: as Conferências e Conselhos de Saúde.

De forma complementar, mas não menos importante, temos também alguns princípios que devem ser observados na operacionalização destas diretrizes. São eles:

- Universalidade: acesso de todos os brasileiros às ações e serviços de saúde em todos os níveis de assistência, ou seja, todas as pessoas, sem discriminação, tem direito ao atendimento público e gratuito à saúde;

- Igualdade: o mesmo tipo de atendimento dever ser oferecido a todas as pessoas, sem preconceito, discriminação e privilégios;

- Eqüidade na distribuição dos recursos: destinar mais recursos para localidades mais pobres e com menor capacidade de atender às necessidades de suas populações;

- Resolutividade dos serviços: capacidade de resolver problemas de saúde da população;

- Integralidade da assistência: garante todas as ações e serviços de saúde necessários à promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde;

- Descentralização: os municípios com o poder de administrar as ações e serviços de saúde locais;

- Participação da comunidade: a população é responsável por definir o que é preciso ser feito na área da saúde, fiscalizando o funcionamento do SUS através da Conferências e Conselhos de Saúde.

Além desses princípios, encontramos ainda na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, os seguintes princípios:

- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral: o respeito aos sentimentos, aos modos de pensar, às crenças e convicções dos indivíduos, bem como seu direito de escolher alternativas de assistência médica disponíveis, desde que a opção feita não cause danos irreparáveis a sua saúde, ou à saúde da comunidade;

- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde: as unidades de saúde são obrigadas a fornecer informações de interesse das pessoas assistidas ou de interesse da comunidade. Por exemplo, no caso de usuários dos serviços de saúde, é garantido o acesso às informações de seu prontuário médico;

- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário: as unidades de saúde devem oferecer informações sobre os serviços disponíveis, como utilizá-los, onde recorrer em caso de necessidade, horário de atendimento, etc;

- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e orientação programática: as ações de saúde devem ser definidas em função do quadro de doenças da região, buscando-se não somente o seu controle e erradicação, como também oferecendo-se atendimento de acordo com os problemas da localidade;

- Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento: união de esforços no sentido de combater as causas sociais das doenças da localidade;

- Conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

- Organização dos serviços públicos de saúde de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, em seu artigo 3º , define ainda o conceito de saúde dentro dos pressupostos do SUS: "Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país" (Brasil, 1990).

Como vimos, o SUS constitui-se em um projeto de saúde pública, que objetiva a implantação de um sistema de saúde de qualidade em todos os seus níveis, considerando saúde como direito, aberto à participação cidadã e determinante de qualidade de vida. No entanto, entre a elaboração de um projeto e sua efetivação existe uma grande distância. Operacionalizar o SUS é ainda um grande desafio.

2.2 A participação social na busca pelo desenvolvimento

A criação do SUS configurou-se como uma conquista da população organizada no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Além disso, foi conquistado também o direito à participação popular nas instâncias de decisão das políticas públicas de saúde. No entanto, um dos maiores desafios para a efetiva implantação do SUS é a institucionalização do controle social.

De acordo com Flach (2002, p.3):

> O controle social sobre os serviços de saúde diz respeito a uma concepção democrática de universalização de direitos. Diz respeito, também, ao entendimento de que saúde será conquistada na prática cotidiana e que para isso é necessária a participação organizada da população nas lutas sociais e nos fóruns de decisão do setor, como as Conferências, os Conselhos de Saúde e outros que a sociedade civil aponte como fóruns deliberativos sobre saúde. Somente a população organizada poderá conquistar este direito de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde (Flach, 2002).

Através da Lei Federal 8.142/90, são constituídos as Conferências e os Conselhos de Saúde, com vistas ao exercício do controle social, entendido como a participação da população nas instâncias decisórias do setor, atuando assim na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros.

As Conferências de Saúde são fóruns amplos, onde se reúnem representantes da sociedade (usuários do SUS), profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde, parlamentares e outros, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de governo. Segundo o Ministério da Saúde (1998), em nível nacional as conferências devem ser realizadas de quatro em quatro anos e nos níveis estaduais e municipais, de dois em dois anos, sendo convocadas pelo poder executivo e extraordinariamente, pelos Conselhos de Saúde nos respectivos níveis.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários com a finalidade de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, além de exigir os espaços para a participação popular e controle social do SUS.

A lei também estabelece a forma de composição dos Conselhos. Em primeiro lugar, garante a representação dos seguintes segmentos: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Em seguida, define que 50% do número total de conselheiros será de representantes dos usuários, enquanto que os outros 50% será de representantes dos segmentos do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde. São considerados representantes do governo, órgãos ou entidades da Administração Pública (Poder Executivo). Os prestadores de serviço são as entidades que atuam no setor de assistência à saúde, prestando serviço, atendendo a população, participantes do SUS (Público, Privado, Universidades,...). Entre os profissionais de saúde incluem-se não apenas os profissionais que prestam assistência (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc...) como também os responsáveis por outras atividades (técnicas e administrativas) dos órgãos e entidades públicas ou privadas do setor saúde.

A participação social é um processo em permanente construção, que comporta avanços e retrocessos e, por isso, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos, recuperando uma visão comunitária, onde pessoas e famílias passam a ser

responsáveis por sua saúde, qualidade de vida e demais aspectos relacionados ao seu desenvolvimento.

Dessa forma, a participação social não é pressuposto específico do setor saúde. Ao discutir o desenvolvimento da comunidade rural, emerge a questão da participação social, onde o homem do campo identifica suas necessidades e busca soluções para o alcance de melhores condições de vida e bem estar, inerentes ao seu desenvolvimento.

Ratificando a importância da participação social para o alcance de melhorias a nível de coletividade e para a promoção do desenvolvimento rural, vários autores têm discutido essa relação.

Tomasino, Márquez e Franco (2006, p.108), ao mencionarem escolas de pensamento e prática vinculadas ao desenvolvimento, referem que há duas formas de abordar o conceito de participação: "Uma de ellas la considera um médio de alcanzar mayores niveles de eficiência. La otra, ve a la participación como um derecho fundamental, donde el principal objetivo es generar movilización y para la acción colectiva, el empoderamiento y el fortalecimiento institucional".

Alemany (2003, p.163), discute a nova ruralidade e um novo modelo de desenvolvimento humano sustentável e afirma que: "Existe consenso en que el desarrolo de esta nueva visión debe lograr un sector rural participativo,... Los fundamentos básicos de la nueva ruralidad son: el progresso humano como objetivo central de la sociedad, el fortalecimiento de la democracia y la ciudadanía,…"

Complementando o debate acerca da participação social no contexto do desenvolvimento rural, Hegedüs e Vela (2003, p. 274) afirmam que: "La participación es una cualidad básica de toda intervención de desarrolo; constituye un fin y es a la vez un medio. A participación como medio permite alcanzar los objetivos propuestos en una intervención (nivel instrumental)".

Sendo assim, a participação do indivíduo no processo de construção/transformação social, configura-se na garantia da democracia, sendo necessário que os cidadãos participem da vida política, influenciando na direcionalidade da sociedade. A organização da sociedade civil é um dos pilares de uma sociedade democrática, e Campos (2000, p. 41) diz que:

“Democracia é a possibilidade de exercício do poder: ter acesso a informação, tomar parte das discussões e na tomada de decisões. A democracia é uma construção e uma instituição”.

A sociedade é uma construção humana e histórica, portanto passível de transformação. Além disso, a forma como as pessoas se organizam em uma sociedade influencia o modo que atuam para conquistar os seus direitos. Surge assim, a necessidade de se lidar com controle social, cidadania e participação popular. A necessidade de ampliar a visão crítica dos sujeitos, articular recursos e reinventar laços sociais, possibilitando a participação de todos na construção de uma sociedade mais justa e desenvolvida.

2.3 O profissional para trabalhar com as novas necessidades do meio rural

Estão ocorrendo transformações velozes e simultâneas nas relações de produção, nas relações de poder, nas experiências humanas e na cultura, ultrapassando o cenário urbano e chegando até o meio rural. Fala-se assim, na nova ruralidade, que pressupõe desde a perspectiva institucional como profissional, maiores desafios e necessidade de capacitação e criatividade para os atores envolvidos.

São necessárias atitudes, aptidões e habilidades para responder às conjunturas, estruturas e estratégias da nova ruralidade. Isto deterrnina novos desafios à prática extensionista, que deve passar de uma ação extensionista personalizada a uma com maior prática democrática, agindo como um facilitador de interações.

Seguindo esse pensamento, as propostas freirianas de educação popular tem influenciado fortemente o pensamento extensionista latinoamericano. Tommasino et al (2006, p. 134), afirmam que este método não é uma receita, no entanto: “Esta propuesta es una guía teóricometodológica para quienes trabajamos em extensión. Es una guía que permite em algunos casos, introducir cunãs de participación, conciencia crítica, reinvención y distribuición del poder junto a la población rural con la que interactuamos”.

Para o novo perfil profissional do extensionista são imprescindíveis atitudes e práticas participativas, com vistas a fortalecer a capacidade de autoaprendizagem e inovação permanente das comunidades rurais, num processo contínuo de reflexão-ação, que se retroalimenta de diversas fontes de informação e conhecimento, inerentes aos pressupostos da educação popular.

Novamente Tommasino et al (2006, p. 124), discutindo a educação popular, baseada nos pressupostos de Freire, mencionam que: “De esta manera, la educación popular se delinea como un esfuerzo en el sentido de movilización y organización de las classes populares con vistas hacia el crecimiento de un poder popular”.

Para tanto, surge um novo desafio para a problemática da formação profissional, sendo necessário que as instituições formadoras tomem consciência de seu papel e de sua responsabilidade, transcendendo o instituído e assumindo uma proposta pedagógica de cunho transformador. Tudo isso, com o objetivo de constituir equipes interdisciplinares para atuar em realidades complexas e incluir a participação dos diversos atores e instituições no seu contexto.

Thornton et al (2003, p. 222) afirmam que: “Si para esse escenario la práctica extensionista del presente y futuro no se resuelve sólo con conocimiento técnico, habrá que considerar detenidamente la concepción de multifuncionalidad y transdisciplinariedad que tiende a imponerse y lo que ello implica en formación, perfil profissional y consecuentes capacidades y competencias”.

Nesse contexto de interdisciplinariedade, onde a prática extensionista é determinada pelas novas necessidades do meio rural, tendo como preocupação o bem estar e o conseqüente desenvolvimento do homem do campo, visualiza-se a inserção do profissional de saúde nesse processo de participação e transformação da realidade, na busca por melhores condições de vida e saúde, e assim o desenvolvimento.

A nova extensão rural necessita de trabalho interdisciplinar, propulsor do processo de participação social, em consonância com as novas concepções e perspectivas que reconhecem o homem do campo na sua plena cidadania, sendo compreendido a partir de sua integralidade e singularidade. Para tanto, faz-se necessário superar as posturas tradicionais e comprometer-se com um ato educativo, consciente e emancipatório, promovendo o desenvolvimento rural na perspectiva da integralidade, com vistas a transformação do contexto onde vivem, trabalham e se relacionam.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados e discutidos os resultados encontrados durante a realização desta pesquisa, referentes à caracterização das famílias e dos informantes envolvidos no estudo, às condições de saúde da comunidade rural, ao agir da comunidade rural frente às questões de saúde e qualidade de vida e às necessidades de saúde identificadas pela comunidade rural.

3.1 Caracterização das famílias e dos informantes envolvidos no estudo

Este item tem como objetivo caracterizar as famílias e os informantes envolvidos no estudo, possibilitando uma melhor compreensão do contexto da pesquisa.

3.1.1 As famílias

Para a caracterização das famílias foram considerados os aspectos relacionados ao número de membros e à atividade da família.

Na tabela 1 são apresentados os resultados referentes ao tamanho das famílias considerando o número de membros de cada uma.

Tabela 1. Número de membros das famílias

Número de membros	Total de famílias
2	30
3	28
4	19
5	17
6 ou +	4
Média de membros da família	**3,35**
Total	**98**

FONTE: Entrevista com as famílias

Como pode-se perceber, as famílias são compostas, em média, por 3,35 membros, sendo que em algumas o número de pessoas integrantes pode chegar a 6. Sendo assim, o tamanho médio das famílias é inferior ao que estabelece o Ministério da Saúde, a nível nacional, para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o qual deve considerar o número de 4,5 pessoas por família. E ainda, no Rio Grande do Sul, é estabelecido 3,5 pessoas

por família, considerando-se os indicadores de qualidade de vida, com índices mais elevados neste estado. Portanto, a caracterização das famílias de acordo com seu tamanho, demonstrou que a localidade é composta por famílias pequenas, o que pode ser um indicador de qualidade de vida.

A tabela 2 caracteriza as famílias quanto a sua atividade, considerando o seu sistema de produção, que de acordo com Neto e Basso (2005, p.19), "é a forma como os agricultores organizam as suas atividades no interior das unidades de produção", ou seja, o que as famílias produzem ou fazem na propriedade rural para garantir uma renda para a família e/ou a sua sobrevivência.

Tabela 2. Atividade das famílias

Atividade	N° de famílias	%
Agricultura familiar de subsistência[1]	7	7,14
Agricultura familiar de subsistência + trabalho assalariado na zona urbana	1	1,02
Agricultura familiar de subsistência + fumicultura	18	18,37
Agricultura familiar de subsistência + fumicultura + avicultura	2	2,05
Agricultura familiar de subsistência + trabalho eventual/informal	8	8,16
Agricultura familiar de subsistência + leitaria	5	5,10
Aposentadoria e/ou Benefício	5	5,10
Aposentadoria e/ou Benefício + agricultura familiar de subsistência	27	27,55
Aposentadoria e/ou Benefício + agricultura familiar de subsistência + trabalho eventual/informal	1	1,02
Aposentadoria e/ou Benefício + agricultura familiar de subsistência + trabalho assalariado na zona urbana	1	1,02
Aposentadoria e/ou Benefício + agricultura familiar de subsistência + fumicultura	1	1,02
Aposentadoria e/ou Benefício + Agricultura familiar de subsistência + leitaria	9	9,18
Aposentadoria + trabalho assalariado na agricultura	1	1,02
Aposentadoria + trabalho assalariado na zona urbana	1	1,02
Fumicultura	5	5,10
Fumicultura + avicultura	1	1,02
Orizicultura	3	3,07
Trabalho eventual/informal	1	1,02
Motorista de táxi + caseiro de propriedade rural	1	1,02
Total	**98**	**100**

FONTE: Entrevista com as famílias

[1] Neto e Basso (2005), citam como exemplo de agricultura familiar de subsistência, a produção de milho, mandioca, cana-de-açúcar, hortas e pomares.

Através destes dados, verifica-se que as principais atividades das famílias da localidade são a agricultura familiar de subsistência, a fumicultura e a produção de leite. Em consonância, Neto e Basso (2005) ao realizar uma análise-diagnóstico da agricultura de Cachoeira do Sul, destacam que as atividades predominantes nessa zona entre os produtores familiares são as lavouras de subsistência, além da produção de fumo, leite e olerícolas com fins comerciais.

Além disso, observa-se a presença de um grande número de famílias tendo a aposentadoria ou benefícios sociais na composição da renda, ou seja, 46 famílias das 98 estudadas, quase 50%. Segundo, Moraes (2006), estas rendas são também muito importantes na composição da renda familiar total, principalmente, por serem uma fonte segura para essas famílias, a qual é incorporada como um valor exato a cada final de mês, garantindo tranqüilidade, ao menos com relação à aquisição de itens mais necessários, como, por exemplo, medicamentos e alimentação.

3.1.2 Os informantes

Os informantes constituíram-se do membro da família que respondeu à entrevista e os "informantes-chave". O membro da família foi caracterizado a partir de seu grau de parentesco, sexo e idade. Quanto aos "informantes-chave", considerou-se o sexo, a idade, a sua relação com a comunidade e o tempo que conhece a comunidade.

A tabela 3 tem como objetivo caracterizar o membro da família que respondeu à entrevista, a partir do seu grau de parentesco e sexo.

Tabela 3. Grau de parentesco e sexo do membro da família que respondeu à entrevista

Grau de parentesco		Sexo	
	N°	F	M
Esposa	78	78	-
Marido	2	-	2
Casal	9	9	9
Filha	4	4	-
Nora	1	1	-
Neta	1	1	-
Sogra e Nora	1	2	-
Mãe e Filha	2	4	-
Total	98	99	11

FONTE: Entrevista com as famílias

Os resultados mostram que o membro da família que respondeu à entrevista, caracterizou-se por ser a grande maioria do sexo feminino, predominando então a opinião das esposas. De acordo com Tonini (2006), nas entrevistas realizadas nas propriedades rurais, as mulheres estão mais disponíveis para participar da pesquisa do que os homens que estão envolvidos com a lavoura.

Na tabela 4 é complementada a caracterização do membro da família que respondeu a entrevista, através da sua idade.

Tabela 4. Idade do membro da família que respondeu à entrevista

Idade	Nº de pessoas	Percentagem
< 20 anos	3	2,72
20 a 29 anos	14	12,72
30 a 39 anos	14	12,72
40 a 49 anos	23	20,92
50 a 59 anos	24	21,82
60 anos ou +	32	29,10
Total	110[2]	100

FONTE: Entrevista com as famílias

Ao analisarmos a idade, verificamos que a maioria dos membros da família que respondeu à entrevista tem 60 anos ou mais (29,10%), demonstrando a presença de idosos na maioria das famílias e justificando o alto índice de aposentadorias na localidade. Também observa-se um grande número de pessoas entre 40 e 49 anos (20,92%) e 50 e 59 anos (21,82%). A idade foi uma importante variável, pois permitiu identificar se as famílias que participaram dessa pesquisa estão sofrendo o processo de envelhecimento, o que pôde assim ser confirmado.

Após a caracterização dos informantes constituídos pelos membros das famílias que responderam à entrevista, passamos aos "informantes-chave". Estes totalizaram 7 pessoas, todos do sexo feminino, tendo as seguintes relações com a comunidade: agentes comunitárias de saúde (2); extensionista do bem estar social da EMATER; membro (ex-coordenadora) do Grupo de Trabalhadoras Rurais da EMATER; professora durante 35 anos na comunidade, catequista e agora aposentada; membro e 2ª coordenadora do Grupo de Trabalhadoras Rurais da EMATER; membro e coordenadora das finanças do Conselho Comunitário da Igreja

[2]Foram 98 entrevistas, mas em algumas mais de um membro da família respondeu à entrevista. Ex.: Mãe e Filha

Católica da comunidade. Para garantia do anonimato estes informantes foram identificados com letras do alfabeto, como "informante-chave" A, B ,C, D, E, F e G.

Na tabela 5, estão descritos os resultados que se referem à idade dos "informantes-chave".

Tabela 5 Idade dos "informantes-chave"

Idade	Nº de "Informantes-chave"
30 a 39 anos	1
40 a 49 anos	4
50 a 59 anos	2
Total	**7**

FONTE: Entrevista com os "informantes-chave"

Os dados contidos na tabela 5 demonstram que a faixa etária predominante entre os "informantes-chave" é de 40 a 49 anos, sendo todos acima de 30 anos.

O quadro 1 mostra o tempo que cada "informante-chave" conhece a comunidade

Informante-chave	Tempo que conhece a comunidade
A	24 anos
B	34 anos
C	8 anos
D	19 anos
E	1 ano e 6 meses
F	57 anos
G	45 anos

Quadro 1: Tempo que os "informantes-chave" conhecem a comunidade

Os dados contidos no quadro 1 evidenciam que a maioria dos "informantes-chave" conhecem a comunidade há um tempo considerável, inclusive alguns tendo ali nascido, possuindo então boas condições para fornecer informações consistentes sobre a comunidade.

3.2 As condições de saúde da comunidade rural

As condições de saúde da comunidade em estudo foram definidas a partir dos dados secundários, através da pesquisa documental, além da opinião das famílias, individualmente, e dos "informantes-chave", considerando sua visão sobre a coletividade.

Através dos dados do SIAB-SUS, obtidos junto a Secretaria Municipal de Cachoeira do Sul, procurou-se identificar as condições de saúde da comunidade, considerando-se os aspectos relacionados ao tipo de moradia, luz, água, lixo, saneamento, assim como faixa etária, sexo, gestantes, crianças, educação, hipertensos, diabéticos, tuberculosos e hansênicos.

Ressalto que estes dados são referentes às 295 famílias, totalizando 1189 pessoas acompanhadas pelas duas ACS, de acordo com o SIAB-SUS de março de 2007.

No quadro 2, as moradias são caracterizadas, considerando-se o tipo de construção.

Tipo de casa	**Nº**	%
Tijolo e/ou mista	203	68,82
Taipa revestida	1	0,34
Madeira	73	24,74
Material aproveitado	1	0,34
Outros	17	5,76
Com energia elétrica	294	98,3

Quadro 2: Moradias na comunidade

Os dados demonstram que o tipo de moradia predominante são as casas de tijolos e/ou mistas (68,82%), seguidas das construções de madeira (24,74%), além daquelas de outros tipos (5,76%), existindo uma casa de material aproveitado e uma casa de taipa

revestida. E, ainda, de acordo com os mesmos dados do SISB-SUS, praticamente todas as moradias possuem energia elétrica, sendo que apenas uma não dispõe deste benefício.

O quadro 3 destina-se à demonstração dos aspectos referentes ao abastecimento de água na comunidade.

Abastecimento de água	**Casas**	**%**
Rede pública	13	4,40
Poço ou nascente	263	89,15
Outros	19	6,45
Total	**295**	**100**

Quadro 3: Abastecimento de água na comunidade

Pode-se observar que a grande maioria das famílias faz uso de água proveniente de poço ou nascente (89,15%).

O quadro 4 tem como objetivo expor os dados referentes ao tratamento da água na comunidade.

Tratamento de água no domicílio	**Nº**	**%**
Filtração	9	3,05
Fervura	11	3,73
Cloração	14	4,74
Sem tratamento	261	88,48
Total	**295**	**100**

Quadro 4: Tratamento da água na comunidade

Como foi possível verificar, a água não é tratada em 88,48% dos domicílios, sendo que apenas 4,74% realizam a cloração, 3,73% fervem e 3,05% filtram a água para o consumo.

No quadro 5 são agrupados os dados relacionados ao destino do lixo na comunidade.

Destino do lixo	Nº	%
Coleta pública	24	8,14
Queimado/enterrado	227	76,94
Céu aberto	44	14,92
Total	**295**	**100**

Quadro 5: Destino do lixo na comunidade

Observa-se que apenas 8,14% das residências são beneficiadas pela coleta pública de lixo, ocorrendo em áreas mais próxima à zona urbana, onde segundo informações de uma das ACS, este serviço é realizado pela prefeitura uma vez por semana, tendo iniciado com o último mandato municipal, porém para que o lixo seja recolhido pelos funcionários da prefeitura, as famílias devem levar o mesmo até certa parte do caminho, onde o caminhão apanha, motivo pelo qual algumas das famílias não se utilizam da coleta. A maioria do lixo é queimado e/ou enterrado (76,94%) e o restante é jogado a céu aberto (14,92%).

No quadro 6 são demonstrados os dados acerca do destino da fezes e urina na comunidade.

Destino fezes/urina	Nº	%
Fossa	212	71,86
Céu aberto	83	28,14
Total	**295**	**100**

Quadro 6: Destino das fezes e urina na comunidade

Quanto ao destino das fezes e urina, os dados demonstram que o sistema de esgoto predominante são as fossas (71,86%), sendo o restante deixado a céu aberto.

E assim, ao analisar as condições de moradia, água e saneamento, verificou-se que a grande maioria das famílias da comunidade faz uso de água proveniente de poço ou nascente sem qualquer processo de tratamento; a maior parte do lixo é queimado; o sistema de esgoto mais utilizado são as fossas; e o tipo de casa predominante são as de tijolos ou mistas, além de um grande número de construções de madeira, com apenas uma moradia sem energia elétrica na comunidade.

Conclui-se então que a água, o lixo e o destino dos dejetos são questões que merecem uma maior atenção dos órgãos responsáveis por ações de saúde e desenvolvimento, considerando as reformulações dos conceitos de saúde e meio ambiente de forma interligada. Figueiredo (2005), frisa a incorporação do meio ambiente como elemento constitutivo da saúde humana, a partir do conceito ampliado de saúde com o advento da VIII Conferência Nacional de Saúde. Além disso, a mesma autora refere que segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2000), a falta de acesso à água potável e ao saneamento básico são alguns dos perigos tradicionais decorrentes das relações entre meio ambiente e saúde.

Acrescentando, Vanzin e Nery (1998) ressaltam que o ser humano deve ser educado para proteger seu meio ambiente e saber lutar junto às autoridades da área da saúde para conseguir ar puro, água potável, esgoto tratado e remoção do lixo para obter um ambiente sadio, que oportunize a promoção da saúde.

Complementando a análise das condições de saúde da comunidade rural em estudo, o quadro 7 contém dados referentes à idade e ao sexo das pessoas da comunidade, especificando o número de pessoas do sexo feminino e masculino por faixa etária, bem como o total.

Sexo	**Faixa Etária (anos)**									
	1a 4	**5 a 6**	**7 a 9**	**10 a 14**	**15 a 19**	**20 a 39**	**40 a 49**	**50 a 59**	**>60**	**Total**
Masculino	15	8	22	47	40	174	99	85	116	606
Feminino	8	10	19	51	57	149	90	71	128	583
Nº de pessoas	23	18	41	98	97	323	189	156	244	1189

Quadro 7: Faixa etária e sexo das pessoas da comunidade

Os dados contidos no quadro 7 permitem perceber que a comunidade é composta na sua maioria por adultos, predominando a faixa etária entre 20 e 39 anos, além do grande número de idosos. Existem 23 homens a mais que as mulheres e a população total da comunidade, acompanhada pelas ACS é de 1189 pessoas.

O quadros 8 tem como objetivo expor os dados sobre crianças na comunidade, a partir dos aspectos preconizados pelo Ministério da Saúde, considerando o risco de morbimortalidade.

Crianças	**Nº**
De zero a 3 meses e 29 dias	**2**
De zero a 3 meses e 29 dias, com aleitamento materno exclusivo	**2**
De zero a 11meses e 29 dias	**7**
De zero a 11meses e 29 dias, com vacina em dia	**7**
De 12 a 23 meses e 29 dias	**7**
Total de crianças menores de 2 anos	**14**
Total de crianças menores de 5 anos	**23**

Quadro 8: Crianças da comunidade

Observando os dados, identificamos que todas as crianças menores de 4 meses estão com aleitamento materno exclusivo, todas até um ano de idade com vacinação em dia e um total de apenas 23 crianças menores de 5 anos na comunidade. Não há registro de crianças desnutridas.

O quadro 9 contém os dados referentes às gestantes na comunidade, também considerando os aspectos preconizados pelo Ministério da Saúde relacionados ao risco de morbimortalidade.

Nº de gestantes	**6**
< de 20 anos	**1**
Com vacina em dia	**6**
Com Pré-natal em dia	**6**

Quadro 9: Gestantes da comunidade

Quanto às gestantes podemos verificar o reduzido número de gestantes na comunidade, com apenas uma menor de 20 anos, estando todas com vacinação e pré-natal em dia.

Tudo isso, demonstra o baixo índice de natalidade e a existência de poucas crianças na comunidade, podendo ser indicador de boas condições de saúde e qualidades de vida, de um bom acompanhamento pelas ACS ou da ocorrência do processo de envelhecimento na comunidade.

Portanto, a comunidade é composta na sua maioria por adultos, com a presença de um grande número de idosos e reduzida quantidade de crianças e gestantes, evidenciando um baixo índice de natalidade, a presença do processo de envelhecimento na comunidade e o número de adultos compatível com a necessidade de mão de obra inerente à prática da agricultura familiar, principal atividade da localidade.

Comparando com os aspectos demográficos nacionais, verificamos que o processo de envelhecimento na comunidade em estudo não é um acontecimento isolado, pois Duncan (2004), ressalta que a distribuição etária revela expressivo envelhecimento da população brasileira, juntamente com outros indicadores que mostram a diminuição da taxa de fecundidade e o aumento da longevidade da população. Esse contexto, determina uma aumento da demanda aos serviços de saúde, indicando a necessidade de investimentos em aspectos relacionados à qualidade de vida e uma abordagem sistematizada para a promoção e manutenção da saúde voltada às especificidades da população idosa.

Ainda, caracterizando as condições de saúde da comunidade em estudo, também foram abordados alguns aspectos relacionados à educação, sendo esta um indicador de qualidade de vida de extrema relevância.

No quadro 10 são apresentados os dados referentes à educação na comunidade, considerando-se crianças na escola e alfabetização.

	Nº	**%**
Crianças de 7 a 14 anos na escola	131	94,24
15 anos e mais alfabetizados	941	93,26

Quadro 10: Crianças na escola e alfabetização na comunidade

Como pode-se perceber, de acordo com os dados documentais, a grande maioria das crianças em idade escolar estão freqüentando a escola e o índice de analfabetismo é bastante reduzido.

No entanto, existe uma séria dificuldade, relatada pelas famílias e ACS, quanto ao transporte dos alunos do ensino médio para a zona urbana, uma vez que na localidade, a única escola existente oferece somente o ensino fundamental. A prefeitura municipal não disponibiliza esse serviço, sendo que algumas famílias pagam transporte particular, outras são obrigadas a deixar os filhos na casa de parentes, amigos ou conhecidos, ou algumas que não encontram alternativa, acabam não cursando o ensino médio.

Esta questão evidencia o descaso dos dirigentes com a educação no meio rural e a falta de políticas públicas de educação específicas para o meio rural. Silva (2003), destaca que muitos alunos do meio rural, pertencendo a famílias de agricultores, participam do trabalho na propriedade, e a rotina diária de deslocamento até o centro urbano, muitas vezes, se traduz em cansaço e desestímulo, tendo como resultado o baixo rendimento escolar, a evasão ou a reprovação, podendo ainda ser determinante de êxodo rural. Dessa forma, a atual conjuntura do acesso à educação na comunidade rural em estudo, não é consoante com os princípios do desenvolvimento rural na perspectiva da integralidade.

Finalizando a apresentação dos dados objetivos com vistas à caracterização das condições de saúde da comunidade, no quadro 11 são agrupados os dados referentes ao número de hipertensos e diabéticos na comunidade, sendo estas as doenças crônico-

degenerativas que o Ministério da Saúde determina o acompanhamento sistemático devido ao risco de complicações decorrentes da falta de cuidados preventivos e tratamento contínuo, sendo responsáveis por altos índices de morbimortalidade mundialmente.

Portadores de doenças crônico-degenerativas	**Número**	**%**
Diabéticos	15	1,26
Hipertensos	73	6,14

Quadro 11: Hipertensos e diabéticos na comunidade

Os resultados demonstram um baixo índice de diabéticos e um número mais elevado de hipertensos. E, ainda, de acordo com os mesmos dados verificou-se a inexistência de tuberculosos e hansênicos na comunidade.

Sendo assim, considerando a morbidade, a doença crônico-degenerativa de maior ocorrência na comunidade é a Hipertensão Arterial, estando em consonância com os inquéritos nacionais, que de acordo com Duncan (2004), demonstram que a hipertensão arterial tem alta prevalência no Brasil, variando entre 11 e 25% dos adultos.

O acompanhamento sistemático e ações de cunho preventivo são de extrema relevância, devido ao risco de complicações cardíacas, cerebrais, vascular periférica e renal.

3.2.1 Perspectiva da população sobre suas condições de saúde

Após a observação dos dados secundários e objetivos, a partir da pesquisa documental, procurou-se verificar as condições de saúde da comunidade em estudo, através da opinião das famílias e dos "informantes-chave", ou seja, considerando dados subjetivos. Para tanto, quando questionados acerca desse aspecto, foi solicitado que definissem como boas, regulares ou ruins as condições de saúde e justificassem a sua resposta.

Dos sete "informantes-chave", cinco consideraram boas as condições de saúde da comunidade, apresentando como justificativa a ausência de problemas como a fome, a existência de poucas crianças, a participação em grupos da comunidade e a procura por hábitos mais naturais, além de realizarem comparações, referindo que existem situações bem piores em outras localidades, e diferenças dentro da comunidade devido às questões sócio-

econômicas. Tais constatações podem ser justificadas a partir de algumas falas citadas a seguir:

"[...] boas, ninguém passando fome [...]"
- informante-chave A

"[...] boas, em relação a outras que se conhece; a maioria se cuida, toma remédio, procura o médico [...]"
- informante-chave B

"[...] boas, tem pessoas de mais idade, com mais resistência, mais fortes que crianças [...]"
- informante-chave C

"[...] a grande maioria participando de grupo, procura fazer as coisas mais natural possível [...]"
- informante-chave D

" [...] sempre tem a melhorar; algumas diferenças devido às condições sócio-econômicas [...]"
-informante-chave E

Dois "informantes-chave" definiram como regulares as condições de saúde da comunidade, justificando pela ocorrência permanente de problemas de saúde, como hipertensão, depressão, problemas respiratórios, e não pelas condições de vida, o que demonstra a definição de condições de saúde a partir da presença ou ausência da doença, evidenciada pelas seguintes expressões:

"[...] sempre tem uma pessoa e outra doente [...]
Informante-chave G

"[...] regular, porque tem problemas de saúde, não pelas condições de vida [...]
- informante-chave F

Ainda, o "informante-chave" B, embora tenha considerado boas as condições de saúde da comunidade, demonstrou preocupação em relação aos danos à saúde causados pela prática da fumicultura, atividade bastante presente e em expansão na localidade.

"[...] tem aparecido doenças pela atividade do fumo[...]"
-informante-chave B

Essa mesma questão sobre as condições de saúde foi solicitada a cada entrevistado, porém classificando entre boa, regular ou ruim a saúde da sua família.

A tabela 6 demonstra as condições de saúde das famílias, de acordo com a definição de um de seus membros.

Tabela 6. Condições de saúde das famílias definidas pelo membro entrevistado

Condições de saúde	Nº	%
Boas	58	59,18
Regulares	37	37,75
Ruins	3	3,07
Total	**98**	**100**

FONTE: Entrevista com as famílias

Os resultados demonstram que a maioria (59,18%) considera boas as condições de saúde da sua família, 37,75%, regulares e apenas 3,07% definem como ruins. Como justificativa para as respostas foram mencionados vários aspectos, que de acordo com cada concepção, serviram para determinar as condições de saúde da sua família.

A seguir, no quadro 12, são destacados os principais aspectos considerados pelos membros das famílias, lembrando que muitas vezes mais de um aspecto foi referido na mesma justificativa. Mesmo assim, procurou-se contabilizar cada aspecto, objetivando identificar a principal relação feita para a determinação das condições de saúde da família.

Aspecto	Referência	Percentagem
Presença/ausência de patologias e/ou sinais e sintomas	83	84,69
Uso de medicamentos	16	16,32
Capacidade para trabalhar	14	14,28
Idade avançada	7	7,14
Necessidade de atendimento médico	6	6,12

Quadro 12: Principais aspectos considerados para a determinação das condições de saúde da família, de acordo com um de seus membros

Observando estes dados, fica evidente a predominância da relação feita entre a presença ou ausência de patologias e/ou sinais e sintomas para a determinação das condições de saúde da família, sendo que das 98 pessoas entrevistadas, 83 ou 84,69% fizeram esta referência. Além disso, o segundo aspecto mais considerado foi o uso de medicamentos (16,32%), havendo referências também à necessidade de atendimento médico (6,12%) e alguma relação à hospitalização. Tudo isso, demonstra a concepção de saúde a partir do modelo biomédico, que relaciona saúde à doença, ao tratamento medicamentoso e ao atendimento médico. Algumas expressões constituem-se em evidências:

> "[...] regular, a mãe é diabética, eu tenho pressão alta, o filho usa remédio pra convulsão [...]"

> "[...] boas, há muito tempo não se usa médico [...]"

> "boas, a gente nem gasta com remédio [...]"

> "[...] regular, sempre lidando com doença, o pai tem 89 anos, sempre tomando remédio[...]"

> "[...] ruim, os dois sempre doente, o pai com duas úlcera no estômago, a mãe com problema no intestino e eu interno sempre por taquicardia, até na UTI [...]"

> "[...] boa, não teve nenhuma doença, não tivemo no médico nos últimos ano [...]"

A determinação das condições de saúde também foi realizada através da relação com a capacidade para trabalhar (14,28%) e com a idade avançada (7,14%), o que é verificado a partir das seguintes respostas:

"[...] regular, já não tenho força pra trabalhá como antes. Vendia leite e verdura, mas agora só pra nós [...]"

"[...] regular, depois que se fica velho, sempre tem uma coisa [...]"

"[...] boa, todos bem, trabalhando [...]"

"[...] boa, o marido até pra idade que tem, até é bem de saúde [...]"

"[...] boas, não tando no hospital e dando pra trabalhá, tá bom [...]"

Além disso, outros aspectos foram citados, em quantidade pouco expressiva (em torno de 3%), porém sendo relevantes o seu destaque, a partir das seguintes falas:

"[...] boas, bem saudável, tudo gordo [..]"
- Estado nutricional

"[..] boas, somos saudáveis e comemos coisas saudáveis[..]
- Cuidados preventivos,hábitos saudáveis

"[...] boas, só a gente tá com problema de dentista e tá difícil de consegui [..]
- Saúde bucal

"[...] regular, a gente procura os médico e não adianta; corre pra lá, corre pra cá e não adianta nada [..]"
- Serviços de saúde oferecidos

Sendo assim, a análise dos dados subjetivos sobre as condições de saúde da comunidade rural estudada demonstrou que são consideradas como boas na maioria das famílias e regulares na quase totalidade das restantes. No entanto, considerando o objetivo do estudo, o mais relevante é observar as concepções que levaram as famílias e os "informantes-chave" a esta classificação, determinando assim suas ações frente às questões da saúde e qualidade de vida.

A relação entre condições de saúde e a presença ou ausência de doenças e/ou sinais e sintomas foi preponderante, além da referência ao uso de medicamentos e à necessidade da procura por atendimento médico, demonstrando que a concepção de saúde ainda é vinculada à ausência da doença e à lógica que concebe a saúde como resultado de uma intervenção médica por meio de medicamentos, ou seja, a concepção de saúde na comunidade estudada ainda está vinculada ao binômio saúde/doença e ao modelo biomédico hospitalocêntico.

De acordo com os depoimentos, a saúde da família é boa porque não tem ocorrido a doença, não tem sido necessária a consulta médica, a hospitalização ou uso de medicamentos. Ou ainda, as condições de saúde são regulares porque um membro da família é portador de alguma patologia ou está em tratamento contínuo, necessitando frequentemente a consulta médica e o uso de medicações.

Dessa forma, verificamos que essa concepção é contraditória ao modelo de saúde vigente, mesmo que de forma retórica, o qual tem como ênfase o conceito de saúde a partir de condições amplas que determinem bem estar e qualidade de vida. No entanto, é evidente a predominância na prática de ações curativas em detrimento da prevenção e promoção da saúde. Vanzin e Nery (1998, p.37) reforçam que "a hegemonia existente da atenção curativa sobre a preventiva é estimulada pelo complexo médico-industrial, levando o Ministério da Saúde a gastar em torno de R$ 1,3 bilhão por ano com o diagnóstico e o tratamento de doenças complexas". Acrescentando, Silva (2003, p. 22) salienta que "embora a constituição federal preconize uma saúde pública conceitualmente alicerçada no social, com toda a amplitude de fatores inseridos nesta perspectiva, as práticas operacionalizadas por este sistema revestem-se do modelo biomédico hegemônico".

Portanto, embora a política de saúde nacional estabeleça a prioridade das ações preventivas, o que se observa na realidade é ainda o predomínio da concepção influenciada

pelo complexo médico-industrial com ênfase ao diagnóstico e tratamento de doenças. Tal fato constitui-se em um determinante no agir da comunidade frente aos aspectos relacionados à saúde.

Além da referência ao processo saúde/doença na determinação das condições de saúde, as famílias da comunidade em estudo também utilizaram como parâmetro a capacidade para trabalhar e a idade. De acordo com Budó (1994), as pessoas mais velhas têm suas atividades na lavoura diminuídas, mas apesar da idade avançada, continuam fazendo algum tipo de trabalho, pois para eles trabalhar significa ter saúde e a possibilidade de não ficar doente. A mesma autora ainda afirma que "o trabalho é considerado tanto como fonte de saúde como de doença, mas fundamentalmente as pessoas que trabalham, o fazem porque estão bem" (Budó, 1994, p. 164). Nesse contexto, ter boas condições de saúde significa ter força para trabalhar e o envelhecimento é considerado um limitante desta força.

3.3 O agir da comunidade rural frente às questões da saúde e qualidade de vida

Após a caracterização das condições de saúde, passou-se ao objetivo principal do estudo, verificando-se assim o agir da comunidade rural em estudo frente às questões da saúde e qualidade de vida. Para tanto, foram coletados dados subjetivos, através das respostas do membro da família e dos "informantes-chave", quanto aos cuidados adotados pelas famílias e comunidade para a manutenção e/ou melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida e em caso de ocorrência da doença, além da participação social, através das ações coletivas na comunidade.

3.3.1 Cuidados adotados pela família e comunidade para a manutenção e/ou melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida

Este item foi verificado perguntando-se o que cada família faz para ter melhores condições de saúde e quais os cuidados da comunidade em relação à saúde e qualidade de vida, na opinião dos "informantes-chave".

Quando os membros das famílias foram questionados, vários cuidados foram mencionados individualmente ou associados uns aos outros. Sendo assim, com o objetivo de destacar os cuidados mais citados, estes foram classificados e contabilizados.

O quadro 13 contém os principais cuidados citados pelos membros das famílias.

Principais cuidados	Citações	Percentagem
Alimentação	88	89,79
Higiene	22	22,44
Tratamento contínuo e/ou acompanhamento de saúde	15	15,30
Água	14	14,28
Uso de chás	11	11,22
Evitar exposição ao frio	10	10,20
Evitar exposição ao sol	7	7,14
Exercício físico	5	5,10

Quadro 13: Principais cuidados para a manutenção e/ou melhorias na saúde e qualidade de vida realizados pelas famílias, segundo um de seus membros

Os resultados obtidos revelam que o principal cuidado adotado pelas famílias é em relação à alimentação (89,79%), sendo que em seus depoimentos observou-se a preocupação com o uso controlado de sal, açúcar, gordura, alimentos com conservantes, dando preferência aos sucos, frutas, verduras, legumes, sem insumos e venenos, plantados pela própria família em suas propriedades, além de manter o consumo do leite e alimentação básica, como o arroz e o feijão. Também foi mencionado o uso de produtos alternativos, como a multimistura e farinhas integrais, além das dificuldades para conseguir a adesão de toda a família a uma alimentação mais saudável. Tudo isso pode ser confirmado através de algumas expressões:

"[...] cuido o sal, a gordura, uso frutas [...]''

"[...] tento comê tudo da horta, procuro não comprá coisa enlatada, com conservante [...]"

"[...] boa alimentação; plantá pra comê; sem veneno; comprá o mínimo [...]"

"[...] alimentação boa, bem natural, mais verdura, fruta [...]"

"[...] comê bem, o arroz e o feijão não pode faltá [...]"

"[...] uso a multimistura, farinha integral [...]"

"[...] cuido muito a alimentação; é uma briga; obrigo a comê verdura [...]"

Como foi perceber, quanto aos cuidados adotados pela comunidade para a manutenção e/ou melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida, verificou-se que a principal preocupação é em relação à alimentação, abrangendo tanto o uso controlado de determinados alimentos quanto a adoção de hábitos saudáveis. Conforme Budó (1994, p.141), "as pessoas se alimentam e preocupam-se em alimentar os familiares visando a saúde e esta deve ser preservada a fim de proporcionar a possibilidade de trabalho". Os depoimentos enfatizaram a redução do sal, açúcar, gordura, atrelada ao controle de doenças como o diabetes e a hipertensão arterial, além da adoção de hábitos alimentares saudáveis como o consumo maior de frutas, legumes e verduras, produzidos pela família e sem agrotóxicos. Tonini (2006), também destaca a importância da alimentação na determinação da saúde ou da doença, além de ressaltar a preocupação da comunidade rural com o consumo de alimentos sem agrotóxicos. Evidencia-se assim, os cuidados com a alimentação considerados como fundamental nos hábitos de vida e saúde da comunidade rural.

O segundo cuidado mais referido pelas famílias foi a higiene (22,44%), tanto pessoal, do lar e associada à alimentação, quanto aos aspectos relacionados ao saneamento básico. No entanto é necessário ressaltar que durante as entrevistas, nas residências, e também pelos relatos das ACS, foi possível perceber que muitas pessoas referiram este cuidado, reconhecendo sua importância, mas não o adotam. Além disso, os dados secundários demonstraram que a comunidade não dispõe de condições adequadas de saneamento básico.

Algumas falas demonstram a preocupação com a higiene e também com a água, em terceiro lugar (14,28%):

"[...] a higiene e a alimentação é o básico [...]"

"[...] tem que cuidá a água, lavá bem os alimento, as panela, as mão; higiene; lavá bem as crianças [...]"

"[...] a água limpa, boa; alimentação, coisas mais naturais, verduras; higiene também [...]"

"[...] cuidados com a água, fizemos trabalho com a EMATER [...]"

Os outros cuidados mais citados foram o uso de chás (11,22%), evitar exposição ao frio (10,20%), evitar exposição ao sol (7,14%) e o exercício físico (5,10%). Isto exemplifica-se por algumas expressões, respectivamente:

"[...] sô muito do chá, o que me ensino eu tô tomando [...]"

"[...] não ando de pé discalso, ando agasalhado [...]"

"[...] levantá cedo, pra no sol quente ficá dentro de casa [...]"

"[...] quando posso, faço caminhada [...]"

Budó (1994), p.169) aborda os cuidados desenvolvidos por uma comunidade rural frente aos problemas climáticos: "No verão quando a temperatura está elevada, é comum o uso de chapéus e sombrinhas, para proteger do sol. Durante o inverno, há preocupação de proteger contra o frio, chuvas e mudanças bruscas de temperatura, o que para alguns se constitui em fonte de problemas de saúde".

Além desses cuidados mais citados, outros aspectos também foram lembrados, mesmo associados aos anteriores, e serão destacados a partir de algumas respostas:

"[...] higiene da gente é o principal, esgoto, água, banheiro instalado; senão, não adianta a alimentação [...]"

- Esgoto

"[...] cuido a água, o lixo sempre cuidando [...]"

- Lixo

"[...] dormi bem, sestiá pra descansá [...]"

- Sono e repouso

"[...] não andá muito no sol quente, não forcejá muito; a alimentação também[...]"

- Esforço físico

"[...] cuido as criança pra não se resfriá, fiz as vacina [...]

- Vacinação

"[...] procuro não me incomodá, saio, me divirto, não fico parada em casa [...]

- Lazer; evitar estresse

"[...] proteção pra lidá no fumo e cuido muito a alimentação [...]"

- Equipamentos de proteção no trabalho

"[...] não se come nada gorduroso, não se toma bebida de álcool, não se fuma [...]"

- Evitar o uso de bebidas alcoólicas e o tabagismo

Os "informantes-chave" também foram solicitados a destacar os principais cuidados da comunidade em relação à saúde e qualidade de vida, sendo que a alimentação foi referida por todos (7), ratificando as respostas das famílias. Nas falas a seguir, isto é verificado, além da associação de outros cuidados:

"[...] alguns cuidam a alimentação, seguem o tratamento medicamentoso; vão ao médico quando necessitam (não procuram mais por dificuldades no acesso); usam chás; grupo de mulheres, pastoral da saúde [...]"

- "informante-chave" B

- Alimentação, tratamento medicamentoso, acompanhamento médico, chás, atividades coletivas.

"[...] a maioria cuida da alimentação, do lixo, da higiene, da água, mas tem exceções, com a água da fonte, aberta, os terneiros vão [...]"

- "informante-chave" D

- Alimentação, lixo, higiene, água.

"[...] na alimentação, comem mais natural; repouso, sesteiam; higiene; água; esgoto [...]"

- "informante-chave" F

-Alimentação, repouso, higiene, água, esgoto.

A partir da análise dos cuidados adotados pela comunidade rural em estudo para a manutenção e/ou melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida, foi possível concluir que em relação a este aspecto o agir da comunidade está vinculado aos hábitos de vida. Para ter ou manter boas condições de saúde são adotados hábitos inerentes a uma vida com qualidade. Tonini (2006) em seu estudo evidenciou a estreita relação dos hábitos de vida com a promoção da saúde ou com o surgimento das doenças na comunidade rural.

Ao constatar que a comunidade rural adota hábitos visando a qualidade de vida, é possível visualizar a busca pelo seu desenvolvimento, mesmo que de forma passiva. Silva (2003) afirma que o princípio da qualidade de vida vem implícito na visão integral do desenvolvimento. Logo, o desenvolvimento rural passa pela melhoria na qualidade de vida das famílias rurais. Além disso, Figueiredo (2005) ressalta que o novo paradigma da saúde pública pressupõe atitudes e hábitos saudáveis.

Sendo assim, o agir da comunidade rural na busca pela manutenção e/ou melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida, é condizente com o novo modelo de saúde, que focaliza a sua promoção, e com o pressuposto do desenvolvimento rural na perspectiva da integralidade.

3.3.2 Ações das famílias e comunidade frente à ocorrência da doença

Ainda objetivando verificar o agir da comunidade rural frente às questões da saúde e qualidade de vida, foi perguntado tanto às famílias quanto aos "informantes-chave", o que é feito quando ocorre a doença.

No quadro 14 são destacadas as principais ações das famílias para o combate da doença, de acordo com a opinião do membro que respondeu à entrevista. Ressalta-se que em alguns casos as respostas foram associadas, como por exemplo, chás, automedicação e atendimento médico como segunda opção.

Ações	Referência	Percentagem
Atendimento médico como primeira opção	39	39,79%
Atendimento médico como segunda opção	54	55,10%
Automedicação	22	22,44%
Uso de chás	50	51,02%

Quadro 14: Principais ações das famílias para o combate da doença

Através dos resultados foi possível perceber que a procura pelo atendimento médico como segunda opção foi a resposta predominante (55,10%), seguido do uso de chás (51,02%), demonstrando que a maioria das famílias antes de consultar, faz uso dos chás, além da automedicação (22,44%). Este fato pode estar associado às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, sejam elas a distância, a falta de políticas específicas para as pessoas da zona rural e deficiências de todo sistema de saúde, o que pode ser verificado a partir das seguintes expressões:

"[...] tomo remédio antes, porque tem que ser assim; até consegui um médico é uma semana; e aqui fora... [...]"

"[...] coisa poca tratemo em casa; se precisa, vamo no médico [...]"

"[...] procuro o médico quando é necessário; e quando é gripe, dor no estômago, tomo um chá [...]"

O uso de chás foi bastante mencionado, sendo um hábito institucionalizado nas comunidades rurais, confirmado através de estudos e algumas declarações permitem essa percepção:

"[...] aqui se toma bastante chá [...]"

"[...] tento os chá primeiro e aí vô no médico, porque tenho medo da pressão [...]"

"[...] primeira coisa é o chá, um comprimido; aí vê, se não adianta, aí vai pro médico [...]"

"[...] tomo um chazinho e se for mais grave, procuro um médico [...]"

"[...] coisa pouca, uso chá, comprimido [...]"

Quanto ao atendimento médico como primeira opção, as referências também foram bastante expressivas (39,79%), e as seguintes falas servem como exemplo:

"[...] levo no médico, nem remédio dou [...]"

"[...] vai na cidade consultá [...]"

"[...] procura o médico, hospital, plantão, dá certinho os remédio, faz os exame [...]"

Quanto à opinião dos "informantes-chave" sobre o que a comunidade faz quando adoece, todos referiram a procura por atendimento médico, como primeira ou segunda opção e também com outras ações associadas, como por exemplo o uso de chás, produtos naturais e a busca por informações, o que pode ser observado através das seguintes respostas:

"[...] procuram o médico, procuram alguém, se comunicam com alguém [...]"

- informante-chave A

"[...] vão às unidades de saúde, qualquer uma sem seguir a referência, devido à dificuldade de conseguir ficha (poucas e muito cedo). Usam chás [...]"
- informante-chave B

"[...] muitos usam remédio da pastoral (olina caseira, própolis); se o caso é grave, procuram o médico [...]"
-informante-chave D

"[...] alguns chá, outros procuram já direto o médico [...]"
- informante-chave E

Dessa forma, quanto às ações da comunidade frente à ocorrência da doença, verificou-se que a procura pelo atendimento médico é realizada pela maioria das famílias como segunda opção, ocorrendo após o uso de chás e da prática da automedicação, ou seja, ocorre a associação entre o conhecimento popular e o conhecimento científico.

Budó (1994, p. 179), refere que "o auto-tratamento individual e familiar é a primeira intervenção terapêutica recorrida pela maioria das pessoas através de uma ampla série de culturas". Ainda, a autora cita o uso de plantas medicinais como exemplo da associação da tradição familiar e dos conhecimentos adquiridos através do sistema oficial de saúde. No entanto, o que se observa é a priorização de cuidados apreendidos com a tradição familiar, sendo que o sistema profissional serve como alternativa em casos mais graves ou complicações. O sistema popular vem antes do sistema oficial de saúde.

Figueiredo (2005, p. 355) refere que "outras práticas de cuidado sobrevivem e têm sido responsáveis por resolver parte dos problemas que envolvem o ser humano no processo saúde/doença. É o caso do uso de plantas medicinais". A autora aborda a necessidade de redimensionar as atividades de saúde, sugerindo a superação dogmática do saber-fazer profissional por pensamentos e ações autênticos que retomem a posição do cliente enquanto sujeito da ação, implicando a valorização da dimensão subjetiva na saúde. E ressalta ainda, que a importância de considerar que, atualmente, o emprego de plantas com propriedades

terapêuticas não se baseia apenas no saber advindo do senso comum, construído culturalmente.

Tonini (2006, p. 92), conclui que "os cuidados referentes à saúde dos trabalhadores rurais unem o sistema oficial de saúde com o popular. Eles recorrem tanto ao profissional de saúde quanto à benzedeira; tanto ao remédio industrializado quanto ao chá caseiro".

Diante desse contexto, cabe investigar as razões que o determinam, além da cultura tradicional do uso de chás, principalmente nas comunidades rurais. Leal apud Ribeiro (1996, p.41) registra que "os serviços públicos de saúde nas pequenas cidades do interior são insuficientes e seus profissionais, via de regra, intolerantes com aquilo que rotulam de "ignorância popular", esta reação acaba confirmando a tendência dos trabalhadores rurais em evitar os já escassos serviços".

Tal situação sugere que a opção da comunidade rural pela utilização do sistema popular de saúde traduz uma busca e uma particularidade de vida desta população que enfrenta uma série de problemas, como a precariedade de atendimento na maioria das unidades de saúde do SUS localizadas no meio rural, os escassos recursos humanos dispostos a atuarem neste meio social, a distância dos centros urbanos, a falta de recursos financeiros, a desinformação desta população sobre as formas de acessar ao sistema e participar das políticas públicas de saúde locais, além da marginalização por parte dos profissionais da área da saúde e o descrédito.

3.3.3 Ações coletivas para a manutenção e/ou melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida

Este item tem como objetivo verificar como a comunidade em estudo age quanto às ações coletivas para a manutenção e/ou melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida da comunidade, ou seja, a participação social a partir da contribuição das famílias para a manutenção da saúde da comunidade e o envolvimento em ações coletivas.

A participação social é considerada de extrema importância para complementar a verificação do agir da comunidade rural frente às questões da saúde e qualidade de vida, uma vez que constitui-se em uma das diretrizes do SUS além de inerente ao processo de desenvolvimento rural.

Esta verificação foi realizada através das entrevistas, perguntando-se às famílias qual a sua contribuição para a manutenção da saúde da comunidade, e aos "informantes-chave" se as famílias realizam ações objetivando melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida da comunidade.

No entanto, cabe ressaltar que foram consideradas como participação social todas as formas de contribuição das famílias para a manutenção da saúde da comunidade e o envolvimento em ações coletivas, como por exemplos grupos na comunidade, associações, formação de lideranças, mobilização comunitária, integração, dentre outros.

O quadro 15 é constituído pelas principais formas de contribuição, citadas pelas famílias, para a manutenção da saúde da comunidade, sendo que algumas respostas associam mais de um aspecto.

Contribuições	**Referência**	**Percentagem**
Nenhuma contribuição e/ou participação em ações coletivas	43	43,87
Participação em grupos na comunidade	35	35,77
Participação em Associações	11	11,22
Participação em atividades específicas das igrejas	11	11,22
Ações de caráter assistencial e/ou solidário	15	15,30

Quadro 15: Contribuições das famílias para a manutenção da saúde da comunidade

Os dados demonstram que uma grande parcela das famílias (43,87%) não realiza qualquer ação objetivando contribuir com a saúde da comunidade e nem participa de ações coletivas, com algumas justificativas como a falta de tempo devido ao trabalho agrícola exigente de dedicação, a ocorrência de doenças e a idade avançada impedindo o deslocamento, a descrença nestas ações, motivos religiosos, existência de grupos fechados, falta de informação e divulgação, falta de união, ser morador recente na comunidade, dentre outras, que se evidenciam pelas expressões a seguir:

"[...] lugar mais desunido que aqui não existe; aqui não funciona nada [...]"

"[...] nenhuma, me afastei da igreja, porque entrou política na igreja; o grupo de mulheres, a gente chama de panelinha [...]"

"[...] na pastoral não participo, é só o grupinho delas; viagem, curso, não facilitam [...]"

"[...] ajudei no início, mas agora não, minha religião é espiritista e eles aí não gostam [...]"

"[...] não, porque a gente tá há pouco tempo aqui [...]"

"[...] eu não participo, nem fico sabendo o quê que sai [...]"

"[...] eu não, até terminá o fumo não posso [...]"

"[...] não vamo a nada, ele com a idade que tem e eu sempre rui das costa [...]"

Tal fato está em consonância com a literatura, quando Silva (2003) serve como exemplo, ao salientar que dentre os obstáculos enfrentados pelo SUS no meio rural está a pouquíssima participação social.

No entanto, a participação em grupos na comunidade, foi expressiva, com 35,77%, constituindo-se em evidências de alguma participação social, sendo citados grupos como o Grupo das Trabalhadoras Rurais, organizado pela EMATER; Pastoral da Saúde; Grupo de Hipertensos e Diabéticos, do PACS; Grupo da Terceira Idade, da comunidade; Clube de Mães, organizado pela ACS; Grupo Ecológico, da EMATER, dentre outros, sendo citados nas falas:

"[...] participo da Pastoral da Saúde, do grupo ecológico, vem o agrônomo [...]"

"[...] sou do grupo das trabalhadoras rurais; trabalho na escola, então faço projetos para saúde, horta escolar [...]"

> "[...] grupo da EMATER, alguém que faz treinamento, palestra sobre chá, e uns passam para os outro [...]"

> "[...] só da EMATER, grupo das mulher, e somo sócio do sindicato pra consegui médico [...]"

Tais encontros promovem o enriquecimento de regras de confiança e redes de relacionamento baseados em reciprocidade, conseqüência da aproximação das pessoas para a solução de problemas comuns e busca de novas estratégias para a conquista de benefícios para a coletividade.

Freire (1977), ressalta que o caráter organizativo dos grupos se mostra eficaz, uma vez que repartindo o conhecimento prático e pontual, cada um pode chegar a um conhecimento maior, estimulando ainda o desenvolvimento da iniciativa e o resgate da cultura própria de cada um. Além disso, a participação em grupos promove o aumento da visão crítica, permitindo a identificação, acesso e controle sobre os recursos geradores do seu desenvolvimento.

Quanto à participação em associações (11,22%), verificou-se a existência da Associação da Água na comunidade, formada para a obtenção de um poço artesiano para o beneficiamento de 28 famílias, sendo que apenas 11 foram entrevistadas. As declarações demonstram a participação destas famílias nesta associação, além de outras participações:

> "[...] ele é da Associação da Água, eu vô no grupo das mulher da EMATER [...]"

> "[...] passamo anos pra consegui a água, temos uma associação da água, até que conseguimo um poço artesiano, pra 28 família; pagamo a luz e uma taxa; agora essa associação tá tentando consegui o transporte escolar pra o ensino médio [...]"

A Associação da Água constitui-se na única estratégia de organização formal na comunidade, no entanto a sua importância e conquistas lhe conferem total relevância na consideração da presença da participação social na comunidade rural em estudo.

Verificou-se também a participação em atividades religiosas específicas (11,22%), sejam elas católicas, evangélicas, luteranas, dentre outras, exemplificadas pelas expressões:

> "[...] ajudo na conservação da igreja, limpo, arrumo; o meu marido sempre assa a carne nos churrasco da igreja [...]"

> "[...] sou da comunidade evangélica; contribui, ajuda com trabalho [...]"

> "[...] faço parte da diretoria da igreja e dou catequese [...]"

Além disso, associadas às participações em grupos na comunidade, religiosos e associações, foram relatadas ações de caráter assistencial e solidário, em 15,30% das entrevistas, principalmente através de doações e prestações de serviços, o que se verifica pelas seguintes falas:

> "[...] participo da pastoral e com os vizinho se tem alguma coisa que pode ajudá, a gente ajuda [...]"

> "[...] ajudo nos parente, quando precisa, amparando [...]"

> "[...] tão com um abaixo assinado pra consegui um orelhão; compro rifa; ajudei com R$ 50,00 uma mulher que se separou do marido; leite eu dô muito [...]"

Complementando a verificação da existência de ações de caráter coletivo na comunidade em estudo, procurando identificar o grau de participação social, os "informantes-chave" foram questionados quanto ao envolvimento das famílias em ações objetivando melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida da comunidade.

Através dos depoimentos foi possível perceber a pouca mobilização, resumindo-se a grupos fechados e atividades ligadas à igreja, freqüentados principalmente pelas mulheres. A seguir, algumas respostas dos "informantes-chave" permitem esta interpretação:

"[...] só na Pastoral da Saúde; a gente ensina, prepara as coisas caseiras para comunidade; vem umas 20 família [...]"
- informante-chave F

"[...] tem gente que se mobiliza, antes tinha mais [...]"
- informante-chave G

"[...] parece que não há procura por melhorias na qualidade de vida; são mais individualistas; não é o grupo de mulheres, é a comunidade, é para ajudar a comunidade; mas ainda não despertaram para isso; as mulheres estão mais atentas [...]"
- informante-chave E

"[...] não todos; não tem grande participação [...]"
-informante-chave D

"[...] no geral não se mobilizam; cada qual para si; só grupo de mulheres, umas vinte; mais atividades fechadas para o grupo [...]"
-informante-chave B

Verifica-se assim que a comunidade rural em estudo tem a participação social dentre as suas ações frente à saúde e à qualidade de vida, com vistas ao seu desenvolvimento. Em consonância, Barney e Smith apud Olival et al (2003, p.39) destacam que "o compartilhamento de visões sobre o mundo e sobre o próprio trabalho em grupos das comunidades de produtores rurais é um passo importante para superar os desafios futuros da atividade, sendo um estágio inicial do desenvolvimento comunitário".

O trabalho com grupos na comunidade rural, estimulando a participação, apesar de possuir dificuldades particulares, como a existência de grupos isolados e problemas de ordem religiosa, possibilita maior aprendizado dos participantes, especialmente pelo intercâmbio de conhecimentos e experiências, além da formação de multiplicadores de conhecimentos e do ideal da participação social.

Sendo assim, o agir da comunidade rural frente às questões da saúde e qualidade de vida constitui-se em cuidados relacionados aos hábitos de vida para a manutenção e/ ou melhorias nas condições de saúde, na associação dos conhecimentos popular e científico para o tratamento da doença e na participação social, através de ações de caráter coletivo, principalmente em grupos na comunidade.

3.4 As necessidades de saúde identificadas pela comunidade rural

Considerando que este estudo também teve como objetivo oferecer subsídios para o planejamento e implementação de ações de saúde e projetos de desenvolvimento voltados à comunidade, que contemplem as suas demandas, dentro do contexto da integralidade, procurou-se conhecer as necessidades de saúde identificadas pela comunidade rural em estudo. Para tanto, as famílias e os "informantes-chave" foram questionados quanto às dificuldades enfrentadas nos cuidados com a saúde e/ou doença e solicitadas sugestões para melhorias.

O quadro 16 contém as principais respostas das famílias quando questionadas quanto às dificuldades enfrentadas nos cuidados com a saúde e/ou doença. Ressalta-se que algumas famílias apontaram mais de uma dificuldade.

Dificuldades	Referência	Percentagem
Nenhuma	33	33,67
Deficiências no sistema de saúde	48	48,97
Transporte	29	29,59
Distância	15	15,30

Quadro 16: Dificuldades enfrentadas pelas famílias no cuidados com a saúde e/ou doença

Podemos observar que uma quantidade considerável de famílias (33,67%) referiu não ter nenhuma dificuldade, o que através das respostas foi possível perceber estar

relacionado às famílias associadas no sindicato rural, não utilizando os serviços públicos de saúde, além daquelas com transporte próprio ou que raramente procuram estes serviços:

"[...] tenho carro, consulto pelo sindicato, então não tem dificuldade [...]"

"[...] não tenho dificuldade, tenho carro, consulto pelo sindicato rural, pago meia consulta, consigo sempre; pelo SUS é muito difícil, tem que amanhecê [...]"

"[...] nessa parte não tenho; as última tenho pago, porque ir lá, agendá e depois ir de novo, não dá [...]"

"[...] não tem muita; tem gente que se queixa bastante; mas nós quase não precisamos [...]"

"[...] não, nada; por enquanto não teve nada que tivesse que gastá muito [...]"

A principal dificuldade considerada foi em relação às deficiências no sistema de saúde (48,97%), quando foram destacados problemas como o mau atendimento, atribuído à sobrecarga de trabalho dos profissionais, à falta de atualização, preparo e comprometimento e à remuneração inadequada; à falta de profissionais, em maior número, mais especialidades, dentista; à lentidão dos serviços, como a demora na realização e fornecimento de resultados dos exames; e à falta de materiais e medicamentos. Estas percepções são exemplificadas a partir das seguintes expressões:

"[...] pra ir no médico, só se for grave, porque tem que ir e ficá o dia todo, e se tiver exame, demora até consegui; no plantão nem olham a gente [...]"

"[...] os médico mais velho não evolui; lá no plantão nem olham, nem examinam [...]"

"[...] tudo é dificultoso, tem que levantá cedo, enfrentá fila; pra exames a fila é interminável, se for grave, morre [...]"

"[...] tem que ir de madrugada, porque é um horror de gente; dão respostada pra as pessoa, atende mal, não sabe dá informação; ficha errada [...]"

"[...] o problema é o salário deles, trabalham num monte de lugar e aí se estressam [...]"

"[...] é médico, muito difícil consegui um especialista, dentista também, só no sindicato; raio X é muito difícil, [...]"

"[...] médico aqui só uma vez na semana; o dentista não tava atendendo porque não tinha material; os remédio nunca tem na Liga[3] [...]"

Como vimos, embora o sistema de saúde nacional, o SUS, preconize o atendimento universal e igualitário, organizado para atender todo o cidadão brasileiro de forma integral, desde a prevenção e promoção da saúde até a cura e reabilitação, ainda enfrenta obstáculos para a sua real implementação.

Os outros dois problemas mais destacados foram o transporte para o centro urbano (29,59%) e a distância deste em relação ai meio rural (15,30%), o que provoca dificuldades no acesso aos serviços de saúde:

"[...] a condução; tem que pedi pra os vizinhos nas urgência; quando é só médico, tem que posá nos conhecido, pra podê tá lá cedo [...]"

"[...] muito longe; o ônibus é caro, e quando chega lá é uma decepção, muito mal atendido [...]"

Isso demonstra a presença de particularidades deste meio, que determinam suas necessidades específicas em relação aos serviços de saúde, além dos problemas da saúde

[3] Secretaria Municipal de Saúde, localizada no antigo Hospital da Liga Operária

pública nacional. Silva (2003) salienta que as populações que residem no campo, por razão da distância, não podem acessar o sistema em condições de igualdade estabelecidas no meio urbano. Tal fato torna a universalidade do SUS apenas uma pretensão para aqueles que vivem no campo e promove, através do sistema, um grande entrave ao desenvolvimento rural.

Quanto à opinião dos "informantes-chave" sobre esse aspecto, cinco apontaram as deficiências do sistema de saúde e um associou a dificuldade de transporte, sendo que dois não identificaram dificuldades, um justificando pela existência de uma unidade de saúde com atendimento semanal em uma área da localidade e outro por não saber responder pela comunidade e sim pela opinião pessoal. A seguir, algumas declarações como exemplo:

"[...] atendimento médico, número de fichas, muito cedo; dentista, só quatro fichas na US14, nunca sobra para o interior; ginecologia; só uma enfermeira na US 14; só vacinam as crianças, não pesam [...]"

- informante-chave B

"[...] informação, a secretaria de saúde deixa a desejar; não faz palestras; faltam ações de saúde [...]"

- informante-chave E

"[...] muita gente reclama que chega lá e não consegue atendimento; ficam na fila e não conseguem ficha [...]"

- informante-chave G

"[...] conseguir consulta e transporte [...]"

-informante-chave F

"não tem muitas , porque aqui tem o posto nas 4ª feira; se precisa encaminha para a Liga; não tem muita reclamação [..]

- informante-chave C

"[...] não saberia responder; nunca ouvi reclamar; as vezes que precisei sempre fui bem atendida [...]"

- informante-chave D

Revela-se assim a carência de práticas diferenciadas para as populações do campo. Mesmo estando inserida em um sistema que preconiza o atendimento integral do indivíduo, família e comunidade, a partir do atendimento das suas reais necessidades, a comunidade rural não é contemplada com políticas públicas adequadas às suas peculiaridades.

Nessa perspectiva, além de solicitar à comunidade rural em estudo a identificação das dificuldades enfrentadas no cuidado com a saúde e/ou doença, também foram pedidas sugestões para melhorias referentes a este aspecto.

O quadro 17 foi elaborado após a classificação das principais respostas das famílias, sendo que a maioria das sugestões englobou mais de um aspecto e algumas famílias não sugeriram, por opção ou por dúvidas na identificação de soluções, sem contabilizar aquelas que não tem dificuldades, por isso não sugeriram.

Sugestões	**Referência**	**Percentagem**
Nenhuma sugestão	10	10,20
Intensificação dos serviços de saúde oferecidos	27	27,55
Melhorias a nível de política nacional de saúde	13	13,26
Políticas de saúde específicas para o trabalhador rural	12	12,24
Melhorias no transporte	10	10,20
Maior comprometimento e melhor preparo dos profissionais de saúde	5	5,10

Quadro 17: Sugestões para melhorias em relação às dificuldades nos cuidados com a saúde e/ou doença

As sugestões mais apontadas foram aquelas referentes à intensificação dos serviços de saúde oferecidos (27,55%), sendo assim classificadas a partir das respostas solicitando mais profissionais de saúde, mais fichas, mais remédios, mais especialidades, maior tempo de atendimento, maior agilidade nos exames, dentre outras, exemplificadas pelas falas a seguir:

"[...] ter mais ficha, mais médico e mais médico aqui no interior, não só o clínico geral [...]"

"[...] mais tipo de médico aqui, mais vez; exames mais fácil [...]"

"[...] aumentá o número de ficha, não ser tão cedo, ter os remédio [...]"

"[...] mais gente trabalhando pra consegui mais ligeiro [...]"

Em segundo lugar, foram sugeridas melhorias a nível de política nacional de saúde (13,26%), solicitando uma solução por parte dos governantes para os problemas do SUS:

"[...] só depende do governo, mais consciência, liberá mais verba para o SUS; os profissionais são mal remunerado e acabam descontando nos paciente [...]"

"[...] na farmácia do SUS deveria ter mais variedade de remédio, o governo mandá mais, facilitá pra consegui [...]"

"[...] depende do governo, melhorá mais pelo SUS [...]"

Associada às sugestões quanto ao sistema e às políticas de saúde, foi referida a necessidade de políticas de saúde específicas para o trabalhador rural, considerando suas particularidades. Com 12,24% das respostas, este aspecto pode ser verificado através de alguns exemplos:

"[...] tinha que abri ficha pra reservá pra o rural, porque se é grave, morre; atendimento mais especial pra quem vem de fora [...]"

"[...] melhorá o atendimento, a atenção, examiná; quem mora no interior tinha que ter uma quantidade de ficha certa [...]"

"[...] precisa ter mais recurso, uma reserva pra os de fora [...]"

"[...] devia ter bastante ficha, mais pra o pessoal de fora, que é difícil de ir [...]"

Quanto ao problema do transporte, 10,20% sugeriram melhorias e alguns declararam estar cientes das dificuldades envolvidas neste aspecto:

"[...] acho que mais horário de ônibus [...]"

"[...] mais ônibus; eu sei que é difícil [...]"

"[...] é difícil, quase sem solução; quando tinha ônibus às 11 até que era bom, mas tem que pensá neles também; o motorista vem e às vez só 3 pessoa no ônibus [...]"

Juntamente com as sugestões anteriores, e até mesmo como única solução, foi solicitado um maior comprometimento e melhor preparo dos profissionais de saúde, em 5,10% das respostas, exemplificadas pelas falas:

"[...] gente com vontade de trabalhá; mais gente pra os daqui de fora [...]"

"[...] depende muito dos médico, garanto que se fosse pago era otra coisa [...]"

"[...] melhorá o atendimento, a atenção, examinaá; quem mora no interior tinha que tê uma quantidade de ficha certa [...]"

Aos “informantes-chave” também foram solicitadas sugestões para melhorias nas dificuldades enfrentadas pela comunidade nos cuidados com a saúde e/ou doença, sendo que os cinco informantes que apontaram as deficiências no sistema de saúde como a principal dificuldade enfrentada pela comunidade, sugeriram como solução e existência de políticas de saúde específicas para o trabalhador rural, o que pode ser verificado nas declarações:

“[...] mais ações da secretaria de saúde para a zona rural [...]”
- informante-chave E

“[...] atendimento diferenciado para o pessoal de fora; se for consultar, que consiga [...]”
-informante-chave F

“[...] um mini-posto uma vez por mês que tivesse, ou um dia no posto da vila que fosse só para os agricultor [...]”
-informante-chave G

“[...] um atendimento pra quem vem de fora; se atrasa 5 minutos, já não consegue; ônibus mais vezes, mas é um problema difícil, empresa particular; o pessoal tem que se unir mais, pedir, ver se consegue melhorá [...]”
-informante-chave A

“[...] estrada boa; falta mais apoio da secretaria da saúde; mais incentivo financeiro, se estão endividados, gera doença; a comunidade não luta pelos seus direitos, tem que se unir mais [...]”
-informante-chaveB

Como foi possível perceber, além da necessidade de uma política de saúde específica para o trabalhador rural, os depoimentos também mencionam soluções quanto ao problema do transporte e ainda evidenciam uma preocupação quanto à mobilização da comunidade na luta por melhorias, ou seja, a participação social.

E assim, a comunidade identificou suas dificuldades e as ações adequadas a sua resolução, demonstrando a necessidade urgente da mobilização para o alcance de melhorias. Identificar suas necessidades e formas de atendê-las é o primeiro passo para o exercício legalmente constituído da participação social. No entanto, é preciso organizar-se coletivamente e institucionalizar suas reivindicações, garantindo ações e planejamentos inerentes às melhorias nas condições de vida e saúde e ao seu desenvolvimento.

O agir da comunidade rural frente às questões da saúde e qualidade de vida é determinado pelo seu contexto de vida e trabalho, sendo associados aspectos culturais e formais na prática do cuidado. Além disso, as ações coletivas mesmo que singulares constituem-se em participação social e denotam a busca por melhorias em suas condições de vida e assim o seu desenvolvimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo que permitiu verificar o agir da comunidade rural pesquisada frente às questões da saúde e qualidade de vida, são necessárias algumas considerações a cerca do tema proposto, das evidências encontradas e das perspectivas vislumbradas.

A nova concepção de desenvolvimento rural, que incorpora a integralidade como princípio, propõe esforços interdisciplinares para o alcance de melhorias nas condições de vida do trabalhador rural. Nesse sentido, insere-se a questão da saúde e qualidade de vida e a atuação do profissional de saúde junto aos órgãos responsáveis pelo planejamento e implementação de ações que objetivem o desenvolvimento do meio rural.

Ações voltadas a melhorias nas condições de vida e saúde, devem ter como princípio o conhecimento prévio da realidade a que se destinam, além dos aspectos culturais que determinam seu modo de vida.

Nesse contexto, faz-se necessária a consideração e o incentivo à participação social, como instrumento para a identificação das reais necessidades de uma população e assim promover ações que contemplem suas demandas.

A política de saúde nacional determina a implantação de uma rede de ações e serviços única, descentralizada, voltada à atenção integral e com a participação social, constituída a partir das reais necessidades de saúde da população, tendo como pressuposto o trabalho interdisciplinar. No entanto, sua efetiva implementação ainda permanece como um desafio, uma vez que as peculiaridades de alguns segmentos sociais são desconsideradas, como é o caso da população residente no meio rural.

As ações e serviços de saúde demonstram a alienação acerca das dificuldades enfrentadas pela comunidade rural, como a questão da distância, dos problemas com o transporte, da rotina árdua de trabalho e até mesmo a discriminação por parte dos profissionais. Não há nenhum tipo de flexibilidade ou políticas específicas para esta população. Então, estas incongruências comprometem os princípios do atendimento universal e igualitário preconizado pelo SUS.

Dessa forma, o trabalhador rural acaba recorrendo ao sistema profissional de saúde somente em casos de extrema necessidade, dando prioridade aos cuidados apreendidos tradicionalmente, como o uso de chás e remédios caseiros, além da utilização de medicamentos industrializados sem receita médica. Excetuando-se alguns casos que disponham de melhores condições, como transporte próprio ou plano de saúde, ou então mais especificamente contribua com o Sindicato Rural, garantindo custo reduzido nas consultas e exames.

A partir dessa realidade reforça-se a necessidade de um melhor preparo e comprometimento institucional e profissional com estratégias voltadas à comunidade rural, considerando suas especificidades e unindo esforços interdisciplinares para promoção de melhorias nas suas condições de vida e saúde e assim o seu desenvolvimento. Visualiza-se assim, a inserção do profissional de saúde junto à Extensão Rural, integrando os projetos de desenvolvimento dentro da perspectiva da integralidade, a partir do trabalho interdisciplinar.

Nessa perspectiva, foi realizada esta pesquisa que procurou relacionar o agir da comunidade rural frente às questões da saúde e qualidade de vida ao tema do desenvolvimento rural, constituindo-se num desafio pessoal e profissional, que permitiu dimensionar aspectos que apontam perspectivas para um novo olhar sobre o rural.

Como enfermeira e profissional da saúde, o convívio e o aprendizado dentro do Curso de Pós-Graduação em Extensão Rural significaram um grande crescimento e a ratificação da extrema importância do trabalho interdisciplinar, permitindo o contato direto com as diversas dimensões inseridas na questão do desenvolvimento e a visão de diferentes profissionais sobre um mesmo segmento social, indo além da soma de especialidades e constituindo-se na integração de diversas áreas inerentes ao atendimento das necessidades de uma comunidade.

Como recomendações, saliento a necessidade de comprometimento profissional, requisitada também pela comunidade estudada, que destacou sua ausência e identificou como imprescindível para o alcance de melhorias no sistema de saúde. Além disso, faz-se necessária a elaboração e implementação de estratégias específicas para a comunidade rural, tendo como instrumento a participação social. E ainda, cabe às instituições de ensino propiciar subsídios para os futuros profissionais atuar de forma interdisciplinar nos diferentes cenários sociais.

Saúde e qualidade de vida são indispensáveis ao desenvolvimento de uma comunidade, seja ela rural ou urbana. Para tanto, urge a necessidade de esforços interdisciplinares e a efetiva participação social.

BIBLIOGRAFIA

ALEMANY, Carlos. Apuntes para la construcción de los periodos históricos de la Extensión Rural del INTA. In: CIMADEVILLA, Gustavo; THORNTON, Ricardo. **La extensión rural en debate:** concepciones, retrospectivas, cambios y estrategias para el MERCOSUR. Buenos Aires: Edicions INTA, 2003.

ALMEIDA, J.A. **Pesquisa em extensão rural:** um manual de metodologia. Brasília, MEC/ABEAS, 1989.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 05 de outubro de 1988, 21. ed. atual. e ampl., São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. **Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Lei n° 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a transferência intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Sistema de Atendimento de Saúde do SUS.** Brasil, 1995a.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986**.**

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96.** Brasília, 1997.

BRASIL. O ano da saúde no Brasil. **Brasil Real.** Edição Especial, Brasília, abr. 1997.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira.** Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 193p. (Teses em Enfermagem; 39).

_____. **Cuidando e sendo cuidado:** um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos. 1994. 222f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 1994.

CAMPANHOLA, C.; SILVA, J.G. (Ed. Téc.) **O novo rural brasileiro:** rendas das famílias rurais**.** V. 5, Brasília: EMBRAPA Informação Tecnológica, 2004. v.5.

CAMPOS, Gastão Wagner S. **Reforma da reforma:** repensando saúde. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAPORAL, F.R.; COSTABEBER, J.A. Possibilidades e alternativas do desenvolvimento rural sustentável. In: VELA, Hugo. **Agricultura familiar e desenvolvimento rural sustentável no Mercosul.** Santa Maria: UFSM, 2003.

_____. **Agroecologia e Extensão Rural:** contribuições para a promoção do desenvolvimento rural sustentável. Brasília: MDA/SAF/DATER-IICA, 2004.

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde:** comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90). São Paulo: HUCITEC, 1995.

CAVACO, C. Desafios e desenvolvimento rural: notas de leitura. Lisboa, 2004. 14p. Separata de: Finisterra, **Revista Portuguesa de Geografia**. v.39 , n.78, p.8-13, 2004.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHIANCA, T.C.M. O Sistema Único de Saúde: a proposta de viabilização e a inserção da enfermagem. **Revista Saúde em Debate**. n.44, p.44-54, 1994.

COELHO, Elza Salema et al. **Da velha à nova República:** evolução das políticas de saúde no Brasil. Florianópolis: UFSC, 1995.

COLOMÉ, C.L.M. et al. Diretrizes pedagógicas na formação em saúde: buscando uma relação educador/educando de cunho transformador. **Revista de Enfermagem Texto e Contexto.** v.8, n.1, p. 166-173, 1999.

DUNCAN, B.B. et al. **Medicina Ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

EHLERS, Eduardo. **Agricultura Sustentável:** origens e perspectivas de um novo paradigma. 2. ed. Guaíba: Agropecuária, 1999.

EMATER. Rio Grande do Sul/ASCAR. **Marco referencial para uma nova Extensão Rural:** avanços institucionais na EMATER/RS-ASCAR (gestão 1999-2002). Porto Alegre: EMATER/RS-ASCAR, 2002. 74p.

_____. **Ação coletiva para viabilização da agricultura familiar no município de São Paulo das Missões – Noroeste do RS.** Porto Alegre: EMATER/RS-ASCAR, 2005. 67p.(Série Realidade Rural; 43)

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio século XXI:** o minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FIGUEIREDO, N.M.A. de. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública.** São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2005.

FREIRE, Paulo. **Extensão ou Comunicação?** Rio de janeiro: Paz e Terra, 1992.

GALLINA, Jaqueline Posser. **Com hervas dos montes e águas das fontes: um estudo sobre benzedeiras e benzedores na zona rural de Santa Rosa do Sul e Sombrio – SC.** 2003. 141f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2003.

GEDIEL, Ana Luisa Borba. **Multifuncionalidade do rural – o uso de atividades agropecuárias e de espaços rurais para práticas terapêuticas.** 2006. 111f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2006.

HEGEDÜS, Pedro de; VELA, Hugo. El seguimiento y evaluación en proyectos de desarrollo rural. In: CIMADEVILLA, Gustavo; THORNTON, Ricardo. **La extensión rural en debate:**

concepciones, retrospectivas, cambios y estrategias para el MERCOSUR. Buenos Aires: Edicions INTA, 2003.

KAGEYAMA, A. Desenvolvimento rural no Rio Grande do Sul. In: SCHNEIDER, S. (org.). **A diversidade da agricultura familiar.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

MORAES, Cléia dos Santos. **Turismo rural na rota colonial de Linha Stein, Salvador do Sul/RS:** incremento de renda e bem-estar para famílias e comunidade. 2006. 114f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2006.

NAVARRO, Zander. Desenvolvimento rural no Brasil: os limites do passado e os caminhos do futuro. **Revista Estudos Avançados.** v.16, n.43. p. 38-44, 2001.

NETO, Benedito Silva; BASSO, David. **Sistemas agrários do Rio Grande do Sul:** análise e recomendações de políticas. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005.

NORONHA, Alberi; GONÇALVES, Eliseu dos Santos. Análise-diagnóstico da agricultura de Cachoeira do Sul**.** In: NETO, Benedito Silva; BASSO, David. **Sistemas agrários do Rio Grande do Sul:** análise e recomendações de políticas. Ijuí: Ed. Unijuí, 2005.

OLIVAL, Alexandre de Azevedo et al. Implementação e avaliação de um programa educativo sobre qualidade do leite: aspectos culturais, sociais e tecnológicos. **Revista Extensão Rural.** v.10, n.10, p.28-44, 2003.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

RIBEIRO, Maristela Guimarães**. As benzedeiras e os benzedores de Três Barras:** a concepção do homem sagrado. 1996. 92f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 1996.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** Petrópolis: Vozes, 1986.

SECRETARIA DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE. Programa de Agentes Comunitários de Saúde: Normas e Diretrizes. Porto Alegre: Secretaria de Saúde e Meio Ambiente, nov. 1997.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SILVA, Cyntia Nalila Souza. **A interação das políticas públicas de saúde e educação como base para o desenvolvimento rural em Santa Rosa do Sul – Sc.** 2003. 99f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2003.

SILVA, Maurem Fronza da. **Caminhos de pedra:** família, comunidade e turismo rural – Distrito de São Pedro, Bento Gonçalves (RS). 2002. 133f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2002. (Série Dissertações; n.3/ coordenador Joaquim Anécio Almeida)

SILVA FILHO, Manoel Marques da. **A extensão rural em meio século:** a experiência do Rio Grande do Norte. Natal: Emater/RN, 2005.

THORNTON, R.; CIMADEVILLA, G.; CARRICART, P. Nueva ruralidad, mayores desafíos. En la búsqueda de las capacidades y competencias del extensionista rural del nuevo siglo. In: CIMADEVILLA, Gustavo; THORNTON, Ricardo**. La extensión rural en debate:** concepciones, retrospectivas, cambios y estrategias para el MERCOSUR. Buenos Aires: Edicions INTA, 2003.

TOMMASINO, H.; MÁRQUEZ, M.N.G.; FRANCO, L. Sustentabilidad: indicadores socio-econômicos en la produción lechera familiar. In: TOMMASINO, Humberto; Hegedüs, Pedro de. **Extensión:** reflexiones para la intervención en el medio urbano y rural. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Agronomia, Universidad de la República Oriental del Uruguay, 2006.

TOMMASINO, H.; MÁRQUEZ, M.N.G.; GUEDES, E.; PRIETO, M. Extensión crítica: Los aportes de Paulo Freire. In: TOMMASINO, Humberto; Hegedüs, Pedro de. **Extensión:** reflexiones para la intervención en el medio urbano y rural. Departamento de Publicaciones de la Facultad de Agronomia, Universidad de la República Oriental del Uruguay, 2006.

TONINI, Carolina Codevila. **Representações sociais do processo saúde-doença de trabalhadores rurais – via metodologia Q – no distrito de Arroio do Só, município de Santa Maria, RS.** 2006. 132f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2006.

VANZIN. A.S.; NERY, M.H**. Enfermagem em Saúde Pública**: fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade. 2. ed. Porto Alegre: Sagra: DC Luzzatto, 1998.

VELA, Hugo. **Agricultura familiar e desenvolvimento rural sustentável no Mercosul.** Santa Maria: UFSM, 2003.

_____ **Extensão Rural no Mercosul**. Cruz Alta: UNICRUZ, 1999.

WALDOW, V.R. Educação para o cuidado**. Revista Gaúcha de Enfermagem.** v.2, n.7, p. 108-112, 1993.

Bibliografia Virtual

http://www.ibge.gov.br/ . Acesso em:13/03/2007.

http://www.guiacachoeira.com..br/ . Acesso em:13/03/2007.

APÊNDICES

Apêndice A – Pauta da entrevista semi-estruturada com as famílias

O agir da comunidade rural na localidade do Bosque frente às questões da saúde e qualidade de vida no Município de Cachoeira Do Sul – RS

Data da entrevista: ___/___/_____

1) Micro-área/ACS:_____

2) Família (nº):_____ 3) Número de membros da família: _____

4) Membro(s) que responde à entrevista:_____
_____

5) Sexo: ( ) M ( ) F 6) Idade: _____

7) Atividade da família:_____
_____

8) Como você considera as condições de saúde da sua família?

9) O que sua família faz para ter melhores condições de saúde?

10) O que sua família faz quando adoece?

11) Qual a contribuição da sua família para a manutenção da saúde da comunidade?

12) Quais as dificuldades enfrentadas pela família nos cuidados com a saúde e/ou doença? Como poderiam ser melhoradas?

Apêndice B - Pauta da entrevista semi-estruturada com informantes-chave

O agir da comunidade rural na localidade do Bosque frente às questões da saúde e qualidade de vida no Município de Cachoeira Do Sul – RS

Data da entrevista:

1) Informante-chave:_____

2) Relação do informante-chave com a comunidade:_____

_____

3) Tempo que conhece a comunidade:_____

4) Sexo: ( ) M ( ) F 5) Idade:_____

6) Como você considera as condições de saúde da comunidade?

7) Quais os cuidados da comunidade em relação à saúde e qualidade de vida?

8) O que a comunidade faz quando adoece?

9) As famílias realizam ações objetivando melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida da comunidade?

10) Na sua opinião, quais as principais dificuldades enfrentadas pela comunidade nos cuidados com a saúde e/ou doença? Sugestões para melhorias?

Apêndice C – Termo de Consentimento

Pelo presente termo de consentimento, declaro que fui informado (a) de forma clara das justificativas, objetivos e dos procedimentos da pesquisa: O agir da comunidade rural na Localidade do Bosque frente às questões da saúde e qualidade de vida no Município de Cachoeira do Sul – RS.

Fui informado (a) ainda:

- Dos riscos e benefícios do presente estudo, assim como da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca da metodologia, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa desenvolvida;
- Da liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar meu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- Da segurança que não serei identificado (a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;
- Da garantia que as informações não serão utilizadas em meu prejuízo;
- Da liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;
- Da segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

A pesquisa observará também a sua adequação no que diz respeito aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas, prevalecendo sempre as probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis.

Neste termo e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Esse trabalho é de responsabilidade de Berenice de Oliveira Cruz Rodrigues, mestranda em Extensão Rural – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob orientação do professor Dr. Hugo Vela.

Data: ___/___/2007

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Obs.: o presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra em poder da autora deste projeto.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo