

O ADOECER NA AGRICULTURA

Entre o acesso à alta complexidade e a centralidade do trabalho¹

Paula Cristina Tibola²

Resumo: O presente artigo discute o acesso dos agricultores aos cuidados de alta complexidade em saúde, tendo como referência um hospital no Norte gaúcho, no ano de 2020, buscando compreender os aspectos sociais, econômicos e subjetivos que implicam nesse processo, bem como as mudanças no cotidiano desses indivíduos, quando em tratamento, e de suas famílias. Para tanto, objetivou-se entender como a política pública de saúde assiste a esses sujeitos no que diz respeito ao acesso e garantia do atendimento na alta complexidade, emergindo, na pesquisa, elementos importantes, como a centralidade do trabalho dos agricultores internados. Trata-se de uma pesquisa de campo, utilizando-se também de fonte documental, cuja principal base de dados foi a entrevista semiestruturada empreendida a agricultores internados no período de 2020, em um hospital do Norte gaúcho. O estudo levantou aspectos que possibilitaram compreender o itinerário do cuidado até a alta complexidade; a centralidade do trabalho para os sujeitos internados; e o desafio do cuidado integral a esses sujeitos.

Palavras-chave: Agricultura. Saúde. Acesso.

Introdução

Durante muito tempo, a população rural brasileira foi deixada à margem das políticas públicas. Até o movimento de reforma sanitária e a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CRFB/88), considerada a Constituição Cidadã (BRASIL, 1988), esse público não estava incluso na agenda pública. Assim, se trouxe à tona a necessidade de políticas públicas que atendessem a todos os estratos da população brasileira dentro de suas particularidades regionais, culturais, entre outras. Nesse sentido, a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamenta o Sistema Único de Saúde e promulga garantias frente à universalidade de acesso a essa política, assegurando, em tese, o direito de acesso também da população rural. Contudo, ainda há inúmeros aspectos a serem melhorados para garantir a real efetividade das políticas públicas.

Após essas linhas introdutórias, cabe dizer que este trabalho trata de algumas dimensões do adoecimento de sujeitos agricultores, com enfoque no acesso dos produtores rurais a um hospital de alta complexidade, de grande porte, de caráter misto (atende via SUS, convênio e particular), situado no Norte gaúcho, no ano de 2020. Para tanto, delimitou-se como problema de pesquisa a seguinte questão: qual é a realidade dos agricultores no acesso a um hospital de alta complexidade, localizado no Norte gaúcho, no ano de 2020? A fim de orientar a resposta da problemática, foram construídos alguns objetivos específicos, sendo eles: i) identificar os

¹ Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de Serviço Social, da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Profa. Me. Clenir Maria Moretto.

² Acadêmica do curso de Serviço Social, da Universidade de Passo Fundo. E-mail: paula.tibola@hotmail.com.

aspectos sociais, econômicos e subjetivos que envolvem o acesso a um hospital de alta complexidade, de modo a esclarecer como as famílias rurais têm se organizado frente a essas situações; ii) examinar a mudança na dinâmica do cotidiano desses indivíduos, de modo a avaliar as implicações resultantes da forma de organização da política de saúde em seus diversos níveis; iii) avaliar como a política de saúde atende a esses sujeitos, buscando entender seus êxitos e suas falhas enquanto política pública; e iv) compreender o papel do Serviço Social hospitalar frente a essa problemática, de modo a explicar em que frentes essa profissão pode atuar para efetivar o acesso a tal política.

Assim sendo, para a efetivação deste estudo foram utilizadas, enquanto fontes, a pesquisa de campo e a pesquisa documental, com o intuito de realizar, ao longo do trabalho, um processo de análise, identificando os aspectos que divergem entre a legislação, o conhecimento acadêmico e a vivência concreta da realidade da política pública de saúde, ressaltando seus êxitos e falhas enquanto tal.

Em um primeiro momento, discute-se sobre a visão trazida pelos agricultores acerca do significado de saúde e de adoecimento, que em muito está atrelado ao fator do trabalho, de modo a refletir de que maneira essa percepção influencia no real acesso à política pública de saúde. Posteriormente, aborda-se o trabalho sob a perspectiva socioeconômica, visando a explicação da centralidade que ele ocupa na realidade dos agricultores. Ainda, discorre-se sobre a relevância da rede de cuidado e da família dos agricultores no processo de recuperação da saúde. Ademais, discute-se o real acesso desses sujeitos à política de saúde e a qualidade desses serviços, principalmente da alta complexidade, no atendimento a esse estrato populacional. Por fim, apresenta-se uma reflexão do Serviço Social hospitalar, discutindo sua atuação frente aos agricultores em internação hospitalar de alta complexidade e propondo estratégias para a efetivação de seu acesso à política pública de saúde.

1 Metodologia

A classificação desta pesquisa, segundo seus objetivos e enquanto desenvolvida durante o processo de graduação, traz consigo o caráter de aproximação ao tema, portanto, define-se como exploratória, já que “explorar é tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno” (SANTOS, 2000, p. 26).

Ainda, esta investigação³ se valeu, enquanto fonte de informação, da pesquisa de campo, amparada pelo estudo bibliográfico do tema. Segundo Santos (2000, p. 30, grifo do autor), “a pesquisa de campo é a que recolhe dados *in natura*, [...] Normalmente a pesquisa de campo se faz por observação direta, levantamento ou estudo de caso”, bem como utilizando-se de dados da realidade – orais e documentais. Vale dizer que, conforme Gil (2008, p. 51), a pesquisa documental se assemelha à bibliográfica, diferenciando-se apenas pela tipologia das fontes consultadas.

Isso posto, os documentos pesquisados foram de ordem legislativa (políticas, leis, resoluções, decretos), como também os prontuários da instituição hospitalar onde a pesquisa foi realizada. Assim, a coleta bibliográfica e documental foi baseada em um roteiro de questões que possibilitou o agrupamento de informações para análise. A definição da amostra documental se deu por meio de levantamento de todos os agricultores atendidos pelo setor de Serviço Social da instituição hospitalar no ano de 2020, sendo definida por meio de amostra aleatória simples, isto é, por um montante de dez prontuários para análise.

A coleta de dados utilizada foi qualitativa buscando se atentar a um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 1994). Quanto à coleta de dados de campo, ela se deu por meio da realização de entrevista semiestruturada. Segundo Minayo (2007, p. 64), essa tipagem de entrevista “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. Ainda, o uso desse procedimento de coleta propicia “uma representação da realidade: ideias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos” (MINAYO, 2007, p. 65). Portanto, a amostragem foi definida por meio de amostra aleatória simples, constituída de um total de dez sujeitos que estavam em internação na instituição hospitalar no período em que se realizou a pesquisa, provenientes da zona rural, e com condições clínicas favoráveis à realização da entrevista⁴.

Nesse sentido, dada a metodologia utilizada na construção deste trabalho, tem-se o perfil dos entrevistados, construído com base nas informações coletadas por meio da entrevista e demonstrado através do Quadro 1. Esse perfil ilustra a amostra da pesquisa de modo a identificar dados importantes para a compreensão do todo deste estudo.

³ A investigação que aqui se apresenta foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade de Passo Fundo e tem parecer de aprovação sob o n. 4.292.692.

⁴ Foram considerados sem condições clínicas para realização da entrevista os indivíduos que tiveram dificuldades de locomoção, como também dificuldades de comunicação.

Quadro 1 – Perfil dos entrevistados

Entrevistado	Gênero	Idade	Cidade de origem	Distância até Unidade Hospitalar	Renda per capita aproximada (R\$)	Terra Própria	Casa Própria	Forma de Acesso
1	Masc.	54	Serafina Corrêa	108 km	2.090,00	Sim	Sim	SUS
2	Fem.	78	Constantina	84 km	2.090,00	Sim	Sim	Partic.
3	Fem.	54	Chapada	90 km	2.090,00	Sim	Sim	SUS
4	Masc.	71	São João da Urtiga	140 km	2.090,00	Não	Sim	SUS
5	Fem.	36	Ciriaco	60 km	1.300,00	Sim	Sim	SUS
6	Fem.	53	Protásio Alves	2 horas	1.500,00	Não	Sim	Partic.
7	Masc.	55	Ibirapuitã	55 km	1.045,00	Sim	Sim	SUS
8	Masc.	68	Protásio Alves	150 km	+20.000,00	Sim	Sim	SUS
9	Masc.	65	Vila Maria	40 km	2.000,00	Sim	Sim	SUS
10	Fem.	85	Frederico Westphalen	200 km	2.090,00	Sim	Sim	Partic.

Fonte: Sistematização da autora (2020).

A análise dos dados coletados no processo de pesquisa foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, sendo que ela

tem como objetivo organizar e sumariar os dados de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos (GIL, 2008, p. 157).

A categorização dos dados foi feita a partir de categorias iniciais, intermediárias e finais, sendo: a centralidade do trabalho; as percepções sobre saúde; o adoecimento; a subjetividade; a família e a rede de apoio no processo de internação/adoecimento; a questão econômica; o acesso à saúde e a efetividade da política; e o desconhecimento acerca do Serviço Social hospitalar. Por meio dessas séries, construímos os tópicos do presente estudo.

Por fim, é importante salientar que os agricultores entrevistados, em suas falas, trouxeram jeitos e peculiaridades regionais, étnicas e culturais. Desse modo, considerando ser essa também uma das riquezas encontradas na realização das entrevistas, as falas são mantidas, fielmente, como foram registradas a partir da coleta de dados.

2 A saúde, o adoecimento e o trabalho: as percepções dos agricultores sobre saúde

O estudo da saúde, sob qualquer perspectiva, exige que se faça uma ampla discussão acerca de aspectos concernentes e componentes da totalidade desse complexo assunto, para tanto é necessário que se dê a devida atenção a aspectos sociais, econômicos e subjetivos.

A saúde é um conceito que permite mutações e caracterizações de cunho regional e sociocultural, sendo que os sujeitos carregam consigo constructos que refletem características de sua sociabilidade. Ou seja, a cultura e a socialização dos sujeitos influenciam de forma categórica na maneira de ver e entender o que é saúde, e, consequentemente, no como e no porquê se dá o acesso à política pública de saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 2020, p. 1). Nessa perspectiva, é tida como balizadora das ações em cuidado e promoção em saúde tanto no âmbito público quanto no privado. Logo, é a partir desse determinante que o Sistema Único de Saúde (SUS) trabalha, afirmado nos seus princípios por meio da concepção de atenção integral à saúde:

a integralidade é apreendida em várias dimensões, transitando da esfera político-administrativa para a esfera da atenção à saúde. Na esfera político-administrativa, diz respeito tanto à forma de organização dos sistemas e serviços de saúde, na perspectiva do atendimento nos níveis de atenção, como na integração com os demais setores e serviços disponíveis para a atenção integral à saúde. Na esfera da atenção à saúde, diz respeito tanto à relação entre a realidade social e a produção de saúde como à relação equipe-usuários dos serviços e ações de saúde, considerando a necessária integração de saberes e práticas. Em consequência [sic], traz implícita a interdisciplinaridade e a intersetorialidade (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 228).

Essa forma de entender, fazer e promover saúde será tomada como norteadora da discussão neste trabalho, situando-a em relação a visão apresentada pelos agricultores, ou seja, a forma e o porquê esse estrato da população acessa os serviços de atenção à saúde de alta complexidade, buscando visualizar, por ora, como a concepção de saúde mencionada por eles impacta no próprio cuidado.

A saúde, quando vista em uma concepção ampliada, relacionada a determinantes sociais, econômicos e subjetivos, carrega um universo amplo de diferenciações e significados, constituindo-se como direito social de viver bem e usufruir de uma vida digna, como apontado na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948, art. 25):

todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Ainda, é importante destacar como se dá a diferenciação do urbano e do rural. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) afirma que “a classificação rural-urbano também tem sido feita por meio do tamanho populacional ou patamar demográfico. Nesse caso o urbano é definido pela concentração populacional enquanto o rural por sua dispersão” (IBGE, 2017, p. 13). Para além disso, tem-se que salientar a diferenciação por meio da ocupação econômica, que “define o rural e o urbano pela natureza das atividades econômicas” (IBGE, 2017, p. 13). Ou seja, a diferenciação entre os espaços rurais e urbanos é cercado de desafios e ainda não se delimita de maneira assertiva, sendo que, enquanto país, a diferenciação se dá por meio da delimitação administrativa ou político-administrativa.⁵ Desse modo, neste estudo, considera-se como população do meio rural os moradores de áreas remotas em relação às cidades, e com pequena densidade populacional, os quais exercem labor na agricultura e dela provém o seu sustento. Nesse sentido, discute-se o acesso à saúde dessa população.

Para os trabalhadores rurais, a definição empreendida sobre o que é saúde foi: ausência de doença e plena capacidade para realização de atividade laboral. Visto que dos dez sujeitos partícipes da pesquisa, oito trouxeram o significado de saúde, dentre os quais seis ressaltaram a saúde como citado acima. A Entrevistada 7 (55)⁶ diz que *“pra mim saúde é que nem a gente já teve, que não precisava ta com esse remediama, corre de atrás de médico e coisa, se eu pudesse trabalha”*. Ainda, *“saúde pra mim... é o cara te força de trabalha e não te essas doença”* (Entrevistado 4, 77), demonstrando que quando questionados acerca de sua percepção sobre a saúde, os sujeitos delimitam-na de forma a contrastar com a conceituação empregada pela OMS.

Notou-se, também, que apesar dessa visão específica sobre a saúde, os sujeitos a colocaram como principal “bem” não-material, assumindo um lugar central nos seus discursos. Essa centralidade, por sua vez, surge de forma incisiva no decorrer das falas, como na colocação do Entrevistado 4 (77): *“Porque sem saúde o cara não é nada”* e do Entrevistado 8 (68): *“Olha, a minha saúde é uma coisa mais importante da vida”*.

⁵ Foram considerados importantes esses modos de diferenciação para o objetivo ao qual se propõe este trabalho, não tendo sido realizado aprofundamento acerca desse tema.

⁶ No intuito de preservar a identidade dos participantes, eles foram nomeados através do termo Entrevistado(a), do número referente a ordem de participação descrita no Quadro 1 e da idade do(a) paciente. A título de exemplo: Entrevistado 1 (54) ou (Entrevistado 1, 54).

Essa relevância dada à saúde pelos agricultores demonstra, por um lado, a centralidade da saúde em suas vivências, e de outro, a definição simplificadora de que a saúde é não ter doenças, o que, certamente, deve impactar nos níveis de cuidado desses sujeitos quando doentes. Ademais, quando buscou-se investigar a motivação desse paradoxo, foi constatado que, simultaneamente à centralidade dada à saúde, os agricultores também dão centralidade ao trabalho. Tornando, portanto, o processo de acesso e cuidado em saúde ambíguo, o que reflete na definição de saúde como capacidade laboral e ausência de doenças.

Nessa direção, o trabalho ainda ocupa lugar central na fala dos sujeitos, ou seja, ele é tomado como balizador entre saúde e doença e deve ser discutido como um dos fatores centrais da vivência dos agricultores. Entretanto, sobre qual “trabalho” se está discutindo? Segundo os próprios entrevistados, as atividades realizadas exigiam grande esforço físico, “*Levantava cedo, eu era gado sabe, um pouco de tudo, tratava os animais, ia pra roça, milho, essas coisas sabe. Mesmo de colono pesado. Era mais braçal*” (Entrevistada 6, 53). Essa forma de dialogar sobre o trabalho mostrou-se recorrente no conjunto das falas dos entrevistados.

Para além de ser tratado como parâmetro de qualidade de saúde, o trabalho também apareceu, sobremaneira, como essencial para o cotidiano desses indivíduos, sendo notável como o fato de não exercer mais atividade de forma direta na agricultura, independente da motivação, é tido como algo negativo: “*Não, não trabalho. [suspiro] Não trabalho*” (Entrevistado 1, 54). Percebe-se tanto um pesar por não estar trabalhando em razão do processo de adoecimento, bem como falas como essa indicam desconforto e insatisfação. Diante disso, cabe salientar que o tema trabalho esteve presente, de alguma forma, em nove das dez entrevistas realizadas, e desses nove sujeitos, apenas um referiu que não exerce mais atividade laboral em razão de sua aposentadoria.

Mesmo tendo como base o afastamento temporário de suas atividades devido à internação para tratamento/recuperação da saúde, os sujeitos se referiram ao labor como forma de assinalar a expectativa pela plena recuperação de sua saúde. De modo a ilustrar tal informação, leia-se: “*Daqui duns sessenta dia da pra começar trabalhar*” (Entrevistado 4, 77). Ou seja, coloca-se o retorno aos afazeres como indicativo de cura/recuperação da saúde. Dessarte, observa-se que o trabalho atravessa em diversos aspectos a discussão da saúde dos agricultores, sendo mencionado como forma de mensurá-la.

Contudo, neste tópico, ainda analisar-se-á como os agricultores relatam seu processo de adoecimento, para, posteriormente, discutir a correlação entre saúde, doença e trabalho. Como referido, não só a saúde é um conceito que abre espaço para diferentes interpretações e entendimentos, mas também o adoecimento.

O adoecer foi relatado em oito das dez entrevistas realizadas, ora como forma de falar sobre a saúde, ora como maneira de relatar o processo de acesso a um hospital de alta complexidade. Para o Entrevistado 1 (54), adoecer significa a falta de força e disposição para realização de atividades, segundo ele *“É, eu fiquei doente, to co poblema, perdi as força, não tinha mais força”*, isto é, ele traz para o relato aspectos físicos relacionados ao adoecimento. Em seguida, ele afirma: *“ohh, o ar, perdia o ar, não conseguia mais caminhar, perdia as perna, tava perdendo, ma, depois que vim aqui, perdi, agora me recuperei, ainda to meio bambo ma vai, devagarinho”* (Entrevistado 1, 54).

Por outro lado, para a Entrevistada 10 (85), o adoecimento foi relatado como a junção de aspectos físicos com questões subjetivas: *“só agora que a gente fico doente, que então a gente não tem mais aquela disposição [incompreensível] e conversa mais alegre mas dentro do possível né”* (Entrevistada 10, 85). É importante assinalar como o adoecimento está atrelado ao fato de ter suas forças exauridas, como se os indivíduos fossem máquinas que ficassem sem combustível para seu funcionamento, sendo a saúde uma forma de reabastecimento, mas não de manutenção da totalidade.

A Entrevistada 5 (36) diz: *“Eu me entreguei em casa”*, nessa fala percebe-se como o adoecer é visto como supracitado, refletindo no cuidado e na atenção à saúde dos indivíduos. Todavia, é possível identificar como o adoecer, muitas vezes, se percebe na totalidade das ações dos indivíduos, seja pela incapacidade e/ou dificuldade de realizá-las, pelas mudanças que se fazem necessárias na rotina dos indivíduos, na necessidade de ajuda para realização de atividades que antes eram realizadas individualmente, etc.

A importância de se discutir o adoecimento baseado nos relatos feitos pelos sujeitos é ressaltada pela significância que o processo possui, acarretando questões que não são de ordem biomédica, incorporando aspectos sociais e subjetivos nos relatos. Segundo Favoreto e Cabral (2009),

a análise da narrativa do adoecimento incorpora, de modo significativo, o papel dos fatores situacionais na construção dos significados pessoais do processo saúde-doença. Investigam-se as imponderáveis possibilidades de construção de novas narrativas em cada novo contexto, particularmente a cada interação entre o narrador e o ouvinte, e vice-versa (FAVORETO; CABRAL, 2009, p. 8).

Tendo claro as significações e o valor que a saúde, o trabalho e o adoecimento têm na realidade dos agricultores, são visíveis as correlações possíveis entre esses três aspectos na vivência dos pacientes em internação em um hospital de alta complexidade.

A saúde aparece enquanto forma de reparo do corpo, já o corpo surge como forma de renda e ferramenta de trabalho, algo importante quando se trata da agricultura, pois ela demanda extrema mão de obra braçal. Acerca disso, Bezerra e Sorpreso (2016, p. 4) citam que

as transformações sociais advindas do capitalismo fizeram com que o corpo humano passasse a ser visto como uma fonte de lucro, tanto para quem cuida como para quem é cuidado, pois se constituiu em uma força de trabalho. Esta realidade, onde o controle a esta força aparece como necessário, utiliza-se da saúde como um dos mecanismos capazes de possibilitar essa tarefa.

Sabendo do trabalho rigoroso que se impõe aos agricultores que não têm condições econômicas de utilização de grandes maquinários e alta tecnologia, deve-se considerar o trabalho como elemento de adoecimento, dada a alta insalubridade a que estão expostos. Ainda, é preciso ressaltar que os entrevistados eram agricultores familiares, sendo que

a agricultura familiar é aquela em que a gestão, a propriedade e a maior parte do trabalho, vêm de indivíduos que mantêm entre si laços de sangue ou de casamento. Que esta definição não seja unânime e muitas vezes tampouco operacional. É perfeitamente compreensível, já que os diferentes setores sociais e suas representações constroem categorias científicas que servirão a certas finalidades práticas: a definição de agricultura familiar, para fins de atribuição de crédito, pode não ser exatamente a mesma daquela estabelecida com finalidades de quantificação estatística num estudo acadêmico. O importante é que estes três atributos básicos (gestão, propriedade e trabalho familiar) estão presentes em todas elas (ABRAMOVAY, 1997, p. 3 apud SAVOLDI; CUNHA, 2010, p. 26).

Nessa perspectiva, o trabalho se torna objeto de estudo da saúde, assim como da compreensão das trajetórias de adoecimento, fazendo-se presente de forma significativa nos relatos dos agricultores: *“eu ia tira leite eu dizia não posso mais, não posso mais. Nem pega vaca, nada mais. Dai eu fui fazer os exames daí vi que anemia tá lá em cima. Foi trabalhado demais”* (Entrevistada 3, 54). Nessa fala é possível notar como o agricultor possui a clareza da influência do trabalho no processo saúde-doença e/ou da forma como o ofício afeta o bem-estar dos sujeitos quando se torna nocivo. Esse conhecimento é elucidado também quando afirmam: *“É, eu trabalhava demais né, eu sentia muito tempo essa cansera, cansera, tomava um banho antes da noite, descansava e passava, e agora não passo mais [risos]”* (Entrevistada 3, 54).

Desse modo,

a saúde dos trabalhadores também é condicionada a fatores sociais, raciais e de gênero, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho particulares (BRASIL, 2013, p. 14).

Contudo, apesar dessa consciência construída nas suas vivências, deve ser questionado o porquê de os trabalhadores rurais não possuírem meios de prevenção eficazes dos agravos de saúde. Nesse sentido, a concepção de saúde é diferenciada entre a população rural e urbana, como também o é a forma e a motivação do acesso aos serviços de saúde. Afinal, mesmo que

uma proporção bem maior de indivíduos utiliza o sistema público de saúde no meio rural em comparação ao urbano. A maior proporção de pessoas na área urbana procuram atendimento à saúde para exames de rotina ou de prevenção, enquanto que no meio rural o principal motivo é doenças (KASSOUF, 2005, p. 43).

Com isso, torna-se notável, a partir das falas dos entrevistados, como na zona urbana há uma maior preocupação com o fator da prevenção, enquanto na zona rural cuidar da saúde é cuidar da doença. Ao se pensar na motivação dessas definições de saúde trazidas pelos agricultores, bem como no fato ressaltado na citação acima, é possível visualizar o trabalho, sua centralidade e o impedimento em realizá-lo, como um fator que desencadeia nos agricultores a busca por cuidado e atenção em saúde.

Novamente, convém destacar que a saúde, o adoecimento e o trabalho são elementos indissociáveis na realidade dos sujeitos entrevistados. De um lado, tem-se a saúde como aspecto central, de outro, tem-se a definição enquanto capacidade laboral e ausência de doenças. Contudo, não há como discutir um ignorando outrem.

Como parte dos determinantes de saúde trazidos pela Organização Mundial de Saúde, dentre eles as questões socioeconômicas e subjetivas, a definição de saúde que pode ser extraída das entrevistas realizadas indica uma perspectiva cíclica, que pode ser esmiuçada e pensada como saúde e capacidade laboral; trabalho excessivo e penoso; adoecimento e incapacidade para o trabalho; internação e tratamento/recuperação; cuja expectativa é a volta ao trabalho em condições saudáveis.

3 A saúde como direito no contexto dos trabalhadores agrícolas

O acesso da população à política de saúde é feito de heterogeneidades e diferenças marcantes, considerando a geopolítica brasileira. Entre os mesmos territórios, essas diferenças se evidenciam na existência das insuficientes políticas públicas para população do campo, que, por muito tempo, foi excluída da agenda pública.

Quando deu-se a promulgação da CRFB/88, após um período de intensa luta de forças e atores políticos, foi abordado em seu texto, no artigo 3º, inciso IV, como um dos “objetivos

fundamentais da República Federativa do Brasil: [...] promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (BRASIL, 1988, art. 3º, inc. IV).

Ainda, em seu artigo 5º, a CRFB/88 traz que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, e à propriedade” (BRASIL, 1988). Denota-se, assim, teoricamente, a indiferenciação entre os diversos grupos constituintes da sociedade brasileira, entre eles, as populações urbana e rural. Quando pensado no aspecto da saúde, a Constituição decreta, em seu artigo 196, que

a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamenta o Sistema Único de Saúde e garante a universalidade de acesso a essa política como um de seus princípios, atrelado à integralidade e à equidade, assegurando, em tese, o direito da população rural ao acesso a essa política.⁷

Entretanto, tendo por base as dificuldades enfrentadas pelos agricultores no acesso à saúde e à alta complexidade, atreladas à perspectiva de saúde enquanto reparo do corpo, diferindo da perspectiva de proteção/prevenção de saúde, e perpetuando o ideário de que cuidar da saúde é cuidar da doença, compreende-se que

as áreas urbanas apresentam historicamente maior e melhor oferta de serviços de saúde. Embora as diferenças nos percentuais de acesso entre áreas urbanas e rurais no Brasil não serem expressivas (3,5 pontos percentuais em 2008), dois aspectos merecem consideração. Primeiro, a elevada desigualdade no acesso entre diferentes grupos sociais nas áreas urbanas e rurais, sobretudo nas áreas rurais. Segundo, a ausência de mudanças substanciais no período de dez anos, marcado por importantes mudanças socioeconômicas, alerta para a manutenção de importantes desigualdades territoriais. Afinal, o acesso a seguro-saúde, as necessidades de cuidados médicos e o consumo dos serviços de saúde são fundamentais para a qualidade de vida da população (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018, p. 12).

⁷ A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990), traz em seu 2º artigo que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Ou seja, regulamentando a política de saúde e garantindo a universalidade de acesso.

Nessa perspectiva, nota-se como os agricultores, historicamente, são negligenciados no acesso à saúde. Para mais, tem-se, atrelado e influenciado a isso, a visão de saúde que os sujeitos rurais carregam, o que acaba determinando a forma e as motivações de suas buscas por serviços de saúde. Com essa desigualdade de acesso posta, foi instituída, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, expressando

o compromisso político do governo federal em garantir o direito e o acesso à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando seus princípios fundamentais de equidade, universalidade e integralidade. Esta política traduz o citado desafio e também contempla o atual momento brasileiro de incluir as peculiaridades e especificidades da saúde dessas populações. O processo de sua construção baseou-se nas evidências das desigualdades e necessidades em saúde dessas populações e teve caráter participativo, por se fundamentar em amplo diálogo entre o governo e as lideranças dos movimentos sociais (BRASIL, 2013, p. 9).

O que resultou, em tese, no comprometimento do governo em garantir o acesso à saúde para estas populações, considerando, inclusive, suas particularidades, enquanto povos diversos, com diferentes culturas e visões relacionadas à saúde. É importante salientar como essa política entende os princípios do Sistema Único de Saúde, a saber:

IX – equidade: promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo; [...]

XIII – integralidade: princípio fundamental do SUS que considera os sujeitos em sua indivisibilidade biopsicossocial e as comunidades humanas em sua relação com o ambiente, garantindo as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde; [...]

XXIX – universalidade: princípio que orienta as políticas públicas dos governos para a garantia do acesso aos serviços por elas prestados a todos, sem distinção (BRASIL, 2013, p. 21-23).

Para mais, essa política contribui de forma marcante na garantia do acesso à saúde das populações que ela se ocupa. Porém, quando se trata dos agricultores, nota-se falhas nessa política, como também o insuficiente conhecimento da política por parte da população, enfraquecendo a perspectiva de pleno acesso. Nesse sentido,

no que se refere aos fatores de capacitação, destaca-se, primeiro, o fato de as chances de acesso aos serviços de saúde dos grupos rurais serem menores que as de seus pares urbanos, o que estaria associado a restrições da oferta e dificuldades de acesso. [...] De maneira geral, as diferenças entre as áreas urbanas e rurais podem ser igualmente explicadas em: (i) diferenças nas composições dos grupos de predisposição, necessidade e capacitação; (ii) diferenças estruturais não observáveis, como limitações da oferta de saúde e dificuldades de acesso da população rural. Ademais, a tênue redução da desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais no período se deveu fundamentalmente à composição da população rural, como maior renda e maior alfabetização. Em outras palavras, parece não ter ocorrido mudanças

estruturais na oferta e na facilidade de acesso (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018, p. 11-12).

Além disso, deve-se questionar as motivações acerca da razão de os agricultores não identificarem essas dificuldades de acesso enquanto falhas da política, pois elas são mencionadas na bibliografia acerca do assunto. Também, cabe questionar de que forma a política pública de saúde pode promover uma melhoria do acesso à saúde dessa população, bem como qualificá-lo, de modo a garantir e efetivar o direito ao acesso a uma política de fato universal, de atenção integral e que garanta equidade em seus serviços.

4 O acesso à alta complexidade, a humanização e a integralidade do cuidado

Diante dessa breve conceituação histórica acerca da legislação que regula a política da saúde brasileira, enfatizando suas especificidades em relação à população do campo, destaca-se, então, de que forma estão organizados os seus três níveis de atenção: a atenção básica, a atenção de média complexidade e a de alta complexidade. Assim sendo, busca-se compreender como se dá as distribuições de serviços e o caminho percorrido pelos sujeitos no contexto dessa política pública. Para tanto, é preciso definir que

a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, art. 2º).

Por outro lado, a média complexidade “compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico” (BRASIL, 2009, p. 207). Já a alta complexidade diz respeito a um “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)” (BRASIL, 2009, p. 32).

Assim, baseando-se nessa forma de organização em níveis de complexidade, faz-se necessário, ainda, discutir acerca da política de regionalização, tendo claro os preceitos de descentralização. Logo,

considera-se Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, art. 2º, inc. I).

Estando dessa forma organizadas as regiões de saúde, deve-se ressaltar como elas impactam no acesso dos sujeitos à política de saúde, principalmente à alta complexidade, haja vista que os indivíduos são oriundos de municípios de pequeno porte, portanto, quando necessário intervenções de maior complexidade, são encaminhados para os hospitais de referência.

Vale frisar como os agricultores visualizam e entendem o seu acesso aos serviços de saúde, tendo por base a conceituação exposta no tópico anterior e a organização dos serviços. É interessante assinalar de antemão que, quando questionados sobre como foi o acesso à saúde, os agricultores relataram facilidades, expondo como os seus municípios de origem organizam todos os trâmites para o acesso à alta complexidade:

“dai eu fui pra consultar no posto, dai o motorista da... lá da secretaria viu que eu não tava muito boa, me levou direto pro hospital, dai fiquei internada lá dois dias, dai fui pra David Canabarro, dai a doutora Iole lá me pediu pra vim fazer um exame do gastro, dai eu vim dai, um dia antes, a médica tava com, com medo de coronavírus, dai, mandaram pra casa. Peguei, fui, voltei. Dai no outro dia me ligaram pra mim volta de volta, dai o doutor [...] me atendeu e dai a enfermeira conversou com ele, que é a enfermeira que veio junto comigo, e a minha irmã que dai conversaram, que talvez eu tivesse coisa mais grave eles ia me manda pra Veranópolis, ou Vacaria, ou pra Caxias, dai seria mais longe né, dai pegou e vem, conversou ali na frente não sei com quem ali, dai pego tudo meus papéis veio ali e conseguiu marca pra mim fica aqui. Dai assim foi melhor. Por que lá em David eles não sabiam o que eu tinha, lá não tem tantos equipamentos né, é um hospital menor” (Entrevistada 5, 36).

Nessa fala é possível notar como o processo de acesso dos agricultores à alta complexidade acontece por intermédio da atenção à saúde de seus municípios, citada por eles enquanto prefeitura, demonstrando como, primeiramente, os sujeitos acessam a rede primária de atenção, e, posteriormente, são realizados os encaminhamentos que venham a ser necessários.

“Pelo SUS olha foi tranquilo, foi, tudo tranquilo pra mim, por que eu fui sabe no posto, já me encaminharam, tudo tranquilo sabe, dai me encaminharam pra cá, dai, como que era particular dai a prefeitura não pode ajudar, dai a gente encaminhou, e a gente veio pra cá com o doutor [...], conversamos, dai entramos em contato, a minha filha entrou em contato, marco, por que precisava fazer a cirurgia porque não tinha mais, o remédio não me fazia mais nada. Dai não tinha nem como... cirurgia. Foi bem tranquilo assim, quando eu vi já tava aqui hoje [risos]” (Entrevistada 6, 53).

Novamente, percebe-se que, no caso dos sujeitos entrevistados, a porta de entrada para os serviços de saúde de alta complexidade é a atenção básica. No caso acima relatado, a paciente foi atendida em seu município, encaminhada, e, na alta complexidade, custeou seu tratamento, posto que, como a entrevistada expõe, o serviço público do município de origem não pôde auxiliá-la.

Observa-se que os entrevistados não pontuaram dificuldades quanto ao acesso. No entanto, alguns aspectos trazidos em suas falas remetem à informação insuficiente acerca de seus direitos, bem como falhas na garantia de acesso a serviços e segurança em seus itinerários terapêuticos:

“[...] ai fumo no medico em Palmera, tenta faze pelo SUS e não conseguimos. Na visicula dava pelo SUS, mas no pancrea era complicado e dai fomo em ronda alta também, e dai falo a mesma coisa, [...] Essa cirurgia não tem pelo SUS. Era bom pelo SUS, ma tocava espera muito. Dai fico complicado, ia se agravar ainda mais o caso, dai peguemo e fizemo uma vez e deu” (Entrevistada 2, 78).

Vê-se como, em alguns casos, a política de saúde ainda não consegue suprir as demandas de saúde de alta complexidade, implicando em uma falha no atendimento, de forma a exigir dos sujeitos custeio próprio para o tratamento. Ainda, outra questão que requer atenção é a distância dos municípios de origem até a instituição hospitalar, já que isso implica em deslocamento e acarreta custos. Dado que, dentre os dez sujeitos entrevistados, oito relataram necessitar de auxílio da Secretaria de Saúde de seus municípios no transporte, tanto para pacientes como para acompanhantes. Portanto, reitera-se o quanto a visão e a capacidade de planejamento da gestão municipal produzem impactos positivos, garantidores de acesso qualitativo à alta complexidade.

Nessa linha, um aspecto importante a destacar na questão do acesso ao tratamento de alta complexidade é a questão econômica – os custos e as dificuldades –, mencionada por nove sujeitos durante a realização da coleta de dados. Mesmo que o sujeito acesse os serviços necessários pelo SUS, são gerados gastos, por vezes onerosos, que demandam esforços dos pacientes e de suas famílias, o que evidencia ainda mais a relevância do Sistema Único de Saúde enquanto sistema universal e direito de todos.

Ao citarem os gastos, referem-se também à importância do SUS no seu processo de tratamento, enquanto possibilitador e essencial na garantia do cuidado à saúde: *“Não to gastando nada, fosse depende de gasta só aquela cirurgia que eu fiz aquela vez custava mais de 60 mil reais, ai ce sabe que um pobre não tem condições, consegui tudo pelo SUS”* (Entrevistado 7, 55). Também na fala da Entrevistada 2 (78) essa questão é enfatizada: *“Que*

nem nós, pequeno agricultor, a gente não ganha muito né, daí os pequeno agricultor é os que mais sofre quando acontece essas coisa”.

Desse modo, sob a perspectiva socioeconômica dos agricultores entrevistados, pode-se afirmar que o acesso à saúde, quando pago, gera dificuldades marcantes: *“Que nem eu tomo um monte de remédio que eu trouxe né, e água luz comida, e daí o resto se a gente não não... tu sabe que o agricultor... não tem de onde tira direito, tem que até vende coisas né pra, por exemplo a cirurgia”* (Entrevistada 2, 78). Implicando, por vezes, na venda de terra, que, cabe frisar, é essencial para a fonte de renda dos agricultores.

É importante correlacionar estes dois aspectos já que ambos interferem de forma marcante durante o processo de acesso ao tratamento, como também na promoção de saúde. A condição socioeconômica do sujeito influencia no seu acesso à informação, a bens e, inclusive, às políticas públicas. Mesmo que o SUS tenha a universalidade enquanto princípio, há falhas na garantia do acesso, influenciada por subfinanciamento, pela forma de gestão e pela organização da política. Como supracitado, para além da questão socioeconômica, a subjetividade também é parte desse processo, não só no acesso, como também durante todo o tratamento. Ao longo das entrevistas, os aspectos subjetivos, traduzidos em temores e preocupações, assomam-se como aspecto central quando da necessidade de internação e em razão das nuances que a acompanha.

Afinal, uma das principais questões levantadas pelos agricultores diz respeito ao afastamento do domicílio, sendo que para eles, para além do distanciamento físico, há grande diferença entre a realidade vivenciada no lar, enquanto locados no interior de pequenos municípios, e a do hospital, no caso, um médio centro urbano (que parece grande para muitos deles). A Entrevistada 6 (53) confirma: *“Me sinto muito perdida [risos] bem perdida mesmo [risos]. Me sinto metade dividido, metade pra cá metade na minha casa, porque a gente tem um marido também, daí não adianta”*. A partir dessa fala, identifica-se como a saúde não pode – e sequer deve – ser vista como reparo do corpo. Afinal, ela implica e é implicada na totalidade da vivência humana, bem como na integralidade do cuidado.

Apesar dos medos e inseguranças advindos do deslocamento campo-cidade, os entrevistados expressam compreensão acerca da necessidade da internação e, em alguns casos, indicam certo conformismo com a situação, como enunciado pelo Entrevistado 4 (77):

“Ah, a gente se sente, é ruim né, por que a gente gosta de tá em casa, mas tem que ficar né, vai fazer o que. Pra falar a verdade esses dias tava ansioso, mas depois comecei botar a cabeça no lugar, é o médico que fala quando eu preciso e embora, não é eu né, vamos acostumando. Precisa pra saúde tem que ficar né” (Entrevistado 4, 77).

Contudo, dado o fato da forma como se organiza a política de saúde, deve-se refletir sobre formas de atenuar essas questões, pensando em ambiente mais acolhedores e humanizados. Sendo que,

acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2008, n.p.).

O acolhimento e a humanização na alta complexidade são fundamentais para maior resolutividade dos tratamentos, bem como para impulsionar melhor adesão ao tratamento. O protagonismo desses processos deve ser do paciente, ao garantir-lhe pleno acesso a informações e a direitos, para que a sua participação seja mais ativa e, conseqüentemente, mais resolutiva. Porquanto, a humanização traz consigo diversos aspectos que vêm a contribuir para a perspectiva do cuidado em saúde, também na alta complexidade. Outrossim, conforme Alves, Miotto e Gerber (2007, p. 38),

a humanização é entendida como valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, incluídos, portanto, usuários, trabalhadores e gestores. Ainda contempla direcionamentos em torno da autonomia e protagonismo dos sujeitos, co-responsabilidade destes na produção da saúde, estabelecimento de vínculos e gestão participativa, identificação das necessidades sociais e coletivas, valorização dos trabalhadores, das relações sociais estabelecidas no seu espaço e a melhoria das condições de trabalho.

No entanto, por vezes, os serviços de atenção de alta complexidade se tornam ambientes frios e duros, dadas as condições de trabalho que são impostas aos profissionais e a realidade da política de saúde brasileira. Essa questão pode ser notada nas falas dos agricultores, que relatam sofrimentos, tais como, *“Ah, é triste né, mas é preciso, né, tem que ficar. Vontade as vezes de sair correndo [risos], mas isso é normal né. [...] Assim, tá sendo cansativo, ainda, cada pouco tão me furando, agora vão tirar [incompreensível] daqui, mas só que eu preciso né, a pessoa precisa tem que fazer o que tem que fazer né”* (Entrevistada 5, 36).

É possível que a condição de internação hospitalar coloque os pacientes numa posição de subalternidade e conformidade, não reforçando a importância dos sujeitos no processo de

tratamento/recuperação de saúde, gerando, com isso, um ambiente, eventualmente, nocivo e desacolhedor.

Outro aspecto trazido na fala dos entrevistados quando se referem ao acesso à alta complexidade diz respeito à necessidade em reorganizar-se juntamente a suas famílias e rede de apoio, de modo a garantir a necessária abdicação da vida cotidiana para possibilitar o tratamento. Contudo, para os agricultores, essa questão parece ter um peso ainda maior, dada a necessidade do trabalho cotidiano e da importância que ele tem para os indivíduos, tanto na perspectiva econômica quanto sociocultural.

Nesse contexto, a família tem um papel fundamental, enquanto viabilizadora do tratamento/recuperação desses sujeitos. Visto que os entrevistados se referiam a suas famílias/rede de apoio como essenciais, seja no acompanhamento na instituição ou no domicílio: “*Olha, ela tá lá, [esposa] e, o que ela pode fazer... a gente tem muita ajuda de muito conhecido, de vizinho né*” (Entrevistado 7, 55). Também, é interessante assinalar como os agricultores se referiram à comunidade como essencial, afinal, segundo eles, há um sentimento de ajuda mútua:

“Porque no interior tem essa vantagem, nas hora braba as pessoas se ajudam muito, eu, a época que eu tive internado aqui, deu uma pedreira na minha região, eu, sobre gente se oferecendo pra me fazer os serviço lá. O pessoal lá, se fosse preciso é um (incompreensível) só que a gente gosta que o que é da gente a gente te o cuidado né, paciência, problema de saúde né” (Entrevistado 7, 55).

A família e a rede de apoio dos sujeitos fortalecem seu tratamento/recuperação de saúde, de modo a constituir parte integrante do todo que se conceitua enquanto saúde, sob a perspectiva de que os sujeitos devem ter garantidos meios de prevenção e proteção de saúde, mas, também, quando vivenciam o adoecimento, devem ser garantidos meios de acesso aos serviços que venham a ser necessários. Dessa forma, a família e as redes de apoio constituem-se enquanto aporte da política pública de saúde, na condição de apoiadores do sujeito e das práticas de cuidado.

Em se tratando da discussão do acesso à saúde, depois de inserido na alta complexidade, o Serviço Social é uma das profissões que trabalha para continuar garantindo condições e o direito ao tratamento. Quando pensado sobre o papel dessa profissão dentro da área de saúde, Miotto e Nogueira (2009, p. 223) afirmam que

as premissas para a ação profissional em saúde assentam-se em três pilares: necessidades sociais em saúde; direito à saúde e produção da saúde. As necessidades sociais em saúde são historicamente construídas e determinadas pelo movimento

societário. O direito à saúde, mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade, é operacionalizado através dos sistemas e serviços de saúde, envolvendo a gestão, o planejamento e a avaliação, além do controle social. A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações econômicas, sociais e políticas, das ações de vigilância à saúde e das práticas de assistência à saúde.

Ao trazer para os assistentes sociais as três perspectivas de atuação complementares, assevera-se que, quando inseridos na atenção à saúde de alta complexidade, eles podem realizar práticas que reforçam a autonomia dos sujeitos, fator essencial no tratamento/recuperação da saúde. Desse modo, assinala-se a importância desses profissionais no ambiente hospitalar, na perspectiva da garantia do cuidado integral e humanizado, visando a equidade de acesso e utilização dos serviços.

No tocante aos agricultores, eles expuseram desconhecimento acerca do que é o Serviço Social hospitalar quando questionados sobre o tema, sendo que dos dez entrevistados, apenas dois afirmaram conhecer a profissão e três ressaltaram que já tiveram algum tipo de contato com os profissionais da instituição. O contato, por sua vez, foi motivado por busca ao acesso à alimentação para o acompanhante. Os demais referiram completo desconhecimento, tendo, inclusive, confundido o setor de Serviço Social com outros setores da instituição⁸.

Sob o viés das ações desenvolvidas por esses profissionais no atendimento aos agricultores em internação hospitalar de alta complexidade, pode-se averiguar como o pequeno corpo de profissionais limita a sua atuação. Já que, de acordo com os dados obtidos nos prontuários hospitalares do setor de Serviço Social da instituição, os atendimentos aos pacientes acontecem apenas quando há demanda explícita, trazida pela equipe, ou uma busca ao serviço pelo paciente e/ou familiares/acompanhantes.

Logo, se coloca uma dificuldade no fazer profissional dos assistentes sociais dessa instituição: de um lado, a sobrecarga de trabalho e demandas advindas de todo o hospital, de outro, o pouco conhecimento dos usuários, bem como da equipe, acerca do que é e do que faz esse profissional nos serviços de saúde. Segundo os prontuários, portanto, as ações profissionais acontecem baseadas em demandas vindas, pontualmente, diretamente do usuário e/ou familiares, e, em sua grande maioria, da equipe multidisciplinar, que, quando identifica necessidade de atendimento desse setor, realiza pedido de avaliação, motivando, portanto, o contato inicial do profissional assistente social com o sujeito.

⁸ Cabe ressaltar que o hospital no qual foi realizado a pesquisa de campo conta com dois assistentes sociais para toda a instituição, bem como com quatro assistentes sociais residentes alocados em programas específicos, atuando, portanto, em áreas hospitalares pré-determinadas. Logo, tem-se um contingente de pacientes que excede em muito a capacidade de atendimento da equipe, dificultando um acompanhamento mais cotidiano e qualificado dos sujeitos.

Dado o fato de que as ações profissionais são motivadas por demandas específicas, é importante assinalar que essas escapam à motivação inicial, ou seja, quando o assistente social inicia o atendimento ao sujeito ocorre a identificação de outras questões que suscitem sua atuação. Consequentemente, traz-se para o cuidado em saúde de alta complexidade questões externas ao físico, abarcando a subjetividade, questões socioeconômicas e culturais. Demonstrando as potencialidades que essa profissão tem na perspectiva de garantir a integralidade no atendimento e acentuando a sua importância dentro do cuidado em saúde de alta complexidade.

Quando pensado sobre a perspectiva do acesso dos agricultores à saúde e as possibilidades de atuação do Serviço Social frente a essa problemática, o Conselho Federal de Serviço Social cita que o assistente social na saúde, deve, entre outras atribuições,

facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária (CFESS, 2010, p. 30).

Assim, fortalece a potencialidade dessa profissão na garantia e promoção do acesso qualificado dos agricultores aos serviços de saúde. Para além disso, esses profissionais, como previsto em seu Código de Ética, enquanto dever do assistente social, devem “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as” (CFESS, 2012, p. 29). Portanto, ao estimular o acesso à informação, eles fortalecem o acesso a serviços e direitos.

Considerações finais

A saúde é um tema profundamente discutido, porém, se faz necessário incorporar a ele as particularidades concernentes aos diversos estratos que compõem a sociedade brasileira, entre eles, os agricultores. Com isso, considera-se a importância de refletir acerca desse grupo, em sua totalidade de características próprias, visando construir serviços que de fato incorporem a equidade no atendimento. Além disso, deve-se considerar a percepção de saúde que os agricultores trazem consigo, enquanto constructo sociocultural moldado pelas relações interpessoais, pelo acesso à informação e educação, e pela qualidade dos serviços e políticas públicas de promoção e proteção da saúde.

Também, observa-se que a questão da centralidade do trabalho se faz presente na dimensão do adoecimento e em suas implicações. Aos agricultores entrevistados, melhorar e ficar bem remete à ideia de estar em condições para trabalhar, por mais penoso que seja.

No tocante ao acesso concreto desse grupo à alta complexidade, nota-se que apesar de os sujeitos relatarem o processo como tranquilo e a política como satisfatória, em suas falas é possível perceber as inadequações no atendimento prestado, enquanto política pública de cunho universal. Essas inadequações, por sua vez, resultam em questões subjetivas e socioeconômicas que afetam o tratamento/recuperação desses indivíduos. Sendo que, considerados todos os aspectos colocados, a política de saúde deve abarcar e atender demandas de saúde que extrapolem a perspectiva saúde-doença.

Contudo, a percepção de saúde trazida pelos agricultores e o próprio acesso à saúde por parte dos indivíduos implica diretamente na qualidade da atenção à saúde dessa população. Afinal, o processo de acesso e garantia do direito à saúde se constitui continuamente no cotidiano dos indivíduos e, assim, se constrói a visão acerca da forma de prevenção/proteção da saúde e de tratamento/recuperação. Logo, os agricultores acessam os serviços de saúde na perspectiva de buscar uma reparação do corpo, para possibilitar o retorno a atividade laboral, evidenciando a centralidade do trabalho nas suas vivências, concebendo a saúde como forma de possibilitar a realização do labor.

No que diz respeito ao Serviço Social hospitalar e as perspectivas de atuação frente a esse público, nota-se a necessidade de um maior enfoque à garantia e promoção de autonomia no processo de internação, como também no acesso à informação, em uma ótica de educação em saúde. Dessa forma, possibilitar-se-á a essa população o conhecimento acerca de seus direitos como cidadãos, bem como do todo que deve ser considerado e cuidado quando pensado em saúde.

Referências

ALVES, Francielle Lopes; MIOTO, Regina Célia Tamasso; GERBER, Luiza Maria Lorenzini. A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 6, n. 6, p. 35-52, maio 2007. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634944/2829>. Acesso em: 12 abr. 2020.

ARRUDA, Natália Martins; MAIA, Alexandre Gori; ALVES, Luciana Correia. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 1-14, 2018.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00213816.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 1-10. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v26n1/pt_02.pdf. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Acolhimento. **Biblioteca Virtual em Saúde**. Brasília, DF, nov. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 11 nov. 2020.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 18 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 10 nov. 2020.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília, DF: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais). Disponível em:

http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 11 abr. 2020.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de ética do/a assistente social**. Lei n. 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem; CABRAL, Cristiane Coelho. Narrativas sobre o processo saúde doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 7-18, jan./mar. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a02.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. **Revista Estudos Regionais**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 29-44, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/resr/v43n1/25834.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Geografia. **Classificação e caracterização dos espaços urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. **SER Social** [online], Brasília, DF, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas. Resolução 217 A III. Paris, 10 dez. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 18 out. 2020.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

SAVOLDI, Andréia; CUNHA, Luiz Alexandre. Uma abordagem sobre a agricultura familiar, PRONAF e a modernização da agricultura no Sudoeste do Paraná na década de 1970. **Revista Geografar** [online], Curitiba, v. 5, n. 1, p. 25-45, jan./jun. 2010.

SILVA, Regina Célia Pinheiro da; ARIZONO, Adriana Davoli. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. **Revista Ciências Humanas - UNITAU**, Taubaté, v. 1, n. 2, p. 1-12, 2008. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/202/108>. Acesso em: 08 nov. 2020.

WHO. World Health Organization. **Basic documents: forty-ninth edition** (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=7. Acesso em: 08 nov. 2020.