

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE - EaD
POLO TIO HUGO**

**SAÚDE DAS COMUNIDADES RURAIS: potencialidades e desafios na
implantação de Políticas Públicas de Saúde**

ALINE MARTINS DE FIGUEIREDO

Tio Hugo RS, Brasil

2012

**SAÚDE DAS COMUNIDADES RURAIS: potencialidades e desafios na
implantação de Políticas Pública de Saúde**

**Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em
Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, UFSM/CESNORS,
como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em
Gestão de Organização Pública em Saúde.**

ORIENTADOR (A): Dra. MARTA COCCO DA COSTA

Tio Hugo RS, Brasil

2012

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - Cesnors
Curso De Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de
Organização Pública em Saúde EAD

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Artigo de Conclusão de
Curso

SAÚDE DAS COMUNIDADES RURAIS: potencialidades e desafios na implantação de
Políticas Pública de Saúde

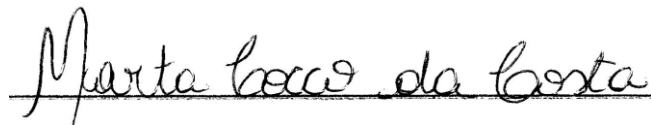
elaborado por

Aline Martins de Figueiredo

como requisito parcial para obtenção do grau de

Especialista

COMISSÃO EXAMINADORA



Marta Cocco Da Costa, Dra. (Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)



Andressa Andrade, Msc. (Membro da Banca - UFSM/CESNORS)



Ethel Bastos Da Silva, Msc. (Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

LISTA DE ABREVIATURAS

PNSIPCF: Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta;

SUS: Sistema Único de Saúde;

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

FIOCRUZ: Fundação Osvaldo Cruz;

ESF: Estratégia de Saúde da Família;

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 - CONSTRUÇÃO REFLEXIVA: dialogando com a literatura	9
2.1 COMPREENDENDO O ESPAÇO RURAL E A RELAÇÃO COM A SAÚDE	9
2.2 A PROPOSTA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA	13
2.3 POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS AS COMUNIDADES RURAIS.....	15
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

ARTIGO CIENTÍFICO

SAÚDE DAS COMUNIDADES RURAIS: potencialidades e desafios na implantação de Políticas Públicas de Saúde

HEALTH OF RURAL COMMUNITIES: potentials and challenges in the implementation of Public Health Policy

LA SALUD DE LAS COMUNIDADES RURALES: posibilidades y desafíos en la implementación de Políticas de Salud Pública

RESUMO - Trata-se de um estudo reflexivo, que a partir da revisão de literatura, objetivou discutir e refletir as potencialidades e os desafios na implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e de outras Políticas Públicas de Saúde, direcionadas as comunidades rurais. Utilizou-se artigos e dissertações inerentes a esta temática, no enfoque das ações resolutivas em saúde e implementação da PNSIPCF, bem como as relações das ações em saúde as populações do campo. A literatura mostra que para a efetivação da implantação das ações da PNSIPCF é necessário à articulação de todas as esferas governamentais, com o objetivo de potencializar as ações Estratégicas e Participativas do SUS, considerando as especificidades locais e culturais das comunidades rurais.

Descritores: Políticas de Saúde. Enfermagem. Saúde da População Rural.

ABSTRACT: This is a reflective study that from the literature review aimed to discuss and ponder the possibilities and challenges in the implementation of the National Population Health Integral Field and Forest and other Public Health Policies targeted communities rural. We used articles and dissertations relating to this subject, focusing on the actions in resolving health are PNSIPCF implementation, as well as the relationships of health initiatives rural populations. Literature showed that for effective implementation of the actions necessary PNSIPCF is the articulation of all spheres of government, in order to potentiate the actions of the Participatory Strategic and SUS, considering the local and cultural specificity.

Descriptors: Health Policy Nursing. Rural Health.

RESUMEN: Se trata de un estudio reflexivo que de la revisión de la literatura tuvo como objetivo discutir y reflexionar sobre las posibilidades y desafíos en la implementación del Campo de Población Nacional de Salud Integral y Forestal Políticas de Salud Pública y otras comunidades rurales seleccionadas. Utilizamos artículos y disertaciones relativas a este tema, centrándose en las acciones de salud en la

solución de ae PNSIPCF ejecución, así como las relaciones de las iniciativas de salud de las poblaciones rurales. Literatura mostró que es la implementación efectiva de las acciones necesarias PNSIPCF es la articulación de todas las esferas de gobierno, con el fin de potenciar las acciones de la estratégica participativa y SUS, considerando la ubicación y la especificidad cultural.

Descriptor: Enfermería en Salud Política. Salud Rural.

1 INTRODUÇÃO

A legislação infraconstitucional, denominada Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 e sua complementar nº 8.142, detalham princípios, diretrizes, organização e condições de funcionamento do SUS para a promoção, proteção e recuperação da saúde. O parágrafo terceiro define que “a saúde tem como 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 a bens e serviços essenciais” e finaliza afirmando que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, 2000).

A mesma Lei em seu artigo quarto apresenta o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, inclui-se as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para a saúde. A iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar (BRASIL, 2000).

Na 14ª Conferência Nacional de Saúde, cria-se a portaria que implementa a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). A política será a base para ações de melhoria do acesso aos serviços da rede pública e conveniada e redução de riscos à saúde decorrentes do trabalho no campo.

Diante da nova realidade da Família Rural, em que o espaço de trabalho transformou-se em ambiente de vida, entende-se que as abordagens em Saúde da Família Rural tendem a intensificar e fortalecer as ações, confirmando isso que no ano de 2012 realizou-se o I Seminário Nacional de Enfrentamento ao Uso Abusivo de Agrotóxicos, articulado com a ANVISA, FIOCRUZ e Confederação Nacional dos Trabalhadores do Campo e da Floresta.

O reconhecimento de que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais e ambientais em que vivem as comunidades e populações, foi incorporado nesta PNSIPCF, indicando a necessidade de ações intersetoriais consideradas imprescindíveis para o impacto sobre o nível de vida e saúde das populações do campo e da floresta.

Este estudo apresenta elementos que mostram a caracterização do espaço rural e suas relações com a saúde, pontuando as especificidades e os diferentes enfoques de conceitos, também articula-se a proposta da PNSIPCF e suas diretrizes; e finaliza-se elencando as potencialidades e os desafios na implantação das propostas da política, que enfatiza as articulações necessárias para esta ação.

Assim, busca-se por meio desse artigo, discutir e refletir as potencialidades e os desafios na implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e de outras Políticas Públicas de Saúde, voltadas a atenção as comunidade rurais.

2 - CONSTRUÇÃO REFLEXIVA: dialogando com a literatura

2.1 COMPREENDENDO O ESPAÇO RURAL E A RELAÇÃO COM A SAÚDE

As características da população do campo e da cidade decorrem principalmente da influência do meio social. Na cidade os grupos sociais são numerosos e complexos, unindo uma variedade de raças e povos; já no espaço rural geralmente são formados de poucas raças, possuindo, muitas vezes, um grupo religioso, um educativo,

profissional e linguístico, neste as famílias vivem num ambiente denominado colônia (área territorial demarcada) (SCHWARTZ, 2001).

No Brasil, conforme Schwartz (2001), as pesquisas da saúde e, em particular, da enfermagem, relacionadas à saúde das famílias rurais, são pouco exploradas, contudo podem-se citar algumas autoras que abordam a temática, como Heck (2000) em sua tese de doutorado trata dos casos de suicídio em uma comunidade rural, aponta que os especialistas de cuidados profissionais em saúde não estão correspondendo às expectativas de tratamento em relação à fraqueza (caracterizado como debilidade, vulnerabilidade e situação em que o sujeito necessita de assistência) dos nervos reivindicadas pelos colonos.

Na mesma direção, Budó (1994) que em sua dissertação, estudou um modelo cultural de suporte à saúde em uma comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos e a enfermagem em comunidades rurais, e em suas considerações sinaliza para uma concepção mais ampla de saúde requerendo que se pense a reestruturação da vida em novas bases, de modo que o sistema de saúde possa atender de forma plena às diferentes e singulares necessidades humanas, inclusive aquelas relativas ao trabalho e seu lugar na vida das pessoas.

Para Wunsch (2011) o cuidado às famílias que compõem o contexto rural exige, por sua vez, do campo da saúde não apenas a apreensão das singularidades e formas de estruturação, requer um cuidado em saúde extensivo que considere os aspectos sociais, políticos e geográficos que permeiam o viver rural. No entanto, o empobrecimento contínuo das políticas públicas de saúde deixa o cidadão rural e sua família à mercê da exploração, instituindo-se inúmeras vulnerabilidades.

A mesma autora cita que dados epidemiológicos sobre as condições de saúde da população brasileira, levantados com a elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS), demonstram que na área rural, e em suas múltiplas abrangências, localizam-se os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de enorme pobreza decorrente das restrições de acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida (BRASIL, 2005). Outro estudo evidencia que as famílias rurais apresentam problemas característicos de

sociedade urbana e contemporânea, tais como depressão, alcoolismo, stress e suicídios, dentre outros (ZILLMER et al, 2009).

Faria et al (2000) em estudo epidemiológico com trabalhadores rurais da Serra Gaúcha, conseguiram demonstrar quantitativamente que a intoxicação por agrotóxicos apresenta uma forte relação com os transtornos psiquiátricos menores. Já Girardi (2002) em seu estudo relacionou a exposição aos agrotóxicos e os casos de depressão e de suicídios entre agricultores que trabalham em plantações de fumo no sul do país e no estado de Minas Gerais. Aponta que, para especialistas em saúde, o número é alarmante: a média brasileira é de 3,8 suicídios por 100 mil pessoas. O recorde de 2001 é da Rússia, após dez anos de crise social e econômica, com 34 por 100 mil, segundo a Organização Mundial da Saúde. Ainda não se sabe se o uso de agrotóxicos está diretamente ligado à depressão que conduz aos suicídios, necessitando mais estudos para essa afirmação.

Assim, visualiza-se que as relações de formas de trabalho, produtos utilizados e técnicas estão diretamente relacionadas a saúde da população rural, conforme a especificidade da atividade. Abreu et al (2002) ao estudarem o processo saúde-doença bucal de mães rurais do município de Itaúna, mostra que segundo elas o corpo tem sido, desde a divisão social do trabalho e do surgimento das classes e do Estado, o “gerador de bens” por excelência para aqueles que têm no corpo a única propriedade. E complementa com o discurso de uma entrevistada; *“ter saúde é ter disposição para trabalhar, para conseguir as coisas, né; então não tem jeito na vida”*.

Diante deste quadro, e frente aos estudos com trabalhadoras rurais de modo geral as definições de saúde-doença estão relacionadas com a força de trabalho, em que a pessoa acometida de uma doença perde a única forma de sobrevivência: o seu corpo. Ainda referindo ao estudo de Abreu et al (2002), outro sujeito de sua pesquisa diz: *“esse meu filho mais velho, para ele ir ao médico ele tem que tá ruim demais (...), senão não vai”*.

As condições de trabalho determinam, ao longo do tempo, problemas de saúde definidos nas populações, conforme a tradição e cultura da região, dentre estas citam-

se as lesões por esforço repetitivo, doenças osteomusculares, as intoxicações por agrotóxicos, o alcoolismo, a depressão e a hipertensão.

Levigard e Rozemberg (2004) realizaram um estudo relacionando as interpretações dos profissionais de saúde frente os problema e consequência das intoxicações por uso de agrotóxicos, e apresentam como um de seus resultados os fatores que podem interferir no estabelecimento ou não de vínculo associativo por parte dos profissionais entrevistados, que são: proximidade ou distanciamento da prática da atenção as comunidades, abordagem desde uma perspectiva clínica ou desde uma perspectiva política, o tempo de permanência e a familiaridade com o processo de trabalho agrícola que permitem constatar a epidemia de intoxicação por agrotóxico.

O mesmo autor apresenta uma reflexão frente a contradição entre o discurso e a prática profissional, refere que por um lado a prática profissional os aproxima de uma compreensão de realidade local e de um movimento voltado para as necessidades da comunidade, por outro os caminhos da formação acadêmica por vezes submetida a pressão do mercado, leva os profissionais a apresentarem um duplo discurso.

O suporte da equipe de saúde para a população rural, normalmente se dá de forma periódica e centrada na dimensão clínica, fato apontado por Costa (2012) em seu estudo relativo à situação da violência contra as mulheres rurais; representa que o profissional não precisa envolver-se e nem responsabilizar-se por esses atendimentos e suas consequências “não biológicas”. Esse distanciamento é acentuado pela distância e (des)continuidade do atendimento, pois em alguns municípios, as ações em saúde nas áreas rurais acontecem de maneira pontual pela constituição de equipes volantes que se deslocam para essas comunidades por meio de “roteiros de atendimentos”, que também são condicionados pela existência de unidade de saúde apenas na área central dos municípios.

2.2 A PROPOSTA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA

Os princípios da Reforma Sanitária Brasileira constituíram-se em um divisor de águas na trajetória das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. A Reforma Sanitária tem seu apogeu na VIII Conferência Nacional da Saúde e foi deste evento que partiram as linhas fundadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), propalado pela Constituição Federal em 1988 nos artigos 196, 197, 198, 199 e 200 (BRASIL, 1988).

A legislação infraconstitucional, denominada de “Lei Orgânica da Saúde”, nº 8.080 e sua complementar nº 8.142, detalham princípios, diretrizes, organização e condições de funcionamento do SUS para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2000). Por meio dessa base legal a saúde ganha destaque “[...] como um direito fundamental do ser humano devendo o Estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”; também o documento informa que “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (Artigo 2º, parágrafo 2) para com a saúde.

A Portaria Nº 2.488, de outubro de 2011 revisa as diretrizes e normas da “Política Nacional de Atenção Básica”, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Apresenta em seus fundamentos e diretrizes que:

[...] possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação,

responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (MS, 2011, p. 4).

O Ministério da Saúde implementa no âmbito do SUS a Portaria nº 2.866 de 02 de dezembro de 2011 a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) com a participação dos movimentos sociais, por meio do Grupo da Terra, instituído em 2005, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em Agosto de 2008, objetivando a melhoria do nível de saúde das populações do campo e da floresta por meio de acesso aos serviços de saúde; da redução de riscos a saúde decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas; e da melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. Para isso é necessário considerar na Gestão do SUS a diversidade e as dinâmicas próprias dos espaços não urbanos, a mobilidade populacional, os diferentes sujeitos sociais, seus modos de produção, suas formas de organização comunitária, suas necessidades de recursos naturais, e toda a gama de aspectos culturais e ambientais que impactam a saúde.

A PNSIPCF tem como objetivo promover à saúde das populações do campo e da floresta por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especialidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, a redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho, das tecnologias agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida.

No que se refere às doenças mais evidentes, nesta população, persistem doenças endêmicas, conforme a região, a exemplo da malária, febre amarela, doença de Chagas e leishmaniose, e como agravante a dificuldade de acesso a determinadas áreas, fator que tem apresentado um perfil epidemiológico diferenciado para essas populações.

Entre as doenças relacionadas ao trabalho, estão as Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT); formas de adoecimento mal definidas e sofrimento mental que convivem com as doenças profissionais clássicas, como a silicose, intoxicações por metais pesados e por agrotóxicos. Os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho são agravos

previsíveis e, portanto, evitáveis. O setor agrícola participou com 3,9% do total de acidentes registrados em 2008, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social (BRASIL, 2008).

O uso de agrotóxicos está diretamente relacionado à falta de orientação técnica, segundo o IBGE (2009) mais da metade (56,3%) dos estabelecimentos onde houve utilização de agrotóxicos não recebeu orientação técnica. Este resultado é particularmente revelador quando comparado ao nível de instrução. As orientações de uso de agrotóxicos que acompanham estes produtos são de difícil entendimento, o baixo nível de escolaridade, incluindo os 15,7% que não sabem ler e escrever, está entre os fatores socioeconômicos que potencializam o risco de intoxicação (IBGE, 2009).

Conforme o Plano Operativo de Saúde da População do Campo e da Floresta, de modo geral, os estudos apontam que as condições de saúde das populações do campo e da floresta estão associadas com o estado nutricional, com a posse da terra, com processos de trabalho e saúde (incluindo o uso de agrotóxicos), entre outros fatores. No campo e na floresta, ainda existem importantes limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como uma situação deficiente de saneamento ambiental. O processo de desenvolvimento da agricultura no Brasil tem agravado esse quadro na medida em que foram criados novos riscos socioambientais para a saúde dessas populações (BRASIL, 2011).

Constata-se a necessidade de ampliar e qualificar o acesso a serviços de saúde para essas populações reconhecendo as insuficiências e os vazios assistenciais.

2.3 POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS AS COMUNIDADES RURAIS

Para que as ações instituídas na PNSIPCF sejam executadas é necessário observar os princípios e diretrizes de saúde como direito universal e social, inclusão social, transversalidade, formação e educação permanente em saúde, valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, promoção de ambiente saudáveis, apoio a

produção sustentável e solidária, participação social, informação e comunicação em saúde e produção de conhecimentos científicos e tecnológicos como aporte à implementação da PNSIPCF (BRASIL, 2011).

Ao Ministério da Saúde compete garantir a implementação da PNSIPCF, promover a inclusão no Plano Nacional de Saúde, apoiar e articular o desenvolvimento das ações nos estados e municípios, consolidar, analisar e divulgar os dados estratificados sobre as populações, e fortalecer as parcerias com organismos nacionais, internacionais, governamentais e não governamentais e sociedade civil organizada para fortalecer as ações de saúde direcionadas a população do campo e da floresta (BRASIL, 2011).

O Estado deve apoiar as ações ministeriais, estabelecendo instrumentos e indicadores para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da PNSIPCF, e prestar incentivo e cooperação técnica aos municípios.

O Município necessita produzir dados estratificados sobre a população do campo e da floresta e manter atualizados os sistemas nacionais de informação em saúde; viabilizar parcerias entre o poder público e privado com o objetivo de fortalecer as ações de saúde para essas populações, promover ações de educação em saúde para os usuários e movimentos sociais, voltadas para as especificidades de saúde com base em perspectivas educacionais críticas e no direito a saúde.

Rua (2009, p. 98) apresenta visões de autores diversos, seis condições para que uma Política Pública seja implantada com sucesso:

- a legislação estabelece objetivos claros e consistentes, e critérios para solucionar conflitos entre objetivos;
- a legislação incorpora uma teoria que identifica os principais fatores causais que afetam os objetivos da política e proporciona aos agentes implementadores jurisdição sobre os grupos-alvo;
- a legislação estrutura o processo de implementação de maneira a maximizar a probabilidade de que os agentes implementadores e grupos-alvo tenham o desempenho desejado;

- os líderes da agência implementadora possuem habilidades gerenciais e políticas suficientes e estão comprometidos com os objetivos definidos em lei;
- a prioridade dos objetivos não é subvertida durante o tempo pela emergência de políticas contraditórias ou por mudanças em condições socioeconômicas relevantes que fragilizem a teoria causal ou as bases de apoio ao programa.

A mesma autora aponta outras precondições para a implementação como: dispor de tempo e recursos suficientes, haver restrições e combinação de liberação de recursos conforme os estágios da implantação, a política deve estar baseada numa relação causa e os fatores intercorrentes devem ser mínimos, compreensão de todos os objetivos da política, alcançar em direção os objetivos acordados.

Neste sentido, Gehlen (2004) aponta que as Políticas Públicas com interesse de saúde e social devem beneficiar de forma diversificada os que possuem necessidades diferenciadas, no sentido de propiciar as condições para superação das desigualdades, sendo que essa “vantagem” aos pouco perdem a vigência transformando-se em uma Política Pública Igualitária. Também aponta que para as transformações pautadas na Política sejam operadas faz-se necessário reelaboração de conceitos como o de identidade sociocultural (lugar, trabalho) e o de cidadania (relações de trabalho e com o meio ambiente).

Para Costa (2012) em seu estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul - Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio – aponta que uma das diversas dificuldades de efetivação da ação em saúde as populações rurais é que a maioria dos serviços de saúde encontra-se na sede central dos municípios, provocando dificuldades de acesso/acessibilidade aos moradores das áreas rurais e, conseqüentemente, repercutindo em desigualdades na oferta e no atendimento das necessidades desses indivíduos, mais negligenciadas encontram-se as ações preventivas e promocionais nesse âmbito.

Entende-se que as articulações entre as esferas governamentais são importantes para consolidar as ações em saúde, numa proposta efetiva e contínua, contudo para que as demanda sociais sejam resolutivas de forma eficaz depende da

cooperação de diferentes setores que por vezes não são consensuais e respeitadas as áreas de atuação, por consequência o entrave de uma disputa interburocrática que levam a baixa racionalidade e ao desperdício de recursos.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A publicação de políticas de inclusão de grupos sociais as ação de saúde, fortalecendo o princípio de equidade, vem para somar o cenário de conquistas dos usuários do SUS. Para isso foi necessária a aprovação do Conselho Nacional de Saúde durante 14º Conferência Nacional de Saúde.

Para a efetivação da PNSIPCF e a descentralização em todas as esferas do SUS, é necessário que todos os estados e a federação garantam espaços de implantação e monitoramento das ações direcionadas, neste trabalho, a população do Campo e da Floresta.

As diferenças entre o meio urbano e rural não ressaltam as especificidade de um ou de outro, mas mostram a necessidade de interpretações adequadas as realidades ímpares que se apresentam. Para que as Políticas de Saúde sejam efetivamente executadas dependem do entendimento do Gestor local, e dos interesses políticos da gestão, oque dificulta o planejamento das ações em saúde e limitam a governabilidade dos profissionais de saúde na aplicação das normas ministeriais. Cabe ao profissional da área da saúde o enquadramento nas ações de gestão e buscar o empoderamento como ferramenta de execução de sua prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, 2011. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria 2.488 de outubro de 2011.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

_____. Secretaria Especial de Editoração e Publicações Subsecretaria de Edições Técnicas. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Texto Promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_Campo_Floresta.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa. **Plano Operativo de Saúde das Populações do Campo e da Floresta 2012/2015**. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.fetraece.org.br/images/conteudo/Site_6/Plano%20de%20Saude.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/index/search/titles?searchPage=9>

ABREU, M. H. N. G; PORDEUS, I. A; MODENA, C.M. **Representações Sociais de Saúde Bucal entre Mães no Meio Rural de Itaúna (MG)**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):245-259, 2002.

BENJAMIN, C.et al. **A Opção Brasileira**. Rio de Janeiro. Editora Contraponto; 1998.

BUDÓ. D.M.L., Gonzales RMB, Beck CLC. **Saúde e trabalho: uma correlação de conceitos na perspectiva de uma população rural e de Christophe Dejours**. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2003 abr; 24(1): 43-52.

COSTA, M. C. **Violência Contra Mulheres Rurais, Agendas Públicas e Práticas Profissionais em Saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio**. Tese de Doutorado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, RS, 2012.

FARIA N. M. X.; FACCHINI A. A., FASSA A. G., Tomasi E. **Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha**. Cad Saúde Pública 2000; 16:115-28.

GEHLEN, Ivaldo. **Políticas Públicas e Desenvolvimento Social Rural**. São Paulo em Perspectiva, 18 (2): 95-103, 2004.

HECK, R.M. **Percepção social sobre categorias de risco do suicídio entre colonos alemães do Nordeste do Rio Grande do Sul.** Texto Contexto Enferm. 2004 Out/Dez;13(4):559-67.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; acesso em 08/11/2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>

LEVIGARD, I, E. ROZEMBERG, B. **A Interpretação dos Profissionais de Saúde acerca das Queixas de “Nervos” no Meio Rural:** uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. Cad. Saúde Pública, RJ, 20 (6): 1515-1524, nov-dez, 2004.

Orçamento. **Plano Nacional de Saúde:** um pacto pela saúde no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 144 p.

RUA, M. G. **Políticas Públicas.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009.

SCHWARTZ, E. LANGE, C. MEINCKE, S. M. K. **A Enfermagem e os Cuidados à Saúde da Família Rural.** Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.3, n.1, p.48-53, jan./jun. 2001.

ZILLMER, J. G. V. et al. **A família rural na contemporaneidade:** um desafio para a enfermagem. Revista Enfermagem UFPE on line, v. 3, n. 3, p. 319-24, jul/set. 2009.

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/index/search/titles?searchPage=9>

ANEXO

Anexo 1 – Normas para submissão do Artigo

1 - FORMATAÇÃO DO TRABALHO

- As monografias seguem a “Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses - MDT”. Outra possibilidade é a elaboração de um artigo com a formatação de alguma revista da área. Toda documentação necessária está disponível em: <http://www.ufsm.br/prpgp/legislação.MDT>

Conforme já mencionado estaremos optando pela seguinte formatação:

- Formato de Artigo Científico (Segue normas abaixo)

- Nas seguintes modalidades: Revisão Bibliográfica, reflexão ou relato de experiência.

2 - NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

2.1 Apresentação gráfica

Os manuscritos devem ser encaminhados em fonte "Arial", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, com margens de 2,5mm, padrão A4, limitando-se a 25 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

2.2 As partes do artigo

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo - nos idiomas: português, inglês e espanhol. Resumo e palavras-chave; Abstract e Key words. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 2: a partir desta página apresenta-se o conteúdo do artigo precedido pelo título em português, que inclui:

b) Texto:

- introdução (apresentação do tema, justificativa e objetivo)
- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários (se necessário)) – Caso for artigo de reflexão sugere-se no desenvolvimento discorrer os eixos da reflexão.
- conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências.

e) Anexos, se necessário.

2.3 Sobre a normalização dos manuscritos:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas).