



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE**

FABIANA REGINA DA SILVA GROSSI

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS DE
SAÚDE: RELAÇÃO SAÚDE E DOENÇA NA COMUNIDADE RURAL
DO MUNICÍPIO DE BARREIRAS, BAHIA**

GOIÂNIA, GO

2020



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE**

FABIANA REGINA DA SILVA GROSSI

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS DE
SAÚDE: RELAÇÃO SAÚDE E DOENÇA NA COMUNIDADE RURAL
DO MUNICÍPIO DE BARREIRAS, BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia [defesa final].

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto.

GOIÂNIA, GO

2020

G878p Grossi, Fabiana Regina da Silva
Políticas públicas de saúde e determinantes sociais
de saúde : relação saúde e doença na comunidade rural
do município de Barreiras, Bahia / Fabiana Regina
da Silva Grossi.-- 2020.
138 f.: il.

Texto em português, com resumo em inglês
Tese (doutorado) -- Pontifícia Universidade Católica
de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Goiânia,
2020
Inclui referências: f. 121-129

1. Saúde pública - Barreiras (BA). 2. População rural
- Barreiras (BA). 3. Política de saúde - Barreiras
(BA). 4. Psicologia. I.Costa Neto, Sebastião Benício
da. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás -
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - 2020. III.
Título.

CDU: 159.938.363.6(043)

FABIANA REGINA DA SILVA GROSSI

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE:
RELAÇÃO SAÚDE E DOENÇA NA COMUNIDADE RURAL DO MUNICÍPIO DE
BARREIRAS, BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia [defesa final].

Aprovada em/...../.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sebastião Benício da Costa Neto (Presidente da banca)
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. José Paulo Pietrafesa (Membro convidado externo)
Universidade Federal de Goiás

Prof. Dra. Luciane Cristina Jóia (Membra convidada externa)
Centro Universitário São Francisco de Barreiras

Prof. Dra. Daniela Sacramento Zanini (Membra convidada interna)
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Divino de Jesus da Silva Rodrigues (Membro convidado interno)
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Fábio Jesus Miranda (Membro suplente)
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Prof. Dr. Cristiano Coelho (Membro suplente)
Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Dedico este trabalho a todas as pessoas que vivem nas áreas rurais, principalmente no Nordeste brasileiro, e que enfrentam tantas dificuldades nas suas lutas diárias.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer a Deus por ter colocado tantas pessoas e por abrir caminhos que me facilitaram chegar até aqui. Foram anos de dedicação e esforço, o que parecia estar distante agora se torna realidade. Foi mais uma etapa de grande aprendizado e crescimento que jamais será esquecida. Levarei tudo isso para a vida toda!

Agradeço imensamente aos meus pais, Rubens e Isabel, e irmã Janaine, que sempre acreditaram em mim, apoiando e incentivando-me em todos os momentos... Sem vocês esse sonho jamais seria possível, essa conquista é nossa!

Ao meu marido Rogério e ao meu filho André, que sempre respeitaram e entenderam os meus vários momentos de ausência, sendo companheiros e facilitando a trajetória.

Ao querido professor e orientador Doutor Sebastião Benício da Costa Neto, que desde o primeiro contato se mostrou disposto a me guiar nessa jornada. Nos momentos de dúvidas e desânimo, era você quem me motivava!

Aos/as meus/minhas alunos/as que compreenderam o meu cansaço e o meu distanciamento em alguns momentos. Especialmente, quero agradecer às alunas Kelly Crisóstomo e Rafaela Souza e ao aluno Wellington Rocha, que tanto me auxiliaram e se mostraram dispostos/as a caminhar ao meu lado, crescendo e aprendendo juntos/as.

A todos os meus amigos e amigas, professores e professoras dos cursos de Psicologia do UNIFASB e UNIFAAHF. Aos coordenadores Cristian Morales e Adelman Alcantara, que sempre valorizaram as minhas conquistas profissionais. Sou uma pessoa privilegiada!

Agradeço imensamente à disponibilidade dos profissionais de saúde e moradores da comunidade rural de Barreiras, Bahia, que me receberam com muita disponibilidade e afeto.

A todas as amigas que fiz durante os quatro anos na PUC-Goiás, especialmente, Maria Paula e Andréa, que estiveram presentes para compartilhar os momentos de angústia e tornar a caminhada mais leve.

Por fim, agradeço aos/as professores/as e funcionários/as da PUC-Goiás, que me acolheram tão bem. Fazer parte do Doutorado em Psicologia na PUC-Goiás foi extremamente enriquecedor em minha vida. Só consigo sentir orgulho de finalizar uma etapa da minha vida em um lugar tão especial, com pessoas competentes e que demonstram tanta seriedade.

RESUMO GERAL

Os Determinantes Sociais de Saúde devem influenciar diretamente a formulação de políticas públicas de saúde para a população rural, que vai se relacionar com outras políticas públicas. Uma política de saúde adequada e contextualizada, leva em consideração as dificuldades que perpassam o meio rural, valorizando a participação da comunidade e melhorando os serviços de saúde, beneficia as condições de vida nas comunidades rurais. O objetivo geral da tese foi investigar a relação entre os determinantes sociais de saúde e as políticas públicas de saúde em uma comunidade rural de Barreiras, Bahia, Brasil. Os objetivos específicos foram: identificar as características sociodemográficas e econômicas dos/das participantes; analisar as práticas em prevenção de doenças e promoção da saúde, como manifestações de políticas públicas em saúde, relacionadas aos determinantes sociais de saúde; verificar a percepção do impacto dos DSS nas doenças reconhecidas na comunidade. A estrutura da tese é composta por: apresentação, introdução, capítulo de percurso metodológico, três produtos finais em forma de artigo e considerações finais gerais. O primeiro artigo trata-se de uma revisão sistemática da literatura que objetivou analisar a relação entre os determinantes sociais de saúde e as políticas públicas de saúde no meio rural. A população rural encontra-se em desvantagem em relação às políticas públicas de saúde por não considerar suas peculiaridades. O segundo artigo empírico objetivou compreender a relação entre os determinantes sociais de saúde e a política pública de saúde em uma comunidade rural de Barreiras, Bahia, Brasil. A pesquisa se caracteriza por ser qualitativa e descritiva. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada nos domicílios. Os resultados, baseados nos determinantes sociais de saúde, demonstram a presença majoritária de mulheres, idosas e com práticas de prevenção de doenças em detrimento da promoção da saúde. Verifica-se, também, precariedade nas atividades comunitárias, alto sentimento de comunidade, valorização da família, necessidade de investimentos em infraestrutura, presença de tranquilidade, dores relacionadas ao trabalho, insuficiência na produção de alimentos na propriedade e utilização de práticas tradicionais. Conclui-se que as comunidades rurais a partir dos determinantes sociais de saúde necessitam de políticas públicas

de saúde que incentivem a participação popular para a criação de estratégias a fim de promover da saúde. Propõe-se, para tanto, pesquisas com as pessoas vinculadas ao campo, a fim de que a população, os(as) profissionais e os(as) gestores(as) conheçam os aspectos importantes dos determinantes sociais de saúde para a melhoria da qualidade de vida desse público. O terceiro artigo empírico teve por objetivo analisar os determinantes sociais de saúde e sua relação com as políticas públicas de saúde na comunidade rural de Barreiras, Bahia. O estudo foi qualitativo e descritivo, a coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas nos domicílios de três povoados rurais de Barreiras, Bahia. A análise dos dados se baseou em categorias dedutivas criadas por meio dos determinantes sociais de saúde e as subcategorias foram construídas com auxílio do programa ATLAS.ti. Os resultados das subcategorias foram: predominância de mulheres, supervalorização do modelo biomédico, estilo de vida próximo à natureza, religiosidade e espiritualidade, família e vizinhança, relação trabalho versus saúde/doença, desemprego, habitação para além da moradia, insuficiência de renda, sentimento de exclusão social e papel social da mulher rural. A partir dos dados da presente pesquisa, a relação entre os determinantes sociais de saúde e as políticas públicas de saúde na comunidade rural de Barreiras aponta para uma negligência, na qual as condições de vida e trabalho da população não condizem com o planejamento e as ações que ocorrem nesse contexto. Em síntese, as políticas públicas de saúde no meio rural de Barreiras não levam em consideração os determinantes sociais de saúde que se fazem presentes. Por isso, a condição de vida da população rural do município pode ficar prejudicada. Ademais, estratégias que envolvam a prevenção de doenças são mais presentes, enquanto ações para a promoção da saúde são pouco ou nada reconhecidas.

Palavras-chave: políticas públicas de saúde, determinantes sociais de saúde, população rural, psicologia da saúde.

GENERAL ABSTRACT

The Social Determinants of Health must directly influence the formulation of public health policies for the rural population, which will be related to other public policies. An adequate and contextualized health policy takes into account the difficulties that pervade the rural environment, valuing community participation and improving health services, it benefits living conditions in rural communities. The general objective of the thesis was to investigate the relationship between social determinants of health and public health policies in a rural community in Barreiras, Bahia, Brazil. The specific objectives were: to identify the socio-demographic and economic characteristics of the participants; analyze practices in disease prevention and health promotion, as manifestations of public health policies, related to social determinants of health; to verify the perception of the impact of the DSS on diseases recognized in the community. The structure of the thesis consists of: presentation, introduction, chapter of methodological path, three final products in the form of an article and general final considerations. The first article is a systematic review of the literature that aimed to analyze the relationship between social determinants of health and public health policies in rural areas. The rural population is at a disadvantage in relation to public health policies because it does not consider their peculiarities. The second empirical article aimed to understand the relationship between social determinants of health and public health policy in a rural community in Barreiras, Bahia, Brazil. The research is characterized by being qualitative and descriptive. Data collection was carried out through semi-structured interviews at home. The results, based on the social determinants of health, demonstrate the majority presence of women, elderly and with disease prevention practices at the expense of health promotion. There is also a precariousness in community activities, a high sense of community, appreciation of the family, need for investments in infrastructure, presence of tranquility, pain related to work, insufficient food production on the property and use of traditional practices. It is concluded that rural communities based on social determinants of health need public health policies that encourage popular participation to create strategies in order to promote health. Therefore, research is proposed with people linked to the field, so that the population, professionals and managers know

the important aspects of social determinants of health to improve quality. of this public's life. The third empirical article aimed to analyze the social determinants of health and its relationship with public health policies in the rural community of Barreiras, Bahia. The study was qualitative and descriptive, data collection took place through semi-structured interviews in the homes of three rural villages in Barreiras, Bahia. Data analysis was based on deductive categories created through social determinants of health and the subcategories were built with the aid of the ATLAS.ti program. The results of the subcategories were: predominance of women, overvaluation of the biomedical model, lifestyle close to nature, religiosity and spirituality, family and neighborhood, relationship between work versus health / illness, unemployment, housing beyond housing, insufficient income, feeling of social exclusion and the social role of rural women. From the data of this research, the relationship between social determinants of health and public health policies in the rural community of Barreiras points to a neglect, in which the living and working conditions of the population do not match the planning and actions that occur in that context. In summary, public health policies in the rural area of Barreiras do not take into account the social determinants of health that are present. For this reason, the living conditions of the rural population in the municipality may be impaired. In addition, strategies involving disease prevention are more prevalent, while actions for health promotion are little or not recognized.

Keywords: public health policies, social determinants of health, rural population, health psychology.

APRESENTAÇÃO

Entende-se, no presente trabalho, que o meio rural é formado por uma diversidade de fatores que são alterados de acordo com cada região. O rural hoje se reinventa, a população do campo, que no passado possuía extrema relação com atividades agrícolas, atualmente, tem várias formas de sustento. Vale mencionar que, a partir da década de 1960, as máquinas avançaram para as terras, modernizando os latifúndios e causando o êxodo rural. Dessa forma, o meio rural é habitualmente estudado e valorizado pelo agronegócio. É possível, como já foi apresentado, afirmar que o meio rural é formado por características que, apesar de manter a tradição e a cultura, se misturam com práticas urbanas, o que atualmente é chamado de “rurbano”.

Sendo assim, a psicologia teve sua regulamentação pautada em uma prática urbana, o que era valorizada na época. Atualmente, o campo de atuação do/a psicólogo/a nas políticas públicas se ampliou de forma expressiva no Brasil. Outro ponto que merece destaque é a interiorização dos cursos de Psicologia, que se ancoraram inicialmente em um modelo tradicional, que visava atender os grandes centros e as metrópoles brasileiras, a favor do desenvolvimento capitalista; todavia, a atuação e formação profissional foram ganhando outros contornos de acordo com as demandas existentes.

Para tanto, torna-se especialmente necessária a pesquisa em psicologia que aborde as ruralidades, compreendendo e valorizando os aspectos subjetivos, sociais e culturais que perpassam essas realidades contemporâneas. Durante meu percurso acadêmico, tive a percepção da valorização do urbano em detrimento do rural; assim, surgiu meu interesse pela pesquisa na área, ainda na graduação, quando percebi uma formação tradicional que não contemplava uma instrução crítica que compreendesse as questões sociais.

Posteriormente, realizei um trabalho, já como psicóloga, em uma comunidade rural pela secretaria municipal de saúde de um pequeno município em Mato Grosso do Sul. A inquietação começou quando alguns programas da saúde pública voltados para a população apenas eram implantados nos serviços urbanos e não chegavam até a população do campo. Os/as profissionais designados/as para trabalhar no contexto rural acreditavam muitas vezes que estavam trabalhando com uma população atrasada, o que deixava essas pessoas mais vulneráveis em relação à saúde. Ademais, as práticas em saúde estavam ainda arraigadas no modelo biomédico, de forma que os próprios gestores não conseguiam entender um trabalho diferente disso.

A partir da realidade apresentada e do aprofundamento nos estudos da área, foi possível perceber o quanto os cursos relacionados à saúde deixavam uma lacuna no que diz respeito às populações rurais, principalmente, os cursos de Psicologia, que apesar do aumento e da interiorização significativos no Brasil, muitas vezes têm ainda uma formação tradicional.

Dessa forma, acreditei que a pesquisa no meio rural poderia contribuir para compreender as formas de vida dessa população e me aproximar de uma realidade que tem características sociais, culturais e econômicas específicas. Assim, a possibilidade de melhoria na qualidade de vida, por meio da promoção da saúde e prevenção de doenças, seria possível.

Diante disso, optei por um estudo sobre a realidade rural do município de Barreiras, no estado da Bahia, junto a um apanhado de dados coletados de forma bibliográfica dos estudos empíricos sobre a temática nos últimos anos. Para tanto, o trabalho foi estruturado da seguinte maneira: Introdução; Percurso Metodológico; Resultados, representados por três produtos finais, sendo um artigo de revisão sistemática da literatura e dois artigos empíricos realizados na comunidade rural do município de Barreiras, Bahia, Brasil; Considerações Finais Gerais, que englobam a totalidade do estudo; e, por fim, as Referências Gerais e os Apêndices e Anexos. Os três artigos foram estruturados com base nas regras de três revistas diferentes,

demonstradas ao fim da primeira página de cada artigo, por isso a alteração nas formas de escrita; enquanto o resto do texto encontra-se nas normas da American Psychological Association.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	34
2.1 MÉTODO DOS ESTUDOS EMPÍRICOS	35
2.1.1 Local de estudo	36
2.1.2 População e amostra	39
2.1.3 Instrumentos	39
2.1.4 Descrição da coleta dos dados	40
2.1.5 Descrição do tratamento dos dados	40
2.1.6 Critérios de inclusão	43
2.1.7 Critérios de exclusão	43
2.1.8 Considerações éticas.....	43
3 ARTIGO 1 - Determinantes Sociais de Saúde e Políticas Públicas de Saúde em Regiões Rurais.....	45
4 ARTIGO 2 - Políticas de saúde e comunidade rural: uma análise baseada nos determinantes sociais de saúde no município de Barreiras, Bahia, Brasil	76
5 ARTIGO 3 - Determinantes sociais de saúde em contexto rural: a relação com as políticas de saúde no município de Barreiras, Bahia, Brasil.....	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS.....	117
REFERÊNCIAS GERAIS	121
APÊNDICES.....	130
ANEXO.....	137

1 INTRODUÇÃO

Determinantes sociais de saúde (DSS) devem ser características importantes para a formulação de políticas públicas de saúde, mais ainda quando se trata do meio rural. Considerando-se que as políticas de saúde voltadas para a população do campo foram implantadas com base nas políticas urbanas, atualmente, sabe-se da importância de conhecer e valorizar as ruralidades para a melhoria da qualidade de vida (QV) dessas pessoas.

A imagem do campo na atualidade é representada e vinculada às grandes produções de soja e a um mercado internacional e moderno que retira o homem do trabalho para substituí-lo pelas máquinas e tecnologia. Essa imagem é passada pela mídia, de forma que é esquecida e negada a contribuição da população do campo à sociedade, que, apesar da submissão, possui estratégias de resistência. O processo de desenvolvimento do Brasil carrega uma herança em que se privilegia o urbano, aumentando o abismo entre urbano e rural, mais ainda quando se trata de regiões que foram abandonadas no século XX, para aumentar os investimentos em grandes centros urbanos. É possível, dessa forma, afirmar que as Regiões Norte e Nordeste têm um número majoritário de agricultores que são considerados “periféricos”, com baixa produção e pouco potencial de aumento da produtividade (Wanderley, 2014).

O meio rural continua existindo, porém, com novas características que se misturam com as do meio urbano, não deixando de resistir e manter seus aspectos sociais, culturais, econômicos, os quais caracterizam as novas ruralidades. O rural não é apenas agrícola, não é possível, então, abordar uma única realidade, visto que a população rural possui formas de vida diferentes, apesar de se constituir um grupo do campo, que vai depender de fatores que podem potencializar ou fragilizar os territórios rurais de um extenso Brasil.

Muitas localidades rurais, a partir do processo de industrialização, foram se tornando urbanas. Com isso, pensava-se que a modernização da sociedade levaria o rural a tornar-se

urbano, sendo a urbanização uma decorrência natural e inevitável desse processo. Porém, as dinâmicas do meio rural, que ainda existem, precisam de novos debates, não cabendo um esvaziamento social, econômico e cultural. É possível falar nos dias de hoje em novas ruralidades (Carneiro, 2012).

Apesar da distinção entre rural e urbano não ser considerado um ponto de inteira relevância, entende-se que uma comunidade rural se caracteriza por certo distanciamento de centros urbanos, possui parte da economia voltada para a agricultura e/ou pecuária e tem uma cultura local peculiar. Acrescenta-se a isso mais fatores diferenciais que vão além dos aspectos quantitativos e dimensionais, sendo a realidade rural predominante pela pobreza, pelo isolamento, pelos baixos níveis educacionais, pelas residências mais precárias, pelas limitações de transporte, pelos problemas crônicos de saúde, pela distância dos recursos sociais e da saúde, entre outros (Morais, Rodrigues & Gerhardt, 2008).

Nesse sentido, o estudo de Monteiro (1995), sobre a dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil, revelou a situação de desvantagem das populações rurais diante das populações urbanas no início da década de 1990, em especial da região Nordeste perante as demais. Em relação à população que apresentou maior índice de pobreza, mais de 60% das pessoas com renda abaixo da linha de pobreza vivia nas áreas rurais do Nordeste. Ximenes e Camurça (2016), em estudo mais recente, afirmam que a pobreza no meio rural nordestino faz parte de um processo sócio-histórico que foi produzido pelo próprio homem, “Fruto do subdesenvolvimento, da concentração desigual na posse de terra, da má distribuição no acesso à água, da exploração dos recursos naturais e da força de trabalho e muitos outros fatores.” (p. 178). Apesar disso, as autoras enfatizam que os pobres rurais, com o desenvolvimento capitalista e surgimento das novas ruralidades, inseridos por meio das políticas sociais que colaboram para a garantia de renda, estão tendo melhores condições de vida (Ximenes & Camurça, 2016).

Abordar o tema ruralidades não tem sido tarefa recorrente no campo da psicologia. Tratando-se das políticas públicas de saúde em comunidade rurais, torna-se ainda algo mais escasso. Apesar disso, percebe-se um aumento das discussões voltadas para a psicologia rural, porém, colocado em evidência mais recentemente. O meio rural para a psicologia ficou em segundo plano desde que esta se tornou profissão regulamentada. Os assuntos voltados para as ruralidades merecem atenção que nunca foi alcançada, ou seja, resgatando o valor cultural, social e econômico que foi deixado de lado durante tanto tempo e chamando a atenção para o que é considerado como descaso nessas comunidades, como é o caso das políticas públicas de saúde.

Convém destacar, no entanto, que a psicologia é uma profissão recente, regulamentada no Brasil por meio da Lei n. 4.119, de 27 de agosto de 1962 (Presidência da República do Brasil, 1962). De acordo com Gonçalves (2013), o contexto prático dos/as psicólogos/as nessa época era voltado para uma atuação em que fosse possível controlar, enquadrar e adaptar os indivíduos de acordo com uma sociedade capitalista que ia tomando forma no país. Assim, a partir de 1964, com o golpe militar, a psicologia tinha como principal modo de atuação a subjetividade considerada naturalizada e normatizada, sendo os principais campos tradicionais de trabalho a área clínica, organizacional e educacional.

A partir dessa realidade, o Estado autoritário não possuía interesse em atender às demandas populares do país, e os cursos de Psicologia tinham suas bases curriculares, que também não atendiam a essas questões. Tal situação explica a ausência da psicologia no campo das políticas públicas durante tanto tempo e a dificuldade de uma atuação que contemplasse a realidade de pessoas e as comunidades menos favorecidas, que não fossem interessantes para o sistema capitalista, como as rurais com base na agricultura familiar. A profissão fica marcada por um comprometimento com as elites do Brasil e adequação ao

processo de industrialização: controlando, higienizando, diferenciando e categorizando (Gonçalves, 2013).

Leite, Macedo, Dimenstein e Dantas (2013) complementam apontando que, a partir desse processo histórico, a psicologia voltou-se para um olhar fundamentalmente urbano. É possível verificar, desde a regulamentação da profissão, que habitantes das grandes cidades são considerados alvos de interesse profissional no que diz respeito à intervenção e à pesquisa. Os grandes centros urbanos e as capitais brasileiras eram locais de destaque para a profissão da psicologia, já que sua principal base era constituída pelo psicodiagnóstico, atendendo por esse caminho às demandas de mercado.

Na América Latina, uma psicologia que aborde as questões voltadas para o rural é recente. No Brasil, em 2013, J. F. Leite e M. Dimenstein organizaram e publicaram o livro *Psicologia e Contextos Rurais*, enquanto que o Conselho Federal de Psicologia publicou as *Referências Técnicas para Atuação das(os) Psicólogas(os) em Questões Relativas à Terra* (2013). Neste mesmo ano, ocorre o primeiro congresso da América Latina de psicologia rural, na cidade de Posadas, Argentina. Já em 2016, a segunda experiência é realizada em Seropédica, na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, que ocorreu entre os dias 18 e 21 de outubro (Gonçalves, Landini, Leite, Calegare, & Monteiro, 2016). O Terceiro Congresso Latino-Americano de Psicologia Rural foi realizado em Bogotá, Colômbia, entre os dias 9 e 11 de setembro de 2019.

Logo, o meio rural ficou na invisibilidade por muito tempo não apenas quando se trata da área da psicologia, como mostra Bertolli Filho (2004), quando explica que a população na área rural sempre esteve em segundo plano e só recebia atenção quando problemas sanitários interferiam na produção agrícola ou extrativista destinada à exportação. Em 1918, o Brasil contava com 20 milhões de pessoas no campo, e a maior parte dessa população se encontrava

atingida pelos parasitas intestinais. Além disso, a população rural piorava o quadro pelo uso do álcool e pela subnutrição, mostrando que historicamente é tratada com menos importância, já que o meio urbano passa a representar o progresso do país (Bertolli Filho, 2004).

A situação se modifica paulatinamente com a intervenção do Estado nas questões voltadas para a saúde, que culmina na formulação de políticas públicas em 1988 criadas para a população. Para tanto, define-se políticas públicas como

... diferentes dimensões dos processos que envolvem a decisão e a intervenção do Estado sobre determinada realidade ou, ainda, incorporar mecanismos e estruturas de tomadas de decisão ou implementação de ações mais ou menos sujeitas a controles sociais e, somente isto, justificaria uma análise mais detida de seus conteúdos. (Melazzo, 2010, p. 12).

Conforme o autor, as políticas públicas devem ter uma determinada área de atuação, seja ela econômica, seja ambiental, urbana entre outras, com ação permanente e abrangente do poder público. Os problemas ou objetivos são pré-selecionados como estratégias e, se materializam na maioria das vezes por meio de princípios, diretrizes, objetivos e normas, que podem ser demonstrados por planos, programas e projetos ou até mesmo por um conjunto de leis.

Souza (2006) aponta que uma das definições de políticas públicas realça o papel na solução de problemas. Contudo, essa definição recebe críticas, pois leva em consideração o papel dos governos, deixando de lado o embate em torno de ideias e interesses, além dos aspectos conflituosos e dos limites que cercam as decisões do governo. “No entanto definições de políticas públicas, mesmo as minimalistas, guiam o nosso olhar para o *locus* onde os embates em torno de interesses, preferências e ideias se desenvolvem, isto é, os governos...” (Souza, 2006, p. 25). Sendo assim, política pública não envolve apenas uma área, inter-relacionando Estado, política, economia e sociedade, envolvendo pesquisadores de

várias disciplinas, tais como: economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planejamento, gestão e ciências sociais aplicadas.

A política pública surge nos Estados Unidos da América como área de conhecimento e disciplina, com ênfase na ação dos governos, na década de 1950. Já na Europa, no início dos anos 1970, mais especificamente na Alemanha, surge como área baseada em teorias que explicavam o papel do Estado e governo. No Brasil, os estudos sobre políticas públicas surgem apenas recentemente, com seus primeiros estudos na década de 1980, porém, com forte expansão nas últimas décadas, com foco na questão gerencial e administrativa (Brasil & Capella, 2016; Frey, 2000; Souza, 2006).

Para compreender sobre a temática no Brasil torna-se necessário abordar as reformas do Estado nas décadas de 1980 e 1990, que colaboraram para a formulação e implantação das políticas públicas. O processo de redemocratização e fim da ditadura militar mudaram a relação do Estado com a sociedade. O Estado passa a não ser mais centralizador e desenvolvimentista, em um país imenso como o Brasil e com fortes desigualdades sociais e econômicas. Para a consolidação da democracia, instituiu-se a descentralização do poder político, garantindo maior autonomia aos Estados e Municípios. Assim, a gestão das políticas públicas passa a ter características como a descentralização e a participação popular, tentando deixar para trás o nepotismo e clientelismo (Brasil & Capella, 2016).

A política pública de saúde no Brasil refere-se à saúde como direito de todos e dever do Estado, o que ficou definido a partir da Constituição Federal de 1988. Sendo assim, o Estado passou a ter como obrigação a garantia da redução do risco de doença e de outros agravos mediante a construção de políticas sociais e econômicas e de uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (Wargas, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído por meio da Constituição Federal de 1988, passa a existir no Brasil como um novo sistema de saúde, diferente, não sendo, portanto, sucessor dos outros (Ministério da Saúde do Brasil, 1990). O SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios em todo o território nacional. Assim, pode-se afirmar que:

O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. (Ministério da Saúde do Brasil, 1990, p. 9).

O SUS norteia-se em alguns princípios doutrinários. A universalidade, que é a garantia de atenção à saúde a todo cidadão. A saúde passa a ser dever dos governos municipal, estadual e federal, em que a pessoa passa a ter direito a todos os serviços públicos de saúde. Equidade ao se analisar cada caso, de acordo com a complexidade, e atendimento sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos, destacando que todo cidadão é igual perante o SUS. Por último, a integralidade, em relação à qual a pessoa deve ser tratada como sendo indivisível e integrante de uma comunidade; o homem é um ser integral, biopsicossocial e deve ser entendido dessa maneira. A prevenção, promoção e recuperação são ações que formam um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas (Ministério da Saúde do Brasil, 1990).

O/a psicólogo/a passa a se inserir aos poucos nos serviços de saúde, descobrindo novos campos de atuação. Com a Constituição de 1988 e ampliação das políticas públicas no Brasil, salienta-se a inserção da psicologia em outros contextos, não mais somente nos tradicionais. Contudo, vem adquirindo relevância na área, desde a década de 1970, pois é possível reconhecer a importância de sua função, no que se refere à promoção de saúde,

envolvendo ações preventivas, educativas, intervenções e melhoria da qualidade de vida, além de atender à demanda da comunidade em questão (Castro & Remor, 2018; Gorayeb & Guerrelhas, 2003). No Brasil, as sociedades científicas que acolhem os pesquisadores e trabalhadores de psicologia em contextos de saúde são: a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, que foi fundada em 1997, e a Associação Brasileira de Psicologia da Saúde, a partir de 2006 (Castro & Remor, 2018). Vale ressaltar que a Sociedade foi constituída por parte de profissionais que, desde 1983, participavam do Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, movimento que agregava profissionais psicóloga(o)s (clínicos, educadores/docentes e pesquisadores) das diversas subespecialidades da psicologia da saúde no Brasil (Sebastiani, 2000).

Dessa maneira, a psicologia da saúde pode definir a forma da atuação em saúde. Ela refere-se, segundo Matarazzo (1980), a um apanhado de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da psicologia. São utilizadas para promover a saúde, além da sua manutenção e prevenção e do tratamento de doenças, identificando etiologia e diagnóstico (de problemas) relacionados a doenças e disfunções, pertinentes à análise de atenção à saúde e à formação de políticas de saúde. Castro e Remor (2018) definem como tratamentos psicológicos em psicologia da saúde: promoção de comportamentos saudáveis, autorregulação emocional, adesão ao tratamento, entre outros. Além disso, peculiaridades relacionadas ao gênero, à idade e à diversidade racial e étnica, ressaltando também o contexto cultural que deve ser considerado para o planejamento e as intervenções na área da psicologia da saúde.

Apesar das várias funções que podem ser desempenhadas dentro do campo de atuação da psicologia da saúde, esse/a profissional ainda está preso/a às práticas voltadas para um modelo tradicional. Isso é mostrado por Bittencourt e Mateus (2006) e Guzzo (2018), quando criticam a própria formação do/a psicólogo/a, que ainda não superou o modelo clínico

(elitista). Essa realidade faz com que ocorra um distanciamento das demandas sociais, ausência de participação em pesquisas e políticas públicas, o que é imprescindível para a pesquisa em questão, em especial na área rural.

Dentro de um contexto geral da saúde, passa a vigorar o outro paradigma, o atual modelo biopsicossocial, em oposição ao modelo biomédico, que se focaliza unicamente nas causas biológicas da doença e no qual os fatores comportamentais e sociais não são considerados como causadores de doença e não fazem parte do processo diagnóstico (Stroebe & Stroebe, 1996; Straub, 2014). Para esses autores, fatores relativos ao estilo de vida e ao estresse psicossocial são determinantes significativos da doença e da saúde, ou seja, muitas doenças podem ser resultado de uma interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos. Muitas doenças podem ser prevenidas de acordo com esse modelo e passa a ser um dos objetivos principais do SUS, sendo necessárias ações com a finalidade de reduzir a incidência de doenças crônicas.

Assim, a partir do modelo biomédico, paradigma vigente durante tanto tempo, ainda são produzidas interações sociais e práticas sociais em saúde equivocadas e contrárias às políticas públicas de saúde, em vista de que mascaram os fatores relativos à emergência das doenças ao não possibilitar entrever que muitas delas podem ser resultados de uma interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos (Stroebe & Stroebe, 1996). Isso porque as políticas públicas em saúde pressupõem que o diagnóstico médico deve considerar a interação de fatores citados, tanto na avaliação da saúde, quanto para fazer recomendações ao tratamento, ressaltando também os aspectos psicossociais (Straub, 2014).

Com foco no modelo biopsicossocial é possível trabalhar, de acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007), as várias definições existentes de DSS, que apontam, em maior ou menor nível de detalhe, a inter-relação entre as condições de vida e o trabalho dos indivíduos e de grupos da população com a situação da saúde. Ao seguir essa mesma orientação, a

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, em agosto de 2006, enviou carta aberta, assinada por todos os membros da comissão, aos candidatos à Presidência da República, com o objetivo de promover o debate público de políticas e programas de governo relacionados aos determinantes sociais da saúde, partindo do princípio de que as grandes desigualdades sociais no Brasil, em particular as desigualdades em saúde, são injustas, evitáveis e desnecessárias. Afirma, ainda, que elas são causadas pelo desemprego, violência, falta de perspectiva e precárias condições de vida a que determinada população está submetida (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

Para Badziak e Moura (2010), torna-se inviável a formulação de políticas para a área não levando em consideração o contexto amplo de saúde, que é influenciado por inúmeros determinantes sociais. Somente por meio de políticas públicas de saúde efetivas é possível assegurar o acesso à saúde da população, com possibilidades de redução das iniquidades sociais na área. Além disso, entendendo a saúde como sendo influenciada por outros fatores como educação, lazer e segurança, por exemplo, verifica-se a necessidade de outras políticas públicas, ou seja, a intersetorialidade em conjunto com a política de saúde (Tumelero, 2018).

Um dos modelos mais utilizados em DSS é o de G. Dahlgren e M. Whitehead, apresentado em *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health* (1991) – modelo de Dahlgren e Whitehead, de 1991. Nesse modelo, são apresentadas diversas esferas, que vão desde a mais basal, que trata de características individuais, até a camada mais distante, que aborda os macrodeterminantes (condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais) (Figura 1). Entre as camadas intermediárias, é possível citar o estilo de vida das pessoas, as redes sociais e comunitárias e as condições de vida e trabalho. Dessa forma, compreende-se ser necessária a investigação dos fatores que influenciam a saúde, para que se possa criar estratégias e políticas públicas. É possível, a partir do agrupamento das influências em diversas categorias, propor diferentes níveis de intervenção (Dahlgren & Whitehead, 1991).



Figura 1. Modelo de determinantes sociais de saúde de Dahlgren e Whitehead, de 1991.

Outro modelo de DSS é de Diderichsen e Hallqvist, de 1998, que foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001). Esse modelo compreende as posições sociais distintas dos indivíduos, enfatizando a criação da estratificação social pelo contexto social. As oportunidades de saúde das pessoas, então, vão ser determinadas pela posição social. Trata-se de um modelo que garante a discussão de pontos para atuações de políticas. Isso se deve à divisão que é realizada no modelo, já que o 1º campo, relacional, refere-se à posição social das pessoas e aos mecanismos sociais de distribuição de riquezas, poder e riscos, apontando para um processo de delegações sociais, como o sistema educacional e o mercado de trabalho. O 2º campo, referente à exposição específica, trata do diferencial de vulnerabilidade à ocorrência da doença, a partir da sua exposição. O 3º campo relaciona-se às consequências sociais ou físicas a partir do momento em que a doença é contraída. Já o 4º campo aborda o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e de sua família (Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, 2005).

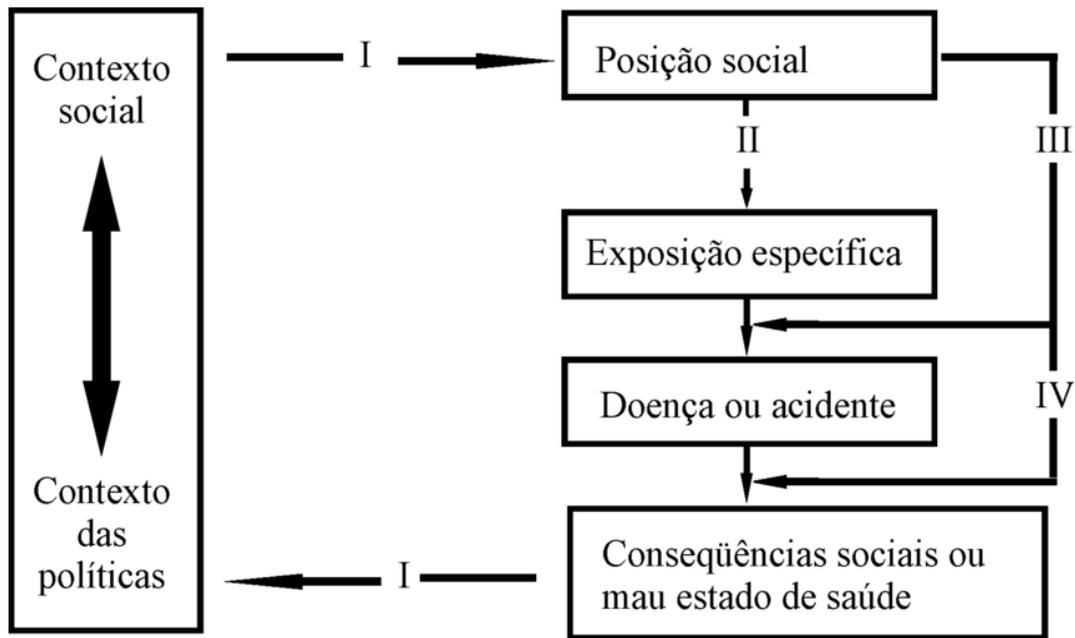


Figura 2: Modelo de determinantes sociais de saúde de Diderichsen e Hallqvist, de 1998, adaptado por Diderichsen et al. (2001).

Apesar da existência de dois modelos de DSS, no presente trabalho, selecionou-se o modelo de Dahlgren e Whitehead, de 1991, para ser utilizado como referencial da pesquisa, por compreender que ele se adapta e responde melhor aos objetivos do estudo, além de ser um modelo mais utilizado no Brasil (Geib, 2012; Riquinho, 2009; Sant'Anna, Cezar-Vaz, Cardoso, Erdmann & Soares, 2010). Porém, entende-se que o fato de se ter adotado um modelo específico implica em uma limitação do estudo.

Vale resgatar alguns marcos teóricos importantes no que diz respeito à saúde, começando pelo Relatório Lalonde, que foi publicado em 1974, conforme orientação política do ministro do Canadá. O relatório trazia uma nova perspectiva para a saúde, marcando um novo começo para a saúde pública, definindo seu âmbito de uma forma extensa e integrada. Nessa época, já havia a preocupação de um olhar para a saúde além da perspectiva biomédica clássica em que o foco era na doença. Ressalta a importância dos comportamentos das pessoas e efeitos do meio ambiente sobre o indivíduo (Ministério da Saúde do Brasil, 2002).

Já a Declaração de Alma-Ata, em 1978, tinha como lema a saúde para todos em 2000. Essa declaração vem para chamar a atenção de todos os governos, trabalhadores em saúde e comunidade em geral. Alguns aspectos principais abordados foram: reafirma-se a saúde não somente como ausência de doença, mas como estado de completo bem-estar físico, mental e social; defende-se que para elevar o nível de saúde é primordial a participação de outros setores sociais e econômicos; sustenta-se que o planejamento e a execução dos cuidados em saúde deve ter participação dos povos, individual e coletivamente; é responsabilidade do governo a saúde da sua população; a relevância dos cuidados primários em saúde e a importância de se atingir um nível aceitável em saúde até 2000 (Ministério da Saúde do Brasil, 2002).

Na década de 1980, mais especificamente em 1986, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que ocorreu em Ottawa, Canadá. A Conferência se baseou nos progressos alcançados por meio da Declaração de Alma-Ata (1978). A promoção da saúde foi definida como:

... processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente... (Ministério da Saúde do Brasil, 2002, p. 9).

Em meio aos debates que estavam ocorrendo no mundo, por meio de um acúmulo de conhecimento, trabalhavam-se novos caminhos para a compreensão de saúde. Concebia-se o processo saúde-doença como parte integrante do social. Um marco brasileiro para a saúde nesse contexto foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde do Brasil e convocada pela Presidência da República, realizada em março de 1986. A saúde, finalmente, por meio de um debate público, obteve conquistas concretas, culminando no SUS (Cohn, 1989).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde definiu a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, então, resultado das formas de organização social da produção, podendo provocar grandes desigualdades nos níveis de vida (Ministério da Saúde do Brasil, 1986).

Buss (2009) considera a existência de uma linha divisória entre a promoção da saúde e a prevenção de doenças como um ponto crítico, sendo dois enfoques complementares no processo saúde-doença, tanto para um plano individual, como para um plano coletivo. Para o autor, o conteúdo teórico possui uma divisão mais precisa para os dois enfoques, do que nas práticas. Porém, para Buss (2002), é certo que há uma divisão entre prevenir doenças e promover saúde.

A promoção da saúde surge como alternativa teórica e prática global para enfrentamento a uma série de problemas que atingem a saúde humana. Modernamente ela pode ser caracterizada como a comprovação de um papel de protagonismo dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, na qual saúde relaciona-se a vários fatores ligados à qualidade de vida: habitação e saneamento, padrão adequado de alimentação e nutrição, condições adequadas de trabalho e renda, oportunidade de educação, ambiente físico limpo, apoio social, cuidados adequados com a saúde e estilo de vida responsável (Buss, 2002). Por meio dessa realidade, o Brasil desde 2016, conta com a Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde, fundada no I Seminário de Pesquisa em Prevenção, ocorrido na Universidade de São Paulo. A associação visa reunir e fortalecer pesquisadores da área. Os estudos em promoção da saúde e prevenção de doenças devem implicar o empoderamento de indivíduos, organizações e comunidades, entendendo e inserindo especialmente aqueles que sofreram com opressões históricas, culturais, econômicas e educacionais na realidade

brasileira. Tudo isso tem por objetivo a melhoria da saúde no Brasil e no mundo (Murta et al., 2019).

Sendo assim, para Buss (2002), a promoção da saúde só é possível num sentido mais amplo, voltada para atividades coletivas dos indivíduos e para o ambiente (natural e construído). Devem ser levadas em consideração as políticas públicas intersetoriais que incluam aspectos social, político, econômico e cultural, além do empoderamento dos indivíduos e da comunidade para ações que favoreçam a saúde. Na prevenção de doenças, evitar a enfermidade é o objetivo final, sendo a ausência de doença o suficiente. Já a promoção de saúde tem por objetivo modificar as condições de vida.

Pode-se destacar, ainda, que a promoção da saúde não se limita ao modelo biomédico focado na doença e cura de enfermidades, mas, sim, enfatiza cuidados com a saúde. Porém, sabe-se que a prática ainda carrega a história natural das doenças, em que se antecipa e se evita que as doenças ocorram, por meio de ações que restabelecem o equilíbrio dinâmico entre o hospedeiro, o agente patogênico e o meio (Marcondes, 2004; Mendes, Fernandez & Sacardo, 2016).

Para Souza e Grundy (2004), prevenção de doenças refere-se à compreensão dos riscos ou da probabilidade de uma pessoa tornar-se doente, na qual estratégias preventivas efetivas se vinculam ao índice e/ou à prevalência de doenças na região em que vive uma comunidade. Sendo assim, as intervenções direcionadas a essas doenças objetivam evitar suas causas, tratando-se de uma forma mais direta de responsabilizar o indivíduo em relação a esses cuidados.

As doenças crônicas ou crônico-degenerativas possuem longa duração, estão relacionadas ao estilo de vida e requerem mudanças que são influenciadas pela cultura e pelas crenças sobre saúde e doença. Além disso, constituem um importante problema para a saúde

pública. Essas doenças são progressivas e interferem na qualidade de vida dos seus portadores (Fowler & Sá, 2009; Machado & Koelin, 2009).

Araújo (2012) afirma que os países industrializados vêm sofrendo transformações no perfil epidemiológico, se caracterizando por diminuição das doenças infecciosas e parasitárias e aumento das doenças crônico-degenerativas. Nesse sentido, Malta, Cezário, Moura, Morais Neto e Silva Junior (2006) afirmam a importância da prevenção das doenças crônico-degenerativas, que podem ser evitadas. Apesar de se caracterizarem por enfermidades consequentes do processo de industrialização, sabe-se que elas também possuem ocorrência na região rural, sugerindo a possibilidade de um entrelaçamento entre o rural e o urbano.

Definem-se populações do campo como sendo povos e comunidades que possuem modos de vida, produção e reprodução social com relação intensa com a terra. Pode-se incluir nessa caracterização camponeses, trabalhadores rurais assentados ou acampados, sejam assalariados, sejam temporários, residindo no campo ou não (Ministério da Saúde do Brasil, 2013).

Assim, o Ministério da Saúde do Brasil criou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, uma política de saúde específica para essa população que tem condições de saúde desfavoráveis, podendo diminuir as iniquidades, reduzindo as taxas de mortalidade e agravos à saúde. Essa política nacional representou uma melhoria nas formas de acesso aos serviços de saúde, com garantia desse direito por meio do SUS e de seus princípios (Ministério da Saúde do Brasil, 2013). Tal Política Nacional refere-se a uma política de governo, e não de Estado, não existindo mais no atual governo, na qual foi extinta.

Vale destacar que a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta foi criada baseada em evidências quanto às desigualdades e necessidades de saúde dessa população, que merece atenção diferenciada de acordo com a realidade e peculiaridades presentes em seus modos de vida. Sua criação foi em parceria entre governo e lideranças dos

movimentos sociais, tornando-se importante a participação popular e o controle social (Ministério da Saúde do Brasil, 2013).

Para D'Amore, Cowes e Logiovine (2015), o acesso aos serviços representa uma das principais preocupações quando o assunto é saúde pública, por ser uma variável de grande impacto para a saúde da população. Os autores fazem uma crítica à formulação das políticas públicas de saúde, que, na maioria das vezes, são realizadas por pessoas centrais que não consideram as características, as crenças e os modos de vida das populações destinadas, sendo esse um fator essencial para a efetividade das ações que são realizadas.

Torna-se importante pensar sobre a necessidade de compreensão do processo saúde-doença das populações rurais pelos seus modos de vida particulares e especificidades como grupo populacional. A psicologia tem tratado pouco de tais particularidades, assim como dos condicionantes psicossocioculturais que intervêm nos processos de saúde dessa população. A psicologia teve de, então, utilizar ferramentas que são desenvolvidas em contextos urbanos para assuntos que são próprios de regiões rurais (D'Amore et al., 2015).

É possível estabelecer uma correlação entre a política pública de saúde oferecida e os DSS com a falta de promoção da saúde e prevenção de doenças em uma determinada comunidade. Isso implica dizer que os DSS, que incluem as políticas públicas de saúde, engendram as formas de pensar e prevenir doenças e promover saúde, que organizam comportamentos, comunicações e transformações sociais. A exemplo dos DSS, evidenciam-se tanto a falta de perspectiva, quanto as precárias condições de vida a que determinada população está submetida (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

Os DSS devem influenciar diretamente a formulação de políticas públicas de saúde para a população rural, que vai se relacionar com outras políticas públicas. Uma política de saúde adequada e contextualizada, que leva em consideração as dificuldades que perpassam o

meio rural, valorizando a participação da comunidade e melhorando os serviços de saúde, beneficia as condições de vida nas comunidades rurais. Verifica-se que, de uma maneira geral, os estudos sobre DSS no meio rural vêm sendo feitos de modo fragmentado, conforme apontado na Revisão Sistemática da Literatura (RSL), existindo uma lacuna no conhecimento sobre a influência dos determinantes sociais em sua totalidade nas políticas públicas de saúde no meio rural e não é feito um recorte quanto aos povos tradicionais (indígenas/quilombolas).

A partir do contexto apresentado, verifica-se a necessidade de estudos que tenham como foco o meio rural, que é tratado, muitas vezes, como sendo atrasado e sem importância, visto que a representação do urbano, desde o processo de industrialização, apresenta um lugar de mais valor (Laubstein, 2011). Melhores condições de vida para a população do campo permitem manter essas pessoas em seus locais de origem, sem a crença de que é preciso sair da comunidade para ter uma vida melhor (Pietrafesa, 2006). Uma das formas de alcance de melhores condições de vida é o investimento em políticas públicas de saúde, incluindo promoção da saúde e prevenção de doenças em seu aspecto mais amplo, alcançando bem-estar e valorizando as potencialidades da comunidade rural (Riquinho, 2009; Soares, Moraes, Vianna, Pessoa, & Carneiro, 2015).

Com o exposto, este estudo visa responder o seguinte problema: como se estabelece a relação entre os DSS e a política pública de saúde e as ações preventivas e de promoção à saúde na comunidade rural de Barreiras, Bahia?

Os DSS não são levados em consideração nas políticas públicas de saúde adotadas no meio rural de Barreiras, Bahia. Ademais, estratégias que envolvam a prevenção de doenças são mais presentes, enquanto ações para a promoção da saúde são pouco reconhecidas.

A compreensão dos DSS para a formulação da política de saúde relacionando os aspectos da promoção da saúde e prevenção de doenças é a estratégia indicada para a prática de melhoramento em saúde na comunidade rural de Barreiras, BA.

Assim, o objetivo geral é investigar a relação dos DSS e as políticas públicas de saúde na comunidade rural de Barreiras, Bahia. Enquanto os objetivos específicos são: identificar as características sociodemográficas e econômicas dos/das participantes; analisar as práticas em prevenção de doenças e promoção da saúde, como manifestações de políticas públicas em saúde, relacionadas aos DSS; verificar a percepção do impacto dos DSS nas doenças reconhecidas na comunidade.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Conforme Martins (2004), a metodologia não é uma discussão sobre técnicas qualitativas, mas, sim, uma discussão teórica sobre maneiras de fazer ciência. A autora chama a atenção para a importância de se fazer ciência na sociologia, em que os fenômenos complexos não podem ser reproduzidos em laboratórios e submetidos a controle. Causas e motivações não podem ser estudadas de forma isolada e exclusiva. Ademais, a forma de análise na pesquisa qualitativa vai exigir características peculiares do pesquisador, em que se valoriza a intuição e a criatividade, não se tratando de um dom, mas de uma formação teórica e dos exercícios práticos do pesquisador.

Minayo e Minayo-Gómez (2003) apontam que a melhor forma para uma pesquisa é aquela que seja capaz de responder às perguntas do pesquisador. A partir de uma proposta, a metodologia explica e compreende o objeto. Torna-se necessário trabalhar com pesquisa com enfoque nos preceitos universais da ciência. Não há, então, uma única forma de fazer pesquisa, ou seja, a melhor forma não existe.

Pires (2008) defende que é necessário desdogmatizar e estimular a criatividade. Porém, não se espera algo confuso, como se tudo fosse bom para o método no sentido literal. Dessa forma, é preciso saber equilibrar, considerando as virtudes do relativismo e a heterogeneidade e complexidade do mundo social; para o autor, “A liberdade criadora quanto às regras de método não se obtém por via anárquica: ela se domestica na própria prática da pesquisa...” (p. 44).

Briceño-León (2003), complementando a afirmação anterior, aponta que o investigador deve questionar com qual das técnicas é possível chegar a melhor compreensão do problema. Acrescenta ainda de que forma é possível integrar técnicas que se dispõem para que a realidade seja compreendida de uma forma mais completa.

A tese em questão se configura como pesquisa do tipo descritiva e qualitativa, as quais foram escolhidas por entender como as melhores formas para responder ao problema de pesquisa. De acordo com Cervo e Bervian (2002), a pesquisa descritiva busca estudar um fenômeno sem manipulá-lo. Procura então descrever as características desse fenômeno, a frequência em que ocorre e sua natureza.

O caminho pelo qual o desenho de pesquisa foi constituído baseia-se na abordagem qualitativa. Para Minayo (1992), ela refere-se a uma compreensão profunda e detalhada dos fenômenos estudados, como significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, sendo, então, um método adequado para uma pesquisa que envolve as políticas públicas de saúde e os DSS. Günther (2010) complementa que a pesquisa qualitativa permite flexibilidade e adaptabilidade, não utilizando instrumentos e procedimentos padronizados. Para o autor, "... a pesquisa qualitativa considera cada problema objeto de uma pesquisa específica para a qual são necessários instrumentos e procedimentos específicos..." (p. 204).

Para a organização da tese, primeiramente foi realizado um levantamento dos estudos empíricos já realizados no Brasil por meio de uma RSL no portal Capes, para que pudesse ser identificado o que já foi abordado sobre a temática, os estudos atuais e as lacunas ainda presentes, demonstrado no primeiro artigo do presente trabalho. Posteriormente, foram realizados dois artigos empíricos com os dados coletados na comunidade rural do município de Barreiras, BA.

2.1 MÉTODO DOS ESTUDOS EMPÍRICOS

O artigo empírico, além de descrever, explora fenômenos, na medida em que é necessário um conhecimento prévio para não só fazer uma descrição, mas para proporcionar maior familiaridade com o assunto, possibilitando a construção de hipóteses e propondo soluções para as lacunas encontradas na pesquisa. Destaca-se aqui a importância da abordagem qualitativa para responder aos objetivos da presente pesquisa.

2.1.1 Local de estudo

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ([IBGE], 2011), no Censo Demográfico 2010, no Brasil a população urbana era de 84,36% do total, enquanto a população rural era de 15,64%. Especificamente a população total de Barreiras, Bahia, segundo o mesmo instituto, em 2010, era de 123.741 e havia uma média de 13.686 pessoas na área rural, predominando economicamente o agronegócio com produção de algodão e soja. A extensão territorial do município é de 7.538 km². Apesar da maior concentração de pessoas na região urbana, o município de Barreiras se caracteriza pela atividade econômica do agronegócio, demonstrando que a comunidade rural não possui agricultura familiar valorizada.

O município de Barreiras se localiza a 900 km de Salvador (Figura 3). Faz parte da Mesorregião Extremo Oeste da Bahia e do Território de Identidade da Bacia do Rio Grande (BA), que é formado por Angical, Baianópolis, Barreiras, Buritirama, Catolândia, Cotegipe, Cristópolis, Formosa do Rio Preto, Luís Eduardo Magalhães, Mansidão, Riachão das Neves, Santa Rita de Cássia, São Desidério e Wanderley.



Figura 3. Mapa da região oeste da Bahia por Treck Brasil Transportes (2020).

A pesquisa empírica foi realizada nos domicílios da comunidade rural da cidade de Barreiras (BA), onde existem postos de saúde. O município possui quatro postos municipais de saúde na zona rural, que se localizam em quatro regiões: Bezerra, Mucambo, Tatu e Baraúna (Figura 4). O povoado do Bezerra localiza-se a aproximadamente 17 km da região urbana, se caracterizando por estrada ruim, sem pavimentação, no período da coleta de dados. O povoado da Baraúna é o mais próximo da cidade, localizado a 10 km da cidade, no qual o acesso é pavimentado até a comunidade. O povoado do Mucambo se localiza a 17 km do centro de Barreiras, em que parte do acesso é de estrada asfaltada e parte é sem pavimentação, com estrada malconservada no período da coleta de dados. O povoado do Tatu fica a 22 km de Barreiras, sendo parte do acesso por estrada asfaltada e parte por estrada sem pavimentação. Os quatro povoados rurais da cidade de Barreiras possuem unidades básicas de saúde vinculadas ao SUS.

Povoado de Bezerra



Povoado de Tatu



Povoado de Mucambo



Povoado de Baraúna



Figura 4. Registro fotográfico das quatro regiões estudadas: Bezerra, Mucambo, Tatu e Baraúna.

2.1.2 População e amostra

A população do estudo é formada por frequentadores dos postos de saúde e moradores da comunidade rural da cidade de Barreiras, Bahia, Brasil. Segundo o IBGE (2011), no Censo Demográfico 2010, o município tinha uma população de 123.741 e havia uma média de 13.686 pessoas na área rural.

A amostra do estudo foi por conveniência, com mulheres e homens a partir de 18 anos, moradoras(es) da comunidade rural do município em estudo e que foram entrevistadas(os) em domicílio, escolhidas(os) também por conveniência. Tratou-se, portanto, de uma amostra não probabilística. As entrevistas foram realizadas com 34 pessoas no total, tratando-se de uma amostra por saturação. A amostra por saturação, conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008), costuma ser utilizada em pesquisas qualitativas em saúde como forma de estabelecer o tamanho da amostra final do estudo, em que há a suspensão da inclusão de novos participantes, justificada pela repetição dos dados conforme avaliação do pesquisador.

2.1.3 Instrumentos

Os instrumentos para a coleta de dados foram os seguintes:

1. Questionário sociodemográfico e econômico: trata-se de um instrumento desenvolvido pela pesquisadora, contendo dados de identificação sociodemográfica, econômica e clínica dos/as participantes e dados clínicos ou relativos à condição de saúde geral (Apêndice A);
2. Entrevista semiestruturada: é um instrumento elaborado pela pesquisadora com questões referentes aos DSS baseados no modelo de Dahlgren e Whitehead, de 1991, às políticas públicas de saúde oferecidas, à prevenção relativa a cinco doenças recorrentes e à promoção de saúde na comunidade rural do município em

estudo, na percepção dos participantes (Apêndice A). Foi realizado um estudo-piloto da entrevista para garantir a validação interna do instrumento. O estudo-piloto possui como finalidade testar os métodos, os materiais, os equipamentos, entre outros. Essa etapa foi realizada antes da execução do estudo em sua completude (Barret, 2011). A partir do estudo-piloto, mais perguntas foram acrescentadas ao roteiro de entrevista e outras reformuladas para melhor entendimento do entrevistado/a.

2.1.4 Descrição da coleta dos dados

Inicialmente, realizou-se contato com as enfermeiras das unidades de saúde e também com as diretoras das escolas nas comunidades rurais. A partir de conversa realizada com essas profissionais, decidiu-se que a melhor forma para abordar os/as possíveis participantes era nos domicílios, já que o espaço nos serviços de saúde não permitia que a pesquisadora coletasse os dados ali. Os/as possíveis participantes foram convidados/as pessoalmente em domicílio pela pesquisadora a participar da investigação. Após aceitarem participar, foram explicados os objetivos, tempo de duração e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que pudessem assinar (Apêndice B). Nesse mesmo momento, as entrevistas semiestruturadas foram aplicadas individualmente pela pesquisadora e armazenadas em áudio por meio de um gravador, com a permissão do/a participante.

2.1.5 Descrição do tratamento dos dados

Os dados sociodemográficos, econômicos e clínicos foram submetidos à estatística descritiva simples. As falas dos participantes foram transcritas de acordo com os objetivos da pesquisa e analisadas a partir do referencial teórico adotado e da análise temática proposta por

Bardin (2008). A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos sutis em constante aperfeiçoamento que se aplicam a discursos diversificados. A análise de conteúdo, como metodologia, é um conjunto de técnicas, não se tratando de instrumentos, mas de várias e adaptadas (ao campo de investigação) formas de análise das comunicações, objetivando a descrição dos conteúdos existentes nas mensagens, por meio de procedimentos sistemáticos. Na análise de conteúdo, são realizadas três etapas, descritas abaixo.

A primeira, pré-análise, é a fase de organização, pois corresponde ao período de intuições com o objetivo de tornar operacionais e sistemáticas as ideias iniciais de forma que conduzam a um esquema preciso de desenvolvimento de operações sucessivas em um plano de análise. Ainda, conforme Bardin (2008), essa primeira fase abarca três missões: a escolha dos documentos que serão submetidos à análise (no caso desta pesquisa serão os dados coletados na transcrição das entrevistas); a formulação de hipóteses e objetivos sobre a relação dos DSS com as políticas públicas de saúde na comunidade rural de Barreiras, BA; e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. Esses fatores não ocorrem necessariamente nessa ordem, mas estão correlacionados.

Nesse momento, a pesquisadora submeteu-se à leitura flutuante dos dados, momento em que se começa a conhecer o material, como sendo a primeira atividade, que consiste em estabelecer contato com os dados a serem analisados buscando conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações. Pouco a pouco, a leitura tornou-se mais precisa, já que os objetivos do estudo começaram a emergir à luz da projeção das teorias adaptadas acerca do material (Bardin, 2008).

Em seguida, na segunda etapa, o material foi preparado para a sua exploração de fato, a partir de uma fase longa e morosa, que consistiu em etapas como codificação e decomposição e ocorreu em funções de regras previamente formuladas. No caso deste estudo qualitativo, recorreu-se a indicadores não frequenciais que permitiram inferências, o que

corresponde a um procedimento mais intuitivo, maleável e adaptável ao que não está previsto. Com isso, pretendeu-se a compreensão do sentido, uma vez que a inferência é fundamentada na presença do indicador, e não na frequência de sua aparição, levando-se em conta a singularidade de cada participante.

Após esse processo, na terceira etapa, os resultados obtidos foram tratados de maneira que se tornassem significativos e válidos, com o objetivo de propor inferências e interpretações que tivessem a ver com o arcabouço teórico da pesquisa. Vale ressaltar que o exame foi baseado na análise categorial, em que são marcadas as unidades de registro, do início ao fim das entrevistas, associadas a significados ou temas – representados por categorias (Bardin, 2008).

Para manter o anonimato dos entrevistados, estes foram identificados pela letra “P” de participante, seguida de um número de identificação de acordo com a ordem das pesquisas realizadas na comunidade de Bezerra, durante todo o processo da análise. Já no último artigo empírico, os/as entrevistados/as foram identificados pelas letras “B”; “M” e “T”, representando respectivamente as comunidades da Baraúna, Mucambo e Tatu, seguidas de um número conforme a ordem de realização das entrevistas.

Para a realização da análise dos dados, utilizou-se o ATLAS-ti, que é uma ferramenta que auxilia nesse processo, sem realizar o procedimento completo, mas que facilita a análise de uma pesquisa com muitos dados qualitativos. O programa permite apresentar o processo de codificação, a criação de notas de pesquisa e de comentários, o estabelecimento de relações entre elementos analisados e o agrupamento e gerenciamento de tais elementos (Walter & Bach, 2015). O ATLAS-ti possibilitou a criação de subcategorias a partir das categorias, na qual foi utilizada uma planilha no Excel para a distribuição dos resultados, facilitando também a discussão, realizada com auxílio da própria planilha.

2.1.6 Critérios de inclusão

Moradores da comunidade rural de Barreiras, Bahia, a partir de 18 anos, homens ou mulheres, que aceitaram participar do estudo, assinando o TCLE, escolhidos por conveniência.

2.1.7 Critérios de exclusão

Foram excluídas da pesquisa as pessoas que se mostraram impossibilitadas por motivo de doença de participar da entrevista e pessoas que moravam há menos de um ano na comunidade rural deste estudo. No estudo, nenhum/a participante entrou no critério de exclusão.

2.1.8 Considerações éticas

Dado que os participantes deste estudo são seres humanos, seguiu-se as indicações éticas da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, e submetido à análise e julgamento do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade São Francisco de Barreiras, aprovado com o parecer consubstanciado de número 2.030.303 e CAAE 60315816.8.0000.5026, que é reconhecido pelo Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (Anexo) (Conselho Nacional de Saúde do Brasil, 2012). O presente estudo foi também encaminhado para o consentimento dos postos de saúde e para os participantes escolhidos. Logo, após o processo desses órgãos, foi iniciada a coleta de dados quando os participantes do estudo foram esclarecidos dos objetivos da Pesquisa e receberam o TCLE, elaborado conforme as normas estabelecidas pela Resolução n. 466/2012 e pela Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, que orienta sobre a pesquisa com

seres humanos nas áreas das ciências humanas, sociais e sociais aplicadas (Conselho Nacional de Saúde do Brasil, 2012, 2016). A pesquisadora procedeu esclarecendo aos participantes da pesquisa sobre o objetivo do estudo e verificou o interesse na participação. Foi garantido aos participantes o sigilo das informações, a voluntariedade na participação e a possibilidade de interrupção da entrevista/pesquisa, a qualquer momento, sem penalidades e prejuízos. O instrumento de pesquisa ficará guardado sob a responsabilidade da pesquisadora com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade em arquivo físico ou digital, por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

3 ARTIGO 1

Determinantes Sociais de Saúde e Políticas Públicas de Saúde em Regiões Rurais¹

Resumo: Nota-se a necessidade de conhecer os determinantes sociais de saúde para a elaboração e o exercício das políticas públicas de saúde no meio rural. Entende-se que, a partir de uma reorientação do modelo de saúde, o meio rural deve ser atendido dentro das suas circunstâncias, não havendo prejuízo para o que é oferecido em termos de serviços de saúde. Trata-se de uma Revisão Sistemática de Literatura que objetivou analisar a relação entre as políticas públicas de saúde e os determinantes sociais de saúde no meio rural. A revisão se deu por busca eletrônica de artigos indexados no Portal Capes por meio de duas buscas. Os descritores utilizados em português foram “Políticas públicas de saúde”, “Determinantes sociais de saúde” e “rural”, enquanto os descritores utilizados em inglês foram “Public health policies”, “Social determinants of health”, “Latin America”, “rural” e “adult”; na segunda busca utilizou-se como descritores “Determinantes sociais de saúde”, “Políticas públicas de saúde”, “Rural” e “Brasil”, já em inglês os descritores foram “Social determinants of health”, “Public health policies”, “Rural” e “Brazil”. As principais categorias encontradas foram: idosos, insegurança alimentar e obesidade, medicina tradicional, agronegócio e meio ambiente e, por último, foi analisada uma categoria que trata de dois artigos sobre malária e renda e bem-estar subjetivo. A população rural encontra-se em desvantagem relacionada às políticas públicas de saúde por não considerar suas peculiaridades. Compreende-se, nesse contexto, que a psicologia da saúde pode contribuir na elaboração das políticas de saúde, bem como na atuação nos ambientes de saúde, para um aumento de programas voltados para o bem-estar biopsicossocial e levando em consideração os determinantes sociais de saúde.

Palavras-chave: determinantes sociais de saúde, políticas públicas de saúde, rural.

¹ Artigo baseado nas regras da revista *Psicologia: Ciência e Profissão*. Versão impressa ISSN 1414-9893; versão *on-line* ISSN 1982-3703.

Abstract: The rural environment has many specificities related to the social determinants of health, such as the living and working conditions, which should be considered in the elaboration of policies on public health. This paper is a systematic review that aimed to analyze the relation between public health policies and Social Determinants of Health in the rural environment. We performed the review through electronic searches of indexed articles in Portal Capes. In the first online search we used terms both in Portuguese and English. The terms in Portuguese were “Políticas públicas de saúde”, “Determinantes sociais de saúde” and “rural”; in English, the terms were “Public health policies”, “Social determinants of health”, “Latin America”, “rural” and “adult”. In the second search we used the terms “Determinantes sociais de saúde”, “Políticas públicas de saúde”, “Rural” and “Brasil”, in Portuguese; in English, the terms were “Social determinants of health”, “Public health policies”, “Rural” and “Brazil”. The main categories found were elderly, food insecurity and obesity, traditional medicine, agribusiness and environment, and, lastly, we analyzed two papers on malaria and income, and subjective well-being. The rural population is at a disadvantage in relation to public health policies because the policies do not consider its peculiarities. In this context, we could understand that health psychology can contribute to the elaboration of health policies as well as act in health, related environments to increase the number of programs aimed at biopsychosocial well-being, taking into account the social determinants of health.

Keywords: social determinants of health, public health policies, rural.

Resumen: El medio rural está cargado de especificidades relacionadas a los determinantes sociales de salud, como las condiciones de vida y trabajo, que deben ser considerados en la elaboración de las políticas públicas de salud. Se trata de una Revisión Sistemática de Literatura que objetivó analizar la relación entre las políticas públicas de salud y los determinantes sociales de salud en el medio rural. La Revisión se dio por búsqueda electrónica de artículos indexados en el Portal Capes. Los descriptores utilizados en portugués

eran “Políticas públicas de saúde”, “Determinantes sociais de saúde” y “rural”; mientras que los descriptores utilizados en inglés fueron “Políticas de salud pública”, “Determinantes Sociales de la Salud”, “América Latina”, “rural” y “adult”. Los criterios de inclusión fueron: sólo artículos; publicados entre 2012 a 2017; cualquier idioma; periódicos revisados por pares. Los criterios de exclusión fueron: artículos no empíricos, no estar de acuerdo con los objetivos de la investigación, repetidos, artículos referentes solamente al niño ya adolescentes; artículos no realizados en al menos un país de América Latina. Se seleccionaron 24 artículos a partir de los 864 encontrados. La población rural se encuentra en desventaja relacionada con las políticas públicas de salud por no considerar sus peculiaridades. En este contexto, se cree que la psicología de la salud puede contribuir en la elaboración de las políticas de salud, así como actuación en los ambientes de salud, para un aumento de programas dirigidos al bienestar biopsicosocial y teniendo en cuenta los determinantes sociales de salud.

Palabras clave: determinantes sociales de salud, políticas públicas de salud, rural.

Introdução

Para garantir o direito à saúde, é necessário pensar em políticas de saúde eficazes, num contexto amplo. Assim, pensar nos determinantes sociais de saúde (DSS) e na formulação de políticas públicas de saúde pode ajudar a minimizar as iniquidades em saúde (Badziak & Moura, 2010). Para Buss e Pellegrini Filho (2007), DSS são fatores das condições de vida e trabalho de indivíduos e grupos de uma população que se relacionam com a saúde. Esses fatores podem ser: sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na saúde, doença e fatores de risco, entendendo-se que esta não é uma relação direta de causa-efeito.

No Brasil, as políticas públicas de saúde receberam reorientação a partir de 1988 com a Constituição Federal, quando os serviços de saúde têm como principais diretrizes a universalidade, a equidade e a integralidade, caracterizando-se como direito. Conforme Paim

(2015), o Sistema Único de Saúde do Brasil leva em consideração a saúde em sua perspectiva mais ampla, considerando vários aspectos que se relacionam a ela, e não somente o conceito reducionista de ausência de doença. O objetivo então é de que as pessoas possam ter uma vida com mais qualidade.

A população rural é representada por uma diversidade de pessoas, como populações tradicionais quilombolas, povos indígenas, povos das florestas, povos do cerrado, do semiárido, da caatinga, dos campos, das montanhas, dos pampas, do pantanal, comunidades ribeirinhas e pescadores. O Brasil rural vai muito além de seus recursos naturais (Ministério da Saúde do Brasil, 2012). A partir disso, no país, além da proposta da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, criada pelo Ministério da Saúde do Brasil, anteriormente, já havia sido elaborada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, política específica para a população indígena, pois se acredita que a atenção à saúde para esses povos deve ocorrer de forma diferenciada, já que se encontram em situação ainda maior de vulnerabilidade, principalmente pelos aspectos culturais e sócio-históricos (Fundação Nacional de Saúde, 2002; Ministério da Saúde do Brasil, 2013).

Tratando-se especificamente do meio rural, em 2014, a XII Conferência Mundial de Saúde Rural da Wonca e o IV Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, realizados no Brasil, reuniram pessoas interessadas na melhoria da saúde dessas populações nos países em desenvolvimento e alguns aspectos foram apontados como fundamentais. Vale destacar, entre eles, a importância da orientação dos serviços de saúde para a atenção primária em saúde e do foco nas reais necessidades das comunidades, o cuidado centrado na comunidade como competência cultural e o envolvimento da comunidade em todos os níveis de decisões. Destaca-se a seriedade de se “pensar o rural” a partir de um conhecimento contextualizado em que se envolvem as mais variadas informações e setores (Targa et al., 2014).

Para Marques (2002), o meio rural precisa ser analisado a partir de uma perspectiva de desenvolvimento, com superação da desigualdade social existente, que só é possível por meio de políticas que valorizem o campo, não se restringindo a aspectos econômicos e setoriais. Marques afirma ainda que, apesar do grande movimento do êxodo rural existente na metade do século XX, é possível perceber, atualmente, o inverso, no qual pessoas vão da cidade para o campo, tornando-se algo significativo. Tal fato acontece pela crise no meio urbano, em que problemas de saúde, educação, habitação, violência e desemprego atingem a população urbana.

Erthal (2014) aponta que o meio rural é carregado de especificidades relacionadas aos DSS, como as condições de vida e trabalho. Garantir saúde para toda a população torna-se um desafio, visto que os hábitos ou costumes, além de outros fatores, podem levar à saúde ou à doença os sujeitos na comunidade. Os serviços de saúde precisam se adequar às necessidades da população no meio rural.

A formulação teórica sobre o rural compreende os processos de mudança ocorridos a partir da industrialização e urbanização, com o crescimento das cidades e a modernização da agricultura, entendidos sob um *continuum*. Dessa forma, não há uma relação de polarização antagônica entre rural e urbano, em que o urbano é privilegiado ante o rural; o rural não significa local de atraso e mão de obra barata e desqualificada, além de que não está subordinado à cidade. Vale frisar que é um mito a hipótese de desaparecimento do rural, como resultado do processo de urbanização, tido como natural e inevitável (Carneiro, 2012; Laubstein, 2011).

Carneiro (2012) define o meio rural como um espaço cada vez mais heterogêneo e diversificado, que não se resume mais somente ao contexto agrícola, visto que a agricultura familiar se encontra em crise e os processos econômicos se encontram em transformação. Aponta ainda para uma redução das fronteiras dinâmicas entre rural e urbano. Isso quer dizer que características do meio urbano são encontradas no meio rural e vice-versa, sem uma

demarcação do que é de cada um; porém, não se devem negar os aspectos culturais, sociais e econômicos que permeiam e são próprios do contexto rural.

Para Wanderley (2000), o meio rural, apesar de manter suas próprias particularidades históricas, culturais, sociais e ecológicas, está inserido em uma realidade maior no conjunto da sociedade brasileira e no contexto atual das relações internacionais. Isso significa, que ele não está isolado nem funcionando em uma lógica própria e exclusiva de funcionamento e reprodução. A autora considera importante olhar para a grande diversidade de situações encontradas no meio rural, para que não haja generalizações precipitadas.

Assim, é possível que a psicologia participe da formulação de políticas públicas voltadas para o meio rural, o que é considerado bastante recente. Com o aumento dos/as psicólogos/as e as mudanças na realidade social, a classe começa a enxergar novas possibilidades de atuação, além do modelo clínico tradicional. Como aponta Gonçalves (2013), podem-se identificar propostas de ruptura com modelos de atuação tradicionais, em busca de alternativas que coloquem a psicologia a serviço da maioria das pessoas e com ações voltadas para melhoria da qualidade de vida, possibilitando assim a construção de uma nova sociedade. Contudo, sabe-se das dificuldades existentes tanto na formação quanto na atuação dos/as profissionais da área. Para Dimenstein (2000), a “cultura profissional” da psicologia é individualista, em que se acredita numa subjetividade individualizada, pautada na liberdade e igualdade, que não leva em consideração uma subjetividade construída socialmente. Dessa forma, há ainda uma falha nas grades curriculares nos cursos de Psicologia, bem como nas práticas realizadas (Dimenstein, 2000; Macedo & Dimenstein, 2011).

Nesse sentido, a psicologia da saúde, que agrega profissionais no Brasil comprometidos com a sociedade e que, contudo, carece de informações sobre o meio rural, em parte, reflete, deduz e cria conhecimentos a partir, também, do que foi acumulado cientificamente (Straub, 2014). A psicologia da saúde, para Straub, além de compreender o processo saúde-doença sob uma perspectiva biopsicossocial, reconhecendo a importância das

forças biológicas, psicológicas e socioculturais e valorizando os contextos múltiplos que podem influenciar a saúde e a doença, tem como um dos objetivos a promoção de políticas de saúde pública e o aprimoramento dos serviços de saúde. O/a psicólogo/a da saúde no Brasil ainda é visto como um profissional especialista, e não como um profissional de saúde geral (Böing & Crepaldi, 2010).

Ribeiro (2011) afirma que a psicologia da saúde não possui como foco as doenças mentais, mas, sim, centraliza sua atenção no polo saúde, descolando do polo doença, "... como objeto epistemológico diferente das doenças, com definição própria e métodos de intervenção e de avaliação específicos." (p. 26).

De acordo com a realidade sobre o meio rural, políticas públicas de saúde, determinantes sociais de saúde e psicologia (Buss & Pellegrini Filho, 2007; Carneiro, 2012; Dimenstein, 2000; Gonçalves, 2013; Laubstein, 2011; Macedo & Dimenstein, 2011; Wanderley, 2000) apresentada, nota-se a necessidade de conhecer os DSS para a elaboração e o exercício das políticas públicas de saúde no meio rural. Ressalta-se, ainda, que o conhecimento de tais informações deve chegar, principalmente, até os gestores e profissionais de saúde para que os serviços sejam efetivos no que concernem às características presentes nos contextos rurais. Então, entende-se que, a partir dessa reorientação, o meio rural deve ser atendido dentro das suas circunstâncias, não havendo prejuízo para o que é oferecido em termos de serviços de saúde.

O presente artigo trata-se de uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) que teve como objetivo analisar a relação entre políticas públicas de saúde e DSS rural, considerando os fatores relevantes para a temática em estudo, já que o assunto se mostra bastante carente de pesquisas que valorizem os aspectos peculiares da saúde no meio rural.

Método

Trata-se de uma RSL, segundo as orientações de Sampaio e Mancini (2007), e a pergunta disparadora da pesquisa foi: qual a relação entre os DSS e as políticas públicas de saúde no meio rural?

A RSL se deu por duas buscas eletrônicas de artigos indexados no portal da Capes, nas versões ampliadas e revisadas por pares. Estas foram selecionadas em razão da relevância para a temática em estudo. Para tanto, seguem os passos da primeira busca: os descritores utilizados em português foram “Políticas públicas de saúde”, “Determinantes sociais de saúde” e “rural”, enquanto os descritores utilizados em inglês foram “Public health policies”, “Social Determinants of health”, “Latin América”, “rural” e “adult”. A consulta às bases de dados foi realizada no período de junho de 2017 a março de 2018. As palavras-chave em inglês foram utilizadas como forma de selecionar os principais achados sobre o tema, já que a quantidade de artigos era expressiva. Os critérios de inclusão foram: somente artigos; publicados entre os anos de 2012 e 2018; periódicos revisados por pares. Por outro lado, os critérios de exclusão foram: ser texto completo e não disponível; artigos não empíricos; não estar de acordo com os objetivos da pesquisa; duplicados; artigos referentes somente a crianças e a adolescentes; artigos não realizados em, ao menos, uma região do Brasil. A primeira busca permitiu a identificação de 865 documentos. A segunda busca, no portal da Capes, ocorreu em setembro e outubro de 2019. Os descritores em português foram: “Determinantes sociais de saúde”, “Políticas públicas de saúde”, “Rural” e “Brasil”, já em inglês os descritores foram mantidos em “Social determinants of health”, “Public health policies”, “Rural” e “Brazil”. Os critérios de inclusão foram: a palavra rural no título ou no resumo; somente artigos; publicados entre os anos de 2013 e 2019; no idioma português ou inglês; periódicos revisados por pares. Já os critérios de exclusão foram: trabalho completo não disponível; artigos não empíricos; não estar de acordo com os objetivos da pesquisa; duplicados; artigos referentes somente a crianças e a adolescentes; artigos não realizados em

ao menos uma região do Brasil. Foram identificados 1.426 documentos. Nesse segundo momento de busca, somente foi realizada a leitura completa do artigo se o nome “rural” aparecesse no título ou no resumo, em razão do grande volume de artigos encontrado. De forma geral, por meio das duas buscas, foram encontrados 2.291 documentos. A figura 1 apresenta o fluxograma dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (Prisma) com a descrição completa e clara de todas as fases do estudo (Galvão, Pansani & Harrad, 2015).

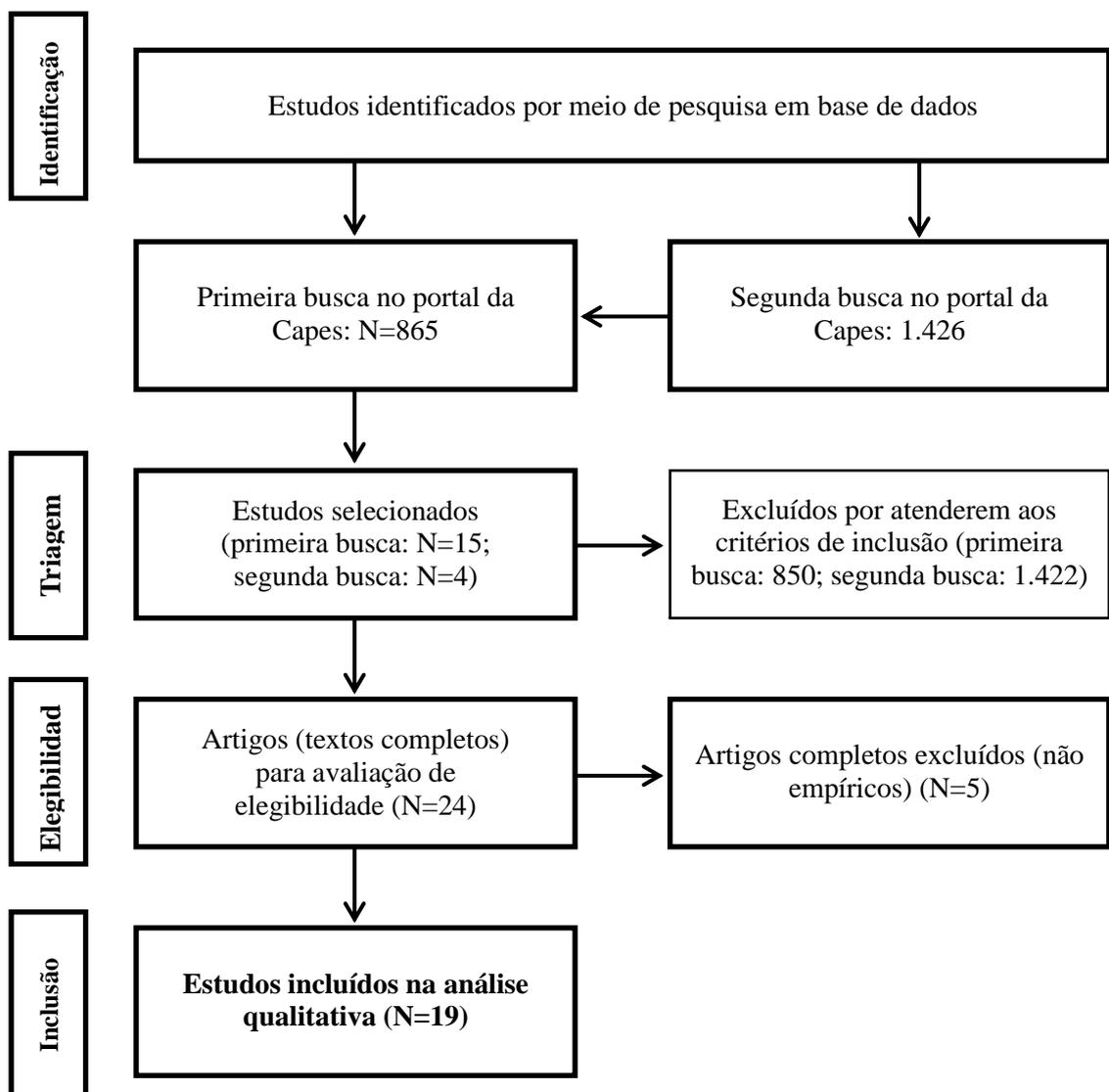


Figura 1-A1. Fluxo de informação com as diferentes fases da revisão sistemática Prisma (Galvão et al., 2015).

Foram selecionados 19 artigos no portal da Capes a partir das duas buscas, que totalizaram 2.291 trabalhos encontrados, e, após a leitura na íntegra dos artigos, ainda assim, cinco artigos se encaixavam nos critérios de exclusão. Ao fim, foram selecionados para a presente RSL 19 artigos. A análise dos *abstracts* foi realizada por dois juízes independentes, em julgamento duplo cego, e um terceiro juiz fez o consenso dos estudos em que houve discordância. O número de trabalhos selecionados se reduziu a 19 em razão, principalmente, de a maior parte dos trabalhos não ter sido realizada no meio rural e/ou no Brasil. Já na segunda busca, o nome “rural” não apareceu na maior parte dos títulos e resumos.

Resultados

Em relação à metodologia utilizada nas pesquisas, houve o predomínio do método qualitativo (De Marchi, Leal, Padilha, & Brondani, 2012; Ferreira, Viana Jr., Pontes, Rigotto, & Gadelha, 2016; Nasrala Neto, Lacaz, & Pignati, 2014; Pereira, Firmo, & Giacomini, 2014; Pinto & Gerhardt, 2013; Ramalho Souza, Romeiro, Amador, Oliveira, & Zambra, 2015; Teixeira & Oliveira, 2014; Vitor-Silva et al., 2016; Pereira, Lopez, & Dal Soglio, 2017), com oito pesquisas, seguido do método quantitativo, com cinco estudos (Araújo, Gama, Nascimento, Oliveira, Azevedo, & Almeida Júnior, 2014; Ferreira, Souza, Moura, & Horta, 2014; Noronha, Martins, Dias, Silveira, De Paula, & Haikal, 2016; Pimenta, Pinho, Silveira, & Botelho, 2015; Zank & Hanazaki, 2017), e da combinação dos dois métodos e utilização da pesquisa qualitativa e quantitativa (Camelo & Cândido, 2012; Bicalho, Géa-Horta, Moreira, Gazzinelli, & Velasquez-Melendez, 2018; Buralli et al., 2018; Gonçalves, Siqueira, Castro, & Hacon, 2014; Pontes, Gadelha, Freitas, Rigotto, & Ferreira, 2013), com cinco artigos.

Os estudos tiveram predominantemente como instrumentos de coleta de dados entrevistas e questionários, porém, foram utilizados também grupos focais, exames laboratoriais, escalas validadas, observação e medições clínicas. Vale ressaltar que apenas um

estudo teve análise longitudinal. Os/as participantes do estudo foram diversos, tratando-se desde moradores e trabalhadores rurais (agricultores, pescadores, idosos e pacientes do serviço de saúde), até gestores e trabalhadores dos serviços de saúde rurais.

Os artigos selecionados para a RSL são demonstrados por meio da Tabela 1 quanto à referência, cidade, estado ou região e à relação entre os determinantes sociais de saúde e a política pública de saúde. A cidade, estado ou região foi destacada de acordo com a informação fornecida pelos artigos.

Tabela 1

Descrição dos artigos segundo a referência, país de realização do estudo e relação entre a política pública de saúde e os determinantes sociais de saúde

Referência	Cidade, estado ou região	Relação determinantes sociais de saúde e política pública de saúde
Araújo et al. (2014)	Macaíba (RN)	Residir na área rural, apesar de ser considerado um fator de vulnerabilidade, associou-se positivamente nos atributos da atenção primária em saúde, já que a acessibilidade foi bem avaliada pelos idosos.
Bicalho et al. (2018)	Vale do Jequitinhonha (MG)	A presente pesquisa apresenta dois determinantes sociais de saúde em uma população rural de idosos/as no estado de Minas Gerais, sendo esses as questões referentes à prática de produção agrícola, a qual se caracteriza como fator de subsistência, e a prática de caminhada em área rural, entendendo que essa seja acessível e recomendada para promoção da saúde. Assim,

Referência	Cidade, estado ou região	Relação determinantes sociais de saúde e política pública de saúde
Buralli et al. (2018)	Rio de Janeiro	<p>verificou-se que a população depende da produção agrícola e tem maior frequência na prática de caminhada quando se desloca do que em momentos caracterizados como lazer.</p> <p>O devido trabalho dispõe uma análise reflexiva sobre a exposição do uso de agrotóxico em dada população rural, na qual apresentou-se uma alta prevalência de sintomas respiratórios e alterações, sinalizando fragilidade no sistema respiratório ao ser exposta à prática de utilização de agrotóxico.</p>
Camelo e Candido (2012)	Touros (RN)	<p>A pesquisa aponta a agricultura como fonte de trabalho que pode piorar a qualidade de vida, principalmente por fatores ambientais, mas que também pode fornecer melhorias por meio de investimentos e valorização.</p>
De Marchi et al. (2012)	Região Sul	<p>A cárie dentária é estudada em idosos como determinantes sociais de saúde. Notou-se a relação entre baixa escolaridade e baixa renda e o nível de informação sobre saúde bucal. A ausência da prevenção se fez presente, podendo ser apontada como fator importante para a política pública de saúde.</p>
Ferreira et al. (2014)	Norte de Alagoas	<p>Os resultados gerais do estudo apontam para alta prevalência de insegurança alimentar, demonstrando determinantes sociais de saúde importantes na formulação de políticas</p>

Referência	Cidade, estado ou região	Relação determinantes sociais de saúde e política pública de saúde
		públicas de saúde relacionadas à insegurança alimentar: educação, renda, habitação, água e gênero (cultura).
Ferreira et al. (2016)	Limoeiro do Norte e Quixeré (CE)	O determinante social de saúde presente na pesquisa é a água, devendo as políticas públicas de saúde nesses locais levar em consideração um modelo que não privilegie o agronegócio, mas que analise os moradores locais e insira a vigilância em saúde.
Gonçalves et al. (2014)	Porto Velho (RO)	Apresenta a necessidade de mais investimentos governamentais em políticas públicas nos espaços urbanos e rurais, principalmente nas questões referentes a vulnerabilidade social e das queimadas existentes, promovendo também a saúde, a sustentabilidade ecológica.
Nasralla Neto et al. (2014)	Estado de MT	As condições ambientais (agrotóxicos) e de alimentos são analisadas como determinantes sociais de saúde que devem ser levados em consideração na construção de políticas públicas de saúde que influenciam o trabalhador rural e moradores da comunidade rural.
Noronha et al. (2016)	Montes Claros (MG)	Ser do sexo masculino, possuir automóvel na família, não possuir doença crônica, não fazer uso diário de medicamento, não ser tabagista e praticar atividades físicas apresentaram-se relacionados a maiores níveis no componente

Referência	Cidade, estado ou região	Relação determinantes sociais de saúde e política pública de saúde
Pereira et al. (2014)	BambuÍ (MG)	<p>físico da qualidade de vida relacionada à saúde tanto rural quanto urbana.</p> <p>A falta de prioridade relacionada aos determinantes sociais de saúde rurais na construção de políticas públicas de saúde facilita a ocorrência do êxodo rural, necessitando-se de investimentos que favoreçam a permanência das pessoas no meio rural.</p>
Pereira et al. (2017)	Rio Grande Sul; Paraíba	<p>O artigo aponta para a importância e necessidade da produção do próprio alimento por produtores rurais, chamada de soberania alimentar, que evita a fome e garante nível de nutrição adequada. Assim, desenvolve autonomia produtiva e alimentar, com gerenciamento dos próprios produtores, como forma de enfrentamento à agricultura industrial.</p>
Pimenta et al. (2015)	Teófilo Otoni (MG)	<p>Os idosos da zona rural possuem uma prevalência maior de doenças do que idosos da zona urbana. Tal fato merece atenção na construção de políticas públicas de saúde, levando em consideração aspectos como: estilo de vida, questões socioeconômicas e acesso aos serviços de saúde.</p>

Referência	Cidade, estado ou região	Relação determinantes sociais de saúde e política pública de saúde
Pinto e Gerhardt (2013)	Camaquã e Canguçu (RS)	O estudo revela as especificidades em saúde no contexto rural, apontando a fragilidade no que se refere à utilização de meios formais de avaliação dos serviços, enquanto a mediação sociopolítica se faz presente.
Pontes et al. (2013)	Ceará e Rio Grande do Norte	O agronegócio promove diversos impactos negativos sobre a saúde, o trabalho e o ambiente. A pobreza, exploração do trabalho e contaminação por agrotóxico aumentam, com impacto direto na saúde da população rural.
Ramalho de Souza et al. (2015)	Vila Amazônia (AM)	O artigo traz a valorização do trabalho e cultura local por meio de informação e conhecimento para desenvolvimento de comunidades rurais.
Vitor-Silva et al. (2016)	Careiro (AM)	O presente trabalho relata sobre índices da malária em duas comunidades rurais na Amazônia, na qual a fonte de renda da população vem da agricultura familiar.
Teixeira e Oliveira (2014)	Monte Alegre (SP)	A pesquisa aponta para a valorização das práticas populares na formulação das políticas públicas de saúde, tão presentes nesse contexto. Além disso, percebe-se que as redes sociais e comunitárias podem ser consideradas como um determinante social de saúde em potencial para a construção de políticas públicas de saúde no meio rural.

Referência	Cidade, estado ou região	Relação determinantes sociais de saúde e política pública de saúde
Zank e Hanazaki (2017)	Ceará e Santa Catarina	O estudo traz a valorização da medicina tradicional em comunidades rurais, a qual pode ser inserida na política pública de saúde.

Os dados da Tabela 1 apontam que o ano de maior publicação foi o de 2014, com 31,5%, seguido por 2016, com 21%. Os anos de 2012, 2013, 2015 e 2017 corresponderam por 10,5% cada um e, por menor quantidade de publicação, seguiu o ano de 2018, com 5,2%. Vale ressaltar que esses dados correspondem às pesquisas realizadas no território brasileiro. Para tanto, as regiões Nordeste e Sudeste apresentaram maior número de publicações, correspondendo por 62,4% (seis publicações de um total de 19), seguidas das regiões Norte e Sul, correspondendo por 31,2% (três publicações para cada região de um total de 19) e, por último, a Região Centro-Oeste, correspondendo por 5,2% (uma publicação de um total de 19). Além disso, foi verificado que o estado com maior publicação é o de Minas Gerais, correspondendo a quatro publicações, das seis publicações na Região Sudeste, seguido do Rio Grande do Sul, com três publicações. Posteriormente, segue o estado do Ceará, com três publicações de seis da Região Nordeste, e os estados de Rio Grande do Norte e Amazonas, ambos com duas publicações.

Os artigos que foram encontrados no presente trabalho foram agrupados em seis grandes categorias para facilitar a análise dos resultados. As categorias surgiram baseadas nas semelhanças entre assuntos, com exceção da última, que teve dois artigos que não se assemelharam com nenhum artigo. São elas: idosos, insegurança alimentar e obesidade, medicina tradicional, agronegócio e meio ambiente. Por último, foram analisadas duas categorias que tratam de dois artigos sobre malária e renda e bem-estar subjetivo.

De Araújo et al. (2014), De Marchi et al. (2012), Pimenta et al. (2015) e Prince et al. (2016), acerca dos idosos no meio rural (primeira categoria temática), demonstraram que estes apresentaram mais prevalência de doenças do que idosos da zona urbana e que a dificuldade de transporte não impediu o acesso aos cuidados, mas diminuiu o número e a frequência de visitas aos serviços de saúde. Além disso, a procura se dá quando já existe a dor, apontando para uma falta de prevenção. A ausência de investimentos no meio rural pode ser elencada como fator que colabora para o êxodo rural entre idosos.

Insegurança alimentar e obesidade fazem parte da segunda categoria temática, abordadas por Bicalho et al. (2018), Caamaño, Ronquillo, Kimoto, García, Long, & Rosado (2016), Ferreira et al. (2014) e Loret de Mola, Pillay, Diez-Canseco, Gilman, Smeeth, & Miranda (2012), apontando que a alimentação no meio rural é um problema de saúde pública. Fatores e crenças sociais podem explicar alimentação insalubre e devem ser levados em consideração para a construção de políticas públicas. A maioria das pessoas com sobrepeso subestimou seu peso, demonstrando que desconhecem a gravidade do seu estado de peso e conseqüentemente de saúde. Em relação à insegurança alimentar, não há diferenças significativas entre a área urbana e a rural, porém, o estilo de vida por meio da alimentação e outros fatores determinantes (educação, renda, habitação, água, relações de gênero e cultura) são apontados como importantes para a elaboração das políticas públicas de saúde rurais. Além desses fatores, foi sinalizado também na população rural brasileira o baixo nível de caminhada, sendo considerada insuficiente no que se caracteriza como lazer e deslocamento. Ainda que sejam somados os três contextos de maior domínio (trabalho, deslocamento e lazer), os resultados mostram que de cada três pessoas, apenas uma caminha suficientemente. Pereira et al. (2017), em contrapartida, demonstram em sua pesquisa os benefícios surgidos da soberania alimentar, que se refere à produção de todo ou parte do próprio alimento, prevenindo a fome nas localidades rurais e garantindo autonomia e resistência à agricultura industrial.

A valorização da medicina tradicional, terceira categoria temática, é apresentada como estratégia de melhoria para as políticas públicas de saúde no meio rural, considerando que o uso de medicamentos alopáticos tem se apresentado como uma das principais ameaças à medicina tradicional, bastante utilizada em comunidades rurais. Aliada a esse fator, observa-se a importância das redes comunitárias e sociais existentes nessas localidades (Teixeira & Oliveira, 2014; Zank & Hanazaki, 2017). Acrescenta-se a seriedade em valorizar e desenvolver profissionalmente os moradores das regiões rurais (Ramalho de Souza et al., 2015), além da necessidade de inclusão dos diversos atores e meios oficiais e oficiosos na execução da avaliação dos programas de saúde e também das políticas de saúde (Pinto & Gerhardt, 2013).

Na quarta categoria, agronegócio, agrotóxicos e meio ambiente são colocados em discussão para Camelo e Candido (2012), Ferreira et al. (2016), Nasrala Neto et al. (2014), Pontes et al. (2013) e Buralli et al. (2018). Os trabalhos apontam a prioridade desse segmento econômico nas regiões rurais, em detrimento da qualidade de vida da população que ali vive. Verifica-se que a ideia predominante por gestores e moradores rurais refere-se ao potencial gerador de empregos do agronegócio nessas regiões, enquanto a falta de acesso à água, a consequência da utilização de agrotóxicos e a exploração de trabalho não são levadas em consideração como impactantes na saúde da população do campo. Apresenta-se também a reflexão sobre o uso excessivo de agrotóxico na agricultura, o qual é considerado um problema de saúde pública, principalmente para os trabalhadores rurais e suas famílias, que são expostos sem as proteções de segurança necessárias, levando a sintomas respiratórios e alterações pulmonares. Assim, os impactos ambientais, a exemplo de queimadas e poluição do ar, têm levado a vulnerabilidades e são determinantes sociais de saúde importantes nessas regiões (Gonçalves et al., 2014).

A quarta e quinta categoria temática apresentam dois assuntos diversos: malária e bem-estar subjetivo. Vitor-Silva et al. (2016) em seu estudo sobre a malária na cidade de Carreiro, Amazonas, afirmam que a incidência da doença é maior no período seco e que os fatores que ajudam na sua redução são a expansão da rede de diagnóstico, o diagnóstico precoce e o tratamento, tornando-a acessível, inclusive, a áreas remotas da região amazônica. Já Reyes-García, Babigumira, Pyhälä, Wunder, Zorondo-Rodríguez e Angelsen (2016) abordam a relação entre renda e bem-estar subjetivo no meio rural e assinalam a importância existente na comparação entre os membros da comunidade quando alguns conseguem melhorar os níveis de renda, afetando diretamente e negativamente no bem-estar subjetivo dos outros.

Discussão

A presente RSL demonstra que a população rural possui formas específicas de vida. Ela é heterogênea e se caracteriza por sua diversidade, e torna-se urgente levar em consideração tais aspectos. Alguns moradores de área rural possuem condições desfavoráveis, no Brasil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, nas quais há um menor acesso aos serviços de saúde. A localização, a comunicação e o *status* socioeconômico afetam essas pessoas, sobretudo, quando comparadas à população em geral. Riquinho (2009) discute sobre o histórico de pobreza das regiões rurais no Brasil e no mundo e as dificuldades existentes para a superação, visto que o desenvolvimento econômico é voltado, na maioria das vezes, para os grandes produtores e a monocultura. Tal situação tem impacto direto na saúde dessa população. Riquinho assinala a importância de se levar em consideração os DSS para a construção das políticas públicas em saúde.

A imagem do meio rural na atualidade é representada e vinculada às grandes produções de soja e a um mercado internacional e moderno que retira o homem do trabalho

para substituí-lo pelas máquinas e tecnologia. Essa imagem é passada pela mídia, de forma que é esquecida e negada a contribuição do campesinato à sociedade, que, apesar da submissão, possui estratégias de resistência e forma de vida distinta. Carneiro (2012) coloca como importante caminho alternativo para a identidade ameaçada do agricultor as práticas pluriativas, que integram a sustentabilidade econômica, social e ambiental, não se pautam exclusivamente na produção agrícola e permitem saídas que não seja o êxodo rural ou, muitas vezes, a miséria. São saídas que não necessariamente anulam a agricultura, mas que podem integrar outras formas de trabalho e sustento, a exemplo do turismo nessas regiões. O meio rural vai se ressignificando e se modificando a partir da realidade sócio-histórica, cultural e econômica. Sendo assim, todos esses aspectos são importantes na construção de políticas públicas, que não devem ser únicas, já que se trata de ruralidades.

Vale destacar que a psicologia da saúde, conforme Trindade e Teixeira (2002), envolve a saúde e a doença, porém, ultrapassando a saúde física e mental e abrangendo os fatores sociais, culturais e ambientais, atendendo assim, demandas que surgem no meio rural. Os significados e as crenças relacionados à saúde e à doença fazem parte de uma realidade cultural, socioeconômica e das relações estabelecidas dentro de um conjunto particular. Tal afirmação aponta para os DSS como fundamentais no trabalho do/a psicólogo/a da saúde.

Incentivar a produção de alimentos saudáveis e a mudança para um comportamento voltado à alimentação saudável são fatores presentes nos DSS e que podem ser beneficiados pela psicologia da saúde no campo. O psicólogo da saúde se preocupa em compreender a interação entre o comportamento do indivíduo e a saúde, as influências do comportamento sobre a saúde e as formas de intervenções em promoção de saúde e prevenção de doenças diante do sujeito, da comunidade e do sistema de saúde (Pires & Braga, 2009). Rocha, Gehardt e Santos (2007) apresentam comportamentos não condizentes com a saúde no meio rural, como sedentarismo e inserção de alimentos industrializados.

Por outro lado, foram encontrados aspectos positivos sobre o vínculo comunitário e a medicina tradicional. Os dois pontos devem ser valorizados no meio rural para a construção das políticas públicas de saúde e, também, nas práticas profissionais. O que é possível questionar é se esses são recursos mais plausíveis nessas localidades, já que o acesso aos serviços e aos profissionais de saúde são mais restritos, tornando-se uma forma acessível de amenizar o sofrimento no processo saúde-doença recorrer às plantas medicinais locais ou a um vizinho, por exemplo, ou se há uma prática cultural que utiliza a medicina tradicional.

É possível notar em relação à presente RSL que os estudos voltados para a área rural não possuem temáticas que abordem a saúde mental, como corroboram Dimenstein, Leite, Macedo e Dantas (2017). Os estudos priorizam assuntos como produtividade, sustentabilidade, agricultura familiar, violência no campo, conflitos agrários e fundiários, acrescentando-se o impacto do agronegócio e uso de agrotóxicos. Apesar disso, sabe-se que o contexto rural não se limita às atividades econômicas e se caracteriza por realidades distintas.

O cenário descrito no presente trabalho faz com que a saúde dos trabalhadores rurais e de toda a população que vive nessas localidades seja bastante desfavorável, tornando-se indispensável relacionar esses DSS na elaboração das políticas públicas de saúde voltadas para essa população (Pessoa & Rigotto, 2012). Dessa forma, a criação de programas em psicologia da saúde que estimulem nos sujeitos a capacidade de mudar a sua realidade, despertando autonomia e condições de vida que favoreçam o bem-estar, pode se mostrar positiva (Souza & Carvalho, 2003).

Existe, ainda, uma falha na formação e atuação dos/as profissionais de saúde, ressaltando-se aqui a psicologia, no que tange às iniquidades em saúde, como é compreendida no meio rural. Cotta, Gomes, Maia, Magalhães, Marques, & Siqueira-Batista (2007) fazem uma crítica relacionada à atuação dos profissionais do Sistema Único de Saúde no Brasil, despreparados na formação para a atuação em situação de pobreza e desigualdade, podendo ser determinantes ou agravantes no processo de adoecimento. No que concerne à

desigualdade, destaca-se a população rural, os negros e os índios, que possuem história social, econômica e cultural específicas e que refletem o processo de exclusão existente até hoje.

Uma formação e atuação comprometida com a justiça social; permitem, por meio das políticas públicas, que haja garantia de direitos sociais, elaborada pelo setor público para suprir as demandas da educação, saúde, segurança, trabalho, infância e juventude, mobilidade urbana, habitação e comunicação (Gonçalves, 2013). As práticas contextualizadas executadas pelos/as profissionais podem garantir melhor qualidade de vida para toda a população.

Considerações finais

As políticas públicas, de uma maneira geral, são formuladas para serem implementadas no meio urbano. Há uma tentativa forçada de aplicar o que é da realidade urbana no meio rural, que por si só, já é bastante diverso. Dessa forma, entender de qual ruralidade está se falando e quais DSS estão ali presentes torna-se essencial para que as políticas públicas façam sentido.

Com o presente trabalho, verificou-se que, apesar dos dados já existentes e das políticas específicas elaboradas para a população rural, os DSS ainda não são levados em consideração para a melhoria dos serviços de saúde desse público. Como verificado nos resultados da RSL, gestores e profissionais de saúde são responsáveis pela mudança de cenário, incluindo maior participação da comunidade, do contexto e agindo de maneira ética, em que pese adequação à realidade local. Assim, é possível levar em consideração as características do rural, principalmente no que diz respeito ao município, que é o principal responsável pelas ações em saúde e que pode e deve conhecer a realidade local para colocar em prática aquilo que é prioridade e da realidade da população. Salienta-se que a intersetorialidade por meio de outras políticas públicas é condição *sine qua non* para que os DSS sejam considerados e as políticas de saúde voltadas para o meio rural deem certo.

Destaca-se que a RSL encontrou estudos sobre os DSS e as políticas públicas de saúde no meio rural; entretanto, há uma carência de estudos que abordem os determinantes sociais de saúde a partir de algum modelo já utilizado ou que contemplem todos os aspectos envolvidos nos DSS. Os determinantes sociais da saúde são utilizados de forma fragmentada, não sendo considerados em sua totalidade.

O presente estudo demonstrou que o meio rural carece de estratégias que o reconheçam não apenas como espaço de ascensão capitalista, mas lugar que merece ser estimado com seus modos de vida específicos. Viver nas ruralidades não deve ser sinônimo de atraso; as políticas públicas de saúde, quando formuladas e aplicadas a partir dos DSS, devem colaborar para a promoção do desenvolvimento global dessas comunidades.

Destacam-se como limitação do estudo as bases de dados pesquisadas e o período da busca pelos artigos. Mais bases de dados poderiam ser pesquisadas, além de um tempo acima de cinco anos.

Referências

- Araújo, L. U. A., Gama, Z. A. S., Nascimento, F. L. A., Oliveira, H. F. V., Azevedo, W. M., & Almeida Júnior, H. J. B. (2014). Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3.521-3.532. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03521.pdf>
- Badziak, R. P. F., & Moura, V. E. V. (2010). Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 3(1), 69-79. Recuperado de <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/download/51/114>
- Bicalho, P. G., Géa-Horta, T., Moreira, A. D., Gazzinelli, A., & Velasquez-Melendez, G. (2018). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4):1.323-1.332. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/1413-8123-csc-23-04-1323.pdf>
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(3), 634-649. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n3/v30n3a14.pdf>
- Buralli, R., Ribeiro, H., Mauad, T., Amato-Lourenço, L., Salge, J., Diaz-Quijano, F., ... & Guimarães, J. (2018). Respiratory condition of family farmers exposed to pesticides in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1.203. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6025513/pdf/ijerph-15-01203.pdf>
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>

- Caamaño, M. C., Ronquillo, D., Kimoto, R., García, O. P., Long, K. Z., & Rosado, J. L. (2016). Beliefs and motives related to eating and body size: a comparison of high-BMI and normal-weight young adult women from rural and urban areas in Mexico. *BMC Public Health*, *16*(1), 1.014. Recuperado de <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-016-3695-4?site=bmcpublikealth.biomedcentral.com>
- Camelo, G. L. P., & Candido, G. A. (2012). Potencialidades e limitações dos agroecossistemas familiares de cultivo do abacaxi em Touros (RN). *HOLOS*, *6*, 3-27. Recuperado de <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/download/1124/611>
- Carneiro, M. J. (2012). Do “rural” como categoria de pensamento e como categoria analítica. In M. J. Carneiro (Coord.), *Ruralidades contemporâneas: modos de viver e pensar o rural na sociedade brasileira* (pp. 23-50). Rio de Janeiro: Mauad X; FAPERJ.
- Cotta, R. M. M., Gomes, A. P., Maia, T. M., Magalhães, K. A., Marques, E. S., & Siqueira-Batista, R. (2007). Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *31*(3), 278-286. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/10.pdf>
- De Marchi, R. J., Leal, A. F., Padilha, D. M., & Brondani, M. A. (2012). Vulnerability and the psychosocial aspects of tooth loss in old age: A Southern Brazilian study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, *27*(3), 239-258.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, *5*(1), 95-121. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n1/a06v05n1.pdf>

- Dimenstein, M., Leite, J., Macedo, J. P., & Dantas, C. (2017). Condições de vida e saúde mental em contextos rurais. *Serviço Social e Saúde*, 16(1), 151-158. Recuperado de <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8651478>
- Erthal, G. (2014). *Determinantes sociais do processo saúde-doença sob a ótica de usuários de uma estratégia saúde da família rural* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS. Recuperado de http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Mestrado/Dissertacoes/2014_2015/Dissertacao_Graciele_Erthal.pdf
- Ferreira, H. S., Souza, M. E. D. C. A., Moura, F. A., & Horta, B. L. (2014). Prevalência e fatores associados à Insegurança Alimentar e Nutricional em famílias dos municípios do norte de Alagoas, Brasil, 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(5), 1.533-1.542. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01533.pdf>
- Ferreira, M. J. M., Viana Jr., M. M., Pontes, A. G. V., Rigotto, R. M., & Gadelha, D. (2016). Gestão e uso dos recursos hídricos e a expansão do agronegócio: água para quem e para quem? *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 743-752. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0743.pdf>
- Fundação Nacional de Saúde. (2002). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas* (2ª ed.). Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
- Galvão, T. F., Pansani, T. D. S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. Recuperado de www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00335.pdf

- Gonçalves, K. S., Siqueira, A. S. P., Castro, H. A., & Hacon, S. S. (2014). Indicador de vulnerabilidade socioambiental na Amazônia Ocidental. O caso do município de Porto Velho, Rondônia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3.809-3.818. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3809.pdf>
- Gonçalves, M. G. M. (2013). *Psicologia, subjetividade e políticas públicas*. São Paulo: Cortez.
- Laubstein, F. C. (2011). A RURALIDADE ONTEM E HOJE: Uma análise do rural na contemporaneidade. *Revista Aurora*, 4(2). Recuperado de <http://www.bjis.unesp.br/revistas/index.php/aurora/article/view/1277>
- Loret de Mola, C., Pillay, T. D., Diez-Canseco, F., Gilman, R. H., Smeeth, L., & Miranda, J. J. (2012). Body mass index and self-perception of overweight and obesity in rural, urban and rural-to-urban migrants: PERU MIGRANT study. *PLoS One*, 7(11), e50252. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508895/pdf/pone.0050252.pdf>
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2011). Expansão e interiorização da Psicologia: reorganização dos saberes e poderes na atualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 296-313. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n2/v31n2a08.pdf>
- Marques, M. I. M. (2002). O conceito de espaço rural em questão. *Terra Livre*, (19), 95-112. Recuperado de <http://www.agb.org.br/publicacoes/index.php/terralivre/article/download/160/148>
- Ministério da Saúde do Brasil. (2012). *Programa Nacional de Saneamento Rural - PNSR*. Brasília, DF: Funasa. Recuperado de <http://www.funasa.gov.br/programa-nacional-de-saneamento-rural-pnsr>

- Ministério da Saúde do Brasil. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
- Nasrala Neto, E., Lacaz, F. A. C., & Pignati, W. A. (2014). Vigilância em saúde e agronegócio: os impactos dos agrotóxicos na saúde e no ambiente: perigo à vista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), 4.709-4.718. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04709.pdf
- Noronha, D. D., Martins, A. M. E. B. L., Dias, D. S., Silveira, M. F., De Paula, A. M. B., & Haikal, D. S. A. (2016). Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 463-474. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0463.pdf>
- Paim, J. S. (2015). *O que é o SUS* [eBook]. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. Recuperado de <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>
- Pereira, J. K., Firmo, J. O. A., & Giacomini, K. C. (2014). Maneiras de pensar e de agir de idosos frente às questões relativas à funcionalidade/incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3.375-3.384. Recuperado de <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n8/3375-3384/pt>
- Pereira, V. C., López, P. A., & Dal Soglio, F. K. (2017). A conservação das variedades crioulas para a soberania alimentar de agricultores: análise preliminar de contextos e casos no Brasil e no México. *HOLOS*, 4, p. 37-55. Recuperado de <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/4749/pdf>
- Pessoa, V. M., Rigotto, R. M. (2012). Agronegócio: geração de desigualdades sociais, impactos no modo de vida e novas necessidades de saúde nos trabalhadores rurais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 37(125), 65-77. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v37n125/a10v37n125.pdf>

- Pimenta, F. B., Pinho, L., Silveira, M. F., & Botelho, A. C. C. (2015). Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2.489-2.498. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2489.pdf>
- Pinto, J. M., & Gerhardt, T. E. (2013). Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à Saúde: estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS). *Revista de Administração Pública*, 47(2), 305-326. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rap/v47n2/v47n2a02.pdf>
- Pires, A. C. T., & Braga, T. M. S. (2009). O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas em Psicologia*, 17(1), 151-162. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v17n1/v17n1a13.pdf>
- Pontes, A. G. V., Gadelha, D., Freitas, B. M. C., Rigotto, R. M., & Ferreira, M. J. M. (2013). Os perímetros irrigados como estratégia geopolítica para o desenvolvimento do semiárido e suas implicações à saúde, ao trabalho e ao ambiente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3.213-3.222. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/12.pdf>
- Prince, M. J., Lloyd-Sherlock, P., Guerra, M., Huang, Y., Sosa, A. L., Uwakwe, R., ... Ezeah, P. (2016). The economic status of older people's households in urban and rural settings in Peru, Mexico and China: A 10/66 INDEP study cross-sectional survey. *SpringerPlus*, 5, 258. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4775717/pdf/40064_2016_Article_1913.pdf
- Ramalho de Souza, P. A., Romeiro, M. C., Amador, C. A., Oliveira, S. M., & Zambra, E. M. (2015). A transferência de informação para o desenvolvimento da pesca artesanal na Amazônia. *Interciencia: Revista de Ciencia y Tecnología de América*, 40(1), 44-49. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/339/33933115007.pdf>

- Reyes-García, V., Babigumira, R., Pyhälä, A., Wunder, S., Zorondo-Rodríguez, F., & Angelsen, A. (2016). Subjective wellbeing and income: Empirical patterns in the rural developing world. *Journal of Happiness Studies*, 17(2), 773-791.
- Ribeiro, J. L. P. A psicologia da saúde. In R. F. Alves (Org.), *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* [online] (pp. 23-64). Campina Grande: EdUEPB, 2011. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/z7ytj/pdf/alves-9788578791926.pdf>
- Riquinho, D. L. (2009). *A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16566/000705208.pdf?sequence=1>
- Rocha, L., Gerhardt, T. E., & dos Santos, D. L. (2007). Desnutrição e excesso de peso em crianças menores de cinco anos no meio rural de Arambaré, RS: (des) construindo idéias, repensando novos desafios. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(2), 206-214. Recuperado de <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4154/2733>
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>
- Souza, R. A., & Carvalho, A. M. (2003). Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(3), 515-523. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf>
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial*. Porto Alegre: Artmed.
- Targa, L. V., Wynn-Jones, J., Howe, A., Anderson, M. I. P., Lopes, J. M. C., Lermen Jr., N., ... Silva, A. L. (2014). Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 9(32), 292-294. Recuperado de <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download/982/644>

- Teixeira, I. M. C., & Oliveira, M. W. (2014). Práticas de cuidado à saúde de mulheres camponesas [Suplemento 2]. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 1341-1353. Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/icse/2014.v18suppl2/1341-1353/pt>
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2002). Intervenção psicológica em centros de saúde: O psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 16(2), 217-229. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n2/v16n2a01.pdf>
- Vitor-Silva, S., Siqueira, A. M., Souza Sampaio, V., Guinovart, C., Reyes-Lecca, R. C., Melo, G. C., ... & Lacerda, M. V. G. (2016). Declining malaria transmission in rural Amazon: Changing epidemiology and challenges to achieve elimination. *Malaria Journal*, 15(1), 266. Recuperado de <https://malariajournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12936-016-1326-2>
- Wanderley, M. D. N. B. (2000). “A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas: o “rural” como espaço singular e ator coletivo” (pp. 87-146). *Estudos Sociedades e Agricultura*, Rio de Janeiro: UFRRJ/CPDA, 15. Recuperado de <https://revistaesa.com/ojs/index.php/esa/article/view/178/174>
- Zank, S., & Hanazaki, N. (2017). The coexistence of traditional medicine and biomedicine: A study with local health experts in two Brazilian regions. *PloS One*, 12(4), e0174731. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0174731&type=printable>

4 ARTIGO 2

Políticas de saúde e comunidade rural: uma análise baseada nos determinantes sociais de saúde no município de Barreiras, Bahia, Brasil²

Resumo

Objetiva-se compreender a relação entre os determinantes sociais de saúde e a política pública de saúde em uma comunidade rural de Barreiras, Bahia, Brasil. A pesquisa se caracteriza por ser qualitativa e descritiva. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada nos domicílios. Os resultados, baseados nos determinantes sociais de saúde, demonstram a presença majoritária de mulheres, idosas e com práticas de prevenção de doenças em detrimento da promoção da saúde. Verifica-se também precariedade nas atividades comunitárias, alto sentimento de comunidade, valorização da família, necessidade de investimentos em infraestrutura, presença de tranquilidade, dores relacionadas ao trabalho, insuficiência na produção de alimentos na propriedade e utilização de práticas tradicionais em saúde. Diante do exposto, o estudo demonstrou que, de maneira geral, as políticas públicas de saúde não levam em consideração os DSS para a implementação dos serviços e das ações em saúde na comunidade rural pesquisada.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde. Determinantes sociais de saúde. Rural.

Resumen

El objetivo es comprender la relación entre la política de salud pública y los determinantes sociales de la salud con acciones en una comunidad rural de Barreiras, Bahía, Brasil. La investigación se caracteriza por ser cualitativa, descriptiva y exploratoria. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas en el hogar. Los resultados, basados en los determinantes sociales de la salud, demuestran la presencia mayoritaria de mujeres, ancianos y con prácticas de prevención de enfermedades en detrimento de la promoción de la salud. También hay precariedad en las actividades comunitarias, alto sentido de comunidad, aprecio familiar, necesidad de inversiones en infraestructura, presencia de tranquilidad, dolor relacionado con el trabajo, producción inadecuada de alimentos en la propiedad y uso de prácticas tradicionales de salud. Dado lo anterior, el estudio mostró que, en general, las políticas de salud pública no tienen en cuenta el DSS para la implementación de servicios y acciones de salud en la comunidad rural encuestada.

Palabras clave: Políticas de salud pública. Determinantes sociales de la salud. Rural

² Artigo baseado nas regras da revista *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. Versão impressa ISSN 1414-3283; versão on-line ISSN 1807-5762.

Abstract

Our objective was to understand the relation between the social determinants of health and public health policies in a rural community in the city of Barreiras, Bahia, Brazil. The research is qualitative and descriptive. Data collection was performed through semi-structured interviews at people's homes. Results, based on the social determinants of health, show the majority presence of women, elderly in age and with practices of disease prevention in detriment of health promotion. We also identified precariousness in community activities, high sense of community, family appreciation, need of investment in infrastructure, presence of tranquility, work-related pains, insufficient food production in the properties and use of traditional practices in health. The study showed that, in general, public health policies do not take into account the social determinants of health for the implementation of services and actions in health at the surveyed rural community.

Keywords: Public health policies. Social Determinants of Health. Rural.

Introdução

As políticas públicas de saúde podem contribuir para potencializar as regiões rurais, analisando a realidade atual da população do campo. Esta, que se refere não somente a investimentos voltados para o contexto de agronegócio, que tem sido priorizado, mas para as comunidades que não foram inseridas no desenvolvimento do capitalismo pelo modelo latifundiário. Para tanto, os determinantes sociais de saúde (DSS) podem colaborar para o entendimento das determinações de fatores que incidem sobre a saúde das pessoas e populações.¹

Os DSS são os aspectos não clínicos que influenciam a saúde das pessoas e grupos. Pretendem atacar iniquidades relacionadas ao contexto social, que podem ser modificadas por ações específicas sobre esses determinantes, como renda, educação, ocupação, estrutura familiar, disponibilidade de serviços, saneamento, exposições a doenças, redes e apoio social, discriminação social e acesso a ações preventivas de saúde. É válido observar que os DSS se inter-relacionam, não agindo de forma isolada, ainda que todos tenham a sua importância. Dessa forma, as políticas públicas de saúde devem ser formuladas e ter escolhas de intervenções tanto de saúde quanto assistenciais baseadas nos DSS que se voltem para a redução das iniquidades, considerando o contexto e histórico de cada grupo.²

Buscando elucidar questões como essas, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta mostra que é fundamental uma política específica para essa população, analisando as condições de vida das pessoas que vivem nesses lugares, visando reduzir as iniquidades em saúde.³

Entretanto, é necessária a operacionalização dessa política, que deve ocorrer de forma descentralizada e regionalizada, com participação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Deve-se enfatizar ainda a responsabilidade que os municípios têm, pois estão mais próximos da realidade, conhecendo melhor os DSS, facilitando o planejamento e a oferta dos serviços em saúde. Pois, a realidade no campo não se resume a uma única, ela muda conforme a história e o contexto de cada lugar.

A partir disso, as doenças crônicas ou crônico-degenerativas, que possuem longa duração e estão relacionadas ao estilo de vida, requerem mudanças que são influenciadas pela cultura e pelas crenças sobre saúde e doença. Além disso, constituem um importante problema para a saúde pública.⁴ As doenças crônicas ou crônico degenerativas são progressivas e interferem na qualidade de vida dos seus portadores.⁵ Tratando-se de contexto rural, a artrite possui uma incidência maior do que as outras. As demais doenças são recorrentes na área urbana e rural.⁶

É possível articular prevenção de doenças e promoção no campo da saúde, desde que as estratégias de prevenção não se voltem para a culpabilização da pessoa como única responsável pelas suas condições. A promoção da saúde tem forte relação com os DSS, sendo bastante adequada para o campo da saúde pública, quando pondera aspectos que ultrapassam o comportamento individual, como a comunidade e outros serviços públicos.⁷

O processo de desenvolvimento do Brasil carrega uma herança em que se privilegia o urbano, aumentando o abismo entre urbano e rural, mais ainda quando se trata de regiões que foram abandonadas no século XX, como Norte e Nordeste.⁸ Chamando a atenção para o fato, compreende-se como lacuna de pesquisa as políticas públicas de saúde que não consideram os DSS quando se coloca como modelo de saúde uma realidade urbana; esta que se volta para um desenvolvimento econômico capitalista. Nota-se, então, que as regiões rurais que não acompanham esse modelo possuem falhas nas políticas públicas de saúde, por não serem compreendidos os modos de vida e trabalho nessas comunidades.

O objetivo geral do artigo é entender a relação entre os DSS e a política pública de saúde em uma comunidade rural de Barreiras, estado da Bahia. Já os objetivos específicos são: identificar as características sociodemográfica, econômica e clínica dos(as) participantes; analisar as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas aos DSS; investigar a presença das cinco

doenças na comunidade rural do município de Barreiras, BA: hipertensão arterial, artrite, diabetes, câncer e doenças de coluna.

Percurso metodológico

Esta pesquisa é qualitativa e descritiva e realizada em uma comunidade rural do município de Barreiras, BA, localizada a aproximadamente a 17 km da zona urbana. A comunidade possui difícil acesso pela precariedade da estrada não pavimentada que vai até o povoado, especialmente em período de chuvas intensas, se caracterizando predominantemente por uma população predominantemente idosa. A comunidade possui um posto de saúde com profissionais tais como médico, dentista e enfermeiro, além de uma escola de ensino fundamental. A população de Barreiras teve sua população estimada para 2018 de 153.831 habitantes, e há uma média de 15.640 pessoas na área rural, predominando economicamente o agronegócio com produção de algodão e soja. A extensão territorial do município é de 7.859 km² de área da unidade territorial em 2018.⁹

Após contato inicial com a escola e o posto de saúde da comunidade, definiu-se pela coleta dos dados nos domicílios, em razão da facilidade de acesso. Sendo assim, a amostra do estudo se deu por conveniência, com 11 mulheres e quatro homens em domicílio. Foram utilizados como critérios de exclusão: morar há menos de um ano na comunidade rural pesquisada, possuir alguma doença que impossibilite o entendimento e a participação na pesquisa e ter menos de 18 anos. Por ser uma comunidade rural, houve uma facilidade na recepção à pesquisadora e disponibilidade para participar da pesquisa. Os dados foram coletados no mês de abril de 2018.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi o questionário sociodemográfico e econômico e o roteiro de entrevista semiestruturada, que se caracterizou por questões relacionadas aos dados sociodemográfico, econômico e clínico e outra etapa em que se apresentavam perguntas sobre o tema central da pesquisa. A pesquisadora explicou os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressalta-se que a participação se deu por livre e espontânea vontade dos(as) participantes, e estes escolheram o local mais confortável e que não oferecesse constrangimento para responder à entrevista no domicílio.

No presente trabalho, foi utilizado o método dedutivo, em que as categorias já estavam definidas a priori, baseadas nos DSS, e as subcategorias foram criadas posteriormente. Tendo em vista a identificação dos elementos essenciais dos discursos dos(as) participantes, o tratamento dos dados foi realizado por meio da análise temática de conteúdo proposta por Bardin¹⁰. Para auxílio da análise dos dados foi utilizado o *software* ATLAS-ti. Os(as) participantes da pesquisa foram identificados como a letra “P” e um número sequencial, para garantir o sigilo e anonimato.

O estudo seguiu as indicações éticas da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, e as orientações éticas na área de pesquisas em ciências humanas e sociais, Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016, e foi submetido à análise e ao julgamento do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade São Francisco de Barreiras, aprovado com o parecer de número 2.030.303 e CAAE 60315816.8.0000.5026.¹¹

Resultados

Os dados sociodemográfico e econômico apresentam que quatro participantes são do sexo masculino, enquanto 11 são do sexo feminino. A idade mínima foi de 49 anos e a máxima foi de 83 anos, com idade média de 63,8 anos. Dos(as) 15 participantes, 10 (66,6%) são casados(as), quatro (26,6%) viúvos(as) e uma divorciada (6,6%). Quanto à religião, 14 (93,3%) dos(as) participantes são católicos(as) e apenas uma é evangélica (6,6%). A média do número de filhos foi de 4,5, variando de zero a 20. O tempo mínimo de residência na comunidade rural é de 12 anos e o tempo máximo de 80 anos, com uma média de 54,4 anos. Um entrevistado mora sozinho, enquanto os(as) outros(as) moram com marido/esposa, filhos, netos e irmãos. Em relação à escolaridade, uma é não alfabetizada (6,6%), uma possui ensino médio completo (6,6%), enquanto 13 (86,6%) deles(as) têm ensino fundamental incompleto. Os meios de transporte utilizados são carro, moto, ônibus e transporte coletivo realizado pelos(as) moradores, além disso os moradores costumam andar a pé. Quanto ao trabalho, nove não trabalham (60%), um é motorista (6,6%), uma trabalha como auxiliar de serviços gerais na escola da comunidade (6,6%) e quatro relataram trabalhar na agricultura (26,6%). Dos(as) 15

entrevistados(as), 13 (86,6%) recebem a aposentadoria, benefício da Previdência Social, já dois deles recebem o benefício de transferência de renda do governo Bolsa Família (13,3%). A renda mensal de 10 (66,6%) dos(as) participantes é de dois salários mínimos, quatro possuem renda de um salário mínimo (26,6%), enquanto um tem renda abaixo de um salário mínimo (6,6%).

Em relação às doenças no meio rural, seis participantes relataram ter doença de coluna e quatro participantes relataram ter hipertensão arterial. Já artrite e câncer não apareceram nenhuma vez. Duas pessoas relataram ter o hábito de fumar, enquanto nenhuma apresentou o hábito do etilismo.

Os resultados qualitativos são apresentados no Quadro 1, baseados nos DSS que se referem às subcategorias conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead,¹² criado desde uma camada central até a mais distal, que avalia fatores tais como: sexo, idade e condições hereditárias; estilo de vida das pessoas; redes sociais e comunitárias; condições de vida e trabalho; e condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

O modelo de DSS de Dahlgren e Whitehead foi utilizado para a criação das categorias e subcategorias por meio da análise temática de conteúdo, porém, esse foi pensado para facilitar a análise, pois, como já foi apontado, os DSS se inter-relacionam e não funcionam de forma isolada. Dentro do primeiro tema (idade, sexo e fatores hereditários), foram apresentados resultados dos dados sociodemográficos, enquanto as outras subcategorias surgiram com fundamento na análise temática de conteúdo.

Quadro 1. Categorias criadas por meio dos determinantes sociais de saúde e subcategorias criadas com base na análise temática de conteúdo de Bardin (2008)

Temas	Categorias
a) Idade, sexo e fatores hereditários	- Mulheres - Idosas
b) Estilo de vida das pessoas	- Práticas de prevenção de doenças
c) Redes sociais e comunitárias	- Precariedade nas atividades comunitárias - Sentimento de comunidade - Valorização da família
d) Condições de vida e trabalho	- Necessidade de investimentos em infraestrutura - Tranquilidade - Dores relacionadas ao trabalho
e) Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais	- Insuficiência na produção de alimentos na propriedade - Utilização de práticas tradicionais

Fonte: autora, em 2019.

Descrição das categorias criadas por meio dos determinantes sociais de saúde e subcategorias:

a) Idade, sexo e fatores hereditários:

O primeiro tema, que diz respeito à idade, ao sexo e aos fatores hereditários, os quais vão exercer influência no potencial e nas condições de saúde, apresentou como resultado a presença majoritária de mulheres e idosas vivendo na comunidade pesquisada no município de Barreiras, BA. Destaca-se que não foi possível identificar os aspectos relacionados aos fatores hereditários.

b) Estilo de vida das pessoas:

O segundo tema dos DSS está voltado para o estilo de vida das pessoas. É uma temática que aborda comportamentos e estilos de vida individuais. Essa camada se situa entre fatores individuais e sociais, porém, é importante não considerar os comportamentos apenas como de responsabilidade individual, pois existem influências de informações, propaganda, pressões dos pares, presença/ausência de acesso a alimentos saudáveis e locais para lazer, passando a não ser, em muitas situações, de livre arbítrio da pessoa.¹

A subcategoria presente nessa temática foi inferida como “prevenção de doenças”, que é demonstrada pelo consumo de alimentos saudáveis, naturais e que não contêm agrotóxico, chamado de “veneno” ou “remédio”, tal como observados nos discursos abaixo:

O que seria importante eu acho que mais saúde na alimentação, porque hoje em dia a gente come tudo do veneno né, é contaminado. Eu acho que é mais através disso que está contaminando, trazendo todo tipo de problema. (P3)

É porque essas coisas vêm tudo com remédio, né, é para plantar mais e aplicar aqueles remédios e as verduras vêm tudo contaminadas... Nós aqui na roça não “mexe” com essas coisas não. (P15)

Outra forma de demonstrar a importância da prevenção de doenças pelos(as) participantes foi praticando caminhada. Apesar de valorizarem essa prática, compreendem muitas vezes que a caminhada dentro da comunidade ou da propriedade para atividades diárias já é considerada uma atividade física, como relatam os participantes P1 e P5, respectivamente: “Só mal caminhada, mais do que a gente caminha aqui na roça.”; “Eu jogava um futebol, mas eu parei e só caminho daqui para o serviço e vou a pé.”

c) Redes sociais e comunitárias:

O capital social formado por amigos, parentes, vizinhos, grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes recreativos representa a possibilidade de relações de solidariedade e confiança.² Por ser uma comunidade com a presença de um grande número de idosos(as), reconheceu-se como “precárias” as atividades comunitárias. Enquanto nas cidades os idosos(as) estão amparados por projetos sociais, atividades de grupos que ocorrem por meio dos programas de saúde e/ou assistência social, no meio rural não existem atividades contínuas que exerçam a função de apoio para os(as) moradores(as). Além disso, não foram citadas festas locais, atividades de divertimento, como aparece na seguinte fala: “Porque é difícil, aqui não tem nada para a gente sair.”

Algumas entrevistadas conseguiram lembrar de “palestra sobre a mulher” ou “palestra sobre o câncer de mama” que a enfermeira do posto de saúde faz esporadicamente em momentos de campanhas para a prevenção de algumas doenças, demonstrando que não há grupos comunitários com frequência. Ressalta-se que palestra não se refere a uma atividade que necessariamente gera autonomia

e consciência crítica nos problemas enfrentados no dia a dia da comunidade, mais ainda por ser pontual. Dessa forma, não é possível considerar como rede comunitária.

Apesar da precariedade das atividades comunitárias, a igreja aparece como forma de rede de apoio para alguns(as) moradores(as). Percebe-se na fala de um participante, que vai até a igreja por ser a opção oferecida pelo local: “Divirto só dentro de casa mesmo e indo à igreja dos crentes, às vezes eles fazem culto né, e aí eu vou. Sabe, eu gosto e acho bonito, sou católico, mas eu vou [...]” (P9).

Por outro lado, o sentimento de comunidade foi extremamente expressado pelos(as) participantes, demonstrando alto grau de identificação com o lugar, até mesmo sendo comparado com as cidades/capitais, apontando ser muito melhor, como demonstrado no relato: “Para mim não tem outro lugar melhor do que aqui, não tem capital, não tem cidade [...]”. Foi compreendido que a solidariedade entre os(as) vizinhos(as) é valorizada pelos(as) moradores(as) do local, especialmente na fala de idosos(as), que, ao ficarem doentes ou saberem que algum/a vizinho/a se encontra nesta situação, já sabem que podem contar com essa rede social, como aponta a entrevistada: “Quando a gente sabe que a pessoa está precisando, está doente, eu vou visitar aquele doente, na casa eu visito, no hospital [...]” (P15). Os laços entre a vizinhança são demonstrados em momentos de doença, mas também no dia a dia como forma de relacionamento, afirmado por P8: “É quase todos os dias, hoje mesmo vieram aqui, os vizinhos são todos meus amigos [...]”. O apego ao lugar foi demonstrado no relato do participante abaixo:

Eu considero uma moradia para mim assim boa, não vou te dizer que é ruim, até porque eu não sou daqui, só tem 15 anos que eu moro aqui e para te falar a verdade se alguém me perguntar se eu quero voltar para minha cidade eu não quero, então, é um lugar que eu estou há 15 anos, já adotei como se eu fosse do lugar mesmo. (P9)

Neste sentido, a valorização da família aparece como fundamental. Filhos, filhas, marido, esposa, todos(as) são reconhecidos(as) como pessoas que colaboram para a sustentação da rede social de apoio: “A mulher, a gente tem de procurar a mulher e viver um pelo outro [...]” (P3). Verificou-se que em alguns casos o familiar citado mora na própria comunidade, porém, foram relatados familiares que moram na cidade, como a participante P2, que mostra que sempre procura a filha quando precisa: “Uma filha minha em Barreiras.” Essa categoria mostra o quanto a

família, independentemente da sua estrutura, dinâmica ou funcionamento, exerce influência e proteção, principalmente para idosos(as).

d) Condições de vida e trabalho:

A temática que se refere a condições de vida e trabalho diz respeito à disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, cita-se, por exemplo, a saúde e a educação, condições de habitação e situação de trabalho. Pessoas com habitações humildes, expostas a situações estressantes ou perigosas de trabalho, com menos acesso aos serviços de saúde estão mais propensas a adoecer.¹

A subcategoria que versa sobre a necessidade de investimentos em infraestrutura apareceu de forma preponderante na presente pesquisa. A comunidade estudada necessita de investimentos básicos, como estradas, torre de sinal de celular e transporte, o que dificulta o contato desses(as) moradores(as) com a zona urbana, muitas vezes, deixando-os(as) isolados(as) da cidade. Desse modo, o investimento em infraestrutura prejudica a qualidade de vida dos(as) moradores(as), atrapalha a compra de alimentos, o acesso aos serviços de atenção secundária e terciária em saúde, entre outros. Isso pode ser representado na fala de P12: “Era o poder público manter a estrada conservável e colocar também aqui uma ambulância, porque tem muita gente aqui que adocece, sai para o hospital e, quando chega lá, já chega morto [...]”.

Por ser uma comunidade rural, considerada afastada da zona urbana e por possuir muitos(as) moradores(as) idosos(as), “tranquilidade” foi uma subcategoria encontrada na pesquisa. Por isso, os fatores considerados estressantes pelas condições de vida e trabalho que compõem os DSS não se encontram na comunidade. Ao contrário, viver na calma de um lugar é fator positivo para o processo saúde-doença e faz com que essas pessoas gostem de morar ali, como mostra o discurso a seguir: “Morar aqui é uma beleza, é um lugar sossegado, tranquilo, graças a Deus nunca tive confusão com ninguém.” (P3).

As dores relacionadas ao trabalho aparecem quando muitos relatos demonstram a dor nas costas e é possível fazer a relação com o trabalho no campo, conforme mostrado no relato de P4: “Eu nasci, me criei na roça trabalhando, com a enxada, eu enfrentei todos os serviços de roça, eu não ignoro nada.” (P4). Mesmo que essa relação não apareça com clareza para alguns(as) entrevistados(as), que

não conseguem relacionar as dores nas costas com o trabalho na roça, como mostra P15: “Eu sinto dor nas costas, eu peguei muito peso quando eu era mais nova para criar os filhos.”

Vale ressaltar que muitos entrevistados(as) já estão na terceira idade ou já são aposentados, não conseguindo fazer uma relação com o trabalho por não terem mais uma rotina de serviço ativa.

e) Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais:

Essa categoria é a mais ampla, influenciando em todos os outros níveis dos DSS que abordam as influências culturais, ambientais e econômicas, e vai determinar o padrão de vida alcançado por grupos específicos quanto à escolha da moradia, do trabalho, das interações sociais, dos hábitos alimentares e repercussões sobre a saúde.²

A insuficiência na produção de alimentos nas propriedades rurais demonstra uma incapacidade de investimentos para a agricultura familiar em um nível mais amplo, que é exprimido pela dificuldade justificada pela idade avançada de vários(as) participantes, mas também pela não continuidade das atividades agrícolas por familiares pela falta de investimento, conforme P8 e P3, respectivamente: “Os alimentos eu compro, porque aqui não tem como produzir, porque não temos água.”; “São divididos os que compram e os que plantam na roça, porque, o da roça quase não dá, aí a gente tem que comprar.” A participante P10 confirma: “Mais do mercado, porque a gente quase não mexe com essas coisas não, pois os alimentos que a gente consome que são produzidos aqui são só mesmo o milho-verde, a abóbora, tudo é comprado na cidade, menina.”

Já a utilização de práticas tradicionais é uma categoria referente a hábitos culturais que foram preservados, ao se acreditar na possibilidade de tomar um “remédio caseiro”, “remédio da roça”, “garrafada”, “erva”, como são chamados pelas pessoas moradoras dessa região. Alguns moradores se mostram disponíveis a tomar remédios adquiridos por meio das plantas encontradas na propriedade rural ou próximos a ela, o que pode demonstrar a reprodução de uma prática cultural antiga, mas que pode também apontar para uma dificuldade em adquirir outros tipos de remédios, dado a distância da cidade e que às vezes não teria o remédio no posto de saúde, como é afirmado por P3.

Discussão

As ações em prevenção de doenças são consideradas importantes pelos(as) entrevistados(as), algo julgado valorizado para a qualidade de vida. Porém, há uma forte presença das práticas de prevenção em detrimento das ações em promoção da saúde. Quando as falhas em investimentos, atividades e valorização da cultura são apresentadas, a exemplo das estradas ruins, poucas atividades comunitárias e insuficiência na produção de alimentos agrícolas, é possível afirmar a lacuna existente relacionada à promoção de saúde. A promoção da saúde deve se pautar por cinco estratégias: políticas públicas, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.¹³ Entende-se que a promoção de saúde deve voltar-se para a melhoria da qualidade de vida, que se refere a diversos fatores como educação, renda, transporte, habitação, lazer, entre outros. O conceito de promoção da saúde surge, então, para romper com a hegemonia de um modelo centrado na doença. Porém, percebe-se ainda a predominância do enfoque comportamental que prioriza as mudanças no estilo de vida, prática ainda muito comum pelos próprios profissionais da saúde.

Verificou-se a presença de sentimento de comunidade, o que indica um alto grau de pertencimento e vínculos construídos com o lugar. Tal fato demonstra a interferência que os(as) moradores(as) do local podem exercer sobre o lugar e vice-versa. As relações de solidariedade e cooperação são muito importantes para a vivência diária e o bem-estar geral. Por ser uma comunidade rural que tem o predomínio de idosos(as), eles valorizam os(as) vizinhos(as), especialmente quando se encontram doentes, pois fazem visitas uns aos outros e podem contar como rede de apoio. Em pesquisa realizada por Nepomuceno et al.¹⁴, o sentimento de comunidade foi maior na área rural do que na área urbana. Já Ximenes et al.¹⁵ afirmam que, quanto maior a ruralidade, ou seja, mais moradores no meio rural, mais forte é o sentimento de pertença e o afeto com o lugar e as pessoas. Pignatti e Castro¹⁶ corroboram em seu estudo em um distrito rural no pantanal mato-grossense sobre fragilidade/resistência no processo saúde-doença. Os laços de solidariedade se mostraram fortalecidos, em especial, relacionados à religiosidade, que mostra união não só na religião, mas em todo o universo de relações sociais, agrícola, com os animais, na caça e na pesca. Nesse sentido, as crenças populares relacionadas

ao processo saúde-doença e a cura se mostraram presentes, reforçando a consideração que se deve ter com o assunto ao elaborar e executar as políticas públicas de saúde.

Considerando o sentimento de comunidade presente, chama-se a atenção para a importância do investimento em intervenções em saúde que possam aproveitar essa potencialidade, como o trabalho educativo com grupos. Foi evidente nos dados da pesquisa em questão que as abordagens individualizadas se fazem presentes em detrimento da abordagem coletiva, que tem como enfoque a promoção de saúde, com ações intersetoriais. A forma mais adequada de trabalhos com grupos é por meio do modelo radical.¹⁷ Este coloca o profissional como facilitador, enquanto as pessoas, sob uma postura crítica, têm a possibilidade de expressar seu pensamento, opinião, ponto de vista ou silêncio. Além disso, com o desenvolvimento de trabalhos em grupos, o profissional vai estimular os(as) participantes a encontrar estratégias e soluções tanto individuais quanto coletivas para problemas enfrentados na comunidade.

Nessa perspectiva, as ações baseadas nas políticas públicas de saúde apenas são efetivas quando há intersetorialidade, com as parcerias de serviços de educação, trabalho, assistência social, entre outras. Rosa e Belfort¹⁸, ao abordar o assunto dos direitos sociais, falam sobre a marca histórica das políticas de saúde e assistência social e a identidade com os segmentos urbanos da população brasileira, que foram respostas dadas pelo Estado para as expressões da questão social no cenário das cidades. Assim sendo, os direitos sociais devem se tornar mais conhecidos e acessados pela população rural, dialogando com o estilo de vida, pois é fundamental para a identidade e modos de vida pertencentes às “populações rurais”, que são heterogêneas.

Por sua vez, a insuficiência na produção de alimentos nas propriedades rurais refere-se à condição dos(as) moradores(as), pelo fato de quase todos eles(as) se encontrarem na terceira idade, ou próximos a ela, e não mais conseguirem produzir. Entretanto, também é interessante considerar que os(as) participantes não têm parentes, como filhos(as), que possam contribuir no papel da produção agrícola de alimentos, e esses(as) acabam por ter de ir embora da comunidade rural por falta de oportunidades. Outro fator que contribui para a não continuidade da produção agrícola refere-se ao clima, que dificulta a plantação. O município de Barreiras

possui um clima tropical, que tem concentração de chuvas no verão e ausência de pluviosidade durante o inverno, ficando cerca de cinco meses sem precipitações.

Investimentos em políticas públicas e infraestrutura que possibilitem a permanência dessas pessoas no local não são uma prioridade do poder público local. Agricultores familiares, muitas vezes, se deparam com sua família migrando para o meio urbano por encontrar dificuldades de permanência no campo, como o acesso às políticas públicas de saúde, à educação e até mesmo ao emprego.¹⁹ Pietrafesa realizou uma pesquisa com jovens que pretendiam dar continuidade às atividades familiares no meio rural no estado de Goiás. Sendo assim, ressalta a importância da implantação de escolas no campo com a educação voltada para a realidade agrícola, melhorando a qualidade de vida geral e a renda de toda a família, evitando assim a migração rural-urbano.

A família foi reconhecida pelo Estado tendo um papel central, principalmente na década de 1990, quando as discussões têm foco na inserção da família nas políticas públicas. O modelo de saúde que tinha o médico especialista, com uma relação distante com o paciente, modelo importado dos Estados Unidos da América, passa a ser reorientado, sobretudo, a partir de 1993, quando o Ministério da Saúde do Brasil cria o Programa de Saúde da Família, voltado para a atenção básica, aproximando os profissionais de saúde com o cotidiano das famílias. Com a aproximação da família e dos serviços de saúde, o resultado é a melhoria da qualidade de vida da população.²⁰ A família pode exercer a função de proteção, ajuda e cuidado, até mesmo informalmente, mais ainda no meio rural, e deve ser uma estratégia de atenção integral à saúde considerada nas políticas de saúde, visto que a amostra pesquisada apresentou a família como apoio, bem como a comunidade.²¹ Por essas razões, deve-se investir ainda mais em estratégias de permanência dos familiares nas comunidades rurais.

Ademais, para o reconhecimento de toda a identidade cultural de famílias vivendo no campo, há atualmente um consenso quanto à valorização das terapias alternativas, principalmente pelos profissionais da saúde. Profissionais de saúde podem associar o conhecimento do sistema de saúde oficial ao popular, levando a uma contribuição geral para as ciências da saúde, além de possibilitar autonomia em relação ao cuidado da pessoa e valorização de um aspecto cultural, que, no Brasil, tem origens indígenas, com transmissão de conhecimento intergeracional.²² Considera-se fundamental a disponibilidade de um profissional especializado na

área para a correta utilização das plantas. Como se nota, é possível aliar serviços oficiais de saúde com práticas alternativas, como já é reconhecido pelo Sistema Único de Saúde brasileiro.²³

Conclusão

Diante do exposto, o estudo demonstrou que os DSS não têm relação com a formulação e implementação dos serviços e das ações em saúde na comunidade rural pesquisada. A prevenção de doenças é conhecida pelos(as) moradores(as), já que é uma prática em que as pessoas são responsáveis pelo seu comportamento; enquanto a promoção da saúde, que versa para o coletivo e inclui a intersetorialidade, não aparece de forma evidente. Salienta-se a necessidade de mais ações em promoção da saúde que envolvam políticas públicas, conhecimento dos DSS, população e profissionais da saúde, além de investimentos em infraestrutura, para a melhoria da qualidade de vida da população rural.

Aponta-se a maior presença de dores lombares (doença da coluna vertebral) na comunidade rural estudada, que deve ter forte relação com as condições de trabalho vinculadas à agricultura. O sentimento de pertencimento à comunidade não é aproveitado como DSS para a formulação de políticas de saúde, visto que não há ações grupais que possam promover saúde e estimular a autonomia dos(as) moradores(as).

Considera-se importante a realização de novas pesquisas que envolvam todos os determinantes sociais de saúde no meio rural para auxiliar a formulação de políticas públicas de saúde, incluindo outro modelo de DSS além do que foi utilizado nesse estudo.

Referências

1. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [Internet]. 2007 [citado 14 Jun 2019]; 17(1):77-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
2. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012 [citado 14 Jun 2019]; 17:123-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1.pdf>

3. Ministério da Saúde do Brasil. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta [Internet]. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde; 2013 [citado 14 Jun 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
4. Machado HB, Koelin CR. Crenças sobre saúde: influência nas atitudes de portadores de doenças crônico-degenerativas em relação ao cuidado à saúde. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2009 [citado 14 Jun 2019]; 22/23(1-33):121-34. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/4992/3627>
5. Fowler DJ, Sá AC. Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas. Mundo Saúde [Internet]. 2009 [citado 14 Jun 2019]; 33(2):225-20. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/67/225a230.pdf
6. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Dalla Torre G. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2006 [citado 14 Jun 2019]; 11(4):911-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32329.pdf>
7. Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface [Internet]. 2003 [citado 14 Jun 2019]; 7(12):10-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>
8. Wanderley MDNB. O campesinato brasileiro: uma história de resistência. Rev Econ Sociol Rural [Internet]. 2014 [citado 14 Jun 2019]; 52(Supl 1):25-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/resr/v52s1/a02v52s1.pdf>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: Barreiras, BA [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [citado em 2019 jun. 14]. [aproximadamente 5 telas]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/barreiras/panorama>
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
11. Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovação, diretrizes, normas de regulamento, pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial União [Internet]. 13 jun. 2013 [citado 14 Jun 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
12. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991 [citado 14 Jun 2019]. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
13. Heidmann ITSB, Almeida MD, Boehs AE, Wosny ADM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2006 [citado 14 Jun 2019]; 15(2):352-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>

14. Nepomuceno BB, Barbosa MS, Ximenes VM, Cardoso AV. Bem estar pessoal e sentimento de comunidade: um estudo psicossocial da pobreza. *Psicol Pesqui* [Internet]. 2017 [citado 14 Jun 2019]; 11(1):74-83. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v11n1/09.pdf>
15. Ximenes VM, Silva AMS, Esmeraldo Filho CE, Câmara AE, Clarindo JM. Sentimento de comunidade e pobreza rural no Nordeste, Norte e Sul do Brasil. *Subjetividades* [Internet]. 2019 [citado 14 Jun 2019]; 19(1):e7923. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/download/e7923/pdf>
16. Pignatti MG, Castro SP. A fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-Grossense (MT, Brasil). *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010 [citado 14 Jun 2019]; 15(Supl 2):3.221-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a27v15s2.pdf>
17. Souza ACD, Colomé ICDS, Costa LED, Oliveira DLLCD. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2005 [citado 14 Jun 2019]; 2(2):147-53. Disponível em: http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/A_educacao_em_saude_com_grupos_na_comunidade.pdf
18. Rosa LCS, Belfort CC. Respostas do SUS e do suas às demandas das populações rurais na perspectiva do cuidado psicossocial. In: Dimenstein M, Leite J, Macedo JP, Dantas C, organizadores. *Condições de vida e saúde mental e contextos rurais*. São Paulo: Intermeios; 2016. p. 353-88.
19. Pietrafesa JP. Escola família agrícola: um espaço de inovação educativa no meio rural. *Linhas* [Internet]. 2006 [citado 14 Jun 2019]; 7(2):1-19. Disponível em: <http://revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/download/1335/1144>
20. Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 1999 [citado 14 Jun 2019]; 23(53):6-19. Disponível em: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.23%2C+N.53+-+set&pesq=&x=78&y=13
21. Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2005 [citado 14 Jun 2019]; 10 (Supl):243-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>
22. Rezende HAD, Cocco MIM. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2002 [citado 14 Jun 2019]; 36(6):282-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n3/v36n3a10.pdf>
23. Ministério da Saúde do Brasil. Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde [Internet]. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde; 2018 [citado 14 Jun 2019]. Disponível em: <http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>

5 ARTIGO 3

Determinantes sociais de saúde em contexto rural: a relação com as políticas de saúde no município de Barreiras, Bahia, Brasil³

Social determinants of health in a rural context: The relationship with health policies in the municipality of Barreiras, Bahia, Brazil

Resumo: A população do campo sempre enfrentou dificuldades no acesso aos serviços que garantam saúde. Determinantes sociais de saúde são fatores que influenciam o processo saúde-doença, tais como: econômicos, sociais, culturais, psicológicos e étnicos/raciais. O objetivo deste estudo foi analisar os determinantes sociais de saúde e sua relação com as políticas públicas de saúde na comunidade rural de Barreiras, Bahia, Brasil. O estudo foi qualitativo e descritivo, e a coleta de dados se deu por meio de entrevistas semiestruturadas nos domicílios de três povoados rurais. A análise dos dados se baseou em categorias temáticas dedutivas criadas por meio dos determinantes sociais de saúde e as subcategorias foram construídas com auxílio do programa ATLAS.ti. Os resultados das subcategorias foram: predominância de mulheres, supervalorização do modelo biomédico, estilo de vida próximo à natureza, religiosidade e espiritualidade, família e vizinhança, relação trabalho *versus* saúde/doença, desemprego, habitação para além da moradia, insuficiência de renda, sentimento de exclusão social e papel social da mulher rural. Em suma, a partir dos dados da presente pesquisa, a relação entre os determinantes sociais de saúde e as políticas públicas de saúde na comunidade rural de Barreiras aponta para uma negligência na qual as condições de vida e trabalho da população não condizem com o planejamento e as ações que ocorrem nesse contexto.

³ Artigo baseado nas regras da revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Versão impressa ISSN 1413-8123; versão online ISSN 1678-4561.

Palavras-chave: serviços de saúde rural, características sociais, condições sociais, comunidades rurais.

Abstract: The rural population always faced access difficulties to services that guarantee health. Social determinants of health are factors, such as economic, social, cultural, psychological and ethnic/racial, that influence the health-disease process. The objective of this study was to analyze the social determinants of health and their relations with public health policies in the rural community of Barreiras, Bahia, Brazil. The methodology used was qualitative and descriptive, and the data collection was held through semi-structured interviews in three rural villages' households. Data analysis was based on deductive thematic categories created through the social determinants of health and subcategories built with aid of ATLAS.ti software. The subcategories results were: predominance of women, overvaluation of the biomedical model, closer to nature lifestyle, religiosity and spirituality, family and neighborhood, relation between work versus health/illness, unemployment, habitation beyond housing, income insufficiency, social exclusion feelings and the social role of rural women. In sum, from the data collected for this research the relationship between social determinants of health and public health policies in the rural community of Barreiras indicate neglect, as the living and working conditions of the population do not match the planning and actions that occur in that context.

Key words: Rural health services, Social characteristics, Social conditions, Rural communities.

Introdução

O meio rural atualmente é ressignificado, não sendo caracterizado somente como lugar restrito ao trabalho voltado para a agricultura e produção de alimentos. São locais que

produzem bens simbólicos e alimentam uma indústria cultural, misturam os universos urbanos e rurais, porém, não perdem suas características peculiares, se caracterizando como “rurbano”¹. Assim, o meio rural é marcado por diversidade e heterogeneidade, não somente por uma única realidade, ainda que os estudos valorizem excessivamente questões como o agronegócio, a sustentabilidade, a agricultura familiar e os conflitos agrários².

A população rural no Brasil é caracterizada pela diversidade e especificidade e se encontra em situação de desigualdade socioeconômica. Os povos rurais têm modos de vida e reprodução sociais relacionados com o campo, podendo ser designados, entre outras, como camponesas(es); agricultoras(es) familiares; trabalhadoras(es) rurais assentadas(os) ou acampadas(os); trabalhadoras(es) assalariada(os) e temporárias(os); comunidades tradicionais, como quilombolas, ribeirinhas(os); extrativistas em áreas florestais ou aquáticas; e aquelas atingidas por barragens³.

Em revisão sobre a história das políticas de saúde no Brasil, o estudo assegura que as populações rurais foram invisibilizadas durante um longo período pelo poder público e o Estado. Os trabalhadores e trabalhadoras no campo eram aliados apenas para o desenvolvimento do país, constituindo a mão de obra, que, neste caso, deveria ser mantida saudável para a geração de lucro para a elite brasileira. Mesmo com a criação do Sistema Único de Saúde, o descaso com as pessoas que vivem nas ruralidades permaneceu. No entanto, considera-se que essa situação vem mudando com os movimentos sociais do campo, promovendo maior protagonismo e aplicação de uma política de saúde para o meio rural brasileiro⁴.

A população do campo sempre enfrentou dificuldades no acesso aos serviços que garantam saúde. As políticas de saúde para as populações rurais não devem ser pensadas em propostas que tenham caráter desintegrado, centralizado, curativo, urbano e não universais, como foram construídas durante muito tempo. Além disso, é preciso reorientar o modelo em

saúde, além da ausência de doença, para o biopsicossocial, que leve em consideração fatores que influenciam no processo saúde-doença, bem como nas vulnerabilidades em saúde, reforçando a necessidade de vários profissionais inseridos no contexto, pensando assim na prevenção de doenças e na promoção da saúde¹.

No início do século XX, a promoção da saúde foi denominada pela primeira vez por Henry Sigerist (1891-1957), descrevendo quatro funções da medicina, quais sejam: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento dos doentes e reabilitação. Nesse sentido, promoção da saúde é composta por ações de educação em saúde com ações do Estado que garantam melhores condições de vida⁵. No fim da primeira década de 2000, a discussão que se faz referente à promoção da saúde voltou-se para uma diferenciação da prevenção de doenças; esta que se baseia na história natural das doenças e possui um caráter normativo para a mudança de hábitos e divulgação científica de informações que possam evitar o surgimento de enfermidades específicas. Promover saúde aborda uma perspectiva local e global, por meio de ações intersetoriais que garantam melhoria da qualidade de vida da população, aliando elementos físicos, psicológicos e sociais⁶.

Ressalta-se que, no planejamento em saúde, a promoção da saúde e prevenção de doenças são complementares, e não excludentes. As duas propostas podem ser devidamente trabalhadas. Enquanto a promoção da saúde possui uma execução de seus programas com participação que vai além dos profissionais da saúde e foco na população e no ambiente total, a prevenção de doenças se volta para atuação centralizada nos profissionais da saúde, mobilizando pessoas e grupos de pessoas que possuem alto risco de uma patologia específica. O trabalho voltado para a saúde da população rural deve considerar toda a heterogeneidade de pessoas e os contextos que perpassam esse meio⁷.

Sendo assim, pensar saúde deve basear-se numa noção ampliada, os quais não se limitam ao reducionismo da saúde como ausência de doença nem tampouco como um estado

de equilíbrio do organismo. Saúde relaciona-se às propriedades do contexto sociocultural e ao significado dado por pessoa. Nesta perspectiva, os determinantes sociais de saúde (DSS) podem colaborar para compreender e elaborar os aspectos que envolvem as políticas públicas de saúde, visto que são fatores que influenciam no processo saúde-doença, tais como: econômicos, sociais, culturais, psicológicos e étnicos/raciais⁸. Além disso, DSS são as condições em que os indivíduos nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem⁹.

Observa-se que, apesar do investimento em conhecimento tecnológico agrícola nos últimos anos, esse não foi suficiente para garantir melhores condições de vida e trabalho para a população rural, gerando vulnerabilidades em saúde decorrentes dessa realidade¹⁰. Conhecer os DSS de uma comunidade significa um melhor auxílio para a elaboração de políticas públicas de saúde, aliadas às ações em promoção da saúde e prevenção de doenças, contribuindo assim para práticas mais efetivas no cuidado e no processo saúde-doença, sobretudo, em contextos rurais. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar os DSS e sua relação com as políticas públicas de saúde na comunidade rural de Barreiras, Bahia. Ademais, pretendeu-se conhecer as estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade em questão.

Percurso metodológico

Esta pesquisa é qualitativa e descritiva. Foi realizada em três povoados rurais do município de Barreiras, BA. As três localidades possuem unidades básicas de saúde com profissionais tais como médico, dentista e enfermeiro, além de escolas de ensino fundamental. Todas as residências têm rede elétrica, água tratada e fossa. A população de Barreiras teve sua população estimada para 2018 em 153.831 habitantes e há uma média de 15.640 pessoas na área rural, predominando economicamente o agronegócio, com produção de algodão e soja. A extensão territorial do município, em 2018, é de 7.859 km² de área da unidade territorial¹¹.

Após contato inicial, pessoalmente, com a secretaria municipal de saúde e, posteriormente, com os serviços de saúde das comunidades, definiu-se que a coleta de dados seria em domicílio, em razão da facilidade de acesso, visto que a estrutura das unidades de saúde não disponibilizaria uma sala para a realização da pesquisa. Sendo assim, a amostra do estudo se deu por conveniência, com 19 pessoas, sendo 15 mulheres e cinco homens. Os critérios de inclusão foram: concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ter mais de dezoito anos e morar na comunidade há, pelo menos, um ano. Foi utilizado como critério de exclusão: possuir alguma doença que impossibilite o entendimento e a participação na pesquisa. Os dados foram coletados entre fevereiro de 2017 e agosto de 2018.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi o questionário sociodemográfico e econômico e o roteiro de entrevista semiestruturada, que se caracterizou por questões sobre o tema central da pesquisa baseadas nos DSS. A pesquisadora explicou os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressalta-se que a participação se deu por livre e espontânea vontade dos(as) participantes, e esses(as) escolheram o local mais confortável e que não oferecesse constrangimento para responder à entrevista no domicílio.

No presente trabalho, foi utilizado o método dedutivo de análise de conteúdo, em que as temáticas foram criadas *a priori*, baseadas nos DSS de G. Dahlgren e M. Whitehead, em *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health* (1991), conforme Figura 1¹². O tratamento dos dados foi realizado por meio da análise de conteúdo temática proposta por L. Bardin, em *Análise de Conteúdo* (2008)¹³. A análise de conteúdo temática foi utilizada por meio da expressão do sujeito, as categorias foram compreendidas por meio de unidades do texto com palavras ou frases que apareceram de forma recorrente, inferindo uma expressão que as representassem. Para auxílio da análise dos dados foi utilizado o *software* ATLAS.ti versão 8, que é uma ferramenta que auxilia nesse processo e facilita a análise de uma pesquisa

com muitos dados qualitativos, possibilitando um julgamento organizado e sistemático. Posteriormente, foram criadas as subcategorias para a análise e quantidade de vezes que aparecem as citações, com a ajuda do programa. Os/as entrevistados/as foram identificados pelas letras “B”; “M” e “T”, representando respectivamente as comunidades da Baraúna, Mucambo e Tatu, seguido de um número conforme a ordem de realização das entrevistas, para garantir o sigilo e anonimato dos(as) participantes.



Figura 1. Modelo de determinantes sociais de saúde de Dahlgren e Whitehead, de 1991.

Fonte: Dahlgren e Whitehead¹².

O estudo seguiu as indicações éticas da Resolução n. 466¹⁴, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil, e da Resolução n. 510¹⁵, de 7 de abril de 2016, e foi submetido à análise e ao julgamento do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade São Francisco de Barreiras, tendo sido aprovado com o parecer de número 2.030.303 e CAAE 60315816.8.0000.5026.

Resultados

Os dados sociodemográficos e econômicos apresentam que cinco participantes são do sexo masculino (26,3%), enquanto 14 são do sexo feminino (73,6%), a idade mínima foi 19 anos e a máxima foi 87 anos, com idade média de 44,2 anos. Dos(as) 19 participantes, nove (47,3%) são casados, dois (10,5%) vivem em união estável, três (15,7%) são viúvos(as) e quatro (21%) são solteiros. Quanto à religião, 13 (68,4%) dos(as) participantes são católicos(as), quatro são evangélicos(as) (21 %) e dois (10,5%) não possuem religião. A média do número de filhos foi de três, variando de zero a 12. O tempo mínimo de residência na comunidade rural é de seis anos e o tempo máximo de 87 anos, com uma média de 28,1 anos. Todos(as) os(as) entrevistados(as) moram com algum familiar, sendo eles(as): pai/mãe, marido/esposa, filhos(as), netos(as) e irmãos(ãs). Em relação à escolaridade, cinco não são alfabetizados(as) (26,3%), nove possuem ensino fundamental incompleto (47,3%), um possui ensino fundamental completo (5,2%), um possui ensino médio incompleto (5,2%) e quatro possuem ensino médio completo (21 %). Dos(as) participantes, 15 (78,9%) responderam usar o ônibus coletivo como meio de transporte, enquanto três (15,7%) disseram usar o carro e somente um (5,2%) usa bicicleta. Quanto ao trabalho, onze não trabalham (57,8%), três trabalham como agricultores (15,7%), uma é atendente (5,2%), uma é doméstica (5,2%) e cinco (26,3%) são aposentadas. Dos(as) 19 entrevistados, cinco (26,3%) recebem a aposentadoria, benefício da Previdência Social, já sete deles recebem o benefício de transferência de renda do governo Bolsa Família (36,8%). A renda mensal de seis (31,5%) dos(as) participantes é de menos de um salário mínimo, dez possuem renda de um salário mínimo (52,6%), enquanto três têm renda de dois salários mínimos (15,7%).

Em relação às doenças no meio rural, dez participantes relataram ter doença de coluna e oito participantes relataram ter hipertensão arterial. Artrite apareceu uma vez e câncer não apareceu nenhuma, enquanto dor de cabeça foi referida por cinco participantes, osteoporose

apareceu duas vezes e doença de chagas uma. Quatro pessoas relataram ter o hábito de fumar. Em relação à alimentação saudável, dez pessoas consideram ter o hábito e oito descreveram realizar atividade física.

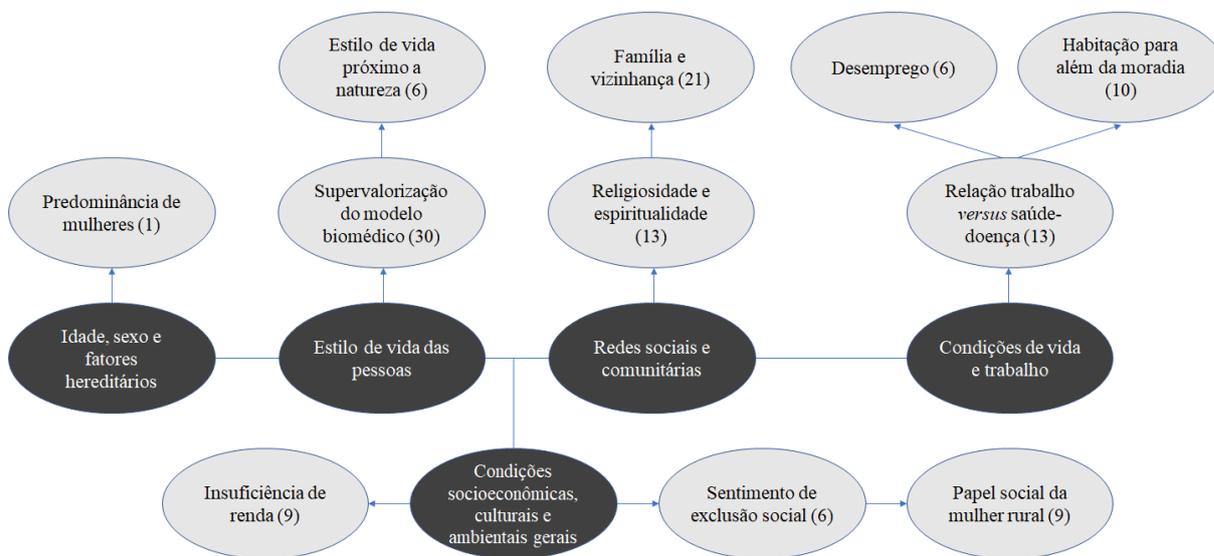


Figura 2. Nomeação e frequência de categorias e subcategorias temáticas afins aos determinantes sociais de saúde (modelo de Dahlgren e Whitehead, de 1991), segundo relato de moradores de comunidades rurais.

A primeira categoria refere-se à camada proximal do modelo de Dahlgren e Whitehead, de 1991, de DSS, que diz respeito a idade, sexo e fatores hereditários. Na pesquisa, notou-se a predominância de mulheres de idades variadas. Em relação aos fatores hereditários, apesar da presença de hipertensão arterial entre os(as) participantes, não é possível afirmar que existem aspectos hereditários, pois não apareceram nos discursos:

a) Estilo de vida das pessoas:

O próximo nível de análise do modelo de DSS é sobre o estilo de vida das pessoas, que teve como primeira a subcategoria “supervalorização do modelo biomédico”. Nota-se, pela Figura 2, que esta foi a subcategoria com mais citações, ou seja, em que mais apareceram

relatos dos(as) entrevistados(as) da pesquisa. Cuidar da saúde, conceito de saúde e um bom serviço de saúde estão intimamente relacionados com a presença do médico, tomar o remédio prescrito por ele e possuir a medicação no posto de saúde da comunidade, não se referindo à promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme demonstrado nas falas de B1, sexo feminino, 44 anos: *No médico, tenho uma ficha no posto que já está extensa. Faço preventivo de 6 em 6 meses, passo no ortopedista. Sempre que eu posso eu tô no médico;* e B2, sexo feminino, 39 anos: *Eu acho que tem que ter um médico aqui. Igual tá tendo agora, a gente vem a hora que quer, marca. Faz exame direitinho.*

Além disso, outra participante, M4, sexo feminino, 24 anos, expõe em sua fala: *Saúde é essencial, sem saúde não somos nada, por isso precisamos buscar saúde. Se está doente procura o médico e não acomoda dentro de casa, devemos correr atrás. Deus é o médico dos médicos, então devemos buscar o médico para saber a causa, origens e buscar a resposta e solução do caso.*

As plantas não aparecem como forma de tratamento, neste caso, a participante M7, sexo feminino, 61 anos, afirma que remédio caseiro, tradicionalmente utilizado nas zonas rurais, não faz nenhum tipo de efeito: *O mais importante que eu considero é mais a questão do médico mesmo, porque eu acho que remédio do mato não resolve nada né, remédio caseiro.* Além disso, pode-se perceber a prática de realizar exames também como forma de cuidar da saúde ou possuir um bom serviço, bastante apreciada no modelo biomédico, conforme relata B1, sexo feminino, 44 anos: *Fui ao médico e investigando, aí descobri. Descobri HPV porque fazia exames. Todo ano. Aí fiz e descobri. Tem que prevenir. Se eu não tivesse cuidado, hoje eu poderia ter um câncer.*

Outra forma de compreender saúde/doença é por meio das dores ou sintomas. Habitualmente se procura o médico, que é a figura que representa saúde quando se está sentindo alguma dor ou desconforto, conforme a participante M2, sexo feminino, 42 anos: *O*

certo é procurar o médico sempre que estiver sentindo alguma coisa, para evitar essas doenças graves; e M7, sexo feminino, 61 anos: *Só quando eu estou doente, com dor de cabeça forte, diarreia forte, quando eu preciso de algo mais rápido, quando eu estou sentindo algo.*

A outra subcategoria é denominada “estilo de vida próximo à natureza”. Viver próximo à natureza é valorizado e pode ser percebido como lazer, tal como frequentar o rio, conforme M3, sexo feminino, 31 anos: *Vou ao rio, normalmente, nos finais de semana. Assim, a natureza é contemplada como bem-estar, conforme afirmado por T2, feminino, 42 anos: Em termos, é mais fácil pra gente, em termos de liberdade, de bom ar, ar fresco, o calor não é tão grande como na cidade, o frio até mais às vezes, mas o calor a gente aqui quase não sente, muita árvore, de manhã aqui os pássaros, você precisa ver, cantam muito, e tem pessoas né que não veem o canto dos pássaros. A gente tem a oportunidade de viver aqui com os pássaros, animais e com tudo no geral.*

Porém, em alguns momentos, quando há um distanciamento do rio, esse não é reconhecido pelos moradores da comunidade, como demonstrado por M5, sexo feminino, 47 anos: *Aqui não tem nada para se divertir. Às vezes, vou para o bar da minha comadre.*

b) Redes sociais e comunitárias:

A categoria intermediária é denominada de redes sociais e comunitárias pelos DSS. A primeira subcategoria versa sobre religiosidade e espiritualidade. Percebeu-se como os(as) moradores da comunidade rural se utilizam da igreja como rede de apoio, que é tida como suporte e lazer ao mesmo tempo: *Costumo ser visitado pelos meus amigos da igreja, só pra conversar mesmo, é com frequência que eles vêm me visitar* (B2, sexo feminino, 39 anos); *Não recebo muita visita, somente o pessoal da igreja católica e evangélica. Normalmente para saber como estou* (M2, sexo feminino, 41 anos); *na igreja, Participo só dos eventos da igreja* (T7, sexo feminino, 26 anos).

Ademais, a espiritualidade perpassa os discursos dos participantes, demonstrando ser uma forma de enfrentar as adversidades: *Me considero saudável, pois, mediante tanto sofrimento que já vivi e em razão de tantas doenças que existem, Deus nunca deixou de entrar na minha casa* (T8, sexo feminino, 67 anos); *Espiritual, pois é possível você cair no estresse, na depressão, que é a doença do século, por isso deve estar bem, de cabeça erguida e jamais abaixar a cabeça diante os obstáculos* (M4, sexo feminino, 24 anos).

Estar próximo de familiares e vizinhos para os moradores da comunidade tem também um significado importante. Compreende-se que essas relações vão servir de rede de apoio, bem como a religiosidade por meio das igrejas. Ficar próximo de familiares e vizinhos é colocado positivamente pelos(as) participantes e considerada a subcategoria “família e vizinhança”: *Muito, direto, sempre. Dificilmente tem um domingo que a gente não almoça com a casa cheia* (B1, sexo feminino, 44 anos); *Às vezes eles vêm aqui, é um na casa do outro, pelo menos uma vez no mês a gente vai na casa do outro, mais pela tarde* (M7, sexo feminino, 61 anos); *Jogar conversa fora, às vezes elas vêm, ou eu vou lá, eu vou nas minhas primas também, tem minha vizinha aqui que eu gosto muito, nós ‘conversa’* (M8, sexo feminino, 39 anos).

c) Condições de vida e trabalho:

A relação de trabalho *versus* saúde e doença aparece tanto de forma positiva quanto de forma negativa. O trabalho, apesar de influenciar o aparecimento de dores, principalmente nas costas e de cabeça para as pessoas que trabalharam ou trabalham no campo, aparece também de forma positiva, visto que algumas entrevistadas relacionam a sua boa qualidade de vida com o fato de poder ter um trabalho tranquilo. As respostas de M2, sexo feminino, 41 anos, e M3 sexo feminino, 31 anos, quando questionados sobre a relação do trabalho com as condições de saúde, demonstram uma relação negativa, seja no trabalho do campo, seja nos trabalhos domésticos: *Sim. Eu já trabalhei muito na roça e até hoje ainda trabalho, por isso*

acho que os motivos dos problemas de saúde são em razão disso; os serviços dentro de casa, na maioria das vezes, afetam a coluna.

Em outro momento, a participante M4, sexo feminino, 24 anos, mostra que seu trabalho doméstico não influencia negativamente na relação com a saúde, pois tem sossego e tranquilidade: *Não. A minha vida é tranquila, durmo e acordo, graças a Deus é sossego.* Já para T3, sexo feminino, 19 anos, a relação entre trabalho e saúde aparece de forma positiva, em referência à qual demonstra que arrumar a casa já é um exercício, podendo auxiliar na qualidade de vida: *É, arrumando a casa já é um exercício.*

A próxima subcategoria denomina-se “habitação para além da moradia”, em que se percebeu que o local onde as pessoas moram vai além de um simples habitar, existe um apego ao lugar, mesmo com todas as dificuldades enfrentadas por elas, como pode ser visto em alguns relatos:

Bom, sabe por que é um lugarzinho abençoado? Jesus me deu. Eu antigamente não tinha casa para morar, eu já morei em uma barraca sem luz, porque eu não tinha casa, hoje eu dou glória ao meu Deus, pode chover o que for no mundo eu estou em minha casa, foi Deus que me deu e meu filho. Ele disse: ‘A senhora vai morar nesta casa’. ‘Eu, não vou morar nesta casa não’. E ele: ‘A senhora vai morar sim, agora a senhora vai morar em uma casa’ (M8, sexo feminino, 39 anos).

A vida de roça, eu faço é gostar da moradia, eu gosto mesmo é do que é da gente, é própria, não pago aluguel (T1, sexo feminino, 54 anos).

Além do apego ao lugar, os moradores fazem uma relação com a casa própria. Na “roça”, como relata o entrevistado, ninguém tira ele da moradia, pois é “própria”. No relato de M7, sexo feminino, 61 anos, a participante mostra o carinho que tem pela casa em que mora, que a protege da chuva, é dela e merece cuidado: *É uma delícia, uma beleza, porque eu passo a chuva aqui dentro né. Como é que você não adora o que tem?! Se a gente não adorar, quem*

vai adorar? Que pena que a bichinha está assim sujinha, mas pode deixar que eu dou um trato nela.

A terceira subcategoria que surgiu por meio da categoria “condições de vida e trabalho” refere-se ao “desemprego”. Além dos dados que surgiram das informações sociodemográficas e econômicas, a análise qualitativa corrobora que o desemprego aparece nos discursos de duas participantes: *Moça, aqui em casa, só eu mesmo e meu esposo quando arruma serviço, ele não tem serviço fixo não, ele trabalha na roça e não é toda vez não que arruma serviço* (T1, sexo feminino, 54 anos); *Aqui, viver aqui é complicado, é ruim de emprego, aí a gente vive mais, porque minha mãe é aposentada, se não fosse era difícil* (T7, sexo feminino, 26 anos).

O tema do êxodo rural foi resgatado por T6, sexo masculino, 49 anos, quando descreve que as pessoas mais jovens saem do meio rural para conseguir oportunidades de emprego em outros locais. Ele cita o filho que foi para o Piauí (estado) e a esposa que é professora em um bairro na cidade (Boa Sorte): *Tem o meu filho que trabalha, agora mesmo ele está para o Piauí, ele faz eventos, e minha filha que trabalha no presídio, a minha esposa que é professora, ela dá aula em Boa Sorte.*

d) Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais:

Por consequência do desemprego e da baixa escolaridade, já evidenciada nos dados sociodemográficos e econômicos, a primeira subcategoria da camada mais distal do modelo de DSS denomina-se “insuficiência de renda”. A pobreza que atinge os moradores rurais aparece nos discursos, demonstrando as dificuldades enfrentadas: *Assim, a gente tendo um dinheirinho tem tudo, mas a gente passa por muita dificuldade, viver de roça é difícil, só aqueles que têm a irrigação são mais felizes* (T8, sexo feminino, 67 anos).

Nota-se que a insuficiência de renda tem um impacto direto na vida das famílias rurais, inclusive no que diz respeito à alimentação, pois se entende que há a impossibilidade

de plantar e a limitação para comprar alimentos saudáveis: *Feijão, arroz, um frango, uma galinha, quando tem dinheiro compra uma verdurinha, só* (T1, sexo feminino, 54 anos); *Não, porque quando planta uma horta, a conta vem um absurdo, só compro verdura quando vou em Barreiras* (T8, sexo feminino, 67 anos); *Eu acho, porque aqui eu moro na roça, saladinha não todo dia, lá de vez em quando, de meses em meses. Quando eu vou para Barreiras, eu compro a minha alface e a gente come uma semana, acabou e pronto* (M6, sexo feminino, 50 anos).

O papel social da mulher no meio rural é outra subcategoria encontrada. Na pesquisa, as mulheres se colocam como unicamente responsáveis pelos cuidados domésticos e dos filhos, enquanto os homens são os provedores e a autoridade máxima dentro de casa, a participante B3, 31 anos, solteira, coloca o trabalho doméstico como obrigação: *“Um trabalho bom, sossegado, no dia em que quero limpar a casa eu limpo e quando não quero não limpo, mas eu sei das obrigações.* Já a entrevistada M4, sexo feminino, 24 anos, coloca o marido como o “chefe” da casa: *Não, precisa de muito mais, exige mais esforço perante mim, como mãe, e diante do meu esposo, que é o cabeça da casa, mas está dando para levar, graças a Deus.*

Por fim, “sentimento de exclusão social” aparece como subcategoria, em que os(as) moradores(as) se sentem abandonados ou inferiorizados, por serem moradores da área rural: *Deveria mudar a infraestrutura, fazer uma academia para o pessoal da comunidade, fazer uma praça, melhorar a educação, pois muitos professores pensam que as pessoas aqui são ignorantes porque moram na roça* (M3, sexo feminino, 31 anos).

O sentimento de exclusão social demonstrado pelos entrevistados aparece quando se sentem “diferentes” dos moradores das cidades. Prevalece a ideia de que as melhorias sempre são prioridades para o meio urbano, enquanto o meio rural é esquecido, sobretudo, pelos políticos: *As estradas, porque eles esquecem dos rurais, porque o prefeito fez tudo na cidade*

e aqui tá esquecido, calamidade, estamos esquecidos no mundo, em termos de estrada, em termos de pavimentação e em tudo. A gente vive no pó (T2, sexo feminino, 48 anos).

Discussão

Nota-se que os resultados demonstram com muita nitidez o que vem sendo chamado de “rurbano”. O termo refere-se ao não estabelecimento de fronteiras demarcadas quando se trata de rural e urbano, pois reconhece a junção de aspectos culturais que envolvem os dois contextos, mas ressalta a ideia de não dominação do urbano sobre o rural, e sim de complementariedade, reconhecendo as peculiaridades que envolvem cada espaço^{16,17}. Da mesma forma que moradores do campo vão até as cidades comercializar seus produtos, vão também se abastecer de artigos necessários para o dia a dia, bem como para trabalhar e buscar serviços de saúde. Porém, nota-se que, apesar do sentimento de exclusão social dos(as) entrevistados(as), eles(as) não demonstram desejo de se mudar para a cidade, o que indica um apego ao lugar e a presença de laços afetivos com vizinhos e familiares, bem como observado em outros estudos acerca de comunidades rurais^{18,19}.

Por outro lado, é bom enfatizar que a baixa escolaridade, o desemprego e, conseqüentemente, a pobreza no meio rural dificulta as condições de vida e reforçam o êxodo rural, principalmente entre os jovens. A Região Nordeste do Brasil historicamente sofre com esses problemas, que advêm da estrutura fundiária inadequada, da comercialização insuficiente, do sistema educacional precário e da ineficiência das políticas públicas²⁰. Sendo que atuar para conter o êxodo rural e melhorar as condições de vida do homem do campo se faz por meio de políticas públicas com ações como hortas comunitárias, assentamentos rurais e agricultura urbana²¹.

O estilo de vida em geral nessas ruralidades é baseado no modelo biomédico em que se tem a valorização extrema da figura do médico e se reconhece a medicação como fator

primordial para o cuidado com a saúde. Em estudo sobre a compreensão dos princípios do Sistema Único de Saúde em uma comunidade rural no Ceará, verificou-se resultado parecido com a presente pesquisa. Os autores abordam a importância de outros aspectos que perpassam o atendimento médico, tais como o diálogo e o atendimento humanizado, já que nem toda queixa se refere a problemas orgânicos. Assim, não só o médico, mas outros profissionais devem resgatar o ambiente comunitário e familiar colaborando na promoção da saúde e desmedicalizando os problemas, focando em aspectos considerados simples, tais como a boa convivência e a educação. Essa forma de “fazer” saúde diz respeito ao paradigma biopsicossocial, pouco mencionado pelos(as) participantes da pesquisa em questão²².

Convém ressaltar, no entanto, que a dependência de um cuidado curativo e da alta tecnologia pode ser reduzida por meio de atividades educativas que envolvam a participação ativa dos moradores das comunidades rurais, desde o planejamento até a tomada de decisões sobre as necessidades de saúde e a utilização de recursos, que dialoga com os modos de viver e saberes próprios. Só assim profissionais de saúde contribuem para o empoderamento da população rural, aumentando a responsabilidade na resolução de problemas em saúde tanto dos indivíduos quanto da comunidade^{23,24}.

Nesse sentido, verifica-se o não reconhecimento de outros aspectos que influenciam o processo saúde-doença. O lazer do meio rural, que é voltado para a natureza, não é utilizado o suficiente. Os recursos naturais existentes no campo estão sendo cada vez mais utilizados como formas de resistência e melhores condições de vida por meio das atividades pluriativas. A pluriatividade refere-se a uma combinação de atividades agrícolas e não agrícolas, sendo utilizadas como formas complementares de renda, possibilitando a superação do êxodo rural e da pobreza. Nesse caso, para os(as) participantes do estudo, o acesso a rios e à natureza não é visto como possibilidade de práticas pluriativas, o que demonstra que esse DSS não é considerado na comunidade para a formulação de políticas públicas de saúde²⁵⁻²⁷.

Outro ponto a ser considerado é a religiosidade e espiritualidade, que apareceram como formas de enfrentar e aceitar as dificuldades, sendo suporte e esperança nas adversidades. Logo, tais pontos devem ser incluídos por meio da intersetorialidade como estratégias na promoção e no planejamento em saúde, visto que frequentar eventos religiosos pode também significar lazer, em que há encontro de gerações e entre vizinhos. É possível afirmar que a religiosidade e a espiritualidade podem ser consideradas fundamentais na qualidade de vida da população rural, especialmente entre os(as) idosos(as)^{28,29}. Embora a religiosidade e espiritualidade devam ser valorizadas, deve-se alertar para a postura de submissão que as pessoas assumem diante das desigualdades sociais, enfraquecendo a possibilidade de transformações do cotidiano³⁰.

Ainda que a desigualdade de gênero apareça nos resultados da pesquisa na subcategoria “papel social da mulher rural”, não é demonstrado como incômodo pelas mulheres. Contudo, sabe-se dos impactos negativos que o modelo patriarcal causa para as mulheres rurais. Sem autonomia financeira e política, as mulheres não conseguem se reconhecer como sujeitos de direitos, reforçando o anonimato, a desvalorização e a invisibilidade. Historicamente, as condições de vida a que essas mulheres vêm sendo submetidas trazem sérios problemas para a saúde delas e das crianças. Por isso, propõem a prática da agroecologia e produção de alimentos pelas mulheres rurais. Essa é uma das maneiras pela qual as mulheres passam a ter acesso a direitos e possibilidade de renda, além de valorização do conhecimento do campo e uma vida com dignidade. Elaborar políticas de saúde que envolvam a promoção da saúde necessariamente transcorre o enfrentamento desse DSS³¹.

Os resultados da análise puderam demonstrar que os principais DSS da comunidade estudada são: supervalorização do modelo biomédico, estilo de vida próximo à natureza, valorização da religiosidade e espiritualidade, família e vizinhança, presença de desemprego,

relações positivas e negativas do trabalho com a saúde/doença, apego com o lugar pela habitação, insuficiência de renda, presença de sentimento de exclusão social e relações de gênero demarcadas por meio do papel social da mulher rural.

Verificou-se a ausência de ações que envolvam a promoção da saúde e prevenção de doenças, já que o modelo de saúde é curativo e médico centrado; nos discursos dos(as) participantes foi notória a presença do olhar que se tem para a doença em detrimento da saúde.

Em suma, a partir dos dados da presente pesquisa, a relação entre os DSS e as políticas públicas de saúde na comunidade rural de Barreiras aponta para uma negligência, em relação à qual as condições de vida e trabalho da população não condizem com o planejamento e as ações que ocorrem nesse contexto. Para tanto, sugerem-se novas pesquisas que contemplem todos os DSS das ruralidades no Brasil, para que as políticas públicas de saúde sejam formuladas de acordo com os aspectos que envolvem essa realidade, valorizando as potencialidades e combatendo as desigualdades ainda tão presentes.

Referências

1. Carneiro FF, Búrigo AC, Dias AP. Saúde no campo. In Caldart RS, Pereira IB, Alentejano P, Frigotto G, organizadores. Dicionário da educação do campo [Internet]. São Paulo: Expressão Popular; Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2012 [acessado 2020 Jan 17]. p. 693-9. Disponível em:
<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/1191.pdf>
2. Dimenstein M, Leite J, Macedo JP, Dantas C. Condições de vida e saúde mental em contextos rurais. Serv Soc Saúde [Internet]. 2017 [acessado 2020 Jan 17];16(1):151-8. Disponível em:
<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8651478/17524/>

3. Ministério da Saúde do Brasil. Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas [Internet]. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde; 2015 [acessado 2020 Jan 17]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_ambiente_populacoes_campo_floresta_aguas.pdf
4. Barbosa Júnior AS, Albuquerque PCC, Freitas AA. “O Jeca não é assim, ele está assim!”: apontamentos sobre a história das políticas de saúde no meio rural do Brasil [Internet]. Rev Ciên Vet Saúde Pública. 2015 [acessado 2020 Jan 17];2(2):107-21. Disponível em:
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevCiVet/article/download/28618/pdf/>
5. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 635-67.
6. Czeresnia, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009. p. 39-53.
7. Buss, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2009. p. 15-38.
8. Traverso-Yépez MA, Pinheiro VDS. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. Psicol Soc [Internet]. 2002 [acessado 2020 Jan 17];14(2):133-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v14n2/v14n2a07.pdf>
9. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis [Internet]. 2007 [acessado 2020 Jan 17];17(1):77-93. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>

10. Albuquerque FJB. Psicologia social e formas de vida rural no Brasil. *Psic: Teor e Pesq* [Internet]. 2002 [acessado 2020 Jan 17];18(1):37-42. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a05v18n1.pdf>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: Barreiras, BA [Internet]. Rio de Janeiro: Ed. IBGE; 2011 [acessado 2020 Jan 17]. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/barreiras/panorama>
12. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991 [acessado 2020 Jan 17].
Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
13. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
14. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012: aprovação, diretrizes, normas de regulamento, pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* [Internet]. 2013 Jun 13 [acessado 2020 Jan 17].
Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016: o Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006... *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* [Internet]. 2016 Maio 24 [acessado 2020 Jan 17]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

16. Carneiro MJ. Ruralidade: novas identidades em construção. *Estud Soc Agric* [Internet]. 1998 [acessado 2020 Jan 17];6(2):53-75. Disponível em:
<https://revistaesa.com/ojs/index.php/esa/article/download/135/131/>
17. Silva JG. O novo rural brasileiro. *Nova Econ* [Internet]. 1997 [acessado 2020 Jan 17];7(1):43-81. Disponível em:
<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/novaeconomia/article/download/2253/1193/>
18. Bruno NL, Profice CC, Aguiar PCB, Ferraz MIF. Apego ao lugar e sustentabilidade ambiental em uma comunidade rural do sul do estado da Bahia-Brasil. *Rev Gest Sust Amb* [Internet]. 2018 [acessado 2020 Jan 17];7(1):206-34. Disponível em:
http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/gestao_ambiental/article/view/5991/3577
19. Oliveira TCS, Sousa VFS, Farias RRS, Lopes RN, Castro AAJF. O apego ao lugar: uma abordagem no semiárido nordestino. *Ensino, Saúde Ambiente* [Internet]. 2019 [acessado 2020 Jan 17];12(3):181-9. Disponível em:
<http://periodicos.uff.br/ensinosaudeambiente/article/download/28586/22024>
20. Medeiros Filho J, Souza I. *A seca do Nordeste: um falso problema*. Petrópolis: Vozes; 1988.
21. Fonseca WL, Fonseca WJL, Oliveira AM, Vogado GMS, Terto GG, Oliveira Sousa T, et al. Causas e consequências do êxodo rural no Nordeste brasileiro. *Nucleus* [Internet]. 2015 [acessado 2020 Jan 17];12(1):233-40. Disponível em:
<http://www.nucleus.feituverava.com.br/index.php/nucleus/article/download/1422/1774>
22. Melo WS, Silva MJN, Oliveira VDF, Mariano SPS, Ferreira PJDO, Monteiro FPM. Compreensão de uma comunidade rural acerca dos princípios do SUS: estudo sociopoético. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2019 [acessado 2020 Jan 17];88(26):1-11. Disponível em:
<https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/download/43/447/>

23. Lima ÂRA, Dias NDS, Lopes LB, Heck RM. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? *Saúde Debate* [Internet], 2019 [acessado 2020 Jan 17];43(122):755-64. Disponível em:
<https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43n122/755-764/pt>
24. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate* [Internet], 2018 [acessado 2020 Jan 17];42(esp.1):302-14. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0302.pdf>
25. Souza M, Klein ÂL. (2019). Rural, ruralidade, pluriatividade e multifuncionalidade do desenvolvimento rural. In: Souza M, Dolci TS, organizadores. *Turismo rural: fundamentos e reflexões* [Internet]. Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2019 [acessado 2020 Jan 17]. p. 9-22. Disponível em:
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/193048/001092409.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Schneider S. La pluriactividad en el medio rural brasileño: características y perspectivas para la investigación. In: Grammont HC, Martinez Valle L, coordinadores. *La pluriactividad en el campo latinoamericano* [Internet]. Quito: Ed. Flacso; 2009 [acessado 2020 Jan 17]. p. 207-42. Disponível em:
https://www.flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/agora/files/1245083217.2009_cap_schneider_pluriactiv_libro_gramont_mexico_spanish_0.pdf
27. Carneiro MJ. Do “rural” como categoria de pensamento e como categoria analítica. In M. J. Carneiro, coordenadores. *Ruralidades contemporâneas: modos de viver e pensar o rural na sociedade brasileira* [Internet]. Rio de Janeiro: Mauad X/FAPERJ; 2012. p. 23-50.

28. Lima LCV, Vilella WV, Bittar CML. Percepção sobre qualidade de vida entre idosos residentes em municípios de pequeno porte e sua relação com a religiosidade/espiritualidade. RBCEH [Internet]. 2014 [acessado 2020 Jan 17];11(3):231-44. Disponível em:
<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/download/4221/pdf/>
29. Missio M, Portella MR. Atenção aos idosos rurais no contexto da família: um desafio para a equipe do programa saúde da família. Bol Saúde [Internet]. 2003 [acessado 2020 Jan 17];17(2):25-36. Disponível em:
http://www.boletimdaude.rs.gov.br/download/20140521085734v17n2_06atencaoidos os.pdf
30. Brandão IR. Amor e amizade nos jardins da psicologia comunitária: uma contribuição da filosofia política ao trabalho psicológico. In: Brandão IR, Bomfim ZAC, organizadores. Os jardins da psicologia comunitária: escritos sobre a trajetória um modelo teórico-vivencial [Internet]. North Charleston: Amazon Books; 2015 [acessado 2020 Jan 17]. p. 120-31. Disponível em:
https://www.academia.edu/19317269/os_jardins_da_psicologia_comunitaria
31. Pulga VL, Mezdri AM. Mulheres camponesas, agroecologia e saúde. In: Anais do Seminário Integrador de Extensão [Internet]; 2018 Set 26-27 [acessado 2020 Jan 17]; Chapecó, Paraná. Chapecó: Universidade Federal da Fronteira Sul; 2018. 1-5. Disponível em: <https://portaleventos.uffs.edu.br/index.php/SIE/article/view/10527/6032>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS

Por meio da presente pesquisa, é possível afirmar que as políticas públicas no Brasil, apesar de ser uma área crescente em estudos e inserção na constituição federal, ainda se caracteriza por jogos e interesses políticos, de acordo com cada governo, especialmente na área da saúde. A inclusão de políticas públicas específicas para populações excluídas faz parte de governos que se interessam em manter equidade e igualdade em pauta de um governo democrático, enquanto as mesmas políticas públicas são retiradas na troca de governo, demonstrando a fragilidade da garantia de direitos por meio das políticas públicas no Brasil.

Sendo assim, em meio aos avanços e retrocessos da política de saúde brasileira, os moradores da área rural ficam à mercê dos governos que se utilizam de poder para favorecer grupos prioritários, não avaliando a realidade desigual do Brasil, sobretudo rural. Ressalva-se que o papel da política pública brasileira, que surge seguramente no processo de redemocratização, deveria garantir melhores condições de vida a toda população, mais ainda quando se trata de uma política pública universal.

Os resultados do trabalho demonstram que os principais temas abordados nas pesquisas envolvem agronegócio, meio ambiente e insegurança alimentar. Dessa forma, verificou-se a carência de estudos que envolvam uma análise de todos os DSS, já que a presença da temática voltada para os agrotóxicos, na atualidade, é predominante, enquanto há um prejuízo de tantos outros assuntos que fazem parte dos DSS para relacionar com as políticas públicas de saúde.

Apesar de ainda existir entre os moradores do meio rural a crença de que o urbano é mais valorizado, percebeu-se o “rurbano” muito presente, em que as características do urbano e do rural se misturam, porém, a cultura e as peculiaridades do campo permanecem. Devido às dificuldades enfrentadas, muitas pessoas se veem obrigadas a trabalhar na cidade ou até

mesmo ir morar em um centro urbano, caracterizando o êxodo rural, principalmente entre os mais jovens. No caso da comunidade de mais difícil acesso, foi nítida a presença majoritária de idosos e aposentados, que podem permanecer no povoado. Essa característica demonstra que a ausência de oportunidades de emprego e/ou atividades de geração de renda são DSS não considerados nas políticas de saúde, causando impacto direto na qualidade de vida dos/as moradores/as dessa região. Nota-se, por meio da presente pesquisa, o quanto os/as entrevistados/as abordaram sobre as consequências da insuficiência de renda na alimentação, que é apenas uma das tantas implicações que esse DSS pode ter na vida da população.

Em consequência dessa realidade, também, pode-se observar a deficiência da agricultura familiar, visto que a região não possui chuvas durante todo o ano, o que dificulta a plantação. Porém, entende-se que não há investimento das políticas públicas para a agricultura ou, até mesmo, incentivo à agroecologia, que poderia beneficiar, especialmente, as mulheres, por meio da geração de renda e melhoria na alimentação da família, o que provocaria mais autonomia e acesso a direitos. Além disso, o investimento em práticas plurativas e educação poderiam melhorar a renda familiar e saúde, evitando que as pessoas obrigatoriamente tenham de ir embora do campo.

Tais práticas poderiam ser acessadas com a intersetorialidade, que envolve o conhecimento dos DSS relacionados às políticas públicas de saúde e a outras políticas que favoreceriam a qualidade de vida da população rural como um todo. Ressalta-se que para estratégias de saúde eficientes, necessariamente, deve-se investir em ações de outras políticas intersetoriais. A intersetorialidade torna-se condição fundamental para o sucesso das políticas públicas de saúde.

A presença do paradigma biomédico foi uma característica marcante no presente estudo. Alcançar uma boa saúde, necessariamente para os/as participantes, perpassa a presença do médico no serviço de saúde, a medicação disponível, bem como seguir a prescrição médica e a realização de exames. Assim, notou-se a ausência da promoção da

saúde como importante para a vida da população rural, sobretudo, entre os mais jovens. No povoado onde a presença majoritária é de idosos/as, práticas de prevenção de doenças, como uma boa alimentação, são importantes, já que implicam comportamentos individuais para evitar as doenças decorrentes da idade, ausentando os/as profissionais e as políticas públicas de saúde da responsabilidade.

Todavia, a proximidade entre os/as profissionais e o serviço de saúde com a comunidade se fez presente. Este é um DSS que tem potencialidade no meio rural de Barreiras e que deve ser valorizado para a construção das políticas públicas. Por serem povoados pequenos, onde as pessoas se conhecem, é facilitada a vinculação. A facilidade para a implantação de ações de promoção da saúde e até mesmo de prevenção de doenças é maior, neste caso, visto que família e vizinhança são redes de apoio. Programas não só da política de saúde, mas de todas as outras políticas públicas necessárias podem ser mais simplesmente implantadas nessas localidades por essas condições.

Em síntese, as políticas públicas de saúde no meio rural de Barreiras não levam em consideração os DSS que se fazem presentes. As políticas de saúde são baseadas em um modelo urbano e implantadas nas ruralidades. Por isso, a condição de vida da população rural de Barreiras pode ficar prejudicada. Ademais, estratégias que envolvam a prevenção de doenças são mais presentes, enquanto ações para a promoção da saúde são pouco ou nada reconhecidas. A compreensão dos DSS para a formulação da política de saúde relacionando os aspectos da promoção da saúde e prevenção de doenças é a estratégia indicada para prática de melhoramento em saúde na comunidade rural de Barreiras, BA.

Maior conhecimento e preparo dos/as profissionais e gestores em saúde podem colaborar para mudar essa realidade, o que decorre também de uma formação acadêmica menos técnica e mais voltada para a valorização das condições sociais, históricas, culturais e econômicas que fazem parte da realidade rural. Quando se trata da psicologia, é plausível que áreas como a psicologia da saúde, psicologia comunitária e psicologia rural se façam

presentes para melhor formação acadêmica. Essas áreas podem contribuir para autonomia e resistência das pessoas que vivem no campo.

Por fim, a presente pesquisa pretendeu uma análise que contemplasse todos os DSS que se relacionam com as políticas públicas de saúde no meio rural de Barreiras, Bahia, visto que essa era uma lacuna de outros estudos. Apesar do aumento de estudos nos últimos anos com o tema das ruralidades, de maneira especial, na psicologia, sugere-se que outros estudos abordem a temática, não somente sobre agrotóxicos ou insegurança alimentar, mas todas as vulnerabilidades e potencialidades que envolvem o contexto rural. Espera-se que, por meio da pesquisa, novas estratégias de formulação e implantação de políticas públicas de saúde possam ser elaboradas, para uma prática mais efetiva e que beneficie a população do campo.

REFERÊNCIAS GERAIS

- Araújo, J. D. D. (2012). Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(4), 533-538. Recuperado de <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a02.pdf>
- Badziak, R. P. F., & Moura, V. E. V. (2010). Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 3(1), 69-79. Recuperado de <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/download/51/114>
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barret, M. (2011). Questões práticas e ética do projeto de pesquisa. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Shaw & J. A. Smith. *Métodos de pesquisa em psicologia* (pp. 42-63). Porto Alegre: Artmed.
- Bertolli Filho, C. (2004). *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática.
- Bittencourt, R. A. D. A., & Mateus, M. L. F. (2006). Possibilidades de atuação do psicólogo no programa saúde da família: a experiência de Bonito-MS. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(2), 328-343. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v26n2/v26n2a14.pdf>
- Brasil, F. G., & Capella, A. C. N. (2016). Os estudos das políticas públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. *Política Hoje*, 25(1), 71-79. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/download/3710/3012>
- Briceño-León, R. (2003). Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas Ciências Sociais. In P. Goldenberg, R. M. G. Marsiglia & Gomes, M. H. A. (Orgs.), *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde* (pp. 157-183). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Buss, P. M. (2002). Promoção da saúde da família. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, 2(6):50-63.
- Buss, P. M. (2009). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (2ª ed., pp. 19-42). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
- Carneiro, M. J. (2012). Do “rural” como categoria de pensamento e como categoria analítica. In M. J. Carneiro (Coord.), *Ruralidades contemporâneas: modos de viver e pensar o rural na sociedade brasileira* (pp. 23-50). Rio de Janeiro: Mauad X; FAPERJ.
- Castro, E. K., & Remor, E. (2018). Introdução à psicologia da saúde. In E. K. Castro & E. Remor (Orgs.), *Bases teóricas da psicologia da saúde* (pp. 9-26). Curitiba: Appris.
- Cervo, A. L., & Bervian, P. A. (2002). *Metodologia científica*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Cohn, A. (1989). Caminhos da Reforma Sanitária. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, 19, 123-140. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf>
- Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. (2005). *Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde*. Genebra: OMS. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd57/comissao.pdf>
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf

- Conselho Nacional de Saúde do Brasil (2013, 13 de junho). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovação, diretrizes, normas de regulamento, pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, seção 1. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Conselho Nacional de Saúde do Brasil. (2016, 24 de maio). Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006, [...]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, seção 1. Recuperado http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- D'Amore, E., Cowes, V. G., & Logiovine, S. (2015). Reflexiones y aportes de la psicología para pensar el proceso de salud-enfermedad-atención en el ámbito rural. In F. Landini. (Coord.), *Hacia una psicología rural latinoamericana* (pp. 269-282). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO. E-Book. Recuperado de http://redaf.org.ar/wp-content/uploads/2015/02/Hacia_una_psicologia_rural.pdf
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. In T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, & M. Wirth (Ed.), *Challenging inequities in health: from ethics to action* (pp. 13-23). New York: Oxford University Press.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>

- Fowler, D. J., & Sá, A. C. (2009). Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas. *O Mundo da Saúde*, 33(2), 225-220. Recuperado de http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/225a230.pdf
- Frey, K. (2000). Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, 21, 211-259. Recuperado de <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/download/89/158>
- Geib, L. T. C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 123-133. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1.pdf>
- Gonçalves, B. S., Landini, F., Leite, J., Calegare, M. G. A., & Monteiro, R. C. (2016). Construindo un abordaje psicosocial de la ruralidad desde América Latina: contribuciones desde el 2 do Congreso Latinoamericano de Psicología Rural [Editorial]. *Revista de Educação Técnica e Tecnológica em Ciências Agrícolas*, 7(12), 6-16.
- Gonçalves, M. G. M. (2013). *Psicologia, subjetividade e políticas públicas*. São Paulo: Cortez.
- Gorayeb, R., & Guerrelhas, F. (2003). Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(1), 11-19. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v5n1/v5n1a03.pdf>
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-210. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>
- Guzzo, R. S. L. (2018). Pesquisa e mudança social: desafios e dificuldades para a formação em Psicologia. *Educar em Revista*, 34(71), 143-156. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/er/v34n71/0104-4060-er-34-71-143.pdf>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *Censo demográfico 2010: Barreiras, BA*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/barreiras/panorama>
- Laubstein, F. C. (2011). A ruralidade ontem e hoje: Uma análise do rural na contemporaneidade. *Revista Aurora*, 4(2). Recuperado de <http://www.bjis.unesp.br/revistas/index.php/aurora/article/view/1277/1146>
- Leite, J. F., Macedo, J. P. S., Dimenstein, M., & Dantas, C. (2013). A formação em Psicologia para a atuação em contextos rurais (pp. 27-55). In J. F. Leite & M. Dimenstein (Orgs.), *Psicologia e contextos rurais*. Natal: EdUFRN.
- Machado, H. B., & Koelin, C. R. (2009). Crenças sobre saúde: influência nas atitudes de portadores de doenças crônico-degenerativas em relação ao cuidado à saúde. *Revista Baiana de Enfermagem*, 22-23(1-3), 121-134. Recuperado de <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/4992/3627>
- Malta, D. C., Cezário, A. C., Moura, L. D., Morais Neto, O. L. D., & Silva Junior, J. B. D. (2006). A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15(3), 47-65. Recuperado de <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v15n3/v15n3a06.pdf>
- Marcondes, W. B. (2004). A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(1), 5-13. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/02.pdf>
- Martins, H. H. T. (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, 30(2), 289-300. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07.pdf>
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.

- Melazzo, E. S. (2010). Problematizando o conceito de políticas públicas: desafios à análise e à prática do planejamento e da gestão. *Tópos*, 4(2), 9-32. Recuperado de <https://revista.fct.unesp.br/index.php/topos/article/download/2253/2062>
- Mendes, R., Fernandez, J. C. A., & Sacardo, D. P. (2016). Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde em Debate*, 40(108), 190-203.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO.
- Minayo, M. C. S., & Minayo-Gómez, C. (2003). Dífíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In P. Goldenberg, R. M. G. Marsiglia & Gomes, M. H. A. (Orgs.), *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde* (pp. 117-142). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ministério da Saúde do Brasil. (1986). *8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
- Ministério da Saúde do Brasil. (1990). *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. Recuperado de http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf
- Ministério da Saúde do Brasil. (2002). *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
- Ministério da Saúde do Brasil. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf

- Monteiro, C. A. (1995). A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil. *Estudos Avançados*, 9(24), 195-207. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ea/v9n24/v9n24a09.pdf>
- Morais, E. P., Rodrigues, R. A. P., & Gerhardt, T. E. (2008). Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 17(2), 374-383. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/21.pdf>
- Murta, S. G., Schneider, D. R., Nobre-Sandoval, L. D. A., Schenker, M., Seidl, E. M. F., Polejack, L., ... & Abreu, S. (2019). Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde (Brapep): anúncio de fundação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e190340. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e190340.pdf>
- Pietrafesa, J. (2006). Escola Família Agrícola: um espaço de inovação educativa no meio rural. *Revista Linhas*, 7(2), 1-8. Recuperado de <http://www.revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/download/1335/1144>
- Pires, A. P. (2008). Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais. In J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperriere, R. Mayer & Á. Pires (Orgs.), *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 43-94). Petrópolis: Vozes.
- Presidência da República do Brasil. (1962, 5 de setembro). Lei n. 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, seção 1. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l4119.htm
- Riquinho, D. L. (2009). *A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Recuperado de <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16566/000705208.pdf?sequence=1>

- Sant'Anna, C. F., Cezar-Vaz, M. R., Cardoso, L. S., Erdmann, A. L., & Soares, J. F. D. S. (2010). Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(1), 92-99. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v31n1/a13v31n1.pdf>
- Sebastiani, R. W. (2000). Histórico e evolução da psicologia da saúde numa perspectiva latino-americana. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica* (pp. 201-222). São Paulo: Pioneira Psicologia.
- Soares, R. A. S., Moraes, R. M., Viana, R. P. T., Pessoa, V. M., & Carneiro, F. F. (2015). Determinantes socioambientais e saúde: o Brasil rural versus o Brasil urbano. *Tempus, Actas de Saúde Coletiva*, 9(2), 221-235. Recuperado de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/1718/1440>
- Souza, C. (2006). Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, (16), 20-45. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>
- Souza, E. M., & Grundy, E. (2004). Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1.354-1.360. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/30.pdf>
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial*. Porto Alegre: Artmed.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1996). *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Tumelero, S. M. (2018). Intersetorialidade nas políticas públicas. *Guaju*, 4(2), 209-228. Recuperado de <https://revistas.ufpr.br/guaju/article/download/62201/37266>
- Treck Brasil Transportes. (2020). Barreiras [mapa]. Feira de Santana: Treck Brasil Transportes. Recuperado de <http://treck.com.br/barreiras.html>

- Walter, S. A., & Bach, T. M. (2015). Adeus papel, marca-textos, tesoura e cola: inovando o processo de análise de conteúdo por meio do Atlas-ti. *Administração: Ensino e Pesquisa*, 16(2), 275-308. Recuperado de <https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/download/236/181>
- Wanderley, M. D. N. B. (2014). O campesinato brasileiro: uma história de resistência. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, 52(Supl. 1), 25-44. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/resr/v52s1/a02v52s1.pdf>
- Wargas, T. (2002). Políticas públicas e saúde. In P. T. R. Luchese (Coord.), *Políticas públicas em saúde pública* (pp. 11-62). São Paulo: BIREME/OPAS/OMS. Recuperado de http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicass_publicas.pdf
- Ximenes, V. M., & Camurça, C. E. S. (2016). Novos cenários da pobreza e da seca na zona rural nordestina: suas implicações na saúde mental. In: M. Dimenstein, J. Leite, J. P. Macedo, & C. Dantas (Orgs.), *Condições de vida e saúde mental e contextos rurais* (pp. 175-194). São Paulo: Intermeios.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO
--

Por favor, responda as questões abaixo com um X, sem deixar nenhuma em branco:

- 1) Sexo: masculino feminino
- 2) Idade: anos
- 3) Naturalidade:
- 4) Estado civil: solteiro(a) casado(a) viúvo(a)
 separado(a) divorciado(a) união estável
- 5) Religião: Praticante: não sim
- 6) Possui filhos? não sim Quantos?
- 7) Tempo em que reside na comunidade rural de Barreiras, BA?
- 8) Com quem você mora?
- 9) Seu grau de instrução:

<input type="checkbox"/> analfabeto	<input type="checkbox"/> ensino fundamental completo
<input type="checkbox"/> ensino fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> ensino médio completo
<input type="checkbox"/> ensino médio incompleto	<input type="checkbox"/> graduação completa
<input type="checkbox"/> graduação incompleta	
- 10) A sua casa é? própria alugada
- 11) Qual meio de transporte utiliza?
 carro ônibus moto a pé outros
- 12) A sua casa tem?

<input type="checkbox"/> rede elétrica	<input type="checkbox"/> pavimentação	<input type="checkbox"/> água tratada	<input type="checkbox"/> água de poço
<input type="checkbox"/> coleta de lixo	<input type="checkbox"/> rede de esgoto	<input type="checkbox"/> fossa	<input type="checkbox"/> esgoto a céu aberto
- 13) Trabalha? não sim aposentado desempregado
- 14) Local de trabalho:

- 15) Quantas horas por dia:
- 16) Tem vínculo empregatício? não sim
- 17) Recebe algum tipo de benefício sócio assistencial?
 não sim Que tipo?.....
- 18) Quanto recebe por seu trabalho?
 menos de um salário mínimo um salário mínimo
 dois salários mínimos três salários mínimos ou mais
- 19) Quantos membros da sua família trabalham?
 Em que trabalham?
- 20) Tem ou já teve alguma dessas doenças?
 hipertensão arterial artrite diabetes câncer
 doença de coluna Qual outra?
- 21) Faz uso de alguma medicação?
 não sim Quantos?
- 22) Sente dor ou desconforto em alguma parte do corpo?
 não sim Qual?
- 23) Sobre seus hábitos de vida, você pratica algum desses regularmente?
 atividade física sedentarismo tabagismo
 alcoolismo alimentação saudável

Identificação do participante:

Data coleta dos dados:/...../.....

2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
--

A) BASE DO MODELO: IDADE, SEXO E FATORES HEREDITÁRIOS

A.1) Alguém da sua família já teve alguma doença grave? [] não [] sim

Qual?

Quem?.....

A.2) Você costuma fazer exames preventivos? [] não [] sim

A.3) Já vivenciou alguma situação de adoecimento seu ou de alguém da sua família?

[] não [] sim

B) 1º EIXO: ESTILO DE VIDA

B.1) Como é viver no meio rural?

.....

B.2) O que você faz para viver melhor?

.....

B.3) O que você faz para se divertir?

.....

B.4) Como você cuida da sua saúde?

.....

B.5) De onde vêm os alimentos que você consome?

.....

B.6) O que você considera importante para a prevenção das doenças:

Hipertensão arterial?

Artrite?

Diabetes?

Câncer?

Doença de coluna?

C) 2º EIXO: REDES SOCIAIS E COMUNITÁRIAS

C.1) Você participa de alguma atividade social (clubes, grupos comunitários, centros de convivência, outras)?

.....

C.2) Quando você precisa conversar com alguém, quem você procura?

.....

C.3) Você costuma visitar ou ser visitado por amigos? [] não [] sim

Por qual motivo e frequência?

D) 3º EIXO: CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO

D.1) Como você considera o seu trabalho?

.....

D.2) Você acha que a sua atividade diária pode ter relação com a sua saúde?

.....

D.3) Como você considera os serviços oferecidos em saúde e em educação na sua comunidade?

.....

D.4) O que você acha do seu local de moradia?

.....

E) 4º EIXO: CONDIÇÕES SÓCIO ECONÔMICA, CULTURAL E AMBIENTAL GERAIS

E.1) O que você considera ser necessário para ter uma boa saúde?

.....

E.2) Você se considera saudável? [] não [] sim

Por que?

E.3) O que você acha bom na comunidade em que vive?

.....

E.4) O que você acha que poderia melhorar na comunidade em que você vive?

.....

F) SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

F.1) O que você acha sobre os serviços de saúde na região em que vive?

.....

F.2) Com que frequência você procura o posto de saúde?

.....

F.3) Quais os motivos te levam a procurar os serviços de saúde?

.....

Identificação do participante:

Data coleta dos dados:/...../.....

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Informações sobre a Pesquisa**

Título da pesquisa: *Políticas Públicas de Saúde e Determinantes Sociais de Saúde: Relação Saúde e Doença na Comunidade Rural do Município de Barreiras, Bahia.*

Pesquisadora responsável: Fabiana Regina da Silva Grossi

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Benício Costa Neto

Telefone para contato: (77) 99925-4133 / (62) 9178-7530

E-mail: fabiana.grossi@yahoo.com.br / sebastiaobenicio@gmail.com

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Francisco de Barreiras, com o CAAE em//, telefone: (77) 3613 -8854; e-mail: cepfasb@fasb.edu.br

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

O (a) Senhor (a) é convidado (a) a participar do estudo *Políticas Públicas de Saúde e Determinantes Sociais de Saúde: Relação Saúde e Doença na Comunidade Rural do Município de Barreiras, Bahia*, que se justifica por: Dentro da realidade do município de Barreiras, Bahia, em particular da área rural, parte se aqui do princípio de que dificuldade em implantar políticas de saúde voltadas para uma nova forma de constituir a saúde, torna-se necessário investigar quais são as estratégias utilizadas para prevenir doenças e promover saúde e as quais as representações que se têm delas, além dos fatores que estão influenciando nesse processo, para compreender como pensa a população rural desse município, isso possibilitará contrapor esse pensamento e formas de enfrentar doenças da população com políticas públicas que possibilitem a melhoria de qualidade de vida e saúde da cidade de Barreiras; identificar as características sócio demográfica, econômica e clínica dos/as participantes; analisar as práticas em prevenção de doenças e promoção da saúde relacionadas aos determinantes sociais de saúde; investigar a presença das cinco doenças recorrentes na comunidade rural do município de Barreiras: hipertensão arterial, artrite, diabetes, câncer e doenças de coluna; descrever as políticas públicas de saúde oferecidas na comunidade rural; verificar a percepção do impacto dos determinantes sociais de saúde nas doenças investigadas; constatar a influência dos seguintes aspectos relacionados aos determinantes sociais de saúde de no enfrentamento as doenças: idade, sexo e fatores hereditários; estilo de vida dos participantes; redes sociais e comunitárias; condições de vida e de trabalho e condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais; relacionar o comportamento

preventivo da população estudada com as cinco doenças recorrentes; descrever os aspectos relacionados a promoção de saúde na comunidade estudada.

Sua participação é voluntária, não remunerada e não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo, para tanto, necessitamos que responda o questionário (entrevista).

A pesquisa será realizada nos postos de saúde, em sala previamente definida e domicílios da comunidade rural do município de Barreiras, no período de abril a dezembro de 2017, com duração de aproximadamente uma hora cada entrevista.

A coleta dos dados será por meio de Questionário Sociodemográfico e Econômico e entrevista semiestruturada, com duração de aproximadamente uma hora. As entrevistas semiestruturadas serão aplicadas individualmente pela pesquisadora e armazenadas em áudio por meio de um gravador, com a permissão do participante. As falas dos participantes serão transcritas na íntegra e posteriormente analisadas de acordo com os objetivos da pesquisa, utilizando-se a letra “E”, seguida de um número como identificação do participante para manter o anonimato.

A pesquisa em questão visa beneficiar a população, em especial a comunidade rural, tentando esclarecer sobre os aspectos que influenciam no aparecimento das doenças recorrentes e o modo de enfrentar as doenças e promover saúde, podendo explicitar essa relação com os determinantes sociais de saúde e com as políticas públicas de saúde. Porém, existe a possibilidade de haver riscos para os pesquisados como o constrangimento ou risco emocional ao participar da pesquisa. Se isso ocorrer, as participantes receberão atenção integral e imediata, de forma gratuita, como o serviço de psicologia da clínica escola da Faculdade São Francisco de Barreiras. Quanto ao risco de constrangimento, esse será minimizado com a realização das coletas de dados individualmente em uma sala reservada e a qualquer momento poderá ser interrompida, caso o entrevistado não queira mais participar do estudo. Serão garantidos o anonimato e o sigilo das informações, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos. O participante poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa a qualquer momento desta.

Caso este procedimento gere algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.

Sua participação é voluntária e caso queira se retirar em qualquer etapa da pesquisa não haverá nenhum dano ou prejuízo, e para isso basta entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.

Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa – Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil –, que diferencia e especifica normas para a pesquisa com seres humanos nas áreas da Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas – Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil –, que regulamenta sobre a participação com seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Os seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso de outras pessoas. O material com suas informações (dados sócio demográfico, econômico e clínico e entrevista semiestruturada) ficará guardado sob a responsabilidade da pesquisadora Fabiana Regina da Silva Grossi com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

O (a) Senhor (a) tem acesso a qualquer etapa do estudo, bem como aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador

desta pesquisa é Fabiana Regina da Silva Grossi, que pode ser encontrado no endereço Rua Barão de Cotegipe, n. 1.684, bairro Vila Regina, cidade Barreiras, Bahia, e o telefone (77) 99925-4133.

Se O(a) Senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a Ética da Pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, localizado na Rua: Br 135, Km 01, n. 2.341, Bairro Boa Sorte, CEP: 47805-270, Barreiras, BA, Prédio II, 1º andar. telefone: (77) 3613 - 8854, e-mail: cepfasb@fasb.edu.br.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Eu,,
 RG, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Barreiras, BA, de de

.....
 Participante da pesquisa

.....
 Pesquisadora: Fabiana Regina da Silva Grossi

.....
 Orientador: Dr. Sebastião Benício Costa Neto

ANEXO

FACULDADE SÃO FRANCISCO
DE BARREIRAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: RELAÇÃO COM A SAÚDE E A DOENÇA NA COMUNIDADE RURAL DO MUNICÍPIO DE BARREIRAS/BA

Pesquisador: Fabiana Regina da Silva Grossi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60315816.8.0000.5026

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.030.303

Apresentação do Projeto:

A pesquisa está apresentada de forma coerente e satisfatória.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos estão coerentes com a metodologia proposta. Satisfatórios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão descritos de maneira satisfatória.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente e tem relevância acadêmica, social e científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão presentes conforme exigência do Comitê de Ética e Pesquisa da FASB.

Recomendações:

Não existe recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências

Endereço: BR 135 Km 01, nº 2341

Bairro: Boa Sorte

CEP: 47.805-270

UF: BA

Município: BARREIRAS

Telefone: (77)3613-8854

Fax: (77)3613-8824

E-mail: cepfasb@fasb.edu.br

FACULDADE SÃO FRANCISCO
DE BARREIRAS



Continuação do Parecer: 2.030.303

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_795477.pdf	08/02/2017 00:10:46		Aceito
Outros	Dispensaaceiteatual.pdf	08/02/2017 00:09:06	Fabiana Regina da Silva Grossi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PD.pdf	03/02/2017 18:12:15	Fabiana Regina da Silva Grossi	Aceito
Outros	AA_F.pdf	03/02/2017 18:09:32	Fabiana Regina da Silva Grossi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/02/2017 18:07:04	Fabiana Regina da Silva Grossi	Aceito
Folha de Rosto	FRPD.pdf	21/09/2016 20:22:56	Fabiana Regina da Silva Grossi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BARREIRAS, 25 de Abril de 2017

Assinado por:
EMÍLIA KARLA DE ARAÚJO AMARAL PIGNATA
(Coordenador)

Endereço: BR 135 Km 01, nº 2341
Bairro: Boa Sorte CEP: 47.805-270
UF: BA Município: BARREIRAS
Telefone: (77)3613-8854 Fax: (77)3613-8824 E-mail: cepfasb@fasb.edu.br