



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA AGROALIMENTAR
MESTRADO PROFISSIONAL EM SISTEMAS AGROINDUSTRIAIS

SYMARA ABRANTES ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA CABRAL

**AÇÕES E SERVIÇOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO
AGRICULTOR**

POMBAL – PB
2016

SYMARA ABRANTES ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA CABRAL

**AÇÕES E SERVIÇOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO
AGRICULTOR**

Dissertação apresentada ao Centro de Ciências e
Tecnologia Agroalimentar da Universidade Federal
de Campina Grande, servindo como requisito para
aquisição do título de Mestre em Sistemas
Agroindustriais.

Orientador: Prof. D. Sc. Patrício Borges Maracajá.

POMBAL – PB
2016

SYMARA ABRANTES ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA CABRAL

**AÇÕES E SERVIÇOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO
AGRICULTOR**

Data de aprovação: ____/____/____

Nota: _____

Banca examinadora

Prof. D. Sc. Patrício Borges Maracajá
Orientador

Profa. D. Rosilene Agra da Silva
Có-orientadora

Prof. D. Francisco Cicupira de Andrade Filho
Membro

Prof. D. Lincoln Rodrigues Ribeiro Filho
Membro

POMBAL – PB
2016

CABRAL, S.A.A.O. **Ações e Serviços para a melhoria da qualidade de vida do agricultor.** Universidade Federal de Campina Grande – UFCG: Dissertação de conclusão de curso Mestrado Profissional em Sistemas Agroindustriais, 2016. Pp. 59.

A saúde pública é definida utilizando a qualidade de vida como uma importante medida de impacto em saúde, esta que, por sua vez, está intrínseca a promoção da saúde, mediante a quebra do paradigma do modelo biomédico com foco na patologia e objetivação na defesa da vida e desenvolvimento humano. No tocante à saúde do trabalhador rural, investir em sua saúde, pensando no contexto biopsicossocial, é uma garantia de reflexo direto na produtividade, ou seja, entende-se que o agricultor saudável é ativo e produtivo na conjuntura da agroindústria, e por conseguinte da sua grande importância econômica e nutricional da população brasileira. Neste sentido, a intervenção selecionada é um mecanismo de trabalho em educação em saúde, com vistas ao foco de melhoria de qualidade de vida e saúde dos agricultores do município de Cajazeiras – PB partindo das necessidades reais, de modo que o objetivo geral consiste em garantir a promoção de ações e serviços direcionados para a garantia da qualidade de vida do agricultor na perspectiva do cuidado integral e interdisciplinar. A partir da realização de uma pesquisa de campo prévia e posterior a intervenção realizada com foco em ações direcionadas às fragilidades identificadas na população, conclui-se com o reconhecimento que, ações *in loco*, com objetivos bem definidos a partir do reconhecimento da realidade e pontuais no sentido de agir diante das fragilidades, e especificamente, pensar na saúde do agricultor configura-se pensar diretamente na agroindústria e na efetiva atuação destes para o fortalecimento deste processo, de modo que garantir a sua saúde do produtor rural é, sobretudo, assegurar o fortalecimento e crescimento da agroindústria.

Palavras-chave: Agricultores; Promoção da Saúde; Prevenção Primária.

CABRAL, S.A.A.O. **Actions and services to improve the quality of life of the tiller.** Federal University of Campina Grande - UFCG: Conclusion Dissertation of Professional Master in Agribusiness Systems, 2016. Pp. 59.

Public health is defined using the quality of life as an important measure of health impact, this that, in turn, is intrinsic health to promoting by breaking the paradigm of the biomedical model focusing on pathology and objectification in life defense and human development. Regarding the health of rural workers, to invest in your health, thinking of the biopsychosocial context, is a direct reflection of assurance productivity, that is, it is understood that the healthy's tiller is active and productive in the agribusiness environment, and therefore the it's a great economic and nutritional importance of the Brazilian population. In this sense, the selected action is a working mechanism in health education, with a view to quality improvement focus of life and health of tillers in the municipality of Cajazeiras - PB starting from the real buyers, so that the overall goal is to ensure promoting targeted actions and services to guarantee the tillers quality of life from the integral and interdisciplinary perspective of care. From the realization of a prior and subsequent field research intervention conducted focusing on actions directed to the weaknesses identified in the population, it's conclude with the recognition that on-site actions, with well-defined objectives from the recognition of the reality and specific in order to act in the face of weaknesses, and specifically, think about the health of the tiller is configured think directly in agribusiness and activeness of these to strengthen this process, to ensure your health tiller is primarily ensure strengthening and expansion of agribusiness.

Keywords: Farmers; Health promotion; Primary prevention.



***“O homem não é senão
o seu projeto, e só
existe na medida em
que se realiza”.***

Sartre

Dedico-me ao meu filho Daniel Abrantes, a melhor tradução do amor na minha vida. Por ele e para ele dedico cada minuto da minha vida, de modo que o meu sorriso é o puro reflexo do seu. Amo-te meu filho.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, pai de bondade, que perdoa os nossos pecados, especialmente quando os cometemos na tentativa de acertar.

A boa mãe do Perpétuo Socorro, que me cobre com seu manto protetor, afastando-me dos males, principalmente dos males disfarçados de bem.

Ao meu filho Daniel, por todas as vezes que se deteve a assistir TV ou brincar sozinho, ou mesmo ficar com amiguinhos frente à ausência necessária da mãe.

Aos meus pais João Bosco e Socorro, exemplos de honestidade, fé, determinação e superação.

Aos meus irmãos José Neto e Sayonara, juntos formamos um elo que nenhuma dificuldade é capaz de romper, somos amigos, irmãos, companheiros de uma jornada pela vida.

Ao meu esposo Bruno, pela compreensão e apoio em todos os momentos, pela paciência diante dos momentos difíceis, e benevolência em apoiar meus projetos e objetivos.

Ao meu orientador Patrício Borges Maracajá, um verdadeiro pai, reconhecendo meus erros, acreditando no meu potencial e incentivando-me a acreditar cada vez mais em mim mesma.

A amiga Carmem, companheira de estrada, juntas passamos sustos, enfrentamos desafios, escapamos da morte, nos sustentamos a cada queda, e assim estamos concluindo uma etapa extremamente significativa.

Aos professores do CCTA, com suas contribuições intelectuais significativas. Aos funcionários, por todo o carinho com que sempre se dedicam ao ofício. Aos colegas de classe, pelo apoio e estímulo.

A Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras, por permitir a realização do trabalho.

Aos agricultores do município de Cajazeiras, por acreditarem em uma nova ideia e por se abrirem aos novos conhecimentos e práticas advindos deste trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	13
2.2 ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL	14
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEU ESCOPO PREVENTIVO.....	18
2.4 A IMPORTÂNCIA DAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA A SAÚDE.....	22
3 MATERIAL E MÉTODOS	24
3.1 LOCAL DO ESTUDO.....	24
3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	25
3.3 INTERVENÇÃO.....	26
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	28
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	28
3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	28
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	30
4.1 ANÁLISE DOS DETERMINANTES DE ADOECIMENTO DA POPULAÇÃO RURAL DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB.....	30
4.2 INTERVENÇÕES REALIZADAS NO TERRITÓRIO.....	39
4.3 ANÁLISES DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS.....	43
CONCLUSÕES	50
REFERÊNCIAS	52
ANEXOS	

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 01	A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	18
Figura 02	Distribuição das Unidades de Saúde da Família no Brasil.....	20
Figura 03	Níveis de aplicação das medidas preventivas, na história natural das doenças.....	22
Figura 04	Localização do município de Cajazeiras – PB.....	24
Figura 05	Distribuição das internações de mulheres, classificadas por CID-10.....	31
Figura 06	Redistribuição das ocorrências de internações por faixa etária, excluindo-se dados de gravidez, parto e puerpério.....	32
Figura 07	Distribuição das internações classificadas por CID-10 de agricultores do sexo feminino.....	33
Figura 08	Distribuição das internações classificadas por CID-10 de agricultores do sexo masculino.....	33
Figura 09	Distribuição dos óbitos classificados por CID-10 de agricultores do sexo feminino.....	36
Figura 10	Distribuição dos óbitos classificados por CID-10 de agricultores do sexo masculino.....	37
Figura 11	Auto percepção de saúde por parte dos participantes da pesquisa/ação.....	45
Figura 12	Busca por assistência à saúde por parte dos agricultores participantes da pesquisa/ação.....	46
Figura 13	Ações preventivas realizadas pelos agricultores participantes da pesquisa/ação.....	48
Quadro 01	População participante da pesquisa/ação referente ao estudo “ações e serviços para a melhoria da qualidade de vida do agricultor”.....	25
Quadro 02	Participação dos atores pesquisa/ação referente ao estudo “ações e serviços para a melhoria da qualidade de vida do agricultor”.....	27
Quadro 03	Lista de Necessidades e Estratégias identificadas para efetivação da pesquisa/ação referente ao estudo “ações e serviços para a melhoria da qualidade de vida do agricultor”.....	39
Quadro 04	Ações realizadas nos momentos interdisciplinares referentes ao estudo “ações e serviços para a melhoria da qualidade de vida do agricultor”.....	42
Quadro 05	Caracterização dos participantes da pesquisa/ação referente ao estudo “ações e serviços para a melhoria da qualidade de vida do agricultor”.....	43

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

DAB – Departamento de Atenção Básica

DANT - Doenças e Agravos não transmissíveis

LOS – Lei Orgânica da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

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

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

WHO - World Health Organization

1INTRODUÇÃO

Diante da definição estabelecida por estudiosos à consigna da saúde pública, esta é definida mediante a mensuração da saúde dos indivíduos, utilizando para tal a qualidade e vida como uma importante medida de impacto em saúde, esta que, por sua vez, está intrínseca a promoção da saúde, mediante a quebra do paradigma do modelo biomédico com foco na patologia e objetivação na defesa da vida e desenvolvimento humano, conforme estabelecem Campos; Rodrigues Neto (2008).

Dentro desse contexto, Sabroza (2001) potencializa a discussão ao dimensionar a necessidade de uma avaliação em diferentes níveis organizativos da vida, como o molecular, celular, individual, do grupo social, da sociedade e o global. Deste modo, o processo saúde-doença é admitido dentro de suas posições: a nível individual (alteração fisiopatológica, sofrimento e representação), esta mediada por valores culturais; e a nível coletivo (expressão populacional – demográfica, ecológica, cultural – conjunto de regras, e espacial – organização e disposição).

Deste modo, é notório que a saúde do agricultor apresenta peculiaridades, haja vista que ele assume uma dificuldade maior frente à insalubridade da atividade rural, bem como a distância física dos serviços de saúde existentes, neste sentido Burille; Gerhardt (2014) apontam para o fato de que, se para o morador da zona urbana a procura pelos serviços de saúde geralmente acontecem na iminência de uma necessidade de saúde, esse fator é mais preponderante para o morador rural.

O Ministério da Saúde instituiu através da Portaria número 2.866 de 2 de dezembro de 2011 a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), definindo tal população por aquela que se estende por todo o território brasileiro, que apresenta características culturais, raciais, regionais diversificadas, tais populações englobam os segmentos populacionais de agricultores familiares, trabalhadores e trabalhadoras rurais assalariados e aqueles em regime de trabalho temporário, os trabalhadores rurais assentados, os que não têm acesso a terra, famílias de trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos rurais, populações que residem em comunidades remanescentes de quilombos, em reservas extrativistas, em vilas, povoados, população ribeirinha, comunidades tradicionais e trabalhadoras que moram na periferia das cidades, mas que trabalham no campo (BRASIL, 2013).

Diante de tal contexto, observa-se na prática, que as atividades de educação em saúde já não suprem a necessidade de saúde dos nossos agricultores, não adianta apenas mostrar o que não é bom, mas especialmente, deve-se partir da realidade concreta para que se consiga a realização de um atendimento resolutivo, que responda as necessidades de saúde reais da população.

No tocante à saúde do trabalhador rural, investir em sua saúde, pensando no contexto biopsicossocial, é uma garantia de reflexo direto na produtividade, ou seja, entende-se que o agricultor saudável é ativo e produtivo na conjuntura da agroindústria e, por conseguinte, da sua grande importância econômica e nutricional da população brasileira.

Neste sentido, a intervenção selecionada é um mecanismo de trabalho em educação em saúde, com vistas ao foco de melhoria de qualidade de vida e saúde dos agricultores do município de Cajazeiras – PB partindo das necessidades reais, de modo que o objetivo geral consiste em garantir a promoção de ações e serviços direcionados para a garantia da qualidade de vida do agricultor na perspectiva do cuidado integral e interdisciplinar, e como objetivos específicos: reconhecer os pontos de atenção a partir da morbimortalidade do agricultor; bem como garantir, com a promoção das ações, uma melhor qualidade de vida pela saúde e assim a melhoria produtiva na agroindústria. Para tanto, foi realizada a identificação dos problemas vigentes, o planejamento de ações pontuais e a realização de determinadas ações, bem como a análise, à curto prazo, dos resultados esperados.

2REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITUALIZAÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A maneira de se conceber o pensamento sobre a saúde modificou-se a partir da Segunda Guerra Mundial com o advento da penicilina, propiciando o combate às doenças infecciosas e contribuindo para o prolongamento do tempo de vida. A partir de então novas drogas e tratamentos instituídos permitiram a ampliação da expectativa de vida, fato que propiciou o aparecimento de doenças não infecciosas, que por sua vez, tornaram-se a principal causa de morbidade e mortalidade (RIBEIRO, 2015).

Partindo de uma expectativa de vida maior e da necessidade de uma abordagem mais ampla do conceito de saúde, este passou da mera ausência de doença para “ [...] *o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou incapacidade*”(WHO, 1948), denominação que culminou, no contexto sanitário vivenciado pelos países industrializados, em um movimento ideológico denominado Promoção da Saúde, com ênfase a buscar a completude que envolvia a definição de saúde.

Neste sentido, Rodrigues; Peixoto Júnior (2014), em uma abordagem mais sistemática do processo saúde e doença, promove a reflexão sobre a abrangência da conceituação definida pela OMS, possibilitando a contestação da terminologia “completo” no quesito bem-estar físico, mental e social, no tocante a observação sistemática da sociedade atual, na qual os problemas cotidianos são permanentes, sejam relacionados aos princípios organizativos falhos ou mesmo a situações não manipuláveis, como as condições ambientais que afetam diretamente a vida dos indivíduos.

Ainda de acordo com a World Health Organization (WHO,1986) a saúde deve ser considerada como uma dimensão da qualidade de vida e não como um objetivo de vida, neste contexto, de acordo com Figueiredo; Tonini (2007) o cuidado a saúde deve ser centrado na atenção integral, especialmente no contexto dos condicionantes e determinantes à saúde, de modo que, para planejamento do cuidado é importante que se tenha o conhecimento sobre: condições sociais e produção de saúde, desenvolvimento dos processos de exclusão social, adoção de

políticas de ordem econômica e social, sobre a precariedade do consumo, do emprego e do salário das famílias, e de como a sociedade se organiza para dar conta das manifestações de saúde ou doença.

Assim, entender a saúde na sua perspectiva de integralidade é essencial dentro do escopo de compreensão do ser humano como inteiro e socialmente mediado do ponto de vista da evolução da significação de saúde, ou seja, aquele que sofre influência direta do meio em que vive nos aspectos biopsicossociais (RIBEIRO, 2015; RODRIGUES; PEIXOTO JÚNIOR, 2014).

A perspectiva de atenção à saúde precisou, diante das mudanças no decorrer do tempo, e assim, de acordo com Mendes (2012, p.21) *“como os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, eles devem guardar uma coerência com a situação de saúde [...]”*. Neste sentido, importante se faz conhecer as premissas da nossa atuação atenção à saúde de modo a constituir bases para sua compreensão e utilização de modo efetivo.

2.2 ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Estabelecido e praticado até 1888 com subsídio legal estabelecido pela Lei 6.229/75, o modelo de saúde caracterizavam-se pelo estreito vínculo existente com as políticas de Previdência Social, especialmente no que concerne à forma de financiamento, chegando ao ponto de se considerar em uma relação de dependência (COHN; ELIAS, 2005), criando ainda dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas em hospitais, restritas aos contribuintes previdenciários.

Esta concepção de modelo de atenção à saúde seguia, em parte, a herança do pensamento médico ocidental do século XVIII, descrito por Foucault, fundado no desenvolvimento da clínica e no surgimento do hospital, como forma de compreender a doença a partir da disfunção de seus elementos orgânicos e como espaço privilegiado de intervenção e sistematização de um saber sobre esta doença. De outra parte, as influências da Escola Norte-Americana, via modelo flexneriano, fundamentado na especialização da medicina orientada ao indivíduo, tiveram

profundas repercussões não só na formação médica, mas, sobretudo na estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde (SCHERER, et al., 2005).

Com base neste ensejo, a saúde foi considerada um seguro vinculado ao trabalho, como assistência médica vinculada à Previdência Social, havendo uma forma mercantilizada de conceber o sistema de saúde, fato que até os dias atuais trás consequências associadas ao modo de se ver a saúde não como um direito de fato, mas como uma mercadoria a ser adquirida (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

A construção do modelo de sistema público de saúde, universal, íntegro e gratuito, começou a ser construído com o processo de redemocratização do país e antes mesmo de sua criação pela Constituição de 1988, tendo, pois, como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2002).

A Constituição de 1988 traz a saúde como direito social e dever do Estado. De acordo com Figueiredo; Tonini (2007), esta nova legislação abriu caminho jurídico para a descentralização e, pela primeira vez na história, o setor da saúde recebeu destaque constitucional, acolhendo em seu texto diversas demandas colocadas pela sociedade brasileira e, particularmente, pelo movimento sanitário. O sistema político federativo, constituído pelas três esferas governamentais, a saber, a União, estados e municípios, considera-as como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica e, portanto, tornaram-se responsáveis pelo desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tem-se a partir do delineamento das primeiras características do SUS: universalidade, gratuidade, integridade, organização descentralizada com direção única em cada esfera de governo, prioridade das atividades preventivas e sem prejuízo das atividades assistenciais, participação da comunidade, financiamento público das três esferas de governo e participação da iniciativa lucrativa e filantrópica de modo auxiliar (BRASIL, 2002).

Mais especificamente, Scherer et al. (2005) assinala que princípios são os mandamentos básicos e fundamentais nos quais se alicerça uma ciência, isto é, são as diretrizes que orientam uma ciência e dão subsídios à aplicação de suas normas. Os princípios são considerados como normas hierarquicamente superiores às demais normas que regem uma ciência. Neste sentido, são incorporados, além de princípios de organização do sistema (descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade e complementaridade do setor privado), os princípios

doutrinários de universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; de integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; de equidade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; e de participação da comunidade.

Deste modo, tem-se que a regulamentação do SUS foi estabelecida no final de 1990, mediante a Lei Orgânica de Saúde (LOS), a Lei 8.080 e a Lei 8.142, onde estão destacados os princípios organizativos e operacionais do sistema, como a construção do modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, no controle social e em um sistema descentralizado e regionalizado com base municipal (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

Neste sentido, a implantação do SUS no Brasil representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. E, já na segunda metade da década, o processo de implantação do SUS caminhou *pari passu* à adoção de uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde (ESCOREL, et al., 2007).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2015), 20 anos após publicação da LOS foi publicado o Decreto 7.508/11 que dispõe acerca do planejamento da saúde, da assistência à saúde e a articulação interfederativa. Já em 2012 foi regulamentada a Emenda Constitucional 29/00, por meio da Lei Complementar 141/12 que estabelece valores mínimos a serem aplicados anualmente por União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, bem como critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas governamentais.

Estudos de Mendes (2012, p, 21) revelam que,

O SUS é um sistema que se organiza de forma fragmentada e que responde às demandas sociais com ações reativas, episódicas e voltadas, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não está dando certo no Brasil. A solução para esta crise está em acelerar a transição do sistema de atenção à saúde por meio de reformas profundas que implantem as redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária à saúde.

Neste contexto, em 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS que são conceituadas como *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”* (BRASIL, 2014).

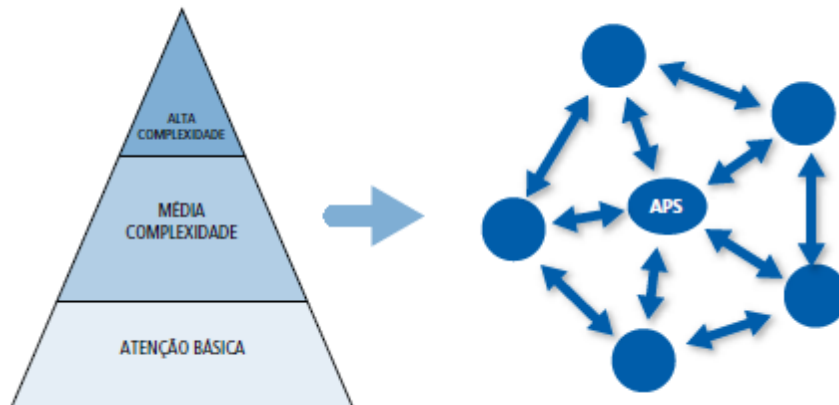
Ainda de acordo com Brasil (2014) as RAS organizam-se a partir de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo na Atenção Básica o centro comunicador, de modo que o centro de atenção foca-se nas necessidades de saúde da população, que deve ter atenção contínua e integral a partir de um cuidado multiprofissional, pensando ainda diante de um compartilhamento de objetivos e compromisso com resultados sanitários e econômicos.

Deste modo, as redes são formadas por componentes específicos que de acordo com Brasil (2014, p.11) são delineadas:

Rede Cegonha: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; sistema logístico: transporte sanitário e regulação.
 Rede de Urgência e Emergência: promoção e prevenção; Atenção Primária: unidades básicas de Saúde; UPA e outros serviços com funcionamento 24 horas; Samu 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; Atenção Domiciliar e hospitais-dia.
 Rede de Atenção Psicossocial: Eixo 1 – Ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas; Eixo 2 – Qualificação da rede de Rede de Atenção Integral de Saúde; Eixo 3 – Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; Eixo 4 – Ações de prevenção e de redução de danos e Eixo 5 – Operacionalização da rede.
 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Atenção Básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar e de urgência e emergência.
 Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas: Atenção Básica; atenção especializada (ambulatorial especializada; hospitalar e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos e regulação.

Importante, para melhor compreensão das premissas estabelecidas, entender que as RAS objetivam a melhoria da qualidade da atenção, da qualidade de vida dos indivíduos e os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (MENDES, 2012). Deste modo, o sistema piramidal anteriormente instituído a partir da classificação da atenção em: Primária, Secundária e Terciária é substituído pelo modelo em rede ou em teia, conforme figura 01.

FIGURA 01: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes, 2012, p. 48.

Neste sentido, tomando por base que a atenção, organizada agora em redes, deve ter a Atenção Primária à Saúde (APS) como centro organizativo, importante inferir acerca do seu escopo preventivo.

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SEU ESCOPO PREVENTIVO

Após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, em que a alocação de recursos federais em estados e municípios se dava com base principalmente na produção de serviços e na capacidade instalada, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na APS, com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), desenvolvido por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (ESCOREL, et al., 2007).

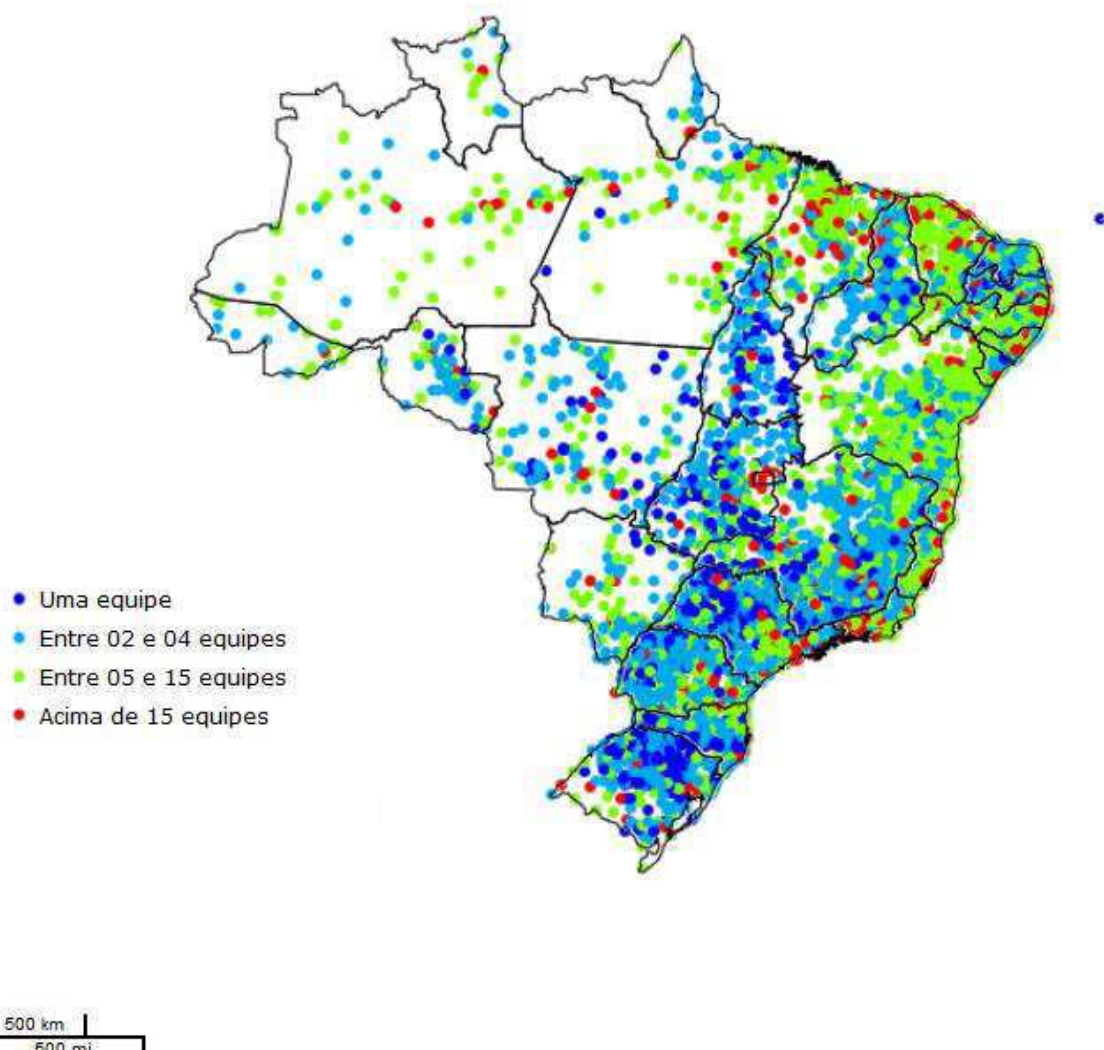
De acordo com Mendes (2012) a concepção de APS tem seu escopo no Reino Unido, em meados de 1920 através do Relatório Dawson, que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino. Tal documento constitui a proposta das RASs coordenadas pela APS no tocante às funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles

Os primórdios da Saúde da Família foram, deste modo, galgados juntamente com os pressupostos da APS, definidos e defendidos em Alma Ata (Conferência Internacional de Saúde em 1978), como modelo tecnoassistencial com a finalidade de garantia de acesso, atendimento às doenças prevalentes e melhoria dos indicadores de saúde dos países ocidentais, ainda nesta conferência se especificou os componentes fundamentais para as práticas na Atenção Primária, como a educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantis, prevenção e tratamento de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, e promoção da boa nutrição e medicina tradicional (OHARA, *et al.*, 2008).

A Carta de Ottawa, por sua vez, resultado das discussões ocorridas na I Conferência Internacional em Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1996, é reconhecida como o marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo. Nela a promoção da saúde é definida como o processo de capacitação na comunidade para atuação na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008).

No tocante a implantação e expansão do PSF estas ocorreram de forma acelerada nos municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada de assistência pública a saúde. Todavia, nos grandes centros urbanos, a implementação do PSF tem sido lenta, pois se deparava com questões de maior complexidade relacionadas à concentração demográfica, ao elevado grau de exclusão no acesso aos serviços de saúde, a agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles e a uma oferta consolidada em uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída (ESCOREL, *et al.*, 2007).

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB), o nosso país que hoje tem 204.482.459 habitantes nos 5.570 municípios, conta hoje com uma cobertura de APS de 60,71% com 40.307 Unidades de Saúde da Família, conforme distribuição expressa na figura 2.

FIGURA 02: Distribuição das Unidades de Saúde da Família no Brasil.

Fonte: DAB, 2016.

A Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2007) define as características da Atenção Básica ou primária como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do

cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Segundo Brasil (2002), a ESF, tem papel relevante na mudança do modelo assistencial para o campo preventivo, a promoção da saúde e a reversão da centralização excessiva no hospital estavam confinadas, até a metade dos anos 90 a umas poucas experiências de iniciativa das outras áreas de administração da saúde.

Em 2011, de acordo com o CONASS (2015), foi pactuada e publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) através da Portaria GM/MS nº.2.488 de 21 de outubro de 2011, atualizando conceitos na política e introduzindo elementos ligados ao papel desejado da APS na ordenação das RAS, reconhecendo novas modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil, além da inclusão de equipes para população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e ainda simplificou condições de criação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais e para as Populações Ribeirinhas.

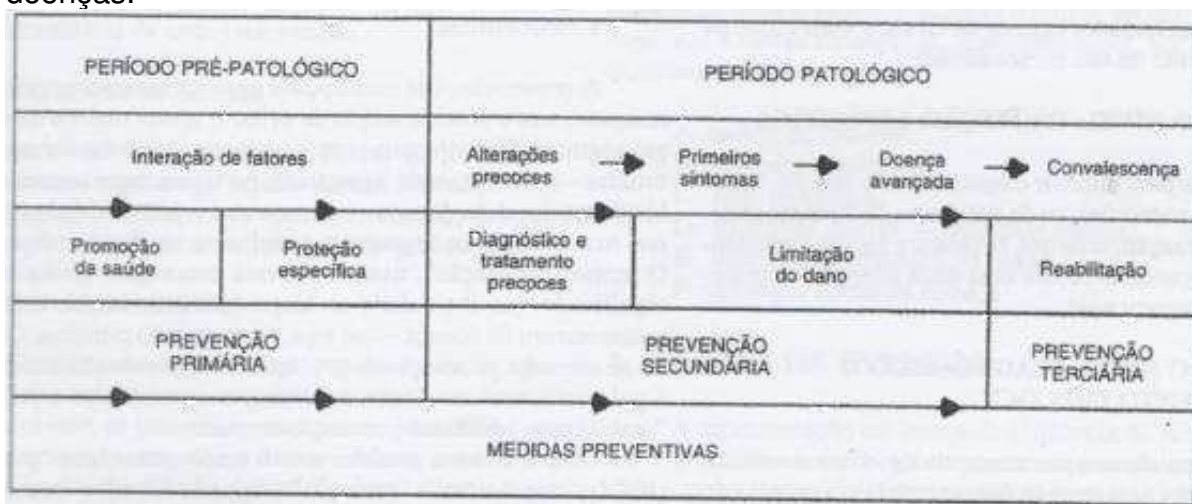
Importante considerar que os NASF foram criados em 2008 objetivando apoiar as equipes de APS através da ampliação da oferta de saúde e contribuindo com a resolutividade nesse nível de atenção a partir da inserção de uma equipe multiprofissional que atua de forma interligada com as equipes de Saúde da Família, equipes de atenção básica para populações específicas e Programa Academia da Saúde.

Desde modo, de acordo com *Escorelet al.* (2007), a ESF encerra, em sua concepção, mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma população circunscrita, definir o generalista como o profissional médico de atenção básica e instituir novos profissionais, a saber, os agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos e odontólogos, voltados para a ação comunitária, ampliando a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade.

2.4A IMPORTÂNCIA DAS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA A SAÚDE

Inicialmente, importante considerar que existem tipos e classificações distintas de prevenção, estas que podem ser claramente observadas na figura 3 que distingue os níveis de aplicação das medidas preventivas, na história natural das doenças.

FIGURA 03: Níveis de aplicação das medidas preventivas, na história natural das doenças.



Fonte: PEREIRA (2008, p.35).

De acordo com Pereira (2008), a prevenção está em todos os níveis de atenção, sendo que na prevenção primária as ações são dirigidas para a manutenção da saúde; na prevenção secundária as medidas são orientadas para o período patológico, no sentido de progressão da doença, visando a prevenção da sua evolução no processo de regressão; já na atenção terciária as ações são direcionadas à fase final do processo no sentido de desenvolver a capacidade residual do indivíduo, cujo potencial funcional foi reduzido pela doença.

Estudos de Mendes (2012) revelam que a demanda por prevenção primária e secundária são dominantes das preocupações individuais dos sujeitos que buscam atenção. De modo que, subsidiados por estudos realizados na Holanda e Austrália, conclui-se que o primeiro motivo para se procurar o sistema de saúde é a avaliação médica, e diante dos diagnósticos instituídos, observou-se que há predominância da prevenção.

Ainda de acordo com o autor, outro ponto crucial no processo preventivo diz respeito à iatrogenese clínica, enfatizando que,

É preciso ter claro que no campo da prevenção, no que diz respeito a certas tecnologias como rastreamento de doenças e exames periódicos de saúde, deve-se atuar com cautela. Há tempo, Illich chamava atenção para os perigos da iatrogenese clínica. Dois livros recentes, publicados nos Estados Unidos, um de Gilbert Welch, chamado de "*Overdiagnosed*", e, outro, de Shannon Brownlee, denominado de "*Overtreated*", são leituras indispensáveis para quem se interessa por uma atenção à saúde ética, eficiente e de qualidade. O *overdiagnosis* é discutido além do conceito de diagnóstico excessivo e diz respeito a diagnósticos de condições de saúde realizados, mas que nunca causarão sintomas sérios ou mortes às pessoas no decorrer de suas vidas. O *overdiagnosis*, ainda que tenha um valor *per se*, é, também, um dos fatores determinantes do *overtreatment* que, como resultado de intervenções médicas desnecessárias, pode tornar as pessoas mais doentes e mais pobres. Essa contradição está expressa no próprio título do livro, em que se mostra que os Estados Unidos gastam com intervenções médicas desnecessárias 30% a 50% do gasto total em saúde, o que significa entre 500 a 700 bilhões de dólares por ano e que esses procedimentos desnecessários são responsáveis por 30 mil mortes anuais (MENDES, 2012, p. 238, 239).

Neste sentido, entende-se que a prevenção, independente do seu nível, é necessária no processo de cuidado à saúde, deste modo, importante destacar neste processo a prevenção primária dentro do escopo da APS, e neste sentido, faz-se crucial destacar que a principal intervenção dentro da prevenção primária diz respeito às intervenções educativas, que de acordo com Ribeiro (2015), podem ser realizadas face a face, individualmente ou em grupo, ou indiretamente via diferentes mídias. As diferenças na intervenção dependem dos objetivos da intervenção, dos participantes e do contexto onde a intervenção ocorre. De modo que, diversas investigações concluem a efetividade dos programas educativos na mudança de comportamentos, de atitudes, ou de outras características psicológicas úteis para implementar estilos de vida associados a melhor saúde.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um trabalho de intervenção, partindo do reconhecimento e identificação de problemas através de uma pesquisa exploratória, descritiva, retrospectiva, documental, com abordagem quantitativa dos dados, desenvolvida com dados relativos a internações e óbitos com local de ocorrência no hospital regional de Cajazeiras – PB, tomando por base o período compreendido entre janeiro e dezembro de 2015.

3.1 LOCAL DE ESTUDO

Dados do Diário Oficial do Município trazem que o município de Cajazeiras está situado na região oeste do estado da Paraíba, limitando-se, em sentido horário, com os municípios de São João do Rio do Peixe (a norte e a leste), Nazarezinho (a sudeste), São José de Piranhas (a sul), Cachoeira dos Índios, Bom Jesus (os dois últimos a oeste) e Santa Helena (a noroeste). A área do município, distante 468 quilômetros da capital estadual (410 km em linha reta), é de 565,899 km². Pertence à mesorregião do Sertão Paraibano e à microrregião de Cajazeiras e é o município-sede da Região Metropolitana de Cajazeiras, instituída pela lei complementar estadual nº 107, de 8 de junho de 2013, que reúne quinze municípios da Paraíba.

De acordo com o IBGE (2015) a população cajazeirense recenseada em 2010 era de 58.446 habitantes, com estimativa de 61.431 em 2015. Ainda com relação à população recenseada, tem-se 47.501 habitantes residentes em zona urbana e 10.945 residentes em área rural, correspondendo a 18,73%.

3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Tem-se como população do estudo os munícipes residentes na zona rural que fazem parte da abrangência das Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras, conforme quadro 01.

QUADRO 1: População participante da pesquisa/ação referente ao estudo “ações e serviços para a melhoria da qualidade de vida do agricultor”.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	LOCALIZAÇÃO	NÚMERO DE POPULAÇÃO ATENDIDA	
		FAMÍLIAS	PESSOAS
Unidade Básica de Saúde Higino Dias Moreira	Sítio Côcos	694	2349
Unidade Básica de Saúde Patamuté	Sítio Patamuté	419	1387
Unidade Básica de Saúde Francisco Gonçalves de Albuquerque	Catolé dos Gonçalves	514	1381
Unidade Básica de Saúde de Divinópolis	Distrito de Divinópolis	480	1644
Unidade Básica de Saúde Elvira Dias da Silva	Distrito de Boqueirão	605	2079

Fonte: mapeamento de áreas da Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras - PB, 2015.

Já como amostra, definem-se participantes aqueles que se dispuseram a participarem da pesquisa/projeto, aderindo às ações propostas, bem como expressando o livre consentimento para viabilização de dados que compõem o escopo do trabalho.

3.3 INTERVENÇÃO

Já com foco na intervenção, para identificação das características e análise da viabilidade da intervenção em questão, levaram-se em consideração alguns pontos: aceitabilidade, exequibilidade, participação, efetividade e sustentabilidade. Barreto; Carmo (2000), em seu estudo sobre determinantes de saúde, apontam para o papel das mudanças sociais e econômicas a ação das intervenções médicas.

Com relação aos implementadores houve uma boa aceitabilidade por estes, pois faz parte da política norteadora dos programas (ESF e NASF) e do SUS, na prevenção, tratamento e promoção de saúde, abarcam a construção de políticas públicas saudáveis, incluindo a criação de ambientes favoráveis à saúde (CASTRO et al., 2002); além do apoio governamental local, o qual é o definidor de diretrizes para trabalho destes profissionais.

Entendeu-se ainda como uma proposta de intervenção exequível, pois está direcionada a problemas reais com foco na viabilidade das ações a serem desenvolvidas. Considerou-se exequível também por está inserida na lista de necessidades e estratégias do projeto o planejamento de treinamentos iniciais e contínuos para profissionais e planejou-se a estratégia de divulgação e incentivo, por meio de cartazes, convites in loco e em locais estratégicos. Além da garantia do recurso financeiro para implementação do projeto.

Aponta-se no quadro 2 a participação direta e indireta dos atores, com a implicação sobre as atividades ou problemas a serem desenvolvidos por estes, de modo que a intervenção foi realizada nas Unidades de Saúde da Família de referência dos agricultores, com foco na implementação de ações de educação e promoção à saúde a partir da identificação de problemas.

QUADRO2: Participação dos atorespesquisa/ação referente ao estudo “ações e serviços para a melhoria da qualidade de vida do agricultor”.

PARTICIPANTES	TIPO DE PARTICIPAÇÃO	ATIVIDADES
Ministério da Saúde, Secretária Municipal de Saúde	Indireta	Recursos Orçamentários e Financeiros
Representantes da Comunidade (associações de moradores), Representante de ACS, Representantes de implementadores periféricos (nutricionista, educador físico, médico), Representante de SMS (preferencialmente da Atenção Básica)	Direta	Planejamento Participativo Abrangente para identificação de problemas e efetivação das ações
Coordenação de Atenção Básica, Coordenações de ESF e NASF, representante da comunidade	Direta	A partir dos resultados do planejamento participativo trabalhando o projeto de intervenção (fluxos, cronogramas, ações, recursos disponíveis)
Equipe de Implementadores Periféricos e Grupo-alvo e grupo de risco	Direta	Execução da Intervenção

Fonte: dados da pesquisa, 2015/2016.

Compreende-se que se trata de uma proposta de intervenção é sustentável, pois exerce um caráter contínuo, uma vez que as ações de saúde voltadas à saúde do agricultor, com melhora dos quadros, devem ser mantidas para evitar que haja descontinuidade dos resultados. E, no nexos deste processo há uma necessidade de incentivo contínuo a profissionais e usuários da importância da intervenção e da necessidade de busca de informações mais atuais sobre o tema. Assim, as ações de promoção de saúde envolvem também o fortalecimento político dos diferentes grupos para que possam pressionar pela garantia de todos esses direitos: acesso à informação, à atenção em saúde.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados: entrevista semiestruturada, que, segundo Boni; Quaresma (2005) constitui-se de um conjunto de questionamentos abertos e/ou fechados, que possibilitam ao entrevistado a liberdade de falar sobre o tema proposto; roteiro de catalogação de banco de dados, possibilitando o ordenamento de dados já existentes.

As questões que permearam o estudo da efetividade das ações foram simples e sucintas, de modo que abordaram apenas aspectos sobre a auto percepção da saúde, a busca por assistência à saúde e tratamento, e a prevenção de doenças (ANEXO I)

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente os participantes foram orientados pelos Agentes Comunitários de Saúde a participarem de reuniões/ações a serem realizadas nas Unidades de Saúde da Família. Nas datas agendadas, os agricultores foram inicialmente submetidos a uma entrevista, e posteriormente a ações de educação em saúde. Decorridos 30 dias da primeira ação, os agricultores foram novamente submetidos a entrevista semiestruturada, de modo a possibilitar um comparativo das respostas e uma análise primária e à curto prazo das ações realizadas.

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados objetivos e subjetivos, tanto da pesquisa inicial ao trabalho, como da pesquisa focal e ainda os dados da ação foram analisados a luz da Análise de Conteúdo de Bardin (2009), de modo que os dados subjetivos foram analisados e discutidos sob a perspectiva do seu escopo, e os dados objetivos dispostos em gráficos e tabelas e analisados à luz da literatura pertinente. De acordo com Bardin (2009) a análise de conteúdo constitui procedimentos que “[...] permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, suas informações e/ou materiais, seguiram todos os preceitos éticos e legais pertinentes à Resolução CNS 466/2012 direciona a prática ética de preservação de todos os direitos do pesquisado, se comprometendo o pesquisador com quaisquer danos que possam ser causados ao usuário, interrompendo a pesquisa quando este risco se tornar iminente, bem como saber observar que a continuidade da pesquisa resultará ou não em sofrimento ao sujeito.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro como parte integrante da pesquisa inscrita sob CAEE número 52793315.7.0000.5182, de modo que os indivíduos participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com orientações sobre a pesquisa necessária ao trabalho, de modo aceitar suas condições e divulgação dos dados.

Deste modo, foram respeitados os princípios éticos e legais, levando em consideração a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, assegurando assim os direitos e deveres dos participantes da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a apreciação dos resultados da pesquisa, importante se faz destacar que, inicialmente foi realizado uma análise sistemática das internações hospitalares como pressupostos para o planejamento das ações. De acordo com Pereira (2008), é impossível a realização de ações pontuais com base na espacialidade devido a distribuição desigual dos agravos à saúde como produto da ação de fatores que se distribuem desigualmente na população, sendo pressuposto epidemiológico a elucidação de tais fatores, responsáveis pela distribuição das doenças.

Posteriormente serão descritas as ações realizadas, bem como a análise dos dados coletados junto aos agricultores, correlacionando-os entre o antes e depois da intervenção realizada.

4.1 ANÁLISE DOS DETERMINANTES DE ADOECIMENTO DA POPULAÇÃO RURAL DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PB.

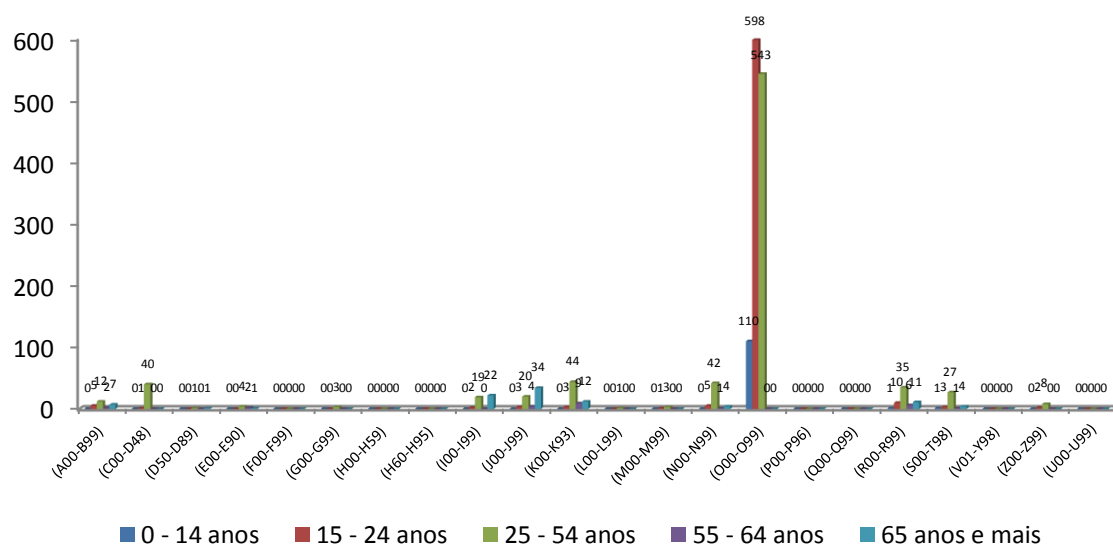
Com base na análise do bando de dados de internações hospitalares no município de Cajazeiras, no período de janeiro a dezembro de 2015, foi possível identificar a ocorrência de 5.854 (72%) internações hospitalares, dessas 2.225 (28%) correspondem a agricultores, destes 75% são do sexo feminino e 25% do sexo masculino.

Importante observar a inversão de proporção de internações em relação à idade dos indivíduos, na qual no sexo feminino tem-se um aumento de internações de indivíduos entre 0 e 24 anos, e em contraponto, no sexo masculino essa prevalência é mais acentua em indivíduos de idade entre 55 e 65 anos ou mais.

Já tomando por base a classificação internacional de doenças através do CID-10, pode-se observar na figura 05 a distribuição de internações por patologias e por idade dos indivíduos do sexo feminino. Importante, à priori descrever os grupos de classificação utilizados para distribuição dos dados coletados: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99); Neoplasias [tumores] (C00-D48); Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89); Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90); Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99); Doenças do sistema nervoso (G00-G99); Doenças do

olho e anexos (H00-H59); Doenças do ouvido e da apófise mastóide (H60-H95); Doenças do aparelho circulatório (I00-I99); Doenças do aparelho respiratório (J00-J99); Doenças do aparelho digestivo (K00-K93); Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99); Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99); Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99); Gravidez, parto e puerpério (O00-O99); Algumas afecções originadas no período perinatal (P00-P96); Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99); Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99); Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98); Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98); Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99); Códigos para propósitos especiais (U00-U99).

FIGURA 05: distribuição das internações de mulheres, classificadas por CID-10.

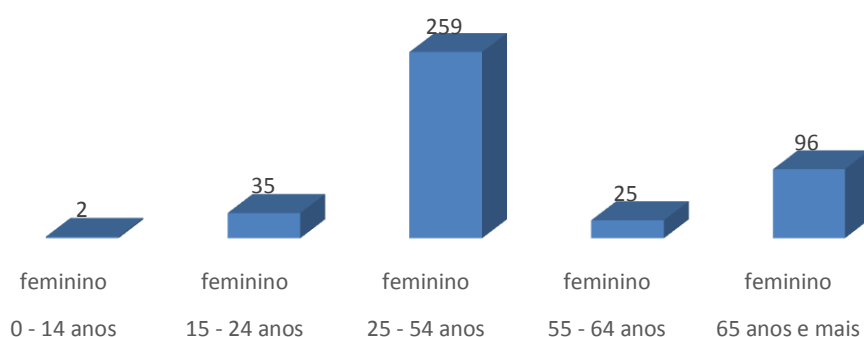


Fonte: dados da pesquisa. 2015.

Os dados observados na figura 05 mostram uma predominância de internações hospitalares de mulheres com idades entre 14 e 54 anos por condições relativas à gravidez, parto e puerpério, eventos que, em sua maioria, não denotam a presença de patologias, e que por sua especificidade, optou-se pela reorganização dos dados a partir da exclusão de tais dados, para uma melhor compressão dos agravos, bem como buscando um parâmetro comparativo mais relevante entre os dados classificados por sexo dos indivíduos, ficando, portanto, na figura 06 a real

representação das internações por condições patológicas definidas a partir das idades dos sujeitos.

FIGURA 06: redistribuição das ocorrências de internações por faixa etária, excluindo-se dados de gravidez, parto e puerpério.



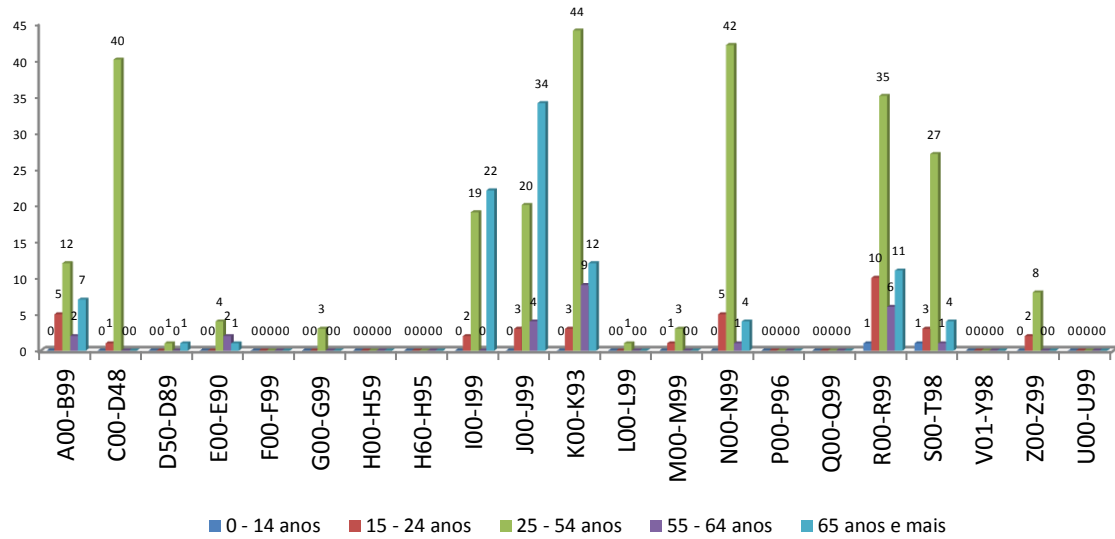
Fonte: dados da pesquisa. 2015.

De acordo com os dados representados, observa-se a predominância de internações hospitalares em ambos os sexos na idade produtiva, entre 25 e 54 anos, dados que podem ser justificados pelos prejuízos das atividades laborais ligadas a produção rural e agricultura, especialmente aos prejuízos dos agrotóxicos, as quais as principais patologias que acometem os produtores rurais demandam o investimento de verbas públicas e privadas para o atendimento médico e hospitalar, e ainda trazem imensos prejuízos a dinâmica social, neste âmbito que, especialmente nessa faixa etária, representam um problema considerável, haja vista o sustento das famílias subsidiar-se da produção diária, e quando esta é comprometida pelo adoecimento de um dos membros toda a família é prejudicada (FERREIRA, et al., 2006).

Outro dado crucial diz respeito à prevalência de indivíduos do sexo masculino em todas as faixas etárias, fato também observado em estudo de Burille; Gerhardt (2014), e justificado pelo fato de que os homens são mais vulneráveis às enfermidades graves e crônicas, especialmente pela falta de adesão aos serviços de saúde.

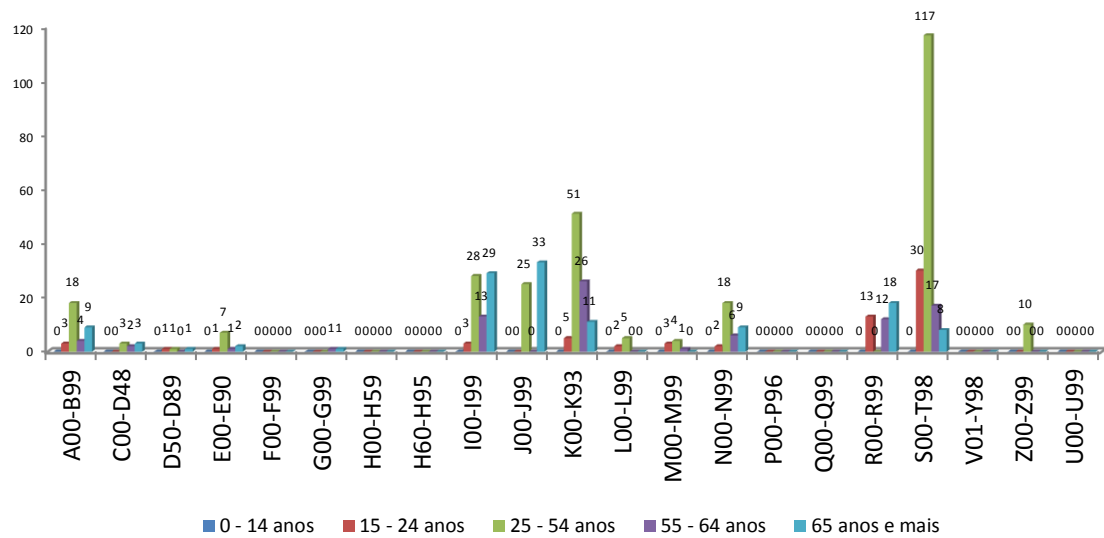
Importante ainda se faz distribuir as internações a partir da classificação CID-10, definindo como critério a exclusão de dados relativos à gravidez, parto e puerpério, conforme demonstrado nas figuras 07 e 08.

FIGURA 07: distribuição das internações classificadas por CID-10 de agricultores do sexo feminino.



Fonte: dados da pesquisa. 2015.

FIGURA 08: distribuição das internações classificadas por CID-10 de agricultores do sexo masculino.



Fonte: dados da pesquisa. 2015.

Inicialmente, para melhor compreensão das patologias analisadas conforme classificação da CID-10, importante descrever as patologias mais prevalentes em cada um dos sexos. No sexo feminino tem-se, em ordem decrescente: Doenças do aparelho respiratório (J00-J99) (95); doenças do aparelho digestivo (K00-K93) (80); sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99) (74); doenças do aparelho circulatório (I00-I99) (65); doenças do aparelho geniturinário (N00-N99) (56); neoplasias [tumores] (C00-D48) (41); lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98) (40); e algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99) (33), as demais classificações tiveram prevalências mínimas e não relevantes ao estudo.

No sexo masculino, tem-se: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98) (172); doenças do aparelho digestivo (K00-K93) (93); doenças do aparelho circulatório (I00-I99) (73); doenças do aparelho respiratório (J00-J99) (58); sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99) (43); doenças do aparelho geniturinário (N00-N99) (35); e algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99) (34).

Há predominância no sexo masculino de lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, especialmente na faixa etária dos 25 aos 54 anos, dados que corroboram com os estudos de Mascarenhas; Barros (2015), ao evidenciar que os maiores incrementos anuais no coeficiente de internação hospitalar por causas externas é por indivíduos do sexo masculino, adultos jovens e idosos, enfatizando ainda que as causas externas de morbidade são reconhecidas como um grave problema de Saúde Pública atualmente, especialmente nos países em desenvolvimento, sejam pelos investimentos hospitalares, bem como pelo déficit gerado no setor produtivo e pela necessidade de arca com as consequências das condições incapacitantes aos cidadãos, gerando assim impacto significativo no perfil de morbidade diante do elevado número de internações e a ocorrência de sequelas físicas e psicológicas, temporárias e/ou permanentes.

As doenças do aparelho circulatório, prevalentes nos dois grupos, têm predominância, em ambos os sexos nas idades de 25 a 54 anos e nos com idade igual ou superior aos 65 anos. Tais patologias constituem o grupo de doenças e agravos não transmissíveis (DANT), que são multifatoriais e correlacionadas a

fatores de risco não modificáveis (herança genética, idade, sexo, raça), e os modificáveis (obesidade, dislipidemias, consumo excessivo de sódio e carboidratos, além das bebidas alcóolicas e o tabagismo, e ainda fatores de ordem psicossocial e os relacionados ao sedentarismo.), e são considerados um dos principais problemas de saúde no Brasil pelo elevado custo médico-social diante das complicações, especialmente as doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (MACHADO; CAMPOS, 2014).

Os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte, presentes nos dois grupos, sendo que no sexo feminino está mais presente em indivíduos com idade de 25 a 54 anos, e no sexo masculino divide-se entre as idades 15 e 24, 55 até com idade superior a 65 anos.

As neoplasias estão prevalentes no sexo feminino, bem como as doenças do aparelho geniturinário, ambos presentes em indivíduos com idade dos 25 aos 54 anos. Sobre as doenças neoplásicas importante destacar que pela magnitude da patologia, o adoecimento contribui para mudanças de papéis e funções no sentido a reorganização frente a readaptação da dinâmica familiar na perspectiva da patologia (ROSATO, et al., 2013).

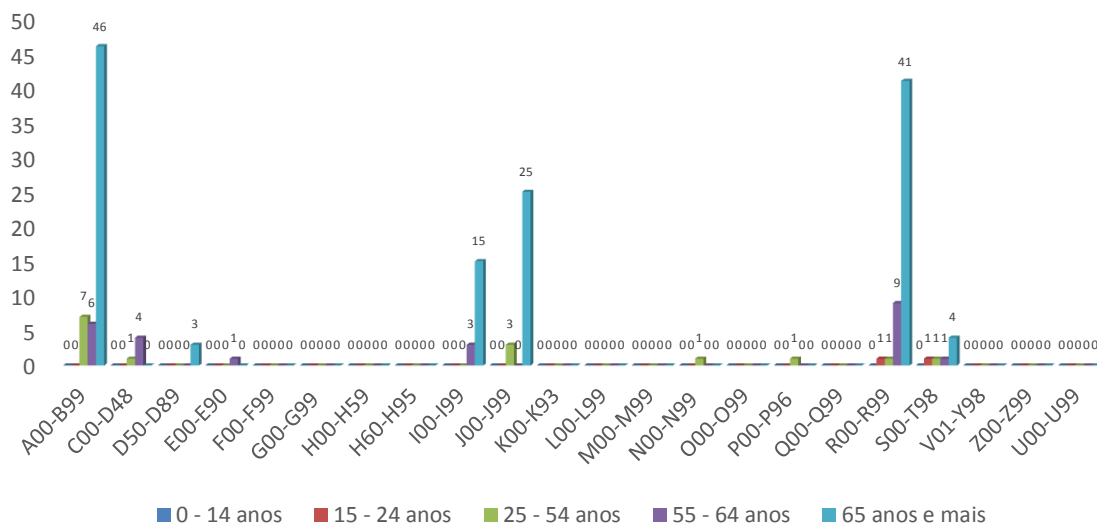
Importante destacar que, na comunidade rural, as neoplasias podem ser associadas a utilização de agrotóxicos. Os cânceres estão em sua maioria, cerca de 80 a 90%, associados a fatores ambientais, e um deles é justamente a utilização de agrotóxicos que, diante dos ingredientes ativos com alto grau de toxicidade aguda comprovada são responsáveis por problemas neurológicos, reprodutivos, desregulação hormonal e câncer, conforme apontam Miranda, et al. (2015).

A ocorrência de neoplasias em indivíduos do meio rural pode ser negativamente significativa diante da maior demanda financeira associada a patologia, como a necessidade de alimentação especial, locomoção, conforto, dentre outros; além da incapacidade ao trabalho e impacto na renda familiar. Neste sentido, estudos de Rosato, et al. (2013) configuraram como dificuldades frente ao diagnóstico de neoplasias nesse grupo populacional: dificuldades impostas para a efetivação do tratamento; a necessidade do deslocamento e o longo período longe de casa; dificuldades financeiras que se acentuavam com os gastos gerados pelo tratamento; representações negativas sobre a doença; conflitos e mudanças na dinâmica familiar, bem como nos hábitos de vida.

As doenças do aparelho digestivo estão também presentes em ambos os sexos nas idades entre 25 e 54 anos. Importe associar tais patologias tanto a utilização de substâncias como os agrotóxicos nos alimentos utilizados (MIRANDA, et al., 2015), como aos índices de contaminação bacteriológica de águas utilizadas sem tratamento adequado (FLORENTINO; GOMES, 2014).

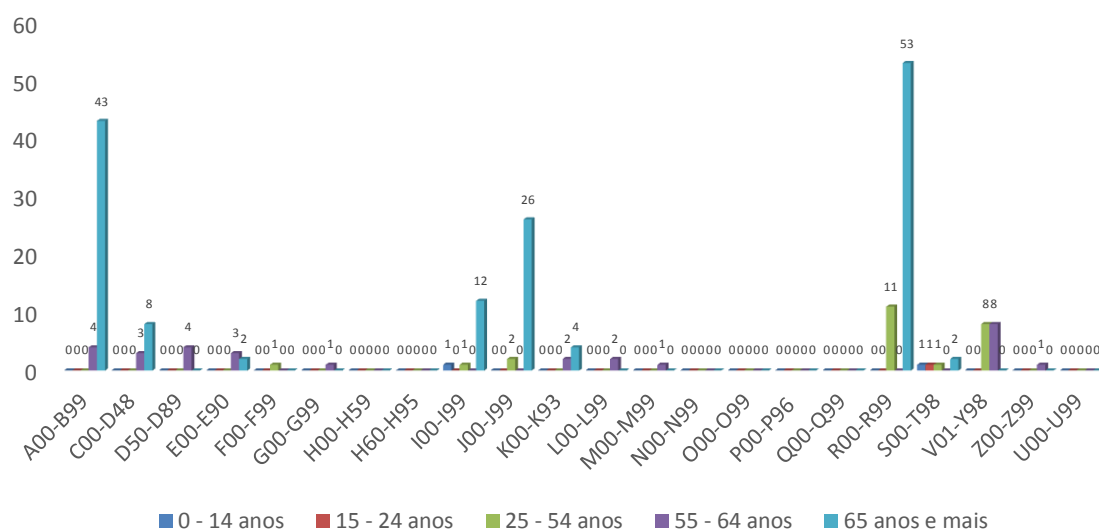
Conhecendo assim as causas de hospitalizações, importante entender ainda que a mortalidade, na maioria das vezes constitui o desfecho das condições de adoecimento e internações hospitalares, importante se faz elencar tais dados, que na verdade, em conjunto com as informações já elencadas, podem contribuir para abordagem dos objetivos propostos. Neste sentido, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2015 ocorreram 693 óbitos, destes 49% do sexo feminino e 51% do sexo masculino, e ainda de forma geral, 54% correspondem a agricultores. Observe-se nos gráficos 05 e 06 a representação dos dados de mortalidade por CID e por gênero.

FIGURA 09: distribuição dos óbitos classificados por CID-10 de agricultores do sexo feminino.



Fonte: dados da pesquisa. 2015.

FIGURA 10: distribuição dos óbitos classificados por CID-10 de agricultores do sexo masculino.



Fonte: dados da pesquisa. 2015.

Observa-se nas figuras a predominância de ocorrência de óbitos, em ambos os sexos, de indivíduos com idade de 65 anos ou superior. E sobre as principais causas, observa-se também o alinhamento dos dados em ambos os sexos, com predominância de: Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99); Doenças do aparelho circulatório (I00-I99); Doenças do aparelho respiratório (J00-J99); e Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (R00-R99), fatores que determinam justamente a continuidade das ocorrências de hospitalizações, as quais apresentam por desfecho o óbito como nas doenças do aparelho circulatório.

Estudos de Santos (2014) enfatizam o processo de envelhecimento populacional e sua correlação com os índices de mortalidade nesta faixa etária, destacando que, em termos de volume, nos anos 1970, no Brasil, a população de idosos a partir dos 60 anos era cerca de 4,8 milhões representando 5,1% da população total, em 2000, esse contingente se aproximou de 14,5 milhões, representando cerca de 9% do total, e em 2010, a população idosa avançou para cerca de 17 milhões, representando cerca de 10% do seu contingente no País, quase que dobrando o percentual observado nos anos 1970. De acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, em 1980, cerca de 38% de todas as mortes que ocorreram no país foram de pessoas com 60 anos e mais. Em 1991 e 2000, elas passaram a representar 50% e

55% do total de óbitos, respectivamente. No ano de 2010, houve um total na população de 1.057.325 óbitos, sendo que 651.038 deles foram de idosos a partir de 60 anos, ou seja, 62% dos óbitos ocorridos de acordo com o Censo do IBGE (2010).

Tomando por base as doenças infecciosas e parasitárias, estas constituem uma importante causa de doença e morte, além de piora das condições de vida dos indivíduos, especialmente por desafiar a habilidade diagnóstica dos profissionais, que infelizmente ainda hoje, mesmo com tanta evolução, não dispõem de drogas suficientemente eficientes no tratamento de algumas infecções que culminam com o óbito (BRAUNWALD, et al., 2009).

Estudo realizado Santos (2014) apontam ainda que os idosos, por carregarem em sua história a presença de patologias e condições de saúde, muitas vezes não tratadas, e agravadas por hábitos de vida deletérios, contribuem para o desfecho de mortalidade, que são carregados por antecedência de uma vida senil com baixa qualidade e pouca assistência integral a saúde. E, no caso da população rural elencada pelo estudo, importante ainda considerar que os agricultores continuam sua jornada de trabalho ainda na idade avançada, de modo a contribuir também para uma baixa qualidade de vida e contribuição para mortalidade, muitas vezes precoce.

Os dados levantados através do estudo no que concerne a hospitalizações, observa-se uma parcela significativa de agricultores, em sua maioria do sexo feminino em se considerar os dados de gravidez, parto e puerpério, e excluindo-se tais dados tem-se uma predominância do sexo masculino, e em ambos os sexos em ocorrências nas idades de 25 a 54 anos.

As patologias que justificam as hospitalizações são variadas, entretanto as mais prevalentes em ambos os sexos são as doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório, lesões, doenças do aparelho geniturinário, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte, e algumas doenças infecciosas e parasitárias. Específicas ao sexo feminino tem-se prevalência de neoplasias, fator que não foi observado no sexo masculino.

Já com relação aos dados de mortalidade, observa-se a ocorrência predominantemente em indivíduos com idade de 65 anos e mais, com maior índice no sexo masculino, sendo desfecho de patologias relacionadas a algumas doenças

infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, e sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte.

Os dados levantados são importantes no sentido de considerar a necessidade de ações preventivas mais direcionadas a população masculina, que apresentam maior prevalência tanto em hospitalizações como na ocorrência de óbitos. Bem como, é importante considerar a necessidade de ações de promoção à saúde e prevenção de patologias, especialmente com ênfase na Atenção Primária à Saúde, contribuindo para melhoria do quadro evidenciado.

4.2 INTERVENÇÕES REALIZADAS NO TERRITÓRIO

Para identificação das estratégias houve o planejamento de atividades num contexto geral baseado na intervenção. Para Buss; Pellegrini Filho (2007), é através da apropriação da complexidade de fatores e relações que permeiam a vida humana que se pode identificar onde e como as intervenções serão feitas e como focar nos pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto.

Foram discriminadas estas atividades no quadro 03, em ordem de ação e inseriu-se o que era necessário na lista de necessidades, onde poderiam ser executadas que representa no quadro o local, quando seriam realizadas essas necessidades e no quadro dispõe como período e/ou frequência e com o que seriam de recursos necessários para execução da lista de necessidades, assim, definiu-se como ferramentas.

QUADRO 03: Lista de Necessidades e Estratégias identificadas para efetivação da pesquisa/ação referente ao estudo “ações e serviços para a melhoria da qualidade de vida do agricultor”.

INTERVENÇÕES	PROCESSOS	LOCAL	FERRAMENTAS
Reuniões Estratégicas Multiprofissionais I (NASF, ESF, SMS)	Realização da análise situacional no âmbito da saúde da população rural Planejamento estratégico de ações centradas na utilização efetiva dos recursos disponíveis por parte da população para uma melhoria na qualidade de vida e saúde	SMS	Sala, computador, material multimídia
Atividades de educação permanente com profissionais das USF da zona rural	Treinamentos iniciais e contínuos à profissionais envolvidos no projeto	Auditório da UFCG Cajazeiras Treinamentos Externos (outras localidades)	Computador, treinadores, recurso financeiro, material didático, expediente e multimídia
Revisão sistemática dos cadastros individuais dos usuários das USF da área estabelecida	Revisão e análise das fichas a partir dos relatórios gerados pelo E-SUS de modo a fundamentar as reuniões estratégicas	SMS	Sala, computador
Criação dos momentos interdisciplinares	Criação de momentos interdisciplinares, ou seja, ações de saúde focais (intervenções e educativas) com participação dos profissionais da USF, do NASF e Especialistas	UBS ou Associações das comunidades rurais	Sala, materiais médico-hospitalares, vacinas, fichas e registros, etc.

Fonte: dados da pesquisa, 2015/2016.

Em 05 de outubro de 2015 realizou-se, na sede da secretaria municipal de saúde de cajazeiras, reunião estratégica para apresentação da análise dos determinantes de adoecimento e mortalidade da população rural do município de Cajazeiras – PB. Estiveram presentes os profissionais do NASF, coordenação da Atenção Básica e chefe de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. A apresentação do panorama de adoecimento e mortalidade da população rural foi

realizada pela chefe de Planejamento, permeando assim a discussão e definição de temas a serem trabalhados, bem como a estratégia a ser utilizada para realização da ação.

Ficaram definidos como temáticas a serem trabalhadas: prevenção de acidentes de trabalho com utilização de equipamentos de proteção individual e utilização racional de produtos químicos; prevenção de patologias a partir da alimentação saudável, cobertura vacinal, orientações sexuais, dentre outros; e ainda a assistência à saúde.

Deste modo, realizou-se ainda uma reunião com Agentes Comunitários de Saúde das áreas de abrangência, para que informações relativas às ações fossem repassadas à comunidade, sendo assim definidas as datas por Unidade de Saúde da Família (USF).

A revisão sistemática dos cadastros individuais dos usuários das USF da área estabelecida foi inviabilizado devido ao não cumprimento total da demanda de realização dos referidos cadastros por partes dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ficando esta etapa a ser cumprida posteriormente.

Os momentos interdisciplinares foram realizados nas USF anteriormente definidas, com ações pré-definidas conforme quadro 4.

QUADRO 04: Ações realizadas nos momentos interdisciplinares referentes ao estudo “ações e serviços para a melhoria da qualidade de vida do agricultor”

INTERVENÇÕES	AÇÕES	ATORES
Café da manhã educativo	Promoção de um café da manhã saudável, no qual os agricultores foram informados sobre a necessidade de alimentação saudável, conhecendo as propriedades dos alimentos e ainda técnicas de higienização	Nutricionistas do NASF
Palestra demonstrativa	Palestra demonstrativa com o tema “o que nos faz adoecer”, sendo abordados: educação sexual, higiene, cuidados odontológicos, agentes químicos nocivos e condições de vida e saúde.	Coordenação da Atenção Básica, profissionais do NASF e médico e odontólogo da USF
Ginástica laboral	Realização de uma ginástica laboral com foco na prevenção de lesões ósteo-articulares, para ser realizada antes das atividades de campo.	Fisioterapeutas do NASF
Cobertura vacinal	Revisão e atualização do cartão vacinal dos agricultores, com orientações sobre a cobertura vacinal do adulto.	Coordenação de Imunização

Fonte: dados da pesquisa, 2015/2016.

Em 27 de outubro foi realizada a ação no Sítio Cocos, com a participação de 35 (trinta e cinco) agricultores, em 03 de novembro foi realizada a ação no Sítio Patamuté, participando 28 (vinte e oito) agricultores, em 17 de novembro realizou-se a ação no Sítio Catolé dos Gonçalves com a participação de 17 (dezessete), em 08 de dezembro realizou-se no Distrito de Divinópolis com a participação de 45 (quarenta e cinco) agricultores, e em 15 de dezembro foi realizada no Distrito de Boqueirão com a participação de 43 (quarenta e três) agricultores.

Finalizados os momentos interdisciplinares, os participantes das ações foram visitados pelos Agentes Comunitários de Saúde no período compreendido entre 04 e 31 de janeiro, os quais realizaram novamente a entrevista que fora realizada antes do momento interdisciplinar, dos 168 (cento e sessenta e oito) participantes do

projeto, 83,92% que correspondem a 141 (cento e quarenta e um) responderam a segunda aplicação da entrevista.

4.3 ANÁLISES DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS

Como citado, para análise das intervenções realizadas foi realizada uma entrevista a partir de um roteiro semiestruturado com questões simples e sucintas que pudessem constituir uma base para avaliação da aplicação das ações propostas. Participaram da primeira aplicação antes da participação na intervenção 168 (cento e sessenta e oito) participantes do projeto, 83,92% que correspondem a 141 (cento e quarenta e um) responderam a segunda aplicação da entrevista, sendo utilizado, para determinação da caracterização dos indivíduos participantes a primeira amostragem.

QUADRO05: caracterização dos participantes da pesquisa/ação referente ao estudo “ações e serviços para a melhoria da qualidade de vida do agricultor”.

CARACTERÍSTICA	N	%
Idade	-	-
25 – 54 anos	60	36%
55 – 64 anos	83	49%
65 anos ou mais	25	15%
Estado civil	-	-
Casado	33	19%
Solteiro	28	17%
Viúvo	12	7%
Divorciado	3	2%
União Estável	92	55%
Escolaridade	-	-
Não Alfabetizado	35	21%
Alfabetizado	49	29%
Ensino Fundamental Incompleto	31	18%
Ensino Fundamental Completo	11	7%
Ensino Médio Incompleto	23	14%
Ensino Médio Completo	11	6%
Ensino Superior Incompleto	3	2%
Ensino Superior Completo	5	3%
Fonte de renda principal	-	-
Agricultura familiar	87	52%
Programas governamentais	53	32%
Trabalho com carteira assinada	21	12%
Outras fontes	07	4%
TOTAL	168	100%

Fonte: dados da pesquisa, 2015/2016.

De acordo com o quadro 05, pode-se inferir que, enquanto no Brasil a idade média dos indivíduos é de 27 anos (VASCONCELOS; GOMES, 2012), na zona rural do município de Cajazeiras tem-se uma média de idade situada entre os 56 anos, o que pode ser reflexo da própria expectativa de vida dos munícipes, que de acordo com o Atlas Brasil, a esperança de vida ao nascer cresceu 5,9 anos na última década, passando de 68,0 anos, em 2000, para 73,9 anos, em 2010. Importante ainda observar que 49% da população pesquisada situa-se na faixa etária entre 55 e 64 anos, inversamente proporcional a pirâmide etária brasileira que concentra maiores proporções na faixa etária situada entre 25 e 54 anos.

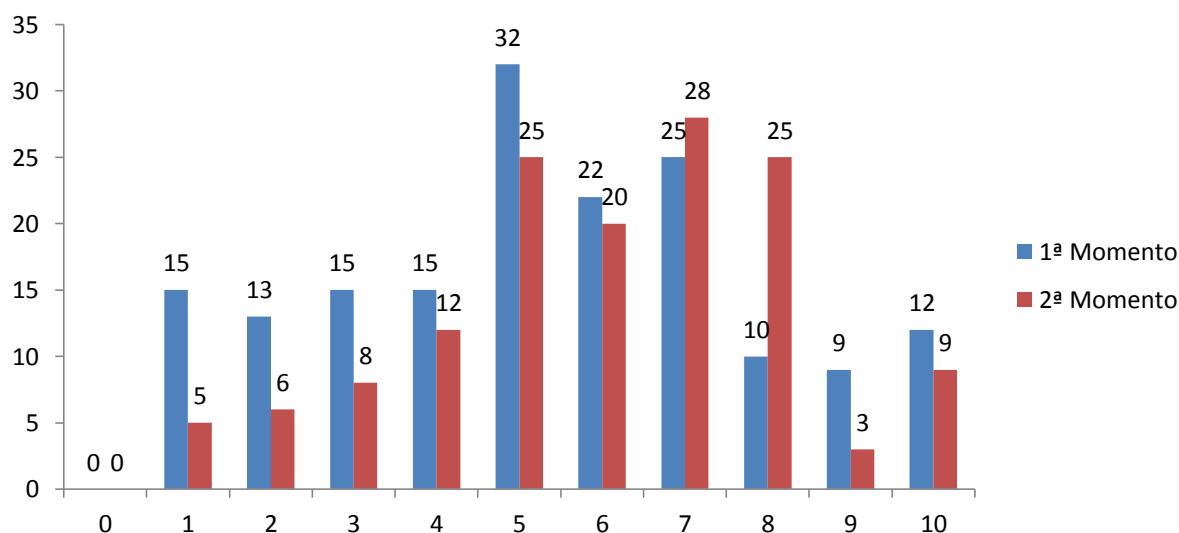
Com base no estado civil, observa-se uma predominância de indivíduos representados a partir de união estável (55%), o que pode ser reflexo da distância física empreendida entre as comunidades rurais e os cartórios, de modo que há uma dificuldade em formalizar tais uniões.

No tocante a escolaridade observa-se uma predominância de indivíduos alfabetizados (29%), fazendo uma correlação com dados do Atlas Brasil (2012) observa-se que, enquanto no Brasil a taxa de analfabetismo era de 11,82% em 2010, no município de Cajazeiras o percentual ainda é alto (24,47%), o que pode refletir ainda mais fortemente na comunidade rural.

Com relação à fonte principal de renda, importante destacar que o município de Cajazeiras possui taxa de desocupação (percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) em 2010, de 6,36%, e com relação a população rural, tem-se 52% dos participantes vivem da agricultura familiar, e outros 32% de programas governamentais, como o bolsa família, mas que utilizam da agricultura familiar para próprio sustento.

Conhecendo a população que se pretendia trabalhar, estes foram questionados de forma direta a questões relacionadas à saúde e ao cuidado, e após a intervenção novamente questionados.

Levando em consideração que “[...] a concepção de saúde-doença por parte da família e/ou dos profissionais que vão cuidar dela é que dão suporte aos projetos de intervenção sobre sua realidade” (FIGUEIREDO; TONINI, 2007, P.129) é que a primeira questão diz respeito a auto percepção da saúde, sendo solicitado que os participantes atribuíssem uma nota de 0 a 10 para sua saúde, conforme dados da figura 11.

FIGURA 11: autopercepção de saúde por parte dos participantes da pesquisa/ação.

Fonte: dados da pesquisa, 2015/2016.

De acordo com Onfortin, et al. (2015), a autopercepção da saúde constitui um bom indicador do estado de saúde ao incorporar componentes físicos, cognitivos e emocionais quanto aspectos relacionados ao bem-estar e à satisfação com a própria vida.

Os dados da pesquisa revelam, conforme figura 11, que no primeiro momento há um predomínio de boa a ruim autopercepção de saúde, com predomínio da nota 5, já no segundo momento tem-se um predomínio da nota 7 e uma avaliação geral de média a alta.

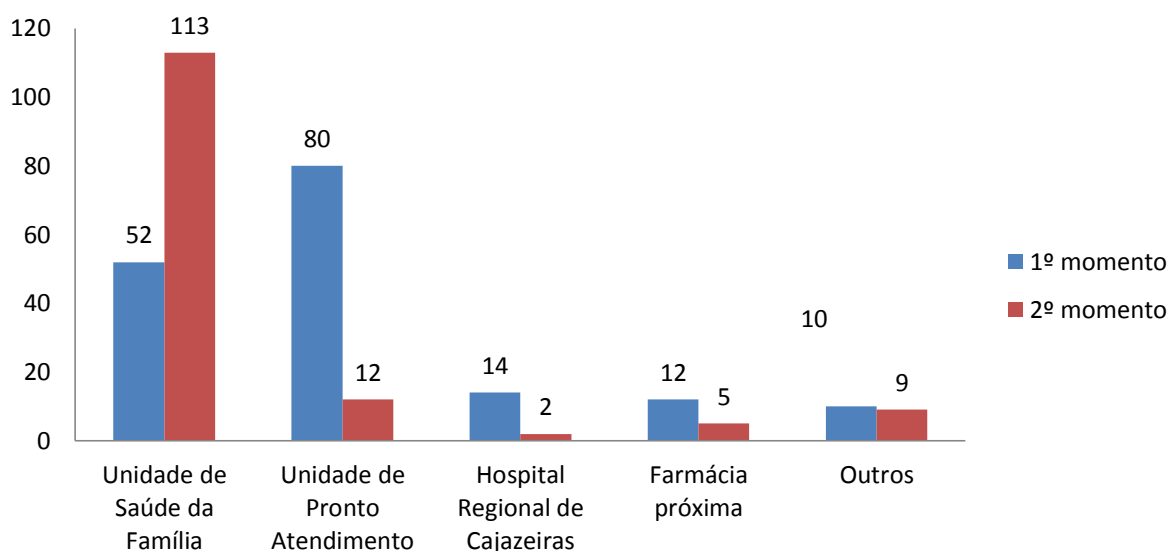
Ainda de acordo com Onfortin, et al (2015) existe, nos estudos nacionais, dados distintos de autopercepção de saúde o que pode ser explicado diante das flutuações de curto prazo na saúde ou doença como reflexo das variações cíclicas relacionadas ao bem-estar. Importante ainda considerar que no tocante a autopercepção positiva, há a facilitação no entendimento dos fatores que podem ser modificados.

Com base nas justificativas elencadas pelos agricultores para a autopercepção negativa da saúde, as doenças e agravos não transmissíveis como a hipertensão e diabetes foram os mais citados (78%), foram ainda citadas doenças sazonais, como viroses (18%), e outras condições temporárias como acidentes, etc. (4%).

Sabendo da existência de patologias que demandam assistência, e tomando por base que as acentuadas desigualdades sociais frente às diferenças de grupos

populacionais acarretam dificuldade no acesso aos serviços de saúde, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde podem vir a acarretar retardo no diagnóstico de muitas patologias, conforme especifica Paim, et al. (2011), neste sentido, questionou-se aos agricultores onde estes procuram assistência quando estão doentes, sendo obtidos os dados expressos na figura 12.

FIGURA 12: busca por assistência à saúde por parte dos agricultores participantes da pesquisa/ação.



Fonte: dados da pesquisa, 2015/2016.

De acordo com a figura 12, no primeiro momento observa-se que a maioria da população busca atendimento nas UPAS (80), já no segundo momento, observa-se uma reversão dos valores de cuidado, de modo que os agricultores passaram a conhecer ou mesmo confiar um pouco mais nos serviços de saúde das Unidades de Saúde da Família (113).

Importante considerar que antigamente a saúde era pautada em um modelo puramente curativo, baseado no modelo flexneriano, que de acordo com Escorel (2008), setorizou o corpo humano, tratando-o como uma máquina compartimentada, baseada na atenção hospitalocêntrica e desvalorizando os determinantes sociais do binômio saúde-doença, priorizando assim o atendimento em hospitais, nas redes de média e alta complexidade. Deste modo, essa herança de atenção é carregada ainda de significados para a população, que mesmo diante de distâncias geográficas consideráveis, preferem deslocar-se à assistência hospitalar ao atendimento em Atenção Primária viabilizado no próprio território.

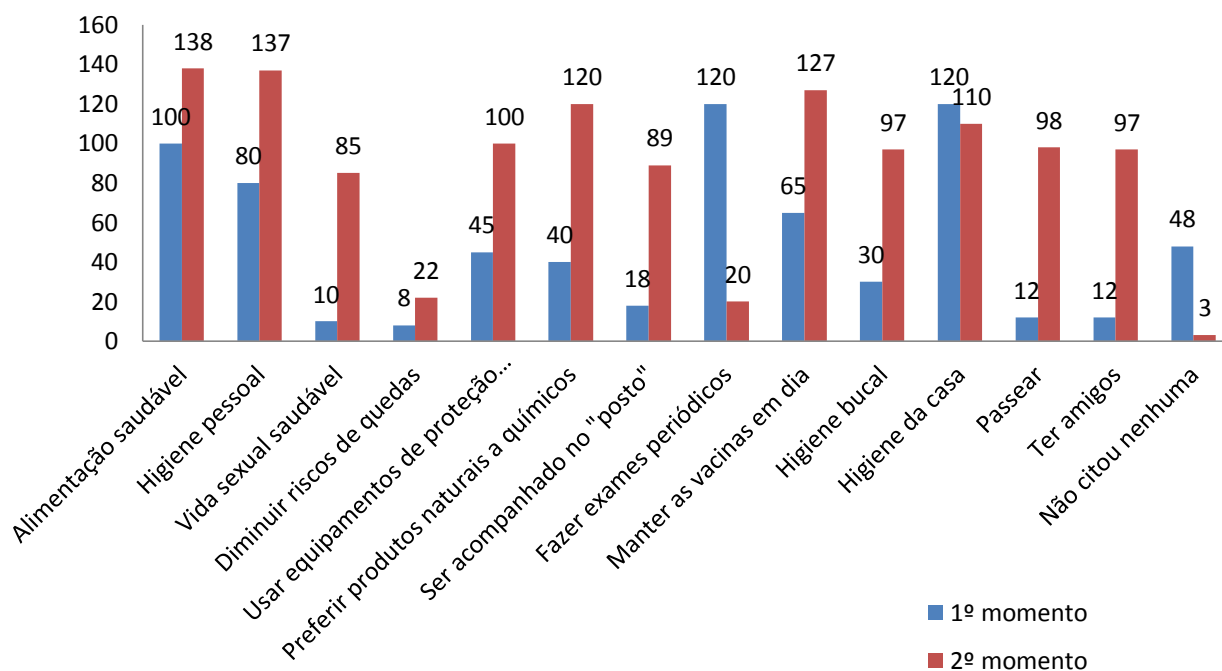
Nos últimos 21 anos a saúde ganhou muito com o incremento da Atenção Primária a partir da viabilização de serviços que priorizam o acesso universal e equitativo dos serviços de saúde, levando às comunidades rurais a atenção integral por meio de uma equipe multidisciplinar (PAIM, et al., 2011). A baixa adesão da população pode ser explicada pelo desconhecimento dos serviços prestados, bem como da própria cultura ou falta de confiança.

Ao ser abordada a cultura, importante salientar que uma parte da população ainda procura rezadeiras ou curandeiros (10 no primeiro momento e 09 no segundo momento). Segundo Geertz (2011) a cultura instaura influência direta aos pensamentos, decisões e ações, especialmente quando se trata de ações referentes aos cuidados em saúde.

Quando questionados sobre o seguimento a terapêutica instituída, a totalidade dos agricultores enfatizou que sim, sem expressar justificativas para a positividade das respostas.

Entendendo que a prevenção constitui o escopo da Atenção Primária, de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, os agricultores foram questionados sobre o que entendem por prevenção de doenças e se realizam alguma ação de prevenção. No primeiro momento 40% dos agricultores relataram não saber explicarem o que é prevenção de doenças os outros 60% afirmaram que trata-se de buscar ações que ajudem para melhorar a saúde. Buscando a descrição mais detalhada das ações empreendidas, observa-se na figura 13 as ações citadas pelos agricultores nos dois momentos. Importante salientar que em ambos os momentos não foram oferecidas alternativas, deixando livre a opção dos agricultores quando as ações de prevenção empreendidas.

FIGURA 13: ações preventivas realizadas pelos agricultores participantes da pesquisa/ação.



Fonte: dados da pesquisa, 2015/2016.

De acordo com a figura 13, mesmo no primeiro momento os agricultores detinham conhecimento sobre medidas preventivas, entretanto não priorizando ações cruciais como a vida sexual saudável(10). Analisando os fatores preventivos de forma individual, observa-se que, no tocante a alimentação saudável já uma boa citação por parte dos agricultores, tanto no primeiro momento (100), como no segundo (138).

A higiene pessoal, citada por 80 agricultores no primeiro momento, passa a ser citada 137 vezes no segundo momento, sendo discutida na ação de modo a contemplar todos os aspectos, inclusive prevenção de pediculoses. Ainda dentro desse contexto a higiene bucal passou de 30 citações para 97 após a ação. Com relação a higiene do lar esta foi citada por 120 agricultores no primeiro momento e por 110 no segundo momento, o que pode ser compreendido diante da redução no número de participantes em ambas.

No tocante a vida sexual saudável, a cultura influencia de modo negativo, haja vista que, ao ponto que é tida como um tabu, sendo citada apenas por 10 participantes inicialmente, as práticas sexuais passam a ser realizadas na maioria das vezes, de modo impensado e sem proteção, importante considerar que após abordagem na ação, o quesito foi citado por 85 indivíduos.

No que concerne a diminuição dos riscos para queda, observou-se que tal quesito foi citado pelos idosos que no primeiro momento pouco reconheceram a importância (8), e posteriormente já identificaram a ação como preventiva (22).

A utilização de EPI, pouco citada no primeiro momento (45) foi bem reconhecida após a ação (100), bem como a utilização de produtos naturais em detrimento a produtos químicos (40 no primeiro momento e 120 no segundo momento), sendo que tal citação diz respeito ao controle de pragas na lavoura, de acordo com os agricultores, que questionados se mesmo reconhecendo estão utilizando produtos naturais, a sua maioria (71) relataram que não diante a baixa eficácia, fato que demanda uma abordagem mais sistemática ao tema.

Com foco no acompanhamento pela Unidade de Saúde da Família, as respostas são coerentes a questão anteriormente citada, com predomínio da atenção curativa no primeiro momento (18) e maior adesão ao cuidado na Atenção Primária (89), fator também demonstrado no reconhecimento de realização de exames periódicos como prevenção com 120 citações no primeiro momento e apenas 20 no segundo momento; e ainda diante do reconhecimento da vacinação como medida eficaz, passando de 65 no primeiro momento para quase a totalidade dos participantes no segundo momento (127).

No tocante as interações sociais, estas foram pouco reconhecidas no primeiro momento, sendo citadas passear (12) e ter amigos (12), e que ganharam maior importância no segundo momento, com respectivamente 98 e 97 citações.

Importante destacar que a não citação, inferindo o não conhecimento ou reconhecimento de medidas preventivas (48) era preocupante no primeiro momento, passando a praticamente ser nulo (3) no segundo momento, demonstrando assim a eficácia da ação empreendida.

CONCLUSÕES

Mudanças expressivas na condição de saúde da população brasileira incidiram decisivamente para maior expectativa de vida e conseqüentemente para a necessidade de uma abordagem mais ampla do conceito de saúde, e dentro deste contexto, pensar em saúde quer dizer pensar no ser humano como um ser integral, dentro do seu contexto de vida, assim, importante considerar a saúde do trabalhador rural, que pouco é visto dentro dos programas atualmente empreendidos na Atenção Primária à Saúde.

Especificamente, pensar na saúde do agricultor configura-se pensar diretamente na agroindústria e na efetiva atuação destes para o fortalecimento deste processo, de modo que garantir a sua saúde do produtor rural é, sobretudo, assegurar o fortalecimento e crescimento da agroindústria.

A partir da realização do presente trabalho, fica clara a conclusão de que as atividades laborais do trabalhador rural, por sua grande exposição a condicionantes físicos e químicos que colocam em risco a sua saúde, a curto, médio e longo prazo, fato observável diante das causas de morbimortalidade apresentadas no estudo.

Observou-se que, a partir da apresentação da realidade aos profissionais da equipe, houve adesão à causa e engajamento da equipe no planejamento da ação, que com a integração de todos foi efetivamente realizada em todas as comunidades rurais que dispusessem de Unidades de Saúde da Família de referência para a realização das ações, de modo a ficar claro que ações planejadas a partir da fundamentação de dados objetivos e claros tendem a demonstrar maior efetividade e adesão dos indivíduos envolvidos.

Constatou-se, ainda, efetividade da ação empreendida diante da melhor auto percepção de saúde por parte dos participantes após a ação, bem como o reconhecimento da Atenção Básica como melhor opção de cuidado à saúde, especialmente no tocante à prevenção, que, por sua vez, foi difundida diante da ação e reconhecida por parte dos participantes.

Propiciou-se, portanto, reconhecer que, ações *in loco*, com objetivos bem definidos a partir do reconhecimento da realidade e pontuais no sentido de agir diante das fragilidades, mostram-se efetivas por si próprias, e mesmo com um pequeno intervalo de tempo em sua avaliação, demonstram potencial de mudança

de atitude de vida e conseqüentemente contribuição para o bem maior do ser humano, a sua saúde.

Pretende-se que, com o presente trabalho, diante de sua efetividade, outras ações neste sentido possam ser empreendidas, bem como a própria ação tenha continuidade no contexto da população beneficiada, de modo a assegurar o fortalecimento da agroindústria a partir da garantia da saúde do seu maior empreendedor, o homem do campo.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BARRETO, M.L.; CARMO, E.H. Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país. **Anais da XI Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2000.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, vol. 2, 1(3), p. 68-80, jan./jul. 2005.
- BRASIL, M. S.; Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.
- _____. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. **Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal** . – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
- _____. **Sistema de informação da atenção básica**. 2010. Disponível em <http://www.siab.gov.br>.
- _____. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- BRAUNWALD, E.; Et al. **HARRISON – Medicina Interna - 2 Volumes - 17ª ou 18ª edição**. Rio de Janeiro: Editora Artmed, , 2009.
- BURILLE, A.; GERHARDT, T.E. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.2, p.664-676, 2014.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus

determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007 .

CABRAL, S.A.A.O. Et al. Análise dos determinantes de adoecimento e mortalidade dos agricultores da 9ª Região geoadministrativa do Estado da Paraíba. **Revista Verde** (Pombal - PB - Brasil) v. 10, n.1, p. 193 - 200, jan-mar, 2015.

CAMPOS, A.M.O.; RODRIGUES NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.32, n.2, p.232-240, maio/ago. 2008.

CASTRO, A. M.; CASTRO, I. R. R.; BRANCO, V. M.C. A iniciativa Rio Saudável no contexto da promoção da saúde. **Saúde em foco: Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva**, 2002.

COHN, A.; ELIAS, P. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção para Entender a Gestão do SUS**. 2011. Disponível em www.conass.org.br.

ESCOREL, S. Et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**21(2), 2007.

ESCOREL, S. et al. Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.2, n.21, p.164-76, 2008.

FERREIRA, A.P. Et al. Impactos de pesticidas na atividade microbiana do solo e sobre a saúde dos agricultores. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.30 n.2, p.309-321. jul./dez. 2006.

FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. (Orgs.). **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Paulo: Yendis, 2007.

FLORENTINO, I.L. GOMES, I.C. Epidemiologia das doenças diarreicas agudas no Cariri – CE. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**. Ano 2, V. 2, Número Especial, jun, 2014.

GEERTZ, C.A. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC; 2011.

MACHADO, L.E.; CAMPOS, R. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública. **Saúde Meio Ambient**.v. 3, n. 2, p. 53-61, jul./dez. 2014. ISSN 2316-347X.

MASCARENHAS, M.D.M.; BARRO, M.B.A. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde – Brasil, 2002 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(1):19-29, jan-mar 2015.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MIRANDA, N.M.M. Evidências dos efeitos dos agrotóxicos na carcinogênese.

Revista da Pontifícia, v. 8, n.1 (2015).

OHARA, E.C.C. Et al. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, L.M.L.; TUNIN, A.S.M.; SILVA, F.C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. Oct-dec 2008, vol.11, p.362-373, 12p.

ONFORTIN, Susana Cararoet al . Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 5, p. 1049-1060, maio 2015 .

PAIM, J. Et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, 2011.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIBEIRO, A.F.; et al. A competência profissional e a estratégia de saúde da família: discursos dos profissionais. **Rev. APS**, v. 11, n. 2, p. 136-144, abr./jun. 2008.

RIBEIRO, José Luís Pais. Educação para a saúde. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa , v. 16, n. 1, p. 3-9, mar. 2015 .

RODRIGUES, J.M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Reflexões sobre conceitos afirmativos de saúde e doença nas teorias de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 291-310, Mar. 2014 .

ROSSATO, K.; Et al. O adoecer por câncer na perspectiva da família rural. **Enferm UFSM** 2013; 3 (Esp.): 608-617.

SABROZA, P. C. **Concepções de Saúde e Doença**. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, 2001. (Texto de Apoio ao módulo I do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde)

SANTOS, J.P. **Fatores associados à mortalidade dos idosos com as condições de vida da população do Nordeste do Brasil**. UFRN, Natal, 2014.

SCHERER, M. D. A et al. Rupturas y resoluciones en el modelo de atención a la salud: reflexiones sobre las estrategias de salud de la familia con base en las categorías kuhnianas, **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev.2005.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de coleta de dados

Roteiro de entrevista semiestruturada

Idade: _____

Estado civil: _____

Endereço: _____

Escolaridade: _____

Fonte principal de renda: _____

Que nota daria a sua saúde (de 0 a 10): _____

Justifique: _____

Quando está doente a quem procura? _____

Segue a terapêutica instituída? _____

Justifique.

O que você entende por prevenção de doenças? _____

Você realiza alguma ação de prevenção, quais? _____

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa tem como objetivo analisar a eficácia da ação desenvolvida a partir do trabalho intitulado **Trabalho rural e saúde**: ações e serviços para a garantia da qualidade de vida do agricultor na perspectiva do cuidado integral e interdisciplinar. Para tanto realizaremos uma pesquisa de campo com utilização de roteiro de entrevista semiestruturado.

Seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados obtidos através da pesquisa serão utilizados para alcançar os objetivos deste trabalho, portanto o Sr.(a) não estará exposto a qualquer risco.

Você está livre para interromper a qualquer momento sua participação na pesquisa, sem que haja prejuízos de qualquer natureza (financeira, física, moral). Não sofrerá nenhum risco em participar da pesquisa. Não haverá despesas pessoais ou compensação financeira relacionada à sua participação.

Terá acesso ao responsável pela pesquisa Symara Abrantes A. de O. Cabral no telefone (83) 99907-1773, e no seguinte email: Symara_abrantes@hotmail.com para esclarecimento de dúvidas e informações sobre o resultado da sua participação.

Para que o Sr. (Sra) autorize a participação é preciso que preencha os campos em branco e assine no final.

Eu, _____ idade:
_____ RG: _____ paciente ou responsável, abaixo assinado, obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa; Considero-me suficientemente esclarecido(a), concordo em participar voluntariamente da pesquisa em conformidade com as orientações acima detalhadas dou meu consentimento livre e esclarecido para que participe como voluntário da pesquisa sob responsabilidade da enfermeira Symara Abrantes A. de O. Cabral.

Este Termo de Consentimento é feito em duas vias que uma permanecerá em meu poder, outra com o pesquisador responsável.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de 2015.

Nome e assinatura do participante ou Responsável Legal

Nome e assinatura do Pesquisador