



As necessidades em saúde da população rural em Colômbia e Laranjeiras/SP em análise

Aline Chbane Bosso¹

Fabiana Faria Rezende²

Andrea Fernanda Silveira³

Patrícia Modiano⁴

RESUMO: O presente artigo tem por objetivo identificar a percepção que as populações rurais assentadas nos municípios de Colômbia e Laranjeiras tem sobre sua saúde e sobre as necessidades para melhores condições de saúde. Trata-se de um estudo exploratório, realizado por meio de entrevista com um roteiro de perguntas abertas e análise das informações sociodemográficas do e-SUS das comunidades. Dos 42 entrevistados, observou-se consenso no que diz respeito ao conceito de saúde, que acredita-se ser um processo saúde-doença, baseado no modelo biomédico. Os entrevistados se ressentem de recursos que possam melhorar sua condição de vida e acreditam que poderia haver maior investimento em transporte ou infraestrutura, além de melhor financiamento do atendimento de saúde. Sobre a colaboração para melhorar o cenário local, mais da metade disse não ter capacidade para mudar a situação em suas comunidades. Por conta do modelo de saúde adotado, a estrutura de atendimento é sobrecarregada pelo excesso de consultas, exames diagnósticos e fornecimento de medicações. É necessário melhorar as condições de atendimento e buscar a implementação de programas e/ou ações com o objetivo de estimular o empoderamento dos assentados e a busca da auto responsabilização pelos cuidados em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Assentamento. Saúde. Percepção. Necessidades. Saúde Pública.

THE HEALTH NEEDS OF THE RURAL POPULATION IN COLOMBIA AND LARANJEIRAS / SP IN ANALYSIS

ABSTRACT: This article aims to identify the perception that rural populations living in the municipalities of Colombia and Laranjeiras have about their health and about the needs for the best health conditions. It is an exploratory study, conducted through an interview with a script of open questions and analysis of the sociodemographic information of the e-SUS of the communities. Of the 42 interviewees, there was a consensus regarding the concept of health, which is believed to be a health-disease process, based on the biomedical model. Respondents resent resources that can improve their living conditions and believe that there could be greater investment in transport or infrastructure, in addition to better financing of health care. Regarding collaboration to improve the local scenario, more than half said they did not have the capacity to change the situation in their communities. Due to the adopted health model, a service structure is overloaded by excessive consultations, diagnostic tests and the supply of medications. It is necessary to improve the conditions of care and seek the implementation of programs and / or actions with the objective of stimulating the empowerment of the settlers and the search for self-responsibility for health care.

¹ Graduanda em Medicina pela Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos - Dr. Paulo Prata (FACISB). E-mail: aline.bosso1@gmail.com

² Docente no Curso de Psicologia da Faculdade Barretos. E-mail: ff.rezende@yahoo.com.br

³ Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, pesquisadora e colaboradora. E-mail: andreafernandasilveira@gmail.com

⁴ Docente na Faculdade de Ciências da Saúde Dr Paulo Prata - Barretos. E-mail: patymodiano@gmail.com

KEYWORDS: Settlement. Health. Perception. Needs. Public Health.

INTRODUÇÃO

A questão da obtenção e posse de terras sempre esteve presente na história do Brasil, principalmente no período pós-independência. O desafio histórico tem sido tentar conciliar o quesito da injustiça e reparação de bens tomados e a propriedade privada como um direito do cidadão brasileiro. Além disso, o ideal de distribuição de terras aos ex-escravos marcou essa trajetória como uma forma de assegurar que o Brasil seria fundado em esquemas de pequenas propriedades, assim como muitos outros países. No entanto, a Lei de Terras de 1850 ou Lei 601 (BRASIL, 1850) surgiu para garantir que as terras brasileiras fossem adquiridas apenas mediante compra, favorecendo os grandes ruralistas, dificultando o acesso de pessoas de baixa renda à propriedade e consolidando a concentração de lotes, tornando a terra um meio de lucro e poder.

O Estatuto da Terra foi promulgado na vigência da ditadura militar, em 30 de novembro de 1964, buscando conciliar tanto o desenvolvimento agrícola e as propostas de modernização dos latifúndios, quanto a redistribuição de terra como medida social e necessária. Esse dispositivo pretendia garantir a propriedade àqueles que já a possuíam, efetuando a redistribuição de terra dos proprietários que não faziam bom uso produtivo das mesmas. Entretanto, as disposições previstas no Estatuto não entraram em vigor prontamente e os problemas agrários brasileiros não foram solucionados, pois não foi feita nenhuma reforma agrária naquele período. Por outro lado, ele abriu as portas para que a distribuição de terras se tornasse uma questão legal, respaldando as lutas jurídicas entre entidades de apoio à luta dos trabalhadores rurais e o governo, a fim de que as terras estipuladas como “áreas prioritárias de reforma agrária” fossem, de fato, desapropriadas de seus antigos donos e redistribuídas.

Atualmente, as desapropriações de latifúndios improdutivos ficam a cargo do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), criado em 1970. Os assentamentos só podem existir em uma propriedade a partir do momento que esse instituto transfere o direito de usufruto aos trabalhadores rurais. No entanto, apesar do programa de distribuição de terras estimar que as políticas públicas ofereçam melhores condições para essa população, a realidade em que vivem não condiz imediatamente com as suas necessidades, o que demanda a estruturação de ações em diferentes setores para o enfrentamento estrutural, logístico e psicossocial dos problemas que encontram no campo, principalmente no que diz respeito às questões relacionadas ao bem-estar e saúde dessas comunidades.

A criação das políticas públicas de saúde do Brasil e o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiram sob o lema “saúde é democracia”, marcando significativamente a Reforma Sanitária. Em 1979, durante o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados, o documento redigido pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde sinalizou a necessidade de alteração do sistema de saúde pública do país, alterando sua característica de atendimento à população minoritária (como indigentes e pessoas que não possuíam acesso à outras formas de atendimento) para um sistema que fosse de qualidade e atendesse a todas as camadas sociais do país. Surge então, com a promulgação da Constituição de 1988 – ou Constituição Cidadã, no artigo 194 – a fundação do SUS e sua participação como integrante das ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

No entanto, apesar de ser uma política pública de saúde antiga e relativamente bem implantada no território nacional, de acordo com Leite *et al.* (2004), apenas 21% dos assentamentos no Brasil possuem postos de saúde, sendo que a maioria deles foi instalado por própria pressão dos assentados. Dentre os fatores que mais complicam o acesso dessa população ao serviço de saúde e vice-versa, está a distância em relação aos centros urbanos e a dificuldade de acesso por conta das vias ou da falta de transporte adequado.

Além desses fatores, segundo Carvalho (2013), variáveis socioeconômicas e ambientais são determinantes incontestáveis para a saúde populacional. Condições de nascimento, desenvolvimento, trabalho e de envelhecimento estão responsáveis pela maior parte das doenças. A busca pela boa saúde, assim como o bem-estar da população, também contribui para outras propriedades sociais como a educação, cuidado com o meio ambiente, aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico.

Com frequência, mesmo tendo o cadastro no e-SUS (que permite conhecer com detalhes vários aspectos das condições de saúde dos usuários), o poder público não conta com evidências concretas acerca da dimensão psicossocial da população para proceder com a elaboração de programas que implicam na mudança de comportamento. Sendo assim, é fundamental analisar a realidade cotidiana desses grupos populacionais, por meio do mapeamento das suas condições de saúde de forma analítica e subjetiva.

Assim como na visão ecológica, é também fundamental considerar que os determinantes sociais coabitam com os determinantes culturais, ambientais, biológicos/organicistas, ideológicos/políticos e comportamentais. Dessa forma, a constatação das necessidades só pode ocorrer numa dimensão ampliada da realidade, já que existem múltiplas versões da mesma. Isto implica em olhar para o

maior número possível de segmentos, setores e níveis da comunidade em questão, sem nos esquecermos de que ela também está inserida num contexto maior de sociedade.

Nessa perspectiva, precisamos ter em foco os indivíduos, suas famílias estendidas e suas relações com os demais membros da comunidade, buscando identificar como percebem as relações sociais, quais os elementos facilitadores que sustentam as condições de vida e seu modo de viver e como se configura a rede de apoio para a manutenção da realidade tal como ela se apresenta ao grupo em evidência.

Portanto, é fundamental abordar essa população de maneira a recompor os vínculos afetivos e reconfigurar sua inserção social para garantir aos cidadãos o acesso básico aos cuidados de saúde e a possibilidade de reintegração no cenário local. Esse tipo de intervenção, entretanto, deve ser pensada a médio e longo prazos, integrando os mais variados setores da sociedade e áreas do conhecimento, sempre com base no levantamento criterioso das suas necessidades subjetivas e objetivas.

Entende-se, assim, que realizar o mapeamento da realidade onde uma população, específica se encontra, identificando sua percepção sobre as condições de vida e suas expectativas em relação ao desenvolvimento local, seja do ponto de vista social e/ou estrutural, é de fundamental importância. No caso do presente estudo, um mapeamento criterioso foi realizado com dois assentamentos rurais, localizados no interior do Estado de São Paulo: ,Formiga, localizado a 27 quilômetros da cidade de Colômbia, com 56 famílias; e Perdizes, localizado a 15 quilômetros do município de Laranjeiras, com 36 famílias.

Nas sessões seguintes, será apresentado o método utilizado nesta pesquisa, bem como serão descritas as variáveis e especificados os conceitos adotados como base no estudo. Na sequência, estão detalhados os instrumentos e as técnicas aplicadas na coleta de informações, seguidos da apresentação e discussão dos resultados. Uma caracterização mais pormenorizada dos assentamentos pode ser encontrada na sessão dos resultados, onde constam os dados demográficos das famílias assentadas nessas duas localidades.

MÉTODOS

A presente proposta fundamenta-se na perspectiva sócio-história e no modelo teórico preconizado por Airhihenbuwa (1995), Airhihenbuwa e Obregon (2000) e Airhihenbuwa e Webster (2004), e adaptado por Silveira (2014), considerando os atores da ação como participantes ativos do processo de construção do conhecimento acerca da realidade como um todo. A problemática é analisada e compreendida a partir da ótica de cada família, sendo abordada, em um primeiro momento, pela

estratégia da observação participativa.

Segundo Brandão (1981) e Brose (2001), trata-se de uma forma de aproximação da realidade em questão, ao mesmo tempo em que possibilita aos pesquisadores o estabelecimento de vínculos que permitirão o compartilhamento de informações de maneira informal e formal. As observações dessa natureza beneficiam a composição de um corpo sólido de conhecimento sobre o cotidiano local, de maneira que os pesquisadores consigam, à posteriori, elaborar instrumentos precisos de investigação.

Por isso, identificar demandas não é tarefa das mais fáceis. Requer sensibilidade e escuta apurada para discernirmos as problemáticas vividas pela comunidade, as dificuldades percebidas e sentidas pelos atores sociais. Esse trabalho de análise é preconizado por Brandão (2002) como sendo essencial para abstrair do discurso a interpretação que as pessoas fazem do seu cotidiano.

Airhihenbuwa (1995) e Silveira (2014) explicam que a percepção das expectativas sociais, a identidade cultural dos sujeitos, seus valores e crenças, são elementos-chave para do processo de decisão sobre as questões de saúde. Isto é, o comportamento é estabelecido a partir da interação desses fatores, podendo os sujeitos engajarem-se positiva ou negativamente em ações benéficas para a gestão da sua saúde. Por isso, uma forma eficaz de planejar ações de prevenção e promoção em saúde passa, necessariamente, pela compreensão detalhada dessas dimensões.

Nesse sentido, a estratégia qualitativa de investigação favorece alcançar os elementos básicos da análise da subjetividade dos participantes, compondo uma lógica dialética e indutiva à respeito da sua particularidade (SILVEIRA, 2014). Através de narrativas ricas, a palavra, as ideias e as emoções tornam-se o foco do registro, permitindo ao pesquisador descobrir suas conexões e significados.

Tal tarefa facilita identificar quais são os complicadores psicossociais que afetam a saúde da população em questão e, quando revelados, as evidências ajudam os órgãos públicos a atuar de maneira mais eficiente na comunidade, proporcionando um atendimento mais específico para essa população, aumentando a qualidade e a expectativa de vida dos moradores.

Para compor esse cenário, foi realizado um estudo exploratório, com aprovação no Conselho de Ética em Pesquisa (sob registro 2.173.641), buscando compreender, subjetivamente, a realidade vivida pelos participantes dentro do seu contexto social, por meio de informações que traduzam a percepção e expectativa dos participantes acerca da sua condição de saúde.

Foram estudadas 42 famílias no assentamento de Formiga (do total de 56), situado a 27 quilômetros da cidade de Colômbia, e 18 famílias no assentamento de Perdizes (do total de 36), situado a 15 quilômetros de Laranjeiras. A investigação

foi composta por amostragem não-probabilística, por conveniência. Os resultados apresentados condizem ao número total de respostas, sendo que um representante familiar pode ter respondido mais de uma categoria de resposta.

As entrevistas foram mediadas pela Agente Comunitária de Saúde responsável pelo território, escolhidas conforme presença no horário da equipe responsável pelo estudo no assentamento, receptividade às perguntas e proximidade com o ponto de encontro da equipe. Os critérios para se estar apto a responder as perguntas foram: estar morando no assentamento, homens e/ou mulheres maiores de idade, declarar-se responsável e/ou corresponsável pela família.

VARIÁVEIS E CONCEITOS

A saúde é tomada como variável dependente, sendo a percepção que os indivíduos têm acerca da sua condição de saúde a variável independente. As condições de vida e as características sociodemográficas da população em estudo fazem o papel da variável interdependente. Para fins deste estudo, considera-se “saúde” na sua definição ampla e integral, abrangendo os aspectos biopsicossociais e ambientais. “Percepção”, nesse caso, significa a maneira como o indivíduo discerne os eventos do cotidiano, atribuindo a eles um sentido próprio. “Mapeamento da realidade” e “mapeamento das necessidades” implicam no detalhamento do objeto estudado, listando os pormenores de forma objetiva e estruturada.

TÉCNICAS E INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Por se tratar de um estudo exploratório, foram aplicadas técnicas qualitativas tais como a entrevista semiestruturada, apoiada por um roteiro de perguntas abertas para a coleta de informações e a análise de conteúdo para a interpretação e compilação das informações obtidas. Uma análise documental foi feita a partir do cadastro do e-SUS disponíveis, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Colômbia/SP.

COLETA DE DADOS

Inicialmente, foram realizadas algumas visitas para apresentação do projeto e estabelecimento da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Colômbia, visando a obtenção da carta de anuência da autoridade local responsável.

Na sequência, foram realizadas algumas reuniões prévias com os representantes designados pela SMS-Colômbia/SP, a fim de estabelecer a logística das visitas em campo para a realização do levantamento de informações.

Foram realizadas visitas até a Estratégia de Saúde da Família referência, para

captação das informações contidas no e-SUS e formulação de um banco de dados sociodemográficos.

Prezando pela segurança e tranquilidade de moradores e pesquisadores, a apresentação do para o aceite dos participantes e a aplicação dos questionários foram realizadas casa a casa, sendo intermediadas e agendadas pela Agente Comunitária da Saúde local.

PROCESSAMENTO, ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS

A compilação das informações, assim como a análise dos dados, foi feita a partir da técnica da análise de conteúdo e análise documental, tendo como apoio também o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para tratamento dos dados objetivos. Os resultados são apresentados em forma de relatório textual, ilustrados com tabelas e/ou infográficos, contendo dados objetivos. Para fins de validação dos resultados junto aos parceiros e participantes do estudo, os resultados foram organizados em slides, visando uma apresentação formal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em análise documental dos dados relatados no e-SUS foram catalogados ao todo 208 cadastros do e-SUS, referentes a 150 moradores de Formiga e 58 moradores de Perdizes. Vale ressaltar que o cadastro do e-SUS é preenchido pelos profissionais de saúde para registrar informações relevantes sobre a situação de saúde dos indivíduos. Quando analisados dentro de um conjunto, por exemplo, uma comunidade, é possível retratar algumas das características do grupo em questão. Sendo assim, os resultados apresentados nesta primeira sessão em particular, ilustram o perfil geral das duas comunidades estudadas.

Também é importante esclarecer que o cadastro do e-SUS é idealmente preenchido por completo, mas pode ocorrer a falta de inserção de informações em alguma categoria por razões diversas. Para fins deste estudo, sempre que algum item estava em branco, o mesmo foi considerado como “ignorado”, a fim de processá-lo como uma categoria de resposta no programa SPSS para ser integrado na análise estatística.

As características sociodemográficas mostram que no assentamento Formiga, a média de idade é de 46.3 anos. Nesta categoria, foram analisadas 143 estatísticas de idade, sendo de 7 ignoradas. Já em Perdizes, foram analisadas 55 estatísticas, sendo 3 ignoradas e a média de idade foi de 41.6 anos.

Os assentamentos de Formiga e Perdizes possuem a seguinte distribuição entre homens e mulheres, demonstrada na Tabela 1. A classificação ignorada corresponde

aos cadastros sem marcação de sexo:

Tabela 1 - Distribuição de sexo dos assentamentos Formiga e Perdizes.

Sexo	Formiga	Perdizes
Feminino	68	25
Masculino	80	28
Ignorado	2	5

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

No que se refere à raça declarada pelo morador e cadastrada no e-SUS, de acordo com as alternativas disponibilizadas pelo formulário do Ministério da Saúde, foram constatadas as seguintes características: em Formiga, 75 pessoas se declararam brancas, 19 pretas, 22 pardas e 34 não possuíam indicação de raça; já em Perdizes, 24 pessoas se declararam brancas, 24 pardas, 1 preta e temos 9 ignorados.

Em relação à escolaridade da população dos assentamentos, os dados revelam que a maioria da população em Formiga (34,7%) estudou ou estuda no Ensino Fundamental - 1ª a 4ª séries. Porém, sabendo que a média de idade é de 46,3 anos, é possível inferir que a maior parcela desse número não estuda mais. É importante notar que o formulário conta a opção de resposta “nenhum” (grau de escolaridade), sendo que, para fins deste estudo, é uma alternativa diferente da classificação “ignorado” (quando o item não foi preenchido). Na Tabela 2 consta a distribuição da escolaridade dos cadastros analisados.

Assim como em Formiga, a maior parte da população do assentamento de Perdizes estudou ou estuda no Ensino Fundamental - 1ª a 4ª séries. Na Tabela 3 consta a distribuição da escolaridade dos cadastros analisados.

Quanto ao estado civil dos moradores de Formiga, nota-se que 49,3% são casados. Porém a porcentagem de solteiros ainda é grande quando comparada com a de casados, apesar da média de idade populacional ser de 46,3 anos. Em Perdizes, o cenário se repete, tendo maior predominância de famílias casadas. O dado é condizente com a realidade dos assentamentos, já que a maior parte dos núcleos familiares são compostos por um responsável familiar predominantemente do sexo masculino, a esposa e 1 ou 2 filhos (representando a maioria da população solteira). Na Tabela 4 está ilustrada essa distribuição.

Tabela 2 – Curso mais elevado frequentado no assentamento Formiga.

Curso mais elevado	Curso frequen- tado
Ensino Fundamental - 1ª a 4ª séries	52
Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	27
Ensino Fundamental Completo	6
Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª série)	1
Ensino Fundamental EJA - séries finais (supletivo 5ª a 8ª séries)	1
Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (científico, técnico e etc)	3
Ensino Médio Especial	23
Ensino Médio EJA (supletivo)	4
Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado	8
Alfabetização para adultos (Mobral, etc)	2
Nenhum	10
Ignorado	11

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Tabela 3 - Curso mais elevado frequentado no assentamento Perdizes.

Curso mais elevado	Curso frequen- tado
Ensino Fundamental - 1ª a 4ª séries	22
Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries	19
Ensino Fundamental Completo	3
Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (científico, técnico e etc)	6
Ensino Médio Especial	2
Ensino Médio EJA (supletivo)	1
Nenhum	3
Ignorado	1

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Tabela 4 – Estado civil nos assentamentos Formiga e Perdizes.

Estado civil	Formiga	Perdizes
Solteiro (a)	32.7%	25.9%
Casado (a)/convívio com o parceiro (a)	49.3%	56.9%
Divorciado (a)/separado (a)	7.3%	1.7%
Viúvo (a)	4.7%	3.4%
Ignorado	0,06%	12.1%

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

No que diz respeito ao estilo de vida em relação à tabagismo, etilismo e uso de outras drogas, foi possível verificar que a população tende a responder que não faz uso de tabaco (86,7% em Formiga e 75,9% em Perdizes) ou de álcool (96% em Formiga e 82,8% em Perdizes). Em relação a outras drogas, também afirmam não fazer uso 91,3% na comunidade de Formiga e 82,8% em Perdizes.

Com relação às doenças crônicas, foram diagnosticados 60,7% de casos de hipertensão arterial em Formiga e 20,7% de casos em Perdizes. Também na comunidade de Formiga 5,3% dos moradores foram diagnosticados com diabetes, enquanto em Perdizes o percentual equivale a 5,2%. Na Tabela 5 é possível observar a distribuição dessas categorias.

Tabela 5 – População diagnosticada com doenças crônicas nos assentamentos Formiga e Perdizes.

	Formiga	Perdizes
Hipertensão arterial	60.7%	20.7%
Diabetes	5.3%	5.2%

Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Na análise da categoria “uso de ervas medicinais no cotidiano”, os dados indicam que uma grande maioria é adepta dessa estratégia de tratamento, sendo 77,3% dos cadastrados em Formiga e 72,4% dos formulários do assentamento de Perdizes. Entre os moradores que declararam que utilizam plantas medicinais, as mais citadas foram: Erva Cidreira, Boldo e Hortelã.

Sobre a análise do conteúdo das entrevistas realizados, quando perguntados sobre o dia a dia na comunidade, 22 pessoas disseram que sua rotina é baseada em trabalho e atividades domésticas, como fazer café, lavar louça, cuidar da casa. Outras 23 pessoas relataram que parte das suas atividades ocorre fora do ambiente da casa,

por exemplo, cuidar do gado, tirar leite, criar galinhas, fazer queijo, cuidar da roça e pescar. Ainda sobre a vida na comunidade, 15 assentados trouxeram perspectivas positivas da vivência local e das relações interpessoais como parte do cotidiano, como a eficiente assistência da saúde e boa relação com vizinhos e colegas, como pode ser observado nas falas que seguem:

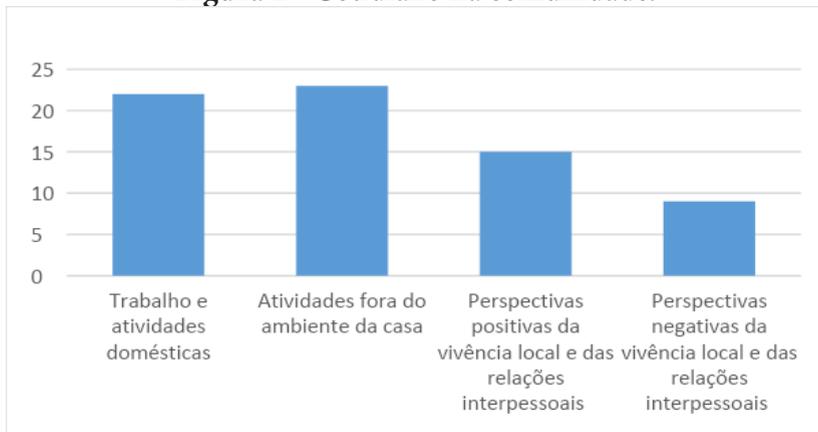
“É trabalho de casa. Eu cuido da casa, lavo roupa, faço merenda, arrumo o jardim, arrumo as crianças.” (Perdizes)

“Meu trabalho é na roça. Eu acordo, faço café, fumo meu cigarro, trato das criações, vou para a roça mexer no abacaxi, no quiabo, limpo o quintal, fico com o meu neto à tarde e depois vou para a roça de novo.” (Formiga)

“É bom. Boa relação (entre assentados), somos colegas, companheiros. Eu acordo, tomo um café, faço uma coisinha em casa. Vou para a roça à tarde.” (Formiga)

Por outro lado, 9 entrevistados trouxeram pontos negativos da vivência: trabalhar muito e ganhar pouco, vida financeira com dificuldades, vida estressante durante os dias e escassa relação interpessoal. Na Figura 1 a seguir é possível visualizar a distribuição das respostas.

Figura 1 - Cotidiano na comunidade.



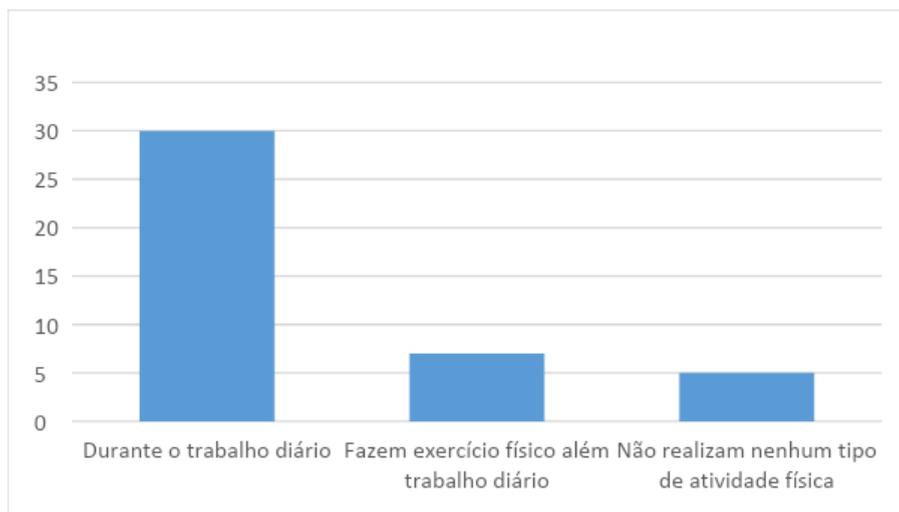
Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Sobre a prática do lazer no meio rural, 71.42% das famílias responderam que possuem o lazer apenas dentro de casa, como assistir à TV, navegar pela internet,

cozinhar ou realizar atividades lúdicas (pintura, bordado). Já os outros 42,85% responderam que realizam atividades externas, fora da casa, tais como ir à missa/ igreja, participar do grupo de reza ou terço, pescar, ir à cidade, visitar os vizinhos e ir ao forró quando o mesmo ocorre no assentamento. Apenas em Perdizes, os entrevistados responderam que usufruem do lazer doméstico na área externa da casa, como brincar de bola e correr pelo quintal. Quatro pessoas responderam que não praticam nenhum tipo de lazer.

Com relação à prática de atividades que movimentam o corpo, observou-se que a grande maioria alega se exercitar durante as atividades diárias e poucos são os que realizam alguma atividade extra, conforme indica a Figura 2 a seguir.

Figura 2 – Prática de atividade física por número de respondentes.



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Na questão sobre a saúde de sua família, 27 moradores responderam que encontra-se boa, embora 16 pessoas responderam que elas mesmas ou algum membro da família tinham algum problema de saúde. Outros 15 entrevistados disseram que a saúde não estava boa, em grande maioria por conta de doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica, triglicérides aumentados e osteoporose.

Quanto às dificuldades que as famílias entrevistadas enfrentam para cuidar da saúde, 10 delas responderam que é relacionada ao transporte, principalmente por conta da distância aos locais de atendimento e que, muitas vezes, a condução fornecida pela prefeitura está indisponível. A lentidão do serviço de saúde, seja pela demora do médico em voltar ao assentamento para realizar atendimentos, para

encaminhamentos a médicos especializados, realização de exames e resultados dos mesmos, foi apontada por 14 entrevistados. Os depoimentos que seguem exemplificam o que foi relatado pelos entrevistados:

“Para mim está difícil por dificuldade de transporte. Às vezes a perua está quebrada, não pode levar a gente.” (Perdizes)

“O problema aqui é exame, que demoram muito. Exame de sangue, ultrassom. Exame da minha mãe, tem mais de anos que estou esperando.” (Perdizes)

“O médico que é difícil, que desmarca, cancela e a gente não consegue ir. Não dá para confiar no médico, depender dele.” (Formiga)

A dificuldade financeira, principalmente pela necessidade de comprar medicações, foi relatada por 4 entrevistados. Um dos entrevistados respondeu que tinha dificuldades em cuidar da sua saúde porque todas as vezes que o médico comparecia ao assentamento para realizar atendimentos, ele estava em seu horário de trabalho, ordenhando. No relato de 13 pessoas, não foi identificada nenhuma dificuldade para cuidar da saúde e 1 entrevistado respondeu que não possui dificuldades porque utiliza do serviço particular.

Com relação à identidade e identificação do meio estudado sobre o que é saúde, observa-se que os entrevistados, em sua grande maioria, têm como percepção saúde como o processo saúde-doença e o modelo de medicina biomédico, que é baseado na compreensão, observação e intervenção sobre as causas do adoecimento produzidas pela racionalidade médica científica, independente da subjetividade inerente em cada indivíduo no processo do seu adoecer (CONTATORE et al., 2017). Esse fato é corroborado pela concepção de falta de saúde, em que 15 entrevistados alegam ser causada pela presença de doenças crônicas. O processo biomédico adotado, explicado pela concepção individualista, curativa e medicalizante, reforça a procura dos trabalhadores assentados por consultas e remédios, promovendo a manutenção do hábito da busca de assistência nos serviços de saúde.

Sobre o que fazem quando possuem um problema de saúde, 27 pessoas responderam que procuram o serviço em Colômbia, seja hospital, particular ou o médico da Estratégia da Saúde de Família referência da área. Entre os respondentes, 13 entrevistados utilizam dos meios domésticos como cuidado, por exemplo chás, ervas ou remédios tradicionais que já tenham em casa. A Agente Comunitária de Saúde, que reside no assentamento, foi apontada por 4 pessoas como principal recurso. Abaixo é possível constatar algumas das falas que ilustram essa questão:

“A gente procura o médico em Colômbia.” (Perdizes)

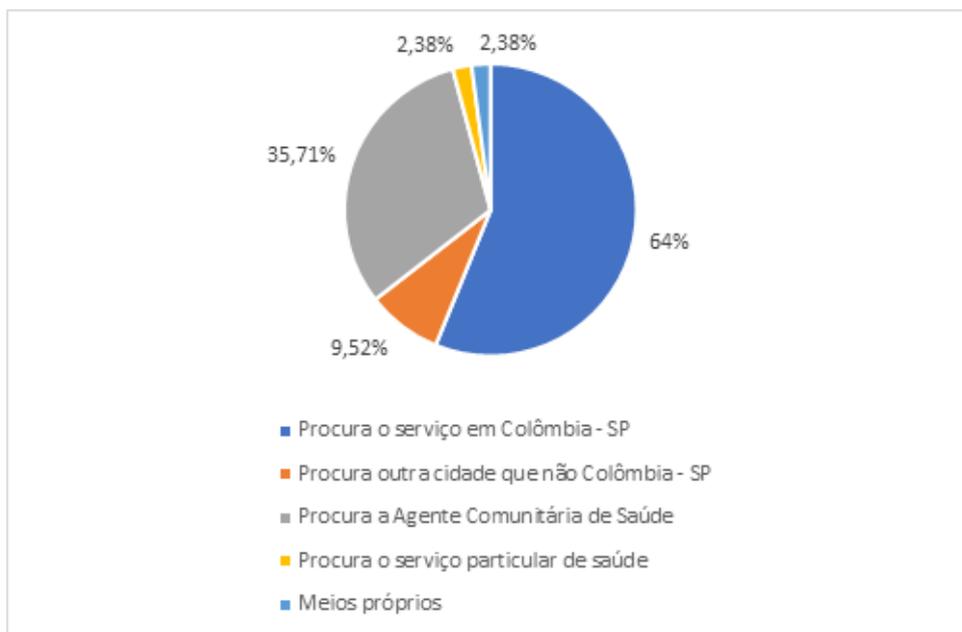
“Tomo remédio caseiro: leite de magnésia, erva de Santa-Maria, babosa.” (Formiga)

“Eu chamo a Agente Comunitária de Saúde para marcar o médico.” (Perdizes)

Apenas 2 entrevistados procuram o serviço particular de saúde e 1 pessoa mencionou que, quando acredita ser uma emergência, procura diretamente a cidade vizinha, Barretos - SP. Apenas em Perdizes, 1 entrevistado mencionou que procura a cidade de Laranjeiras - SP, local próximo ao assentamento referido, mas não tão próximo à Formiga.

Em relação aos lugares e/ou pessoas que os entrevistados costumam procurar para buscar ajuda para os problemas de saúde, a Figura 3 abaixo, mostra as respostas coletadas nos assentamentos:

Figura 3 - Lugares e/ou pessoas que os entrevistados costumam procurar para buscar ajuda para os problemas de saúde.



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Sobre o que deveria ser feito para melhorar a saúde da sua família, 28.57% dos

entrevistados mencionaram que o transporte poderia ser melhorado, seja com mais meios disponíveis ou com melhora da estrada de terra que fornece acesso à cidade. Ainda, 23.8% disseram que o atendimento médico poderia melhorar, com visitas mais frequentes do profissional no assentamento, melhor acesso aos especialistas e maior gama de profissionais na cidade de Colômbia. Para 28.57% dos entrevistados a melhoria poderia ser feita com investimento em estrutura ou maior poder financeiro, como por exemplo, uma unidade de saúde dentro do assentamento que realizasse também exames laboratoriais, um local para lazer onde os assentados possam realizar práticas esportivas, maior destinação de dinheiro para a saúde municipal, proporcionando fornecimento de medicações para a população local ou até mesmo maior renda própria, garantindo o direito de poder ser atendido no serviço particular quando necessário. A seguir, estão apresentadas algumas das falas que representam essas respostas.

“Eu acho que melhorar as estradas, pra quando a gente precisar sair com pressa.” (Perdizes)

“Uma unidade básica de saúde dentro do assentamento.” (Formiga)

“Na roça a gente não acompanha a nossa saúde. O médico não vem muito aqui e quando vem demora dois meses. Tinha que ter mais médico pra gente.” (Formiga)

Quando perguntados sobre a quem cabe o cuidado da saúde da comunidade, 28 entrevistados disseram que cabe à Agente Comunitária da Saúde local; 4 relataram que cabe ao médico da Estratégia de Saúde da Família referência; 3 pessoas acreditam que o cuidado é do próprio indivíduo; 11 pessoas responderam que cabe à Colômbia (seja a Prefeitura ou a Unidade de Saúde).

A maior parte dos assentados acredita que o cuidado da saúde da comunidade está aliado à figura do Agente Comunitário de Saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se apresentado com um grande potencial na contribuição da construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, o que assegura que sua disseminação seja considerada prioridade para o Ministério da Saúde. A ESF foi gerada com a inserção de agentes comunitários de saúde nas unidades básicas de saúde, fomentada pelas atribuições e responsabilidades apontadas para a atenção básica, possibilitando, assim, que as atividades possam ser executadas e assumidas de forma inovadora, com mudanças notórias na organicidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2003). O vínculo dos ACSs com a comunidade é um requisito

na escolha dos agentes, desde a primeira formulação, ainda na década de 70/80, e constitui um elemento captador dos problemas comunitários e questões sociais que dificilmente outros profissionais de saúde têm conhecimento, pois se limitam somente ao atendimento na unidade de saúde. Na concepção da ESF, os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), são profissionais importantes no fazer da prática de saúde no cotidiano e na relação com os sujeitos que buscam, fisicamente ou não fisicamente, os serviços da Unidade e reclamam atenção e cuidados (ANDRADE, 2017) Esses profissionais fazem parte da rede de apoio das comunidades e devem ser considerados como participantes ativos na promoção e manutenção da saúde coletiva (AIRHIHENBUWA, 1995; AIRHIHENBUWA; OBREGON, 2000; AIRHIHENBUWA; WEBSTER 2004; SILVEIRA, 2014).

De certo modo, o próprio modelo de criação de assentamentos no Brasil, feito sob forte pressão social e sem o devido planejamento no que se refere à oferta de serviços essenciais, especialmente na área da saúde, ratifica os problemas enfrentados e citados pelos entrevistados (transporte, ausência do profissional médico, falta de estrutura física e do sistema para coleta e processamento de exames). Deve-se questionar se o modelo curativista – concentrado sobretudo na visão clínica que enfatiza o tratamento e emprega menos recursos nas estratégias de prevenção e promoção de saúde – que é amplamente empregado pelos municípios em questão, não poderia contribuir para o alto fluxo do sistema, gerando maior demanda dos atendimentos e atraso laboratorial. Além disso, a falta de planejamento e investimento local já existentes, além de comprometer a saúde dos assentados, torna ainda mais precária a atenção à saúde nos municípios do entorno, em função da sobrecarga do serviço (LEITE et al., 2004).

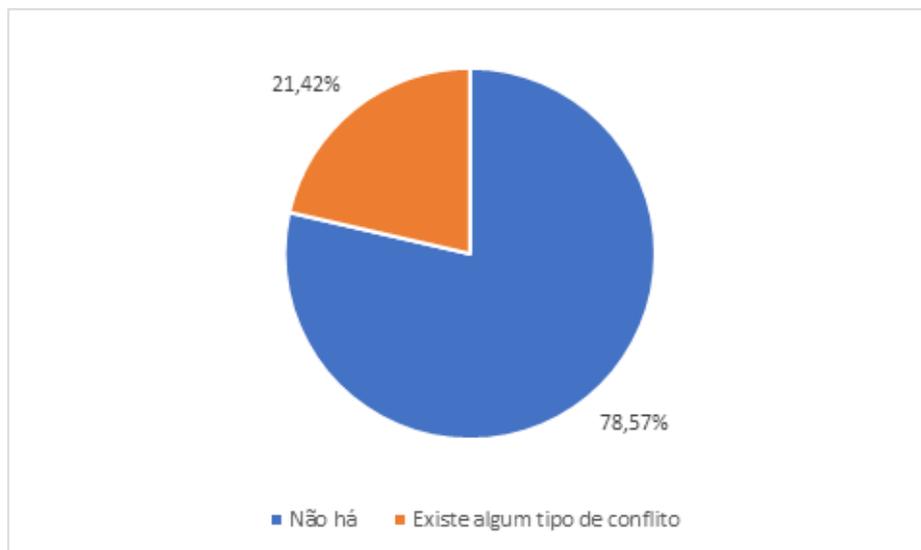
Retratando as dificuldades enfrentadas, o I Censo de Reforma Agrária do Brasil (SCHMIDT, 1998), revela que a área da saúde foi avaliada de maneira negativa pelo difícil acesso aos hospitais, mencionado como a carência maior. O censo sugere que a maioria dos serviços na área de saúde está disponível nos municípios e não dentro dos assentamentos, o que implica, por um lado, na necessidade de se negociar com o poder público local formas de acesso aos serviços já existentes e, por outro lado, a necessidade de ampliação desses serviços tendo em vista um aumento da demanda local. No caso dos assentamentos em estudo, quando perguntados sobre a quais locais recorrem quando estão com um problema de saúde, 73,52% das pessoas relataram que procuram assistência nas cidades próximas ao território, como Laranjeiras, Colômbia ou Barretos, viajando entre 15 e 76 quilômetros em busca de serviços de saúde. Além disso, questionados sobre qual a maior dificuldade que encontram para se cuidar, 10 pessoas respondem que é o transporte, e sobre o que

poderia ser feito para melhorar a saúde de sua família, 28,57% contam que poderia haver melhora no transporte aos locais de atendimento ou melhoria das estradas do território. Como possível reflexo, 13 entrevistados relataram que quando possuem um problema de saúde, procuram meios próprios e domésticos para se tratarem, como a auto-medicação ou medicina alternativa. Sendo assim, além do desafio de encontrar locais de atendimento, há dificuldade de transporte até esses locais, o que traz insatisfação aos assentados e risco à saúde dos moradores pela medicação sem orientação e em cenários de emergência médica.

São 16,6% os que desejam agilidade nos serviços de saúde, diminuindo o tempo de espera para uma consulta médica e maior rapidez no agendamento de exames. Para 11,9% não há o que mudar ou não existe uma forma de melhorar.

Com relação à problemas de relacionamento familiar, 78,57% dos entrevistados alegaram que não existe nenhum tipo de conflito em família, enquanto outros 21,42% deles admitem enfrentar dificuldades na relação familiar. A Figura 4 abaixo ilustra a distribuição dessas respostas.

Figura 4 - Existência de problemas de relacionamento familiar.



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Sobre problemas de relacionamento na comunidade, 39 entrevistados responderam que não havia conflito, enquanto 3 disseram que havia, como por exemplo, problemas com a cooperativa de assentados e entre vizinhos. Alguns dos depoimentos abaixo demonstram as falas dos entrevistados:

“Graças a Deus não, todo mundo é muito unido, sempre junto. Todos comentaram isso, né?” (Formiga)

“Tem com uma vizinha, ela me xingou de preto e eu processei ela.” (Formiga)

Segundo Nunes (2012), as relações sociais do indivíduo influenciam na auto percepção de saúde. Quanto maior a percepção negativa das relações, maior a classificação de saúde como ruim. Dentro do assentamento, aproximadamente dois terços da população classificam sua saúde como boa. Os dados coletados corroboram para a teoria da contribuição entre saúde e social, sendo que 39 entrevistados negaram conflitos entre a comunidade e 78,57% disseram que não existem conflitos familiares atuais, além de 15 retratarem de modo positivo a vida e a convivência local quando perguntados sobre o cotidiano rural. Por outro lado, apesar da boa convivência local, pode haver escasso sentimento de coletividade. Questionados sobre como melhorar situações adversas do território, 12 entrevistados trazem que deveria haver maior união entre membros rurais, além de 24 deles não conseguirem promover uma resposta à pergunta, o que pode demonstrar falta de pertencimento coletivo e união, podendo prejudicar o bem estar local.

À respeito das dificuldades e outros problemas não relacionados à área da saúde, 59,52% dos entrevistados explicam enfrentarem problemas como a falta de dinheiro, períodos de estiagem, problemas com a estrada que fornece acesso à cidade, maquinário para as atividades laborais, falta de área de lazer para recreação, acúmulo de lixo, problemas de legalização com o INCRA e com a energia elétrica. Em 40,47% das entrevistas não foram apontados outros problemas. Quando perguntados o que poderia ser feito para resolver os problemas não relacionados à saúde, 57,14% apresentaram as seguintes sugestões: maior apoio do INCRA, solicitar à prefeitura ajuda com a estrada e insumos agrícolas, cobrar ações dos vereadores locais, solicitar à CPFL energia trifásica, colocar torres de internet nos assentamentos para ajudar a navegação na internet, construir um local de recreação, solicitar policiamento na região e pedir à prefeitura serviço de coleta de lixo. Por outro lado, 33,33% não souberam mencionar como o seu problema poderia ser resolvido.

Sobre a percepção dos entrevistados sobre o que é ter boa saúde, 16 responderam que a boa saúde está diretamente relacionada com o processo saúde-doença, como não ter dor ou doenças, tomar os remédios corretamente, fazer exames e procurar o médico quando necessário. Isto pode ser observado nos depoimentos que seguem:

“É se ver livre de doenças, principalmente aquelas que não têm cura.” (Perdizes)

“É quando a gente não sente nada, não está doente, não precisa procurar o

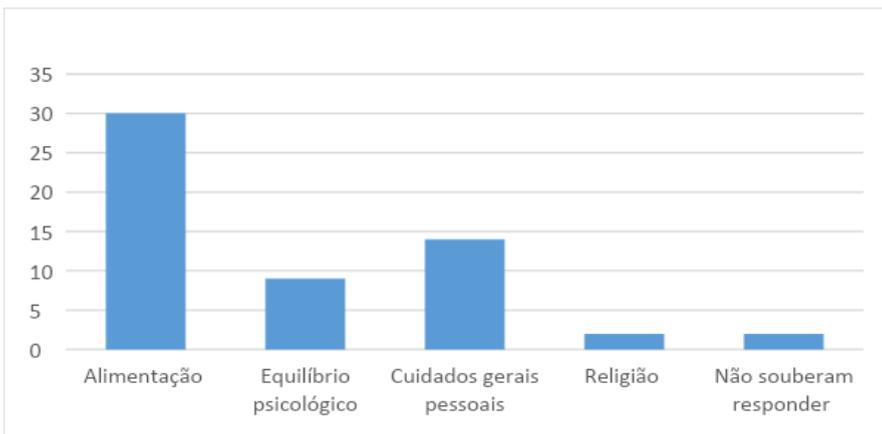
médico.” (Formiga)

Para 13 entrevistados, a boa saúde está relacionada à alimentação, como comer de forma adequada. Já outras 13 pessoas relataram que significa estar em paz, animado, poder trabalhar e estar sem atritos entre familiares. Em 3 entrevistas as pessoas não souberam responder essa questão.

Por outro lado, a saúde das famílias assentadas é promovida pela ação da pequena agricultura, que é um modelo atual de produção que garante maior oferta de alimentos às famílias rurais. As práticas alimentares saudáveis no contexto do desenvolvimento dos assentamentos estão ligadas ao modo de vida dos agricultores. O alimento que consomem, muitas vezes, é produto direto do trabalho desenvolvido em seus lotes. Portanto, existe um paralelo entre a autonomia na produção de alimentos e a promoção da saúde nos assentamentos. Para 30 assentados, a boa alimentação está diretamente relacionada à manutenção da saúde, enquanto para 21 deles, a ausência de saúde é promovida pela má alimentação, com ingestão de agrotóxicos, comidas industrializadas, fritas, etc. Pode-se perceber pelo contexto social que toda a diversidade de riqueza produzida que vai à mesa das famílias converge para o equilíbrio nutricional dos indivíduos e é indispensável para uma condição de vida digna e o pleno desenvolvimento humano (LIMA, 2014).

Quanto à pergunta “o que faz uma pessoa ter boa saúde?”, pode-se observar que alimentação é considerada um dos itens mais importantes, seguida de cuidados gerais pessoais e equilíbrio psicológico e religião. Algumas pessoas não souberam responder e a distribuição dessas categorias está ilustrada no Figura 5 a seguir.

Figura 5 - O que faz uma pessoa ter boa saúde por número de respondentes.



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Sobre o que faz uma pessoa ficar doente, para 21 pessoas é a má alimentação, como comidas com agrotóxicos, industrializadas, tomar refrigerante, comer fritura. Enquanto 22 entrevistados disseram que o psicológico pode afetar a saúde e gerar doenças, como ficar estressado, nervoso, não ser receptivo com as pessoas e falta de trabalho. Para 10 pessoas é a ausência de cuidados gerais com a saúde, como o etilismo, tabagismo, se privar de sono, falta de exercícios físicos e não realizar exames preventivos. Também nessa questão 2 entrevistados não souberam responder.

Parte dos assentados relataram que o psicológico pode gerar adoecimento. A experiência de sofrimento em áreas rurais assume determinadas singularidades relacionadas aos contextos de vida (LIMA e LOPES, 2012). Geralmente o sofrimento está relacionado à baixa escolaridade, à maior dependência da família e às dificuldades do trabalho e financeiras (ESPAÑA, 2011). A saúde dos trabalhadores rurais está aliada a fatores sociais, raciais, de gênero, econômicos, tecnológicos, organizacionais, ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho rural. Todos estes fatores e dificuldades vivenciadas nas rotinas de trabalho são condicionantes do processo saúde-doença, na medida em que relaciona os contextos de vida e trabalho aos problemas de saúde mental existentes.

Questionados sobre se as crenças relacionadas à vida influenciam nos cuidados com a saúde, os entrevistados responderam entre não acreditar ou sim, acreditar. Sobre as respostas afirmativas, temos como exemplo: a crença em ervas, benzedeiros, na fé religiosa, na cura por meio de Deus e também crenças populares, como não sair no sereno e não abrir a geladeira descalço. A Figura 6 ilustra a distribuição dessas respostas.

Na questão sobre a existência de crenças religiosas, o modo praticado e a presença de algum impedimento para tal, 31 entrevistados possuem uma crença e a praticam por meio de encontros, cultos e missas semanais/mensais ou rezando orações em casa. Em 9 entrevistas as pessoas disseram que possuem uma crença, mas não a praticam por conta da distância, por falta de transporte ou dinheiro. Apenas 3 entrevistados disseram que não possuem crenças. Os depoimentos abaixo representam algumas das falas dos entrevistados:

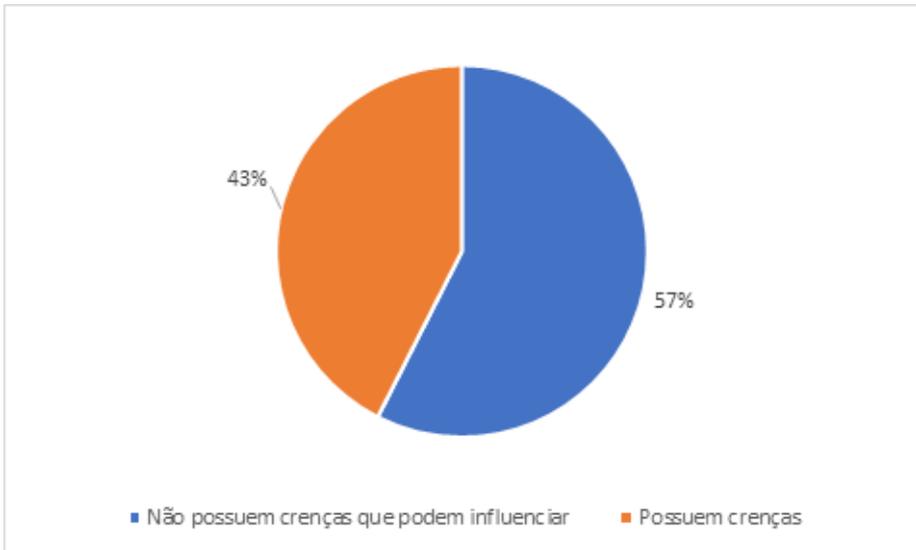
“Sou católica, frequente, mas não muito pela distância.” (Formiga)

“Sou católica e vou todo os dias de culto.” (Perdizes)

Com relação à medicina alternativa, práticas não convencionais de saúde, apesar de muitas vezes rejeitadas pela ciência e pela medicina oficial, continuam

sendo adotadas pela população. De fato, 17 entrevistados relataram que possuem uma crença que os auxilia no seu cuidado com a saúde, como o uso de chás, ervas, na cura por meio do divino e por meio de benzedeiros. Analisando os dados do e-SUS, 33 pessoas responderam afirmativamente quanto ao uso de ervas medicinais. Experiências empíricas, baseadas em resultados positivos ou negativos adquiridos durante o uso desses recursos, respaldam a credibilidade e adoção dessas práticas, surgindo como uma segunda opção, muitas vezes mais acessível aos assentados, ao cuidado com a saúde (SIQUEIRA et al., 2006).

Figura 6 - Crenças sobre a vida que influenciam nos cuidados com a saúde.



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

Deve-se levar em conta que para o desenvolvimento de projetos na área de saúde, voltados para a realidade dos assentamentos, é necessário considerar a diversidade de situações, tanto no que se refere às características socioculturais da população, quanto no que diz respeito às diferenças ambientais, que mudam muito entre uma região e outra (SOARES, 2006). Ou seja, é necessário reconhecer a multiplicidade de fatores que interferem na promoção e manutenção da saúde, inclusive no que tange às crenças e percepções subjetivas.

Nesse sentido, Rios (2001) reforça que a fé foi o principal componente religioso para a conquista e manutenção da terra. O autor deixa claro a importância da religião, que cumpre um importante papel na rotina dos assentados, na medida em que motivam as pessoas a resistirem na terra apesar de todas as dificuldades.

31 entrevistados relatam que possuem uma fé e a praticam, principalmente em reuniões grupais, o que colabora com o bem estar pessoal e promove maior união em comunidade. Dessa forma, a religião se constitui como necessidade vital que os alimenta de maneira que reanima o povo a continuar luta pelos sonhos. Ainda, as crenças têm papel importante que influencia o repertório de comportamentos voltados aos cuidados da saúde (AIRHIHENBUWA, 1995; AIRHIHENBUWA; OREGON, 2000; AIRHIHENBUWA; WEBSTER 2004; SILVEIRA, 2014) conforme verificou-se em alguns dos relatos já mencionados na apresentação dos resultados.

De acordo com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Entretanto, verificou-se nas entrevistas que a questão do lazer é bastante deficitária (71,42% responderam que só possuem lazer dentro de casa, como assistir TV e navegar na internet), corroborada pela ausência da prática de exercícios físicos fora do horário de trabalho (apenas 7 entrevistados) e retratada pelo cotidiano dos assentados (45 relataram que as atividades diárias são baseadas apenas em trabalho doméstico e rural). Lazer e prazer nos remetem às manifestações de bem-estar e qualidade de vida (saúde, bem-estar físico, mental e emocional). Em conformidade com a sociologia do lazer, ele é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade para repousar, divertir-se, recrear-se, desenvolver uma formação desinteressada, socializar-se após desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e afins (DEMÉTRIO, 2017). O lazer enquanto elemento da prática social, segundo Corona e Ferreira (2012), faz parte de um alicerce de experiências e saberes que, como estruturante de uma sociedade, deve ser reproduzido. Percebe-se que o lazer é um dos meios para atingir o desenvolvimento pessoal, social e econômico, mas também aspecto importante de qualidade de vida. Em uma via de mão dupla, a falta de estrutura para o lazer local gera menor qualidade de vida e dos índices de saúde. Por outro lado, pode a visão curativista do grupo impedir que a população perceba também a necessidade e importância dessa prática para o bem estar individual e comunitário. É importante ressaltar que há escassez de relatos na literatura sobre o lazer como qualidade de vida e, desta forma, é preciso questionar se esse tema tem sido considerado nos planejamentos e projetos de assentamentos.

Sobre a questão “de que maneira você acha que poderia colaborar para melhorar as condições de vida nessa comunidade?”, 14 entrevistados acreditam que poderiam reivindicar recursos, como um posto de saúde e cobrar sobre o direito dos assentados ou colocar recursos disponíveis e conhecimentos à disposição, como atividades lúdicas de artesanato e caronas para transporte entre os assentados. Para 12 pessoas a

melhoria poderia vir da maior união dos assentados, com reuniões e uma associação dos moradores. Por outro lado, 24 entrevistados não souberam responder a questão, não encontraram um modo de colaborar ou demonstraram sensação de impotência diante da questão apresentada. A Figura 7 demonstra essas informações:

Figura 7 - Como colaborar para melhorar as condições de vida por número de respondentes.



Fonte: elaborado pelos autores, 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos dados levantados por meio da coleta de informações em campo e análise documental feita a partir dos cadastros do e-SUS, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Colômbia, notou-se que os assentados possuem uma visão imediatista e curativista da saúde e do processo de doença. Esse paradigma, não só diz respeito à perspectiva de vida que os assentados possuem, mas também retrata o impacto que a própria população tem na promoção e manutenção da saúde local. Uma vez que os cuidados em saúde e prevenção de doenças não fazem parte do modelo adotado pela população dos assentados, essas estratégias tendem a ser negligenciadas como forma de saúde. Sendo assim, os entrevistados presumem que os serviços de saúde sejam imediatistas, uma vez que é procurado apenas quando o processo de doença está instalado e esperam que sejam disponibilizadas ações resolutivas para o problema em questão.

Desse modo, a estrutura de saúde é sobrecarregada pelo excesso de atendimentos, exames diagnósticos e fornecimento de medicações. A responsabilidade sobre os cuidados da saúde acaba sendo depositada no sistema, na busca de tratamento

específico. Nesse sentido, é necessária uma sensibilização por parte dos sujeitos sociais sobre a importância de uma formação continuada na perspectiva de romper com paradigmas preestabelecidos de que saúde é o médico e a cura. O modelo biomédico deve ser superado pelos moradores dos assentamentos, uma vez que já identificam vários elementos do meio que podem favorecer a manutenção da saúde.

Por outro lado, isto se coloca como um desafio, pois a população acredita não ter o poder necessário para a resolução de um problema em comum, como é o caso da saúde. As pessoas não se sentem motivadas para agir coletivamente e não se percebem também como potenciais agentes transformadores do local. Como observado nos relatos, as Agentes Comunitárias de Saúde desempenham papel fundamental dentro da Estratégia de Saúde da Família, mas é necessário um planejamento para que toda a equipe se aproxime da população dos assentamentos, visando ao fortalecimento e à autonomia das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A implementação de programas e/ou ações, mesmo que isoladas em um primeiro momento, com o objetivo de romper com o modelo de atenção à saúde centrado na prática curativa e assistencialista, seria de vital importância. O trabalho de ampliar a percepção dos moradores sobre sua capacidade de autogestão da saúde pode beneficiar a comunidade como um todo, pois abre caminhos para a realização de atividades coletivas pautadas nas necessidades específicas de cada comunidade. O empoderamento dos assentados da região, significaria um avanço em termos da auto responsabilização pelos cuidados em saúde.

Trata-se de uma população com características particulares, marcadas por um estilo de vida no campo e, portanto, a estrutura de saúde precisa ser adequada para atender essa especificidade. Melhorar as condições de atendimento, aumentando o número de visitas da equipe de saúde nos assentamentos, facilitando o transporte para as Unidades de Saúde de referência, etc., pode ser uma alternativa de curto prazo. Em contrapartida, estimular a organização dos moradores, de forma coletiva, em torno de atividades saudáveis que venham a prevenir os problemas crônicos mais comumente relatados parece ser uma proposta mais efetiva a longo prazo. Ao mudar o paradigma de saúde e a percepção que as pessoas têm sobre seu comportamento individual, aumenta-se a possibilidade de estabelecerem um compromisso efetivo com a promoção e manutenção da saúde coletiva na comunidade.

Este estudo, mesmo que limitado em termos de amostragem, permitiu verificar na prática como o modelo curativo de saúde baseado nas estruturas oficiais do Estado ainda está muito presente na percepção das pessoas, trazendo como consequência um posicionamento distanciado das pessoas em relação à sua auto eficácia. Os modelos teóricos que orientaram a leitura do fenômeno estudado são

claros ao afirmar que expectativas sociais, a identidade cultural, os valores e crenças das pessoas são elementos-chave para do processo de decisão sobre suas ações e, no caso das comunidades estudadas, fica claro a falta de engajamento dos moradores com a mudança de cenário no que tange às questões de saúde. Portanto, é possível sugerir que a Secretaria de Saúde do Município de Colômbia considere os resultados desta pesquisa como um ponto de partida para a busca de informações mais generalizadas sobre o assunto, ampliando a amostragem da população para encontrar um consenso sobre as necessidades dos moradores dos demais assentamentos da região.

REFERÊNCIAS

AIRHIHENUWA, C. O. **Health and culture: Beyond the Western paradigm**. 1st ed. Thousand Oaks: Sage, 1995. 152 p.

AIRHIHENUWA, C. O.; OBREGON, R. A critical assessment of theories/models used in health communication for HIV/AIDS. **Journal of health communication**, v. 5, n. sup1, p. 5-15, feb. 2000.

AIRHIHENUWA, C. O.; WEBSTER, J. Culture and African contexts of HIV/AIDS prevention, care and support. **SAHARA J: journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance**, London, 13, june. 2004. v. 1, publicação 1, p. 4-13.

ANDRADE, E.F. **A Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Assentamento de Reforma Agrária: o caso da unidade básica de Saúde do Assentamento Bela Vista do Chibarro**. 2017. 155 folhas. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

BRANDÃO, C.R. **Pesquisa participante**. 8 ed. São Paulo: Brasiliense, 1981. 221 p.

BRANDÃO, H.H.N. **Introdução à análise do discurso**. 8 ed. Campinas: Unicamp, 2002. 95 p. 1 ed.

BRASIL. Lei nº 601, de 18 de setembro de 1850. **Collecção das Leis do Império do Brasil**: seção 44, Rio de Janeiro, RJ, parte 1, p. 307-313, set. 1850.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação SUS**. Brasília -

DF: CONASS, 2003.

BROSE, M. **Metodologia participativa**: uma introdução a 29 instrumentos. 1 ed. Porto Alegre: Tomo, 2001. 306.

CARVALHO, A. I. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 553-563, Set. 2017.

FERREIRA, A. D. D.; BRANDENBURG A.; CORONA, H. M. P. **Do Rural Invisível ao Rural que se Reconhece**: dilemas socioambientais na agricultura familiar. 1 ed. Curitiba: UFPR, 2012. 367 p.

DEMÉTRIO, A.M.V. **Lazer e agricultura familiar**: complementares ou antagônicos nos aspectos socioeconômicos no projeto de assentamento tarumã mirim? 2017. 173 p. Dissertação (mestrado em sociedade e cultura na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2017.

SOARES, D. O. “Sonho de Rose”: políticas de saúde pública em assentamentos rurais. **Saúde Soc**, vol.15, no.3, p. 57-73, Set./Dec. 2006.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Política Social. **Rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave**: pautas de intervención en el domicilio y programas para contextos rurales. Castilla-La Mancha, España, 2011. 493 p.

LEITE, S.; HEREDIA, B.; MEDEIROS, L.; PALMEIRA, M.; CINTRÃO, R. **Impacto dos assentamentos**: um estudo sobre o meio rural brasileiro. 1 ed. São Paulo: Ed. Unesp, 2004. 392 p.

LIMA, A. L. F. A importância da soberania alimentar para a promoção da saúde nos assentamentos da reforma agrária. **Hygeia**, v. 10, n.18, p. 273 - 281, Jun. 2014.
LIMA, K. K. S.; LOPES, P. F. M. A qualidade socioambiental em assentamentos rurais

do Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência Rural**, v. 42, n. 12, p. 2295-2300, Nov. 2012.

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONCALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 2, p. 415-428, Junho. 2012.

RIOS, H.S. **A reelaboração da fé para “ocupar, resistir e produzir”. O papel da religião no cotidiano do acampamento e do assentamento do MST em Iaras, SP.** 2002. 129 p. Tese (doutorado em Ciências da religião) - Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2001.

SCHMIDT, B. V.; MARINHO, N.; ROSA, S. **Os assentamentos de reforma agrária no Brasil.** 1 ed. Brasília: UnB, 1998. 306 p.

SILVEIRA, A. **Socialmente Engajados:** refletindo sobre intervenção psicossocial. 1 ed. São Paulo: Caderno Técnico. 2014. 83 p.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BRASIL, V. V.; OLIVEIRA, L. M. C.; ANDRAUS, L. M. S. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto contexto - Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 68-73, Mar. 2006.