

ESPECIFICIDADES DAS COMUNIDADES RESIDENTES NA ZONA RURAL QUE IMPACTAM NAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Glauber Sena Lopes *, Vaniele Gomes Almeida**, Lucas Tavares Nogueira***

Resumo

O Programa Saúde da Família é uma estratégia que atende ao indivíduo e a família de forma integral e contínua, agregando ações de promoção e recuperação da saúde. Tem como objetivo remodelar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social. O enfermeiro desenvolve seu papel planejando e articulando ações de saúde para o indivíduo em diferentes ambientes, na Estratégia Saúde da Família (ESF) e quando necessário no domicílio, organizando e coordenando a criação de grupos de patologias específicas, como diabéticos, hipertensos, entre outros. A comunidade residente em áreas rurais possui particularidades no seu modo de vida, que são diferenciados pela cultura ruralista, credos, costumes, possuindo ainda hábitos diários bem diferenciados dos que vivem nas cidades. Neste sentido, o atendimento de enfermagem nessas áreas exige que o profissional possua conhecimentos sobre estes costumes de vida, cultura e hábitos para que não haja choque cultural e não aceitação das práticas de saúde propostas pelo enfermeiro. Esta pesquisa foi motivada pela experiência profissional dos pesquisadores, um exerceu a função de técnica de enfermagem em uma equipe de estratégia saúde da família, em uma comunidade rural do interior de Minas Gerais, o outro como agente comunitário de saúde na zona rural. O mesmo se faz relevante por identificar as características que envolvem a assistência de enfermagem e possibilitará intervenções pontuais de acordo com cada realidade. Diante do exposto cabe aos enfermeiros trabalhar pautados nos princípios e diretrizes do SUS, pois tão importantes quanto as intervenções do estado são as suas funções específicas dentro da ESF, a criação de vínculo, a realização do diagnóstico situacional, ações de educação em saúde que são determinantes no objetivo de garantir a equidade e melhores condições de saúde para esta população.

Palavras-chave: Atenção Primária. População Rural. Assistência de Enfermagem.

Data de Submissão: 24/06/2019.

Data de Aprovação do Artigo: 10/08/2019

1 Introdução

O Brasil por ser um país de tamanho continental, tem várias regiões remotas, como as áreas rurais, muitas vezes de difícil acesso e com pouco atendimento na área da saúde. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa – IBGE

*Acadêmico do 9º período de Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC Teófilo Otoni – MG – e-mail: glaubersena197@gmail.com

**Acadêmica do 9º período de Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC Teófilo Otoni – MG – e-mail: glaubersena197@gmail.com; vaniele.gomes@bol.com.br

*** Enfermeiro. Orientador. Pós-Graduado em Saúde Pública. Professor Titular do Curso de Enfermagem da Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC Teófilo Otoni – MG – e-mail: lucastnogueira@yahoo.com.br

(2017) aproximadamente 16% da população do Brasil vive em áreas rurais, ou seja, aproximadamente 37 milhões de pessoas¹. Essa extensa área territorial, de 8.514.876 Km², traz consigo diferenças culturais, socioeconômicas, climáticas, bem como de aspectos ambientais e produtivos que impactam na qualidade de vida dessas populações.

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196, reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos, acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, ainda existem desafios a serem enfrentados para a sua efetiva consolidação. Um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a consolidação das políticas de promoção de equidade em saúde, que se referem a uma atenção justa, sem privilégios ou preconceitos, respeitando as necessidades de cada cidadão e suas especificidades, reconhecendo suas demandas, além dos determinantes e condicionantes sociais.²

Neste contexto, o Ministério da Saúde vem implementando as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos e que são resultantes dos determinantes sociais e ambientais de saúde, como acesso a água tratada, ao saneamento básico, à segurança alimentar e nutricional, entre outros.³

A garantia de acesso aos cuidados de saúde integra o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde ainda não efetivado para parte expressiva dos brasileiros, em particular, à população em situação de vulnerabilidade e residente em áreas rurais. O cenário de desigualdades quanto ao acesso a saúde e o auto custo do modelo biomédico, mobilizou as autoridades de saúde brasileiras a instituir uma mudança no modelo assistencial dando ênfase a promoção e prevenção a saúde, reduzindo os custos disseminando a assistência a saúde a um número maior de pessoas, presenciou-se até o momento várias tentativas de se organizar a Atenção Primária a Saúde, (APS), como o regente das ações em saúde. Nesse período, diversos modelos foram implantados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas. Entretanto, o destaque primordial da APS ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), influenciado por abordagens internas e externas de cuidados primários, apresentando-se como uma proposta mais ampla de APS.^{3,4}

O Programa Saúde da Família nasce no Brasil como um planejamento de reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica, em acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde. Pressupõe-se que a busca de novidades nos modelos de assistência ocorre num momento histórico social. Sendo assim, o PSF foi definindo como uma moderna maneira de trabalhar a saúde, fazendo com que seja realizado o cuidado com a família e não apenas o indivíduo doente, inovando o enxergar do que diz desrespeito ao processo de ação em saúde na medida em que não se aguarda a população comparecer a unidade para que fosse atendida, pois esse novo modelo age na prevenção e promoção.⁵

Sob essa perspectiva, o PSF faz com que a família passe a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir de sua imbricação no ambiente social onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço onde se constroem as relações intra e extra-familiares, e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida. Contribui para uma compreensão ampliada do processo

saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social.³

O PSF se faz mais presente nas comunidades, facilitando diagnóstico situacional e estabelecendo estratégias fidedignas conforme necessidade da população, norteadas pelas premissas da regionalização e descentralização das ações em saúde. Neste contexto a macro política se converte em micropolíticas através do planejamento compartilhado entre todos os atores envolvidos no processo de construção das ações em saúde. O modelo de assistência do PSF constitui um desafio para o enfermeiro que como participante da equipe de saúde, deve levar em consideração o envolvimento do seu agir com os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relevantes para o processo de transição e consolidação do novo modelo da assistência à saúde.⁶

O atendimento de enfermagem deve ser adequado às práticas locais, atendendo os pacientes ou indivíduos de forma personalizada, não desprezando o contexto onde vivem. Para Budo e Saupe⁷ “essa percepção do aspecto cultural se fundamenta no fato de que a formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas interferindo muito na saúde e seus cuidados”.

Outra peça fundamental neste processo é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que age como ligação junto as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a evolução da situação de vida da população.^{8,9}

De acordo com Nogueira¹⁰, a comunidade residente em áreas rurais possui particularidades no seu modo de vida, que são diferenciados pela cultura ruralista, credos, costumes, possuindo ainda hábitos diários bem diferenciados dos que vivem nas cidades. Neste sentido, o atendimento de enfermagem nessas áreas exige que o profissional possua conhecimentos sobre estes costumes de vida, cultura e hábitos para que não haja choque cultural e não aceitação das práticas de saúde propostas pelo enfermeiro.

Dentro deste contexto o presente trabalho busca evidenciar através de revisão bibliográfica as especificidades das comunidades residentes na zona rural que impactam nas ações de enfermagem desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família, sejam elas facilitadoras ou complicadoras no processo de assistência à saúde.

Esta pesquisa foi motivada pela experiência profissional dos pesquisadores, uma exerceu a função de técnica de enfermagem em uma equipe de estratégia saúde da família, em uma comunidade rural do interior de Minas Gerais, o outro como agente comunitário de saúde na zona rural. O mesmo se faz relevante por identificar as características que envolvem a assistência de enfermagem e possibilitará intervenções pontuais de acordo com cada realidade.

2. Atenção primária a saúde com ênfase no Programa Saúde da Família.

A APS por ser um primeiro atendimento, servi obrigatoriamente como primeira via de acesso para o sistema de assistência, ao mesmo momento em que constitui um nível próprio de atendimento. Ao deliberar uma série de necessidades, ultrapassando a esfera da intervenção curativa individual, as chamadas necessidades básicas de saúde, compreendendo, principalmente, demandas sanitárias que constituem as ações tradicionais da saúde pública (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde), as necessidades relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas de

prevenção e recuperação, assegurados em técnicas diagnósticas de baixo uso de equipamentos, mas que, para sua correta compreensão e efetiva transformação, exigem refinada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas.¹¹

Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que pretende atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, agregando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo remodelar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social.¹² PSF pode ser definido como: “um modelo de atenção que presume o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, evidente na melhoria das condições de vida; no que desrespeito a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados”.¹³

O PSF tem como objetivo geral: “auxílio para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em acordo com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com designação de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população”.¹⁴ As equipes de PSF, em pleno funcionamento, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em seu território, prestando atendimento de bom nível, na prevenção de doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.¹¹

2.1 Atuação do enfermeiro

A unidade de saúde da família é uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção.

No programa saúde da família, o enfermeiro desenvolve atividades administrativas, educativas e de assistência básica de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, tanto na Unidade de Saúde da Família quanto na comunidade junto as famílias da área. As atividades administrativas são respectivamente: manutenção do posto de enfermagem, gerenciamento da unidade, supervisão e controle do posto de enfermagem, supervisão do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), planejamento e organização da unidade, participação do conselho comunitário de saúde. Atividades educativas: instrutor-supervisor dos ACS, capacitação do pessoal de enfermagem, orientação a grupos de mulheres, adolescentes, trabalhadores, hipertensos, diabéticos, divulgação e acompanhamento dos programas de saúde pública, visitas domiciliares, e por fim nas atividades assistenciais, assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária, pré-natal e puerpério, crescimento e desenvolvimento da criança, imunização, incentivo ao aleitamento materno, prevenção do câncer e cérvico uterino, planejamento familiar, atenção básica a saúde, dermatológicas infecciosas e parasitárias.¹⁵

2.2 Macro e micropolíticas de saúde.

Enquanto a saúde da família consolida-se como dominante estratégia de organização da Atenção Primária a saúde no Brasil e avança na cobertura de cada vez mais milhões de brasileiros, o contingente de trabalhadores também expressivo do SUS inclina-se, permanentemente, a desenvolver e aprimorar as ações de atenção à saúde. O espaço da micropolítica do trabalho na ESF traduz-se, assim, no

cenário em que decorre o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Constrói-se, portanto, múltiplo de quantas identidades se inscreverem no contexto como coletivo de sujeitos, que possuem modos próprios de ver, interpretar e atuar no mundo e que almejam realizar seus projetos.¹⁶

Dentro do contexto da assistência à saúde a população residente na zona rural, a micropolítica tem papel importante na adequação dos fluxogramas e linhas de cuidado a realidade local, priorizando o vínculo e os processos intercessores de relações em detrimento a utilização de tecnologias pautadas pelo saber biomédico, o qual prioriza sinais e sintomas biológicos dos sujeitos.¹⁷

O ambiente do trabalho na ESF também revela relações de poder e disputa, e prevê a construção de micro redes, nas quais formalizam-se micro processos, que se organizam por meio dessas relações, revelando estruturas extremamente complexas, social e subjetivamente determinadas.¹⁸

O processo de trabalho em sua micropolítica deve ser entendido como um cenário de disputa de distintas forças instituintes: desde forças presentes claramente nos modos de produção, fixadas, por exemplo, como trabalho morto, e mesmo operando como trabalho vivo em ato, até as que se apresentam nos processos imaginários e desejáveis, e no campo do conhecimento que os distintos “homens em ação” constituem.¹⁹

O trabalho em saúde é considerado trabalho vivo, fruto do encontro entre trabalhador e usuário, tendo este como um momento emocionado e criativo, Feuerwerker²⁰ considera o trabalho em saúde como compromisso com necessidades sociais, com um produto do conjunto de atores envolvidos em cada realidade de sua produção:

O trabalho vivo, como dispositivo de formação de fluxos-conectivos, faz uma cartografia no interior dos processos de trabalho como o desenho de um mapa aberto, com muitas conexões, que transitam por territórios diversos, assume características de multiplicidade e heterogeneidade, sendo capaz de operar em alto grau de criatividade. O trabalho vivo sofre processos de captura pela normativa que hegemoniza o funcionamento do serviço de saúde, mas, ao mesmo tempo, sua capacidade rizomática, de abrir linhas de fuga e trabalhar com lógicas muito próprias, que são do próprio sujeito que opera o sistema produtivo, é capaz de encontrar novos territórios de significações, que dão sentido para, por exemplo, a produção do cuidado quando tratamos do caso da saúde.¹⁷

Na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho será sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disto é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser “explorada” para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas.²¹

2.3 Caracterização da população residente na zona rural e seus aspectos

O Brasil ocupa uma área de mais de 8,5 milhões de km², sendo o maior país em extensão territorial da América Latina e o 5º do mundo. A sua organização político-administrativa compreende a união, 26 estados, 5.560 municípios e o Distrito Federal, distribuídos em cinco regiões geopolíticas. O atual quadro demográfico brasileiro é resultado de várias transformações, tais como a queda da fecundidade, a

redução da natalidade, o aumento da esperança de vida e o progressivo envelhecimento da população.³

Os parâmetros para delimitação deste conceito e demarcação das delimitações de zonas rurais e urbanas, e conseqüentemente estabelecer os números destas populações, é estabelecido através de um decreto lei, número 311 de 02 de março de 1938, dentre outras especificações estabelece como município ou área urbana um aglomerado com no mínimo duzentos domicílios. Art. 12. “Nenhum município se instalará sem que o quadro urbano da sede abranja no mínimo duzentas moradias”.²

Essas definições de área rural e urbana, estabelecidas na legislação brasileira, são únicas, contrariando inúmeras referências mundo a fora e maquiando o cenário da disposição da população no Brasil, conforme evidenciado em estudos que buscam avaliar os aspectos socioeconômicos das áreas rurais.

“O entendimento do processo de urbanização do Brasil é atrapalhado por uma regra que é única no mundo. O país considera urbana toda sede de município (cidade) e de (vila), sejam quais forem suas características estruturais ou funcionais. O caso extremo está no Rio Grande do Sul, onde a sede do município União da Serra é uma “cidade” na qual o Censo Demográfico de 2000 só encontra 18 habitantes”.²²

IBGE publicou em 2017, um estudo, com título de “Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil”, este estudo estabelece parâmetros de avaliações mais atuais que vão impactar diretamente nos dados do censo de 2020, “elevando consideravelmente a população rural do Brasil”. O estudo relata que “apesar da dificuldade em estabelecer distinções entre o meio urbano e o meio rural, não se pode ignorar sua importância para fins da ação pública e privada tendo em vista o planejamento territorial do Brasil”.¹

Apesar dos índices de desigualdade e pobreza terem reduzido sensivelmente nas últimas duas décadas, o Brasil mantém-se entre os países mais desiguais do mundo. As extremas diferenças entre as áreas urbanas e rurais, que refletem diferentes estágios de desenvolvimento socioeconômico, contribuem para a desigualdade no que se refere às condições e ao acesso a uma série de itens básicos para a qualidade de vida.²³

Compreende-se que a taxa de alfabetização é um importante indicador para os níveis de desenvolvimento socioeconômico de uma sociedade. Influenciando em vários aspectos da vida, como a saúde.²⁴ Estudos comprovam a relação direta entre os anos de escolaridade e a melhoria na saúde e qualidade de vida. Entre eles, pode ser citada a pesquisa com as evidências de que as mortes por diabetes em pessoas com menos de três anos de escolaridade são 10 vezes maiores do que em relação às pessoas com oito anos ou mais.²⁵

2.4 Aspectos Culturais

A realização das ações da enfermagem, nestas comunidades rurais, compreende também o estabelecimento da relação entre o adoecer e morrer com o estilo de vida, o tipo de trabalho, influenciados diretamente por fatores culturais e a busca de alternativas adequadas para a melhoria da qualidade de vida da população rural. Fica evidente que a presença de elementos culturais interfere diretamente na vida do agricultor e da família rural, representada pelos hábitos alimentares e pela relação estabelecida no trabalho, que se refletem na qualidade de vida e na saúde das pessoas. Esta percepção do aspecto cultural se fundamenta no fato de que a

formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, interferindo fortemente na saúde e seu cuidado. Esta influência se refere às crenças, comportamentos, percepções, emoções, linguagem, religião, alimentação, imagem corporal, atitudes frente à doença, à dor e outros desequilíbrios. Desta forma, o agir profissional, a despeito de quais sejam suas prioridades, deve primar para que as crenças e valores da população sejam respeitados e considerados como fontes de aprendizado mútuo na vivência e integração do conhecimento profissional e popular, rompendo o modelo tradicional de repasse do saber de forma vertical, “a um usuário passivo que deve modificar seu comportamento de acordo com o que lhe é recomendado”.⁷

Entre as práticas de cuidado adotadas pela população do campo, o uso e preparo de remédios caseiros a base de plantas medicinais foi a mais citada nas literaturas. Observa-se que esse uso, em especial, o consumo de chás, é uma prática incorporada no cotidiano das famílias camponesas, a maior parte delas cultiva plantas medicinais nos próprios quintais, configurando-as como um patrimônio tradicional da comunidade.

Em alguns momentos, as práticas de cuidado vêm acompanhadas de crenças, pois é preciso acreditar nos efeitos do remédio para seu resultado benéfico.²⁶ Em outros momentos, os ritos religiosos, a devoção a santos e as rezas são importantes na melhoria da saúde de modo geral, na prevenção e tratamento de picadas de cobras²⁷, no cuidado aos portadores de transtornos mentais severos e às pessoas com câncer, ou mesmo no momento do parto e nascimento.

Conforme Zilmer et al²⁸, a fé parece cumprir importante papel na superação das dificuldades vivenciadas diante do cuidado, bem como na potencialização da terapêutica. Wunsch et al²⁹ destacam uma série de cuidados e crenças populares de famílias assentadas, que incluem o ato de se benzer antes do sol sair, considerar o calendário lunar para desenvolver certas práticas de cuidado, dispor os calçados lado a lado, usar sal para tirar olho gordo, evitar varrer a sujeira da casa para fora após anoitecer, entre outras.

2.5 Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na atenção primária

A fitoterapia concede que o ser humano se relacione com o ambiente, acessando o poder da natureza, com a finalidade que o organismo normalize suas funções fisiológicas prejudicadas restaure a imunidade enfraquecida, promovendo a desintoxicação e o rejuvenescimento.³⁰

A utilização dessa prática na atenção primária deve seguir os princípios norteadores do SUS com o compromisso de proporcionar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população, conforme suas necessidades, por meio da identificação dos fatores de risco aos quais está exposta e neles interferir de forma pertinente.³¹

Além do mais, tem a necessidade de abordar a realidade mista em que os indivíduos são alvos das ações em saúde. O conhecimento científico agrega os elementos dessa realidade, dos mais simples aos considerados “insignificantes”, pois existe diferenças culturais e sociais de cada população e refletem no processo de saúde-doença que alteram os resultados das ações que devem ser tomadas pelos profissionais da saúde. A vivência da saúde e da doença traz mudanças para o corpo e o espírito, por isso os profissionais de saúde devem considerar os valores e as crenças das pessoas, ampliando seus conceitos e tornando mais inclusiva suas formas de abordar os problemas do cotidiano em que atuam. Desta maneira, os

serviços que oferecem práticas não usuais contribuem para que o cliente satisfeito utilize menos retornos, exames diagnósticos e encaminhamento para os níveis secundário e terciário.³²

O governo federal com o intuito de padronizar e favorecer de maneira segura essa prática, aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, a qual se constitui em parte essencial das políticas públicas de saúde, meio ambiente, desenvolvimento econômico e social como um dos elementos fundamentais de transversalidade na implementação de ações capazes de promover melhorias na qualidade de vida da população brasileira.

O PNPMF objetiva “reconhecer e promover as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais, fitoterápicos e remédios caseiros”. O termo remédio caseiro contempla de forma bastante ampla a utilização de ervas, partes de animais ou minerais, para fins terapêuticos preparados em ambiente caseiro. No entanto, Oliveira et al³³ mostram a prevalência do uso de planta medicinal como forma de PIC (Programa de Iniciação Científica), corroborando dados levantados pela OMS, os quais apontam que 80% da população mundial faz uso de algum tipo de planta em busca de alívio para sua sintomatologia.

A incidência de uso de plantas medicinais possivelmente de fácil acesso, baixo custo e por serem consideradas inofensivas por grande parte da população.³⁴ Além do que, medicamentos industrializados são caros, enquanto plantas medicinais muitas vezes são cultivadas nos quintais ou no vizinho.³⁵

2.5.1 Pontos positivos

As principais indicações e uso das plantas medicinais são para: calmante (10%), contra gripe (18%) e infecções (9%). A maioria das plantas ou ervas utilizadas são preparadas na forma de chá (78%) e (57%) obtidas em cultivo próprio, em geral, o conhecimento sobre o uso e modo de preparo das plantas medicinais foi obtido dos familiares (67%). A maioria das espécies citadas e utilizadas popularmente possui atividade farmacológica já comprovada na literatura necessitando, apenas, de orientação correta sobre seu cultivo e emprego terapêutico. O consumo de plantas medicinais embasado na tradição familiar e tornou-se prática generalizada na medicina popular. Nos dias de hoje, muitos fatores têm contribuído para o aumento da utilização deste recurso, entre eles, o alto custo dos medicamentos industrializados, o difícil acesso da população à assistência médica e da saúde, como a tendência, ao uso de produtos de origem natural. Estudo das plantas medicinais, a partir de seu emprego nas comunidades, pode fornecer informações úteis para a elaboração de estudos farmacológicos, fitoquímicos e agrônômicos sobre estas plantas, economizando de tempo e dinheiro. Desta maneira, planejar a pesquisa a partir de conhecimento empírico já existente, muitas vezes consagrado pelo uso contínuo, que deverá ser testado em bases científicas.³⁶

2.5.2 Pontos negativos

A padronização do “medicamento fitoterápico” deveria estar submetida às mesmas exigências de identificação, pureza, teor dos demais estudos

farmacopéicos que os medicamentos industrializados, obtidos por síntese ou processos biotecnológicos, além dos testes clínicos e pré-clínicos, antes da sua comercialização. Entretanto, nem sempre essas exigências são observadas. Nesta situação é difícil estimar de forma exata quais princípios ativos estarão presentes e em que concentração. Existe uma tendência na generalização do uso de plantas medicinais por entender que tudo que é natural não é tóxico e não faz mal à saúde. Este conceito é errôneo, porque existe uma imensa variedade de plantas medicinais que, dentre outras propriedades prejudiciais ao organismo humano, são providas de grande teor de toxicidade pela presença de constituintes farmacologicamente ativos, por serem muito tóxicos se consumidos em grandes quantidades.³⁷

Alguns autores não aconselham o uso de plantas medicinais ou de partes destas, simultâneo com o uso de medicações alopáticas. Por se constituírem produtos xenobióticos, os fitoterápicos empregados no período pré-operatório podem afetar o ato anestésico ao interagir com os agentes anestésicos, tanto na fase farmacocinética, como na farmacodinâmica. Os gastos com medicina alternativa aumentaram substancialmente entre 1990 e 1997, atribuindo principalmente a um o aumento da população em busca de terapias alternativas, em vez de aumento de consultas por paciente.³⁸

2.6 Aspectos alimentares

Os hábitos alimentares da população rural estão associados aos aspectos culturais, nutricionais, socioeconômicos e demográficos, tornando necessário um melhor entendimento desses aspectos e seus mecanismos no entendimento das mudanças de comportamento alimentar e suas consequências. A avaliação dos hábitos alimentares dessa população apresenta-se como tarefa importante a cada dia, tendo em vista os estudos já realizados que relacionam a alimentação tanto com a prevenção quanto com o tratamento de diversas patologias. A zona rural no Brasil está passando por um processo de envelhecimento populacional, bem como o aumento da prevalência de excesso de peso e de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A alimentação inadequada é um fator importante de risco para as DCNT, associando também a outras doenças. Vários autores e profissionais da saúde relatam da mudança de hábitos alimentares e de vida da população brasileira em geral, o baixo consumo de frutas, verduras, legumes, leite e derivados e alto consumo de gordura.³⁹

Como efeitos benéficos de uma dieta equilibrada e o uso da prática de exercícios físicos na prevenção de doenças crônicas, são amplamente encontrados e reconhecidos na literatura. A alimentação adequada é direito do ser humano, unido à dignidade da pessoa humana e indispensável a realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população.⁴⁰

A zona rural, especialmente aquela voltada para agricultura familiar, caracterizava-se por produzir alimentos para subsistência. Entretanto, esse cenário vem se modificando com a ampliação da monocultura. Esse aspecto, somado às barreiras ao acesso a bens de consumo (como baixa renda e baixa escolaridade), as grandes distâncias e a dificuldade de acesso ao transporte público, comércio e serviços de saúde podem estar modificando a qualidade da alimentação dessa população. O Brasil, ao lado da maioria dos países da América Latina, da África e da Ásia, se depara com as novas epidemias de obesidade, doenças crônicas não

transmissíveis, câncer do pulmão, do cólon e do reto, da mama, da próstata e outras. Esse peso das doenças pode se tornar ainda maior, com à medida que a população brasileira vai aumentando e envelhecendo, não sendo tratado apenas com tratamentos médicos e cirúrgicos, apesar de estes serem de importância vital. Mesmo em países com maior renda, o custo do tratamento das doenças crônicas não transmissíveis constitui um enorme encargo social e econômico.⁴¹

Pode se destacar que na zona rural há grande concentração de famílias de baixa renda.³⁹ Assim, estes indivíduos buscam o consumo de alimentos refinados, de menor custo e fácil preparo, com elevada ingestão de calorias provenientes de carboidratos de alto índice glicêmico e de gorduras, principalmente as de origem animal em detrimento de outros alimentos de baixa densidade energética como as frutas e verduras. Estes constituem alguns dos fatores mais importantes para explicar o aumento das DCNT de grande morbimortalidade.⁴¹

Tais doenças, inversamente, afetam o estado nutricional, seja pela necessidade de alguma restrição dietética, pela absorção e excreção alterada de nutrientes, ou pela interação droga-nutrientes, já que existe a necessidade de medicação.³⁹

2.7 Condições de trabalho

A identificação de morbidades que acometem a saúde do trabalhador com ocupação agrícola e das suas condições gerais de saúde, mensurada por meio do auto percepção de saúde, podem revelar os determinantes e condicionantes da saúde expressos no ambiente rural e subsidiar o planejamento de cuidados à saúde de uma parcela importante da população economicamente ativa do Brasil. Ações de promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde devem ser analisadas segundo o contexto social de onde são demandas, pois trabalhadores e moradores da zona rural possuem características distintas na sua forma de viver, trabalhar e se relacionar com o ambiente. Neste sentido, selecionar este ambiente para verificar se existem diferenças entre as ocupações dos trabalhadores faz-se necessário⁴².

O agronegócio representa uma das mais importantes atividades do setor rural. Encontra-se presente em grande parte das médias e pequenas propriedades, gerando renda nos estabelecimentos agropecuários, quer seja como atividade econômica principal, ou também como atividade complementar ou suplementar nas propriedades agropecuárias.⁴³

No Brasil, a Lei nº 5.889 de 08 de junho de 1973, que regula o trabalho rural, traz em seu artigo 13º que, nos locais de trabalho rural, deverão ser observadas as normas de segurança e higiene, estabelecidas em Portarias do Ministério do Trabalho e Previdência Social Em 1988, este mesmo ministério, por meio da Portaria nº 3.067 de 12 de abril, aprovou as cinco Normas Regulamentadoras Rurais, relativas à segurança e higiene do trabalho rural. Do mesmo modo como havia ocorrido para os demais setores que já dispunham de normas regulamentadoras próprias, os trabalhadores do campo passaram a ter uma legislação específica que contemplava as necessidades inerentes às suas atividades. Todavia, estas, ao longo dos anos de sua vigência, eram questionadas quanto ao seu conteúdo, apresentando limitações e não atendendo, segundo especialistas, as reais necessidades do trabalho rural.³

Assim, no ano de 2005, em substituição às Normas Regulamentadoras Rurais (revogadas pela Portaria GM 191 de 15/04/2008), entrou em vigor a Norma Regulamentadora 31, que trata da Segurança e Saúde no Trabalho na Agricultura,

Pecuária Silvicultura, Exploração Florestal e Aquicultura. Esta norma tem por objetivo estabelecer os preceitos a serem observados na organização e no ambiente de trabalho, de forma a tornar compatível o planejamento e o desenvolvimento das atividades nos setores por ela contemplados. Entretanto isto mostra que as preocupações sobre as condições de segurança no trabalho rural são tanto recentes como de extrema relevância para o país, o que reforça a necessidade de estudos que permitam verificar em quais condições os trabalhadores rurais estão exercendo suas atividades, de modo que, diante de possíveis não conformidades, possam ser feitas sugestões e intervenções que contribuam para um melhor conforto, segurança e qualidade de vida desses profissionais.⁴³

Portanto, mostra-se clara a necessidade de conhecer melhor as condições dos ambientes de trabalho do setor rural, especificamente neste trabalho, em um setor como o de ordenha de leite, visto que as atividades nele desenvolvidas demandam cuidados acentuados em relação ao controle de produtos, podendo acarretar desgastes emocionais, físicos e psicológicos ao trabalhador e influenciar diretamente no ritmo de produção destacam a escassez de informações sobre o bem-estar do trabalhador rural em sistemas de produção de bovinos, citando como problemas mais notados os de origem postural.

2.8 Disposição geográfica

Estudos referenciam que as ações de gestão em saúde são dificultadas nos municípios rurais ou com baixa densidade demográfica, devido a fatores como acesso geográfico aos serviços, precariedade das condições de vida, ausência de participação popular e dificuldade de alocação e contratação de recursos humanos.⁴⁴

O acesso à saúde influencia, entre outros aspectos da vida social, a dinâmica demográfica, com impactos sobre a mortalidade e a expectativa de vida. É um elemento essencial do sistema de saúde ligado à organização dos serviços, ou seja, tudo aquilo referente à entrada no serviço de saúde e todo o tratamento que se sucede. Nesse sentido, pesquisas e políticas de saúde nas áreas rurais orientam-se na compreensão e redução dos efeitos das desigualdades nas condições de saúde, garantindo, por exemplo, o acesso universal e integral ao sistema. O acesso aos serviços de saúde por esta população estudada é dificultado por vários fatores, dentre eles fatores ambientais, climáticos, financeiros e logísticos, que comprometem tanto o ingresso da população aos serviços de saúde em todos os níveis hierárquicos, bem como as ações das equipes de saúde da família in loco, ferindo os princípios universais do SUS de universalização, integralidade e equidade.²³

A reorganização do modelo de atenção e a interiorização dos serviços de saúde, em especial nas áreas rurais, são temas que permeiam a atual política pública vigente no país, uma vez que se acredita que haja um potencial natural de vulnerabilidades dessa população devido à existência de problemas de saúde relacionados à baixa escolaridade, residências mais precárias, dificuldades de transporte, de acesso aos serviços de saúde, de consultas médicas, entre outras. Nessa linha de reflexão, ressalta-se a importância de se conhecer a realidade dos serviços de saúde da população rural brasileira em razão da escassez de publicações acerca deste contingente populacional, que representa 15,65% da população.⁴⁵

Para tanto, conhecer a realidade dos serviços contempla conhecer os aspectos relacionados à organização, à estrutura, ao funcionamento e ao acesso funcional e geográfico quanto à utilização dos mesmos. Por utilizarem mais os serviços de saúde, acredita-se que as mulheres possam transpor mais facilmente estes questionamentos. Já que a ideia de cuidado está associada à mulher e os serviços de saúde costumam ser socialmente identificados como locais para mulheres, elas se tornam relevantes para a escolha desse grupo populacional em pesquisas deste contexto.⁴⁶

Assim, compreender as conexões entre a população residentes em áreas rurais e os serviços de saúde consiste em um desafio necessário para a promoção de uma atenção humanizada, acessível, e que seja capaz de tornar a busca pelo cuidado em uma prática cotidiana sem sofrimento ou pressão. Além disso, estudos avaliativos que busquem aferir a efetividade e o alcance das políticas de saúde junto a grupos mais vulneráveis da população, entre eles as mulheres, representam um compromisso social e um apoio na construção da equidade.⁴⁷

Atualmente, algumas pesquisas já destacaram que persistem desigualdades no processo assistencial de saúde no âmbito da APS em áreas urbanas. No entanto, em áreas rurais ainda são incipientes. O acesso à Saúde engloba inúmeros fatores e pode ser analisado sob abordagens diversas. O sistema institucional de saúde, na prática diária, apresenta dificuldades que impedem a satisfação das necessidades de assistência à saúde da totalidade da população. Um dos fatores que contribuem para essa situação é a inacessibilidade de numerosos grupos da população aos serviços de saúde.⁴⁸

Diferentemente do contexto urbano, a população residente no ambiente rural apresenta distintas características em relação à população urbana, tais como: baixa escolaridade e rendimento salarial, difícil acesso dos seus moradores aos serviços sociais, de saúde e comércio, assim como dos profissionais de saúde que atuam nessa área, tendo em vista as distâncias territoriais e a falta de transporte público para deslocamento, tanto dos usuários como da equipe de saúde que a eles assistem.⁴⁹

2.9 Saneamento básico e moradia

Segundo o Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil cerca de 29,9 milhões de pessoas residem em localidades rurais totalizando, aproximadamente, 8,1 milhões de domicílios. Os serviços de saneamento prestados a esta parcela da população apresentam elevado déficit de cobertura. Conforme dados do Censo demográfico de 2010 é possível observar que o maior déficit ocorre no componente esgotamento sanitário, onde 54,2% dos domicílios possuem atendimento precário e 28,6% são considerados sem atendimento. Em seguida, está o componente manejo de resíduos sólidos, onde 69,5% dos domicílios são considerados sem atendimento e 3,6% com atendimento precário. Por fim, aparece a componente abastecimento de água que tem 35,4% dos domicílios em situação de déficit. Entretanto, cabe ressaltar que, neste caso, a qualidade da água não foi considerada, apenas o tipo de solução adotada. Portanto, o percentual de domicílios com atendimento precário em abastecimento de água pode ser maior.¹

É possível perceber, que as regiões Sul e Sudeste são as que apresentam maior percentual de formas consideradas adequadas para todas as componentes do saneamento, sendo que essa diferença é mais marcante em termos de

abastecimento de água. A região Sul é a que possui maior cobertura de rede geral, poço ou nascente com canalização interna, com 93,7% dos domicílios. A menor cobertura ocorre na região Norte, onde 38,1% dos domicílios possuem rede geral, poço ou nascente com canalização interna, sendo também a região que possui maior percentual de domicílios com outras formas de abastecimento de água (32,8% dos domicílios).⁴⁵

O esgotamento sanitário é a componente que possui maior percentual de domicílios na categoria "atendimento precário" em todo o país, com o uso da fossa rudimentar em mais da metade dos domicílios - na maioria das regiões- sendo que, na região Norte, 49,7% dos domicílios utilizam fossa rudimentar e 41,6% tem como solução "outras formas". Já a região Sul é a que apresenta maior percentual de domicílios com soluções consideradas adequadas, ou seja, rede geral ou fossa séptica (31,7%). E a região Centro-Oeste possui um uso relativamente maior de fossas rudimentares que a média nacional. Em termos de destino de resíduos sólidos, as regiões Norte e Nordeste são as que têm uma situação sanitária mais precária, apresentando maior percentual de domicílios sem atendimento. Respectivamente, 83% e 79,3% dos domicílios destas regiões destinam os resíduos de "outra forma" (diferente da coleta e de enterrar na propriedade), sendo a prática mais comum a queima. Já as regiões Sul e Sudeste, tem um maior percentual de domicílios que são atendidos pelo serviço de coleta de resíduos sólidos (46,1% e 40,7% dos domicílios, respectivamente). Contudo, mesmo nestas regiões há um número elevado de domicílios rurais em situação de déficit.¹

Este cenário contribui direta e indiretamente para o surgimento de doenças de transmissão hídrica, parasitoses intestinais e diarreias, as quais são responsáveis por elevar a taxa de mortalidade infantil, além de outros impactos na saúde pública.

As ações de saneamento em áreas rurais visam reverter este quadro, promovendo também a inclusão social dos grupos sociais minoritários, mediante a implantação integrada com outras políticas públicas setoriais, tais como: saúde, habitação, igualdade racial e meio ambiente.⁴⁵

No Brasil, 72,2% da população rural ainda acessa água apenas por meio de poços, cacimbas, açudes e barreiros, acesso esse muitas vezes precário e com grande potencial para provocar doenças. A falta de acesso regular a qualquer fonte de água potável ainda é uma situação bastante presente na realidade social brasileira, e, particularmente, crítica para a população rural, em especial, para aquela em situação de extrema pobreza. Variações climáticas que afetam a disponibilidade de água, a poluição de fontes hídricas disponíveis, conjugadas com uma reduzida oferta da rede pública de abastecimento de água, têm afetado severamente as condições de sobrevivência dessa população.⁵⁰

2.9.1 Doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao saneamento básico inadequado

De acordo com Ministério da Saúde^{50,51} as principais doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao saneamento básico inadequado são:

- **Amebíase:** Infecção causada pelo protozoário *Entamoeba histolytica*, que apresenta duas formas evolutivas: o trofozoíto e o cisto. Esse parasito pode atuar como comensal ou provocar a invasão de tecidos, originando as formas intestinal e extra intestinal da doença. Em casos graves, as formas trofozoíticas disseminam-se pela corrente sanguínea, provocando abscesso no fígado (com

maior frequência), nos pulmões, cérebro ou em outros órgãos. Quando não diagnosticadas a tempo, podem levar o paciente a óbito.

- **Cólera:** Infecção intestinal aguda causada pela enterotoxina da bactéria *Vibrio cholerae* O1 (biotipos "clássico" e "El Tor") e *V. cholerae* O139, frequentemente assintomática ou oligossintomática, com diarreia leve. Pode se apresentar de forma grave, com diarreia aquosa e profusa, com ou sem vômitos, dor abdominal e câimbras. Esse quadro, quando não tratado prontamente, pode evoluir para desidratação, acidose, colapso circulatório, com choque hipovolêmico e insuficiência renal.
- **Esquistossomose mansônica:** Doença parasitária causada pelo trematódeo *Schistosoma mansoni*, cuja sintomatologia clínica depende de seu estágio de evolução no homem. A fase aguda pode ser assintomática ou apresentar-se como dermatite cercariana, caracterizada por micropápulas eritematosas e pruriginosas, até cinco dias após a infecção. Com cerca de 3 a 7 semanas após a exposição, pode ocorrer a febre de *Katayama*, caracterizada por linfadenopatia, febre, anorexia, dor abdominal e cefaleia.
- **Febre tifoide:** Doença bacteriana aguda causada por *Salmonella* entérica, sorotipo *typhi* (*S. typhi*), cujo quadro clínico apresenta-se geralmente com febre alta, cefaleia, mal-estar geral, anorexia, bradicardia relativa (dissociação pulso-temperatura, conhecida como sinal de *Faget*), esplenomegalia, manchas rosadas no tronco (roséola tífica), obstipação intestinal ou diarreia e tosse seca. Pode haver comprometimento do sistema nervoso central.
- **Filariose:** A filariose causada pelo nematódeo *Wuchereria bancrofti* manifesta-se clinicamente no homem sob várias formas. Existem indivíduos com esta parasitose que nunca desenvolvem sintomas, havendo ou não detecção de microfilárias no sangue periférico; outros podem apresentar febre recorrente aguda, astenia, mialgias, fotofobia, quadros urticariformes, pericardite, cefaleia, linfadenite e linfangite retrógrada, com ou sem microfilaremia. Os casos crônicos mais graves são de indivíduos que apresentam hidrocele, quilúria e elefantíase de membros, mamas e órgãos genitais.
- **Hepatite A:** Doença viral aguda causada pelo vírus da Hepatite A (HAV), de manifestações clínicas variadas, desde formas subclínicas, oligossintomáticas e até fulminantes (entre 2 e 8% dos casos). Os sintomas se assemelham a uma síndrome gripal, porém há elevação das transaminases. A frequência de quadros ictericos com a idade, variando de 5 a 10% em menores de 6 anos, chegando de 70 a 80% nos adultos.
- **Leptospirose:** Doença infecciosa febril de início abrupto causada por uma bactéria helicoidal (espiroqueta) do gênero *Leptospira*, do qual se conhecem atualmente 14 espécies patogênicas, sendo a mais importante a *L. interrogans*. A unidade taxonômica básica é o *sorovar* (sorotipo). Mais de 200 sorovares já foram identificados, e cada um tem o seu hospedeiro preferencial, ainda que uma espécie animal possa albergar um ou mais sorovares. A doença pode

variar desde formas assintomáticas e subclínicas até quadros clínicos graves associados a manifestações fulminantes.

3 Considerações finais.

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou identificar as particularidades da população residente na zona rural que impactam na assistência de enfermagem no âmbito da APS e como isto vem afetando a qualidade do serviço de saúde ofertado à população rural do Brasil. Para a produção deste estudo utilizou-se de artigos e periódicos científicos na área da saúde retirados da base de dados *Scielo* e *Google Acadêmico*, biblioteca virtual do IBGE e sites de instituições governamentais.

De forma geral as especificidades encontradas nas áreas rurais em comparação com as áreas urbanas refletem, diferenças relacionadas a fatores culturais, condições de trabalho, alimentação, analfabetismo, falta de saneamento básico e dificuldade de acesso, evidenciando a dificuldade do Estado em cobrir todas as demandas nas áreas mais distantes, seja por falta de ações e programas específicos, seja por falta de profissionais ou falta de capacitação dos que estão envolvidos neste processo.

Os objetivos do trabalho foram alcançados evidenciando as particularidades e possibilitando uma reflexão dos profissionais de enfermagem acerca do assunto, uma vez que o enfermeiro possui um papel de grande importância neste processo, pois atua diretamente no planejamento e organização das ações em saúde, com vistas em melhorar a qualidade de vida da população, através do desenvolvimento de micro políticas de saúde e estimulando a participação social.

O presente artigo utilizou como método a revisão de literatura com o propósito de identificar as particularidades que apresentam grande impacto na assistência em saúde e como isto vem afetando a qualidade do serviço ofertado à população rural do Brasil. Para a produção deste estudo utilizou-se de artigos e periódicos científicos na área da saúde consultados na base de dados *Scielo* e *Google Acadêmico*, biblioteca virtual do IBGE e sites de instituições governamentais que abordaram temas como a transição epidemiológica e demográfica no Brasil, assistência de enfermagem a população rural, desafios encontrados pela equipe na assistência a população rural, aspectos culturais que interferem na assistência. Após a leitura dos resumos dos artigos foram escolhidos os que se enquadravam no objetivo do estudo.

Diante do exposto cabe aos enfermeiros trabalhar pautados nos princípios e diretrizes do SUS, pois tão importantes quanto as intervenções do estado são as suas funções específicas dentro da ESF, a criação de vínculo, a realização do diagnóstico situacional, ações de educação em saúde que são determinantes no objetivo de garantir a equidade e melhores condições de saúde para esta população.

REFERENCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE). Pesquisa do IBGE mostra o Brasil mais Rural do que o imaginado. [Internet]. 2017 [acesso em 2019 abr 10]. Disponível em: <https://www.brasil247.com/pt/247/brasil/309218/Pesquisa-do-IBGE-mostra-Brasil-mais-rural-do-que-o-imaginado.htm>.

2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal;1988.
3. Paim JS. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? Ver. Saúde Debate [Internet]. 2012 [acesso em 2019 abr 12]; 36(94), 343-347. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a04v36n94.pdf>
4. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saúde Soc. [Internet]. 2011 [acesso em 2019 abr 12]; 20(4):867-874. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>
5. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família: contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial para a saúde. In: Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública. Águas de Lindóia: [Internet] 1999 [acesso em 2019 abr 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000600016600016
6. Sousa CMB, Lima CB, Oliveira CP. Atuação do enfermeiro no programa saúde da família (PSF) no estado da Paraíba. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2000 [acesso 2019 abr 23]; 53, 149-152. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700025&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000700025>.
7. Budo, MLD, Saupe L. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando os cuidados de enfermagem. Revista Texto e Contexto de Enfermagem. Florianópolis. [Internet]. 2005 [acesso 2019 abr 23]; 14(02),177-185. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a04v14n2.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: 1996.
9. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. [Internet]. 2002 [acesso em 2019 jun 06] 18,1639-46. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3678/1/13260.pdf> acesso em 01/06/2019
10. Nogueira, R. P. Enfermagem promovendo educação em saúde no contexto rural. [Internet]. 2010 [acesso em 2019 jun 02]; 9 (02), 101-107 Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/20697/11011>
11. Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes GRB. Necessidades de saúde e atenção primária. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. [Internet].1996 [acesso em 2019 maio 19]. Disponível em http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/preventiva_pesquisa_130_saude_cap_1.pdf
12. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

13. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: construção de um novo modelo de assistência. [Internet]. 2005 [acesso em 2019 maio 18]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>
14. Ministério da Saúde (BR). A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.
15. Costa MBS. Atuação do enfermeiro no programa saúde da família (PSF) no estado da Paraíba. [Internet]. 2000 [acesso em 2019 maio 10]. v. 53, n. especial,49-52 Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53nspe/v53nspea25.pdf>
16. Neto FSO, Micropolítica do trabalho na Estratégia Saúde da Família: quem cuida também precisa de cuidados. [Internet] 2011 [acesso em 2019 jun 06]. Vol.6 n21. Disponível em <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/120>
17. Neto FSO Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. Rev. Esc. Enferm. [Internet]. 2012 [acesso em 2019 jun 06] vol.46, n.3,650-656. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/17.pdf>
18. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. [Internet] 2006. [acesso em 2109 jun 10]. Disponível em: http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf
19. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. 1 edi. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2014.
20. Reis TMG, Vilela ABA, Santos AR, Silva DM, Meira SS. O trabalho e trabalhadores: relações micropolíticas na estratégia saúde da família. [Internet]. 2016 [acesso em 2019 maio 10]. Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/download/839/825/>
21. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. [Internet] 2008. [acesso em 2019 jun 06]. 24(8):1953-1957. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>
22. Veiga JE. A dimensão rural do Brasil. [Internet] [acesso em 2019 jun 06]. Disponível em <http://www.sober.org.br/palestra/12/12O496.pdf>
23. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. [Internet] 2016 [acesso 2019 maio 19]. Disponível em <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n6/e00213816/>
24. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. Relatório do desenvolvimento humano de 2015. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. Nova Iorque; 2015.

25. Ribeiro KG, Andrade LOM, Aguiar JB, Moreira AEMM, Frota AC. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas pública [Internet]. 2018 [acesso em 2019 maio 19] 22(1):1387-98. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s1/1807-5762-icse-1807-576220170419.pdf>
26. Ricardo LM, Stotz EM. Educação popular como método de análise: relações entre medicina popular e a “situação-limite” vivenciada por trabalhadores do movimento dos trabalhadores rurais sem-terra. Rev APS. [Internet]. 2012 [acesso em 2019 maio 22]; 15(4): 435-442. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Educa%C3%A7%C3%A3oPopular.pdf>
27. Ruckert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. [Internet] 2017 [acesso em 2019 maio 23]. Disponível em <https://scielosp.org/article/icse/2018.v22n66/903-914/pt/>
28. Zillmerl JGV; Schwartzl E, Muniz MR. O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer. Rev. Esc. Enferm. [Internet]. 2012 [acesso em 2019 maio 23]; 46(6): 1371-1378. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000600013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600013>.
29. Wunsch S, Budó MLD, Beuter M, Garcia RP, Seiffert MA. Proteção: dimensão do cuidado em famílias rurais assentadas. [Internet]. 2014 [acesso em 2019 maio 10];18(3):533-538. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0533.pdf>
30. França ISX, Souza JA, Baptista RS, Britto VRS. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. [Internet] 2007 [acesso em 2019 maio 20]. Disponível e: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a09v61n2>
31. Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde 2009.
32. Leal F, Schwartzmann G, Silveira IH. Medicina complementar e alternativa: uma prática comum entre os pacientes com câncer. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2008 [acesso 2019 abr 23]; 54(6): 481-482. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302008000600007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302008000600007>.
33. Zeni ALB, Parisotto AV, Mattos G, Santa HET Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. [Internet]. 2015 [acesso em 2019 maio 10]. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n8/2703-2712/>
34. Zeni ANB, Bosio F. O uso de plantas medicinais em uma comunidade rural de Mata Atlântica – Nova Rússia, SC. [Internet]2011 [acesso em 2019 maio 10] 6(1):55-

63. Disponível em: [http://revistas.unisinos.br/index.php/neotropical/article/view File/997/210](http://revistas.unisinos.br/index.php/neotropical/article/view/File/997/210)

35. Brasileiro BG, Pizziolo VR, Matos DS, Germano AM, Jamal CM. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil. [Internet] [acesso em 2019 maio 10] 44(4), 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a09.pdf>

36. Cunha PC, Silva AP, Roque OR. Plantas e produtos vegetais em fitoterapia. Lisboa (POR): Fundação Calouste Gulbenkian; 2003.

37. Eisenberg DM, Davis RB, Etnner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC. Tendências no uso de medicina alternativa nos Estados Unidos, 1990-1997: resultados de uma pesquisa nacional de acompanhamento. [Internet] [acesso em 2019 maio 30]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9820257>

38. Bonomo E, Caiaffa WT, César SC, Lopes ACS, Costa MFL. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil socioeconômico e demográfico: Projeto Bambuí. [Internet] .2003 [acesso em 2019 maio 10] 5(19):69-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n5/17819.pdf>

39. Pacheco MF, Moraes BR, Fassa AC. Fatores associados à qualidade da dieta de moradores da zona rural do Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública. [Internet]. 2018 [acesso 2019 jun 01]; 52(1): 6s. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102018000200506&lng=pt. Epub 17-Set-2018. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000267>.

40. Volp AC, Alfenas RCG, Brunoro CNM, Minim VPR, Stringueta PC, Bressan J. Índices dietéticos para avaliação da qualidade de dietas. Rev. Nutr. [Internet]. 2010 [acesso em 2019 jun 01]; 23(2): 281-296. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732010000200011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000200011>.

41. Nunes FB, Lanzillotti HS, Portella ES, Soares EA. Estudo comparativo do consumo alimentar de universitárias. Rev Nutrição Brasil. [Internet]2005 [acesso em 2019 jun 02]; 2(4):86-80. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16n1/179-185/>

42. Severo LO, Vaz MRC, Costa VZ, Simon D, Rocha LP, Borges AM. Enfermagem e o contexto rural: relações com a saúde, ambiente e trabalho. Revista de Enfermagem UFPE. [Internet]. 2012 [acesso em 2019 maio 10]; 6:2950-8. Disponível em <https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n8/1698-1708/>

43. Maia LR, Rodrigues LB. Saúde e segurança no ambiente rural: uma análise das condições de trabalho em um setor de ordenha. Ciência Rural. [Internet]. 2012 [acesso em 2019 maio 02]; 42(6), 1134-1139. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/SO10384782012000600030>

44. Calvo MCM, Lacerda JT, Colussi CF, Schneider IJC, Rocha TAH. Estratificação de municípios brasileiros para avaliação de desempenho em saúde [Internet]. 2016

[acesso em 2019 maio 02]; 25(4):767-776. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n4/2237-9622-ress-25-04-00767.pdf>

45. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: resultados gerais da amostra [Internet] 2013 [acesso em 2019 maio 12]. Disponível em: Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>

46. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc Saúde Coletiva. [Internet]. 2014 [acesso em 2019 maio 10];19(4):1263-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01263.pdf>

47. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AB. Atenção primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. Ciênc Saúde Coletiva. [Internet]. 2014 [acesso em 2019 jun 04];19(2):365-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n3/1414-462X-cadsc-22-03-0307.pdf>

48. Unglertl CVS, Rosenburgl PC, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. [Internet]. 1987 [acesso em 2019 jun 04]; Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/1987.v21n5/439-446/>

49. Dias EC. Condições de vida, trabalho, saúde e doença, dos trabalhadores rurais do Brasil. [Internet]. 2006 [acesso em 2019 jun 04]. Disponível em <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/11/saude-trabalhador-rural.pdf>

50. Funasa. Fundação Nacional de Saúde. Panorama do Saneamento Rural no Brasil. [Internet] 2017 [acesso em 2019 jun 02]. Disponível em <http://www.funasa.gov.br:8080/panorama-do-saneamento-rural-no-brasil>.

51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.914, de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 dez. 2011, Seção 1, p. 39-46.