



“Questão Social, Pandemia e Serviço Social: em defesa da vida e de uma educação emancipadora”

Eixo temático: Questões Agrária, Urbana, Ambiental e Serviço Social

Sub-eixo: Ênfase na Questão Agrária

O (NÃO) LUGAR DO CONCEITO DE RURALIDADE EM SAÚDE E AS DIFICULDADES DE ACESSO DAS POPULAÇÕES RURAIS A ESSA POLÍTICA:

Uma análise a partir da Policlínica Piquet Carneiro

RAPHAELA PIMENTEL XIMENES ¹

Resumo: Esta pesquisa surge a partir de reflexões da pesquisadora que, em seu exercício profissional, identificou que demandas e necessidades específicas de determinadas populações atendidas no espaço institucional onde atua, a Policlínica Piquet Carneiro, não recebem a visibilidade que deveriam receber. Nos referimos aqui às populações rurais. O principal objetivo é traçar elementos para reflexão sobre o conceito de rural e como esta realidade interfere no acesso integral das populações rurais à política de saúde. As principais técnicas de pesquisa utilizadas até o momento são pesquisas documental e bibliográfica, pretendendo-se utilizar também entrevistas em uma próxima etapa.

Palavras-chave: Ruralidade; Populações rurais; Integralidade; Saúde rural; Política de saúde.

Abstract: This research starts by the troughs of the researcher who in his daily job, identified that needs of certain populations who are attended in the place where she works, the Policlínica Piquet Carneiro, don't get the attention that they need. We are referring here to rural populations. The main goal is to set key elements to reflect about the rural concept and how this reality interfere in the full access of rural populations to healthy

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro

politics. The main techniques of research used so far are document and bibliographic researches, intending to use interviews as a next step.

Keywords: Rurality; Rural populations; Integrality; Rural health; Health policy.

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de uma pesquisa em curso que está sendo realizada por assistente social residente do curso de especialização em Serviço Social e Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e tem como finalidade o desenvolvimento de uma monografia. Com ele, buscamos apontar alguns elementos para reflexão sobre o conceito de ruralidade e o acesso de populações rurais à política de saúde na perspectiva da integralidade.

As políticas públicas brasileiras utilizam ainda hoje um conceito de ruralidade que não condiz com a realidade e complexidade de nosso meio rural, sendo este fator um elemento importante para a análise da qualidade das políticas direcionadas às populações rurais. A partir dessa invisibilização das necessidades reais das populações rurais, seu acesso à política de saúde, principalmente aos serviços mais especializados, que estão concentrados nos grandes centros urbanos, se torna mais

difícil. Conseqüentemente, o número de usuários oriundos de áreas rurais que são atendidos na unidade de saúde que se constitui como o nosso campo de pesquisa é muito baixo, conforme nos mostra o levantamento de dados realizado através de pesquisa documental.

A questão que se coloca é porquê uma unidade de saúde de nível estadual abrange tão poucas pessoas provenientes de áreas rurais. Analisando a realidade das populações rurais em nosso país hoje, compreendemos que seu acesso aos serviços de saúde, principalmente àqueles concentrados nos grandes centros urbanos, tem sido permeado por elementos dificultadores. Entendemos que muito disso se deve ao fato de que o conceito de ruralidade utilizado hoje é insuficiente para abranger a imensa complexidade da realidade rural brasileira e a escassez de debate na área da saúde sobre essa questão, principalmente nos centros urbanos, contribui para reforçar a dificuldade de acesso das populações rurais a uma política pública de saúde de qualidade. Consideramos que o Serviço Social, enquanto categoria profissional que atua frente às expressões da questão social e, na área da saúde, se debruça sobre a determinação social do processo saúde-doença, se encontra em uma posição privilegiada para colocar esse debate em pauta. Ademais, ao fazê-lo, expressa o compromisso para com a população usuária, posto que esta discussão pode trazer contribuições fundamentais para os usuários da política de saúde oriundos de áreas rurais.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO E METODOLOGIA

A Policlínica Piquet Carneiro (PPC) é uma unidade de saúde de nível secundário vinculada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A pesquisadora é residente do curso de especialização em Serviço Social e Saúde da UERJ e está inserida no programa de Saúde Coletiva da PPC. Nesta unidade de saúde, o Serviço Social atua em 3 ambulatórios – Cardiologia, Diabetes e CIPI/Geriatria – e no Plantão Social.

Este estudo tem como base os atendimentos realizados no espaço do Plantão Social, que atende demandas de ambulatórios de toda a unidade e até mesmo para além da unidade, já que não nos negamos a atender usuários que procuram o serviço por demanda espontânea. Apesar do termo “Plantão”, que pode induzir ao entendimento de um atendimento esporádico e intermitente, o Plantão Social realizado na Policlínica Piquet Carneiro é organizado visando permitir uma continuidade do atendimento com os usuários, de forma que seja possível realizar um acompanhamento do usuário em seu tratamento de saúde e em outras questões trazidas por eles. Ou seja, não é um atendimento que visa dar uma resposta imediata para uma demanda aparente, mas sim um momento onde buscamos identificar outras questões além daquelas apresentadas em um primeiro momento e, assim, junto ao usuário, traçar estratégias para solucioná-las.

Diante disso, a partir de uma análise das fichas sociais dos usuários acompanhados no espaço do Plantão Social e a partir também do entendimento de que, por ser uma unidade de saúde de nível secundário e estadual, a Policlínica Piquet Carneiro não atende apenas usuários do município do Rio de Janeiro, mas de todo o estado – e, em alguns casos, até mesmo de outros estados –, identificamos que há um grupo de usuários, com demandas e realidades de vida particulares, que são acompanhados neste espaço institucional, mas que não tem essas particularidades tão relevantes devidamente contempladas. Trata-se aqui das populações rurais que realizam seu tratamento de saúde na PPC.

Dessa forma, o procedimento metodológico utilizado está sendo a pesquisa qualitativa e as principais técnicas de pesquisa utilizadas até o momento são pesquisas documental e bibliográfica, pretendendo-se utilizar posteriormente também entrevistas. Posto isso, a análise a qual nos referimos constituiu em coleta de dados de fichas² de atendimentos sociais que ocorreram entre agosto de 2020 e abril de 2021 no Plantão Social. A partir deste levantamento, identificamos que o número de usuários oriundos de áreas rurais que são atendidos na unidade de

2 As fichas de atendimento utilizadas no Plantão Social da PPC são compostas pelos seguintes campos: Identificação do usuário, Perfil do usuário, Rede de suporte, Situação socioeconômica, Situação habitacional, Assistência social, Saúde e Informações complementares.

saúde que se constitui como o nosso campo de pesquisa, a Policlínica Piquet Carneiro, é muito baixo. Partindo da ideia de que além das definições de urbano e rural temos também o conceito de “rururbano”, utilizado para definir áreas que não são nem completamente rurais nem completamente urbanas, realizamos este levantamento buscando classificar os endereços das fichas analisadas em urbanas, rurais ou rururbanas, através da visualização dos espaços físicos dos mesmos na ferramenta *Street View* do *Google Maps*.

Dentre um total de 604 fichas levantadas, apenas 24, o que corresponde à aproximadamente 4% dos atendimentos realizados no período demarcado, foram identificadas como referentes a populações advindas de áreas rurais. Outras 381 fichas analisadas, aproximadamente 63%, foram classificadas como populações de áreas urbanas, enquanto 121 outras, aproximadamente 20%, foram consideradas população advindas de áreas rururbanas. Do total de fichas que serviram de base para o levantamento, 80 delas, aproximadamente 13%, foram consideradas sem dados suficientes, por não constar o endereço ou constar incompleto, ou então constar o endereço completo, mas não ter sido possível localizar no *Google Maps*.

É importante destacar que essa análise e os dados apontados são aproximativos, pois, para esse estudo, partimos do entendimento de que não existem critérios rígidos pré-estabelecidos para caracterizar uma região em essencialmente urbana, relativamente rural ou essencialmente rural, considerando que há características sociais e culturais próprias de cada área que devem ser levadas em conta nesse processo. A relação com a natureza, as relações de proximidade e a diversidade socioambiental são algumas dessas características que não podem ser analisadas apenas a partir da mera visualização do espaço físico. Nesse sentido, para caracterizar adequadamente a origem regional de cada usuário atendido pelo Serviço Social no Plantão Social, seria necessário realizar entrevistas individuais com cada um deles, a fim de identificar características de seus territórios que só podem ser compreendidas a partir de relatos dos próprios moradores.

No entanto, compreendemos não ser o intuito desta pesquisa realizar uma classificação rigorosa de todos os endereços coletados, mas sim refletir sobre os

desafios colocados para as populações rurais no acesso à saúde de forma integral. A questão central que se coloca a partir dos dados levantados é porquê uma unidade de saúde de nível estadual abrange tão poucas pessoas provenientes de áreas rurais. Partimos da compreensão, com base em Miranda e Silva (2013), de que os fatores apontados pelo IBGE e pelas legislações municipais para caracterizar áreas rurais são insuficientes para descrever a rica diversidade e complexidade das áreas rurais no Brasil. No próximo tópico, aprofundamos esta questão.

3. O CONCEITO DE RURAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS

Como foi dito, a definição de ruralidade utilizada pelas políticas públicas brasileiras não condiz de fato com a realidade e complexidade de nosso meio rural. Esta questão é muito bem explorada no material *Concepções da Ruralidade Contemporânea: As Singularidades Brasileiras*, desenvolvido pelo Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA) e organizado por Carlos Miranda e Heithel Silva, em 2013. Devido a sua relevância no estudo sobre a temática, este material constitui uma importante referência teórica para esta pesquisa. Em relação à definição dos espaços em rurais ou urbanos e aos motivos que levam a essas definições, o referido material do IICA traz a seguinte colocação:

Um aspecto importante a considerar nessa legislação é o fato de que cabe ao próprio poder local, por meio das câmaras municipais, a prerrogativa de definir os recortes espaciais e os limites entre as áreas urbanas e rurais, periodicamente revisados, levando em consideração a “expansão urbana”. A consequência é uma grande instabilidade da linha demarcatória entre os espaços urbanos e rurais, no interior do espaço municipal, com o agravante de que os novos recortes servirão de base para a elaboração dos censos demográficos e outros textos oficiais. A esse respeito, José Graziano da Silva revela que entre os Censos de 1980 e 1990, a população considerada rural sofreu uma redução de mais de cinco milhões de habitantes, exclusivamente em razão do deslocamento desses limites internos municipais (Silva, 1999, p. 59). [...] A generalidade dessa prática conduziu à esdrúxula situação de se ter enormes áreas consideradas urbanas, não em virtude das necessidades urbanísticas dos municípios, mas como artifício para o incremento das receitas locais (Bernardes et alii, 1983, p. 20) (MIRANDA, SILVA, 2013, p. 423).

Ou seja, devido às legislações que temos hoje referentes ao meio urbano, se

torna mais lucrativo para os municípios que suas áreas sejam classificadas como urbanas, e não como rurais, o que faz com que espaços que possuem características nitidamente rurais muitas vezes sejam definidos como urbanos. Por consequência disso, compreendemos que as necessidades das populações que habitam esses espaços, e que estão intrinsecamente relacionadas com o seu modo de vida rural, podem não estar sendo devidamente consideradas no momento de elaboração de políticas públicas.

A partir dessa invisibilização das necessidades reais das populações rurais, seu acesso às políticas de saúde, principalmente aos serviços mais especializadas, que estão concentrados nos grandes centros urbanos, se torna mais difícil. Essa constatação contribui para compreendermos o percentual de apenas 4% apontado no item anterior, até porque não podemos supor que as populações rurais não apresentam demandas de saúde ao nível de uma atenção secundária. Afinal, se as populações urbanas apresentam essas demandas, por que as populações rurais não apresentariam? Sabemos também que as áreas rurais, em sua grande maioria, por diversos fatores que não poderão ser esgotados aqui, disponibilizam principalmente os serviços de atenção básica às suas populações, então também não podemos supor que as populações rurais conseguem ter suas demandas mais complexas atendidas em serviços especializados nos locais onde habitam, pois sabemos das dificuldades de estruturação desses serviços em determinadas áreas. Sobre essa questão, destacamos o seguinte trecho de Brandt (2022), referente à temática da regionalização, assunto que será aprofundado em um segundo momento desta pesquisa:

Muito embora o marco legal da saúde estabeleça como um de seus princípios a regionalização, há desigualdades socioespaciais na oferta de serviços de assistência à saúde do SUS, com consequências diretas para acesso da população aos mesmos. O padrão de urbanização brasileiro resultou na concentração de infraestrutura, equipamentos e serviços urbanos nas áreas mais centrais das cidades e, conseqüentemente, a maioria dos serviços de saúde está localizada nessas áreas, exigindo longos e demorados deslocamentos entre local de tratamento e de moradia da população usuária (BRANDT, 2022, p. 11).

A autora complementa ainda, em nota de rodapé, com informações sobre

como essa realidade se expressa no estado do Rio de Janeiro, lócus da presente pesquisa:

A cidade do Rio de Janeiro foi capital federal (1763-1960), Estado da Guanabara (1960-1974), e capital do Estado do Rio de Janeiro (1974 aos dias atuais), fatos que justificam a grande concentração de serviços de média e alta complexidade, em comparação com o restante do Estado (ibidem).

Dessa forma, partimos do entendimento de que muitas das necessidades de saúde dessas populações podem não estar sendo devidamente atendidas, devido, entre outros, a uma má organização das políticas públicas, que não cria mecanismos para estreitar a relação campo-cidade, fechando os olhos para as necessidades reais das populações rurais, já que é mais vantajoso e lucrativo para os administradores das políticas ignorarem a existência de um rural complexo e com demandas próprias, como nos indica o material do IICA.

Assim, consideramos de extrema importância que as unidades de saúde, tal como outras políticas, que estão localizadas em áreas urbanas, mas que são destinadas também a populações rurais, assumam o compromisso de pensar as necessidades e particularidades dessas populações, visando ofertar a elas um tratamento em saúde nas mesmas condições em que é ofertado às populações urbanas. Considerando as competências profissionais do Serviço Social e o nosso compromisso para com a identificação e divulgação dos determinantes sociais de saúde dos mais diversos grupos populacionais que atendemos, reforçamos que estamos em um lugar privilegiado para abordar esse assunto, pois somos capazes de identificar as intercorrências que a categoria território pode trazer para as condições de saúde e de vida de um usuário, considerando território como algo muito mais amplo do que o mero espaço físico.

4. OUTRAS PERCEPÇÕES SOBRE O RURAL E INFLUÊNCIAS DESSE DETERMINANTE SOCIAL NA SAÚDE

A Lei de Regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) traz como um de seus objetivos “a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde” (BRASIL, 1990), elencando alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais como alguns desses fatores condicionantes e determinantes.

No entanto, sabemos que o SUS como aparece na constituição e nas posteriores leis criadas para a sua regulamentação nunca teve sua implementação completa. Saímos de uma longa e cruel ditadura militar entrando não só em um governo, mas em um período marcado fortemente pela presença do neoliberalismo, o que impediu o financiamento adequado do SUS. Dessa forma, em todos os governos que tivemos desde a instauração do SUS, o mesmo foi subfinanciado. Vale lembrar que em um contexto neoliberal, o Estado atua como um Estado burguês, aliado aos interesses do capital, o que leva ao corte de recursos para as políticas sociais, inclusive para a saúde (BRAVO, 2006).

Diante desses fatores, vemos um esmorecimento por parte de profissionais das instituições de saúde pública de nosso país e até mesmo uma desvalorização por parte da população usuária do Sistema Único de Saúde em relação aos serviços ofertados. Conhecendo o histórico da Reforma Sanitária e entendendo a importância de lutar pelo SUS tal como previsto constitucionalmente, consideramos de extrema relevância a realização de ações em defesa de nosso sistema de saúde, de forma que não mais tenhamos um sistema deficitário e com falhas graves que colocam em risco a saúde e até mesmo a vida da população usuária dos serviços, mas sim uma política pública de saúde que se concretize tal como foi pensada pelos idealizadores do Movimento pela Reforma Sanitária: universal, integral e equitativa.

Para isso, considerando os apontamentos levantados no material do CFESS (2010) – Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde – e o espaço singular em que nos encontramos enquanto assistentes sociais, que nos permite trabalhar diretamente com a população usuária e identificar suas mais diversas demandas, compreendemos o quanto é fundamental que a determinação

social do processo saúde-doença receba um olhar atento por parte de todas as unidades que ofertam serviços de saúde, independentemente do nível de complexidade do serviço ofertado, pois entendemos o quanto esses fatores influenciam no acesso da população aos serviços e na continuidade de seu tratamento e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida.

Dessa forma, nessa pesquisa buscamos analisar a determinação social do processo saúde-doença sob uma perspectiva: aquela vivenciada pelas populações rurais. Compreendemos que o fator território traz em si diversos determinantes que, a depender da realidade analisada, podem se constituir como facilitadores ou dificultadores no acesso à política de saúde. Nesse sentido, Koga (2013) traz uma reflexão sobre o “território de vivência”, associando esse conceito com a ideia de lugar abordada por Milton Santos:

O lugar é o quadro de uma referência pragmática ao mundo, do qual lhe vêm solicitações e ordens precisas de ações condicionadas, mas é também o teatro insubstituível das paixões humanas, responsáveis, através da ação comunicativa, pelas mais diversas manifestações da espontaneidade e da criatividade (SANTOS, 2002, p. 322 APUD KOGA, 2013, p. 37).

A autora complementa, ainda, com uma crítica aos limites que as definições estabelecidas pelas políticas sociais sobre os territórios podem apresentar:

Se o território de vivência possui peculiaridades, singularidades e dinâmicas próprias, acionadas e articuladas pelos diferentes atores sociais, sua configuração extrapola os limites da formalidade ou da institucionalidade estabelecida pelas políticas sociais, que, normalmente, regem sua atuação por meio de regras administrativas. Dentre estas regras, está a da divisão territorial, que delimita o pedaço do chão que pertence a cada morador, segundo o que a política de saúde ou de educação, por exemplo, determina como “área de abrangência”. A partir dessa institucionalidade, fica definido o acesso ou o não acesso aos programas e serviços existentes no território. Esse modo de operar aparenta garantir o acesso dos indivíduos, comprovadamente, residentes, porém, corre-se o risco de criar uma “camisa de força”, que pode chegar ao ponto de estabelecer critérios mais excludentes do que incluídos, ao negar o direito de cidadania (...) (KOGA, 2013, p. 37).

Nesse sentido, analisando a realidade das populações rurais em nosso país hoje e o lugar relegado em que as mesmas se encontram no processo de formulação e implementação de políticas públicas, compreendemos que seu acesso aos serviços de saúde, principalmente àqueles concentrados nos grandes centros urbanos, tem sido permeado por elementos dificultadores. Para compreendermos melhor quem são essas populações para as políticas públicas, observemos o inciso

XVI do artigo 2º da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas:

XVI - populações do campo, da floresta e das águas: povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros (BRASIL, 2014).

A fim de introduzir o debate sobre as dificuldades de acesso dessas populações aos serviços de saúde, precisamos primeiramente traçar alguns elementos que nos permitam refletir sobre o conceito de ruralidade que é predominante hoje, pois este influencia fortemente no acesso das populações rurais a todas as políticas sociais, inclusive à política de saúde. Sobre isso, o IICA, através do material *Concepções da Ruralidade Contemporânea: As Singularidades Brasileiras*, traz a seguinte colocação:

As áreas rurais do Brasil são definidas por oposição e exclusão às áreas consideradas urbanas. Nesse sentido, todo espaço de um município que não corresponder às áreas urbanas ou distritais é considerado como rural. Assim, a estratégia do modelo de desenvolvimento adotado e executado no Brasil, a partir de essas décadas, priorizou intervenções nos espaços urbanos, em especial nos centros metropolitanos que vão conformar e ampliar o crescimento urbano-industrial. Isso indica que a definição é eminentemente físico-geográfica e arbitrária, por não considerar as relações e processos econômicos e sociais que constituem esses espaços sociais. Por tais pressupostos, fica claro que a definição de uma tipologia do rural brasileiro deve considerar os contextos territoriais e as distintas formas de relacionamento das áreas rurais com os centros urbanos, com os quais mantêm relações diferenciadas de interdependência e complementaridade. Dito de outra forma, a construção de uma proposta de tipologia dos espaços rurais do país, inevitavelmente, traz reflexos diretos sobre a própria concepção dos espaços urbanos, em particular dos municípios com menor população (MIRANDA, SILVA, 2013, p. 423).

Dessa forma, os autores referidos entendem que o rural brasileiro é visto como algo residual ao urbano, o que impede que características particulares do modo de vida das populações rurais sejam levadas em conta, por exemplo, em um momento de formulação de políticas públicas voltadas para essas populações, além de contribuir para a construção de toda uma visão estigmatizada no imaginário social do que seria o mundo rural. Assim, compreendemos que a definição do que é rural não é uma tarefa simples, mas entendemos também que o conceito utilizado hoje é insuficiente para abranger a imensa complexidade da realidade rural

brasileira. A fim de embasar essa afirmação, vale destacar o seguinte trecho:

Visando contornar esse tipo de problema, estudos coordenados por Veiga (2001) e onde se procurou redefinir os contornos do rural brasileiro aplicando à realidade do País critérios mais aceitos pela comunidade internacional, a partir de uma combinação de variáveis envolvendo densidade populacional, tamanho dos municípios e sua localização, concluíram que aproximadamente 1/3 da população brasileira poderia ser considerada rural, contra os 18% das estatísticas oficiais (MIRANDA, SILVA, 2013, p. 442).

Compreendemos, diante do exposto, que as populações rurais não seriam somente aquelas que habitam e vivem exclusivamente do campo e das atividades agrícolas, mas diversas outras categorias que habitam pequenos municípios, muitas vezes classificados equivocadamente como urbanos, também poderiam – ou mesmo deveriam – ser classificadas como rurais.

Nesse sentido, destacaremos a seguir algumas referências que contribuem para pensarmos características do meio rural que não são contempladas por órgãos oficiais na definição de ruralidade e que servem para subsidiar nosso estudo:

(...) Esse alto grau de urbanização brasileira não resiste a uma simples observação da realidade, é uma artificialidade visível aos olhos de qualquer sensato cidadão que conheça o país e se dê ao trabalho de verificar os aspectos demográficos e funcionais da grande maioria dos municípios para perceber o quanto ali ainda se preservam as características rurais do Brasil, como baixa densidade demográfica, elevado percentual de pessoas habitando o campo, predominância de paisagens naturais ou cultivadas sobre as paisagens artificializadas (construções e edificações), forte relação com a cultura dos povos do campo (na culinária, música, danças e inclusive no trânsito cuja presença de animais de montaria e tração ainda convive com os automóveis). Some-se a isso o fato que as cidades de pequeno e médio porte têm seu cotidiano marcado pelo intenso relacionamento com as pessoas e atividades do campo (ARAUJO, 2012, p. 12).

Ainda, temos como base também o seguinte trecho, retirado da Declaração de Brasília - O conceito de rural e o cuidado à saúde (2011):

A saúde rural pode incluir as populações de áreas tradicionalmente reconhecidas como rurais, mas também comunidades ribeirinhas; áreas indígenas; populações quilombolas, de pescadores, mineradores, de alguns trabalhadores temporários; migrantes; áreas remotas e locais de difícil acesso, mesmo dentro de grandes cidades, como favelas, áreas rurais incrustadas, municípios muito pequenos etc (ANDO et al, 2011, p. 144).

Por fim, consideramos relevante apontar o conceito de rururbano, que foi considerado no levantamento preliminar realizado para esta pesquisa. Segundo Pieper e Vieira (2011):

A partir do momento em que se organizam de acordo com interesses de agentes sociais que vivem no campo ou na cidade, estabelecem novos usos e funções,

originando novos arranjos espaciais, que não se dispersão totalmente as antigas formas e funções, ocorre a materialização da interface cidade-campo, que comporta ao mesmo tempo fenômenos característicos do urbano e do rural (PIEPER, VIEIRA, 2011, p. 1-2).

Esses apontamentos são de extrema relevância pois uma nova classificação do rural, condizente com a realidade brasileira, permitiria não apenas uma valorização dos saberes e das culturas das populações rurais, em contraposição a tendência histórica que tende a definir o urbano como um patamar de civilização a ser alcançado por todos, reduzindo o rural a um estágio anterior e menos digno, mas também permitiria dar maior visibilidade às demandas dessas populações, conduzindo à execução de políticas que favoreçam o acesso aos serviços e a uma qualidade de vida digna para todos, sem privilégios de acordo com o local de moradia. Enquanto isso não ocorre, a realidade enfrentada hoje pelas populações rurais é a seguinte:

As cidades sediam a representação do Estado, concentram os serviços e, como afirma Maria Isaura Pereira de Queiroz, “encerram instituições representativas da civilização moderna”. O “rural” supõe, por definição, a dispersão de sua população, a ausência do poder público no seu espaço e mesmo a ausência da grande maioria dos bens e serviços, naturalmente concentrados na área urbana. Em consequência, o “rural” está sempre referido à cidade, como sua periferia espacial precária, dela dependendo política, econômica e socialmente. A vida desta população rural depende, portanto, direta e intensamente do núcleo urbano que a congrega para o exercício de diversas funções e o atendimento de diversas necessidades econômicas e sociais. O meio rural consiste assim no espaço da precariedade social. Seu habitante deve sempre deslocar-se para a cidade se quiser ter acesso ao posto médico, ao banco, ao Poder Judiciário e até mesmo à Igreja paroquial. Se a pequena aglomeração cresce e multiplica suas atividades, o meio rural não se fortalece em consequência, pois o que resulta deste processo é frequentemente a sua ascensão à condição de cidade, brevemente sede do poder municipal. Neste contexto, a única alternativa que existe para a população rural se resume em permanecer periférica ou se tornar urbana, através da expansão do próprio espaço rural, ou através do êxodo para as cidades (Wanderley, 2004, p. 86; 2009, p. 268, APUD MIRANDA, SILVA, 2013, p. 429).

Assim sendo, ficam evidentes as dificuldades de acesso às políticas e aos serviços colocadas às populações rurais pelo simples fato de não residirem nos grandes centros urbanos. Compreendemos que nem todos os serviços possuem condições estruturais de serem ofertados em determinadas áreas rurais e nem é isso que se pretende. A ideia que se defende é de que haja um reconhecimento das áreas rurais e um investimento no acesso das populações dessas áreas às políticas, mesmo que não seja diretamente no território, nos casos de serviços mais especializados. Em outras palavras, o que se defende é uma integração mais justa e

igualitária entre campo e cidade, que permita uma relação mais saudável e horizontal entre essas duas esferas.

O relatório do IICA aborda esta questão ao discorrer sobre a necessidade de um “pacto pela paridade” entre regiões rurais e urbanas. No entanto, o mesmo relatório aponta também que não há planejamento de longo prazo e que as áreas rurais são preteridas em muitos investimentos (MIRANDA, SILVA, 2013). A questão que se coloca aqui é justamente essa referida ausência de planejamento de longo prazo. Nota-se, portanto, que as disparidades de acesso das populações rurais e urbanas aos serviços públicos, dentre eles, os de saúde, são gritantes, mas pouco ou nada tem sido feito para modificar essa realidade. Os autores trazem a importante reflexão sobre o enfoque setorial e a ausência de debate acadêmico que tem se dado em relação a essa questão, nos fazendo pensar sobre a importância de que, enquanto profissionais de uma unidade de saúde vinculada a uma universidade, assumamos o compromisso de abordar esse assunto em nossos espaços de atuação e de reflexões teóricas:

Formulada nos termos da modernização da agricultura, essa concepção tem, necessariamente, um enfoque setorial, que privilegia as relações de subordinação da agricultura aos setores dominantes do processo de acumulação, especialmente a indústria. Não há lugar, nessa perspectiva do desenvolvimento, para uma preocupação mais sistemática com a melhoria das condições de vida e de trabalho da população que vive no campo, já que a pobreza, a expulsão da terra e o êxodo rural se tornam mecanismos de reprodução desse mesmo modelo. Da mesma forma, a visão setorial pouco se interessa pelo espaço rural enquanto lugar de vida e de trabalho de uma parcela significativa de brasileiros. Não é sem razão que o tema do mundo rural e suas relações com as cidades perdera importância no debate acadêmico, como no campo das políticas públicas, na mesma proporção em que se consolidava a modernização da agricultura (MIRANDA, SILVA, 2013, p. 459).

É abordado também o processo e o momento histórico em que surgiu a nova concepção de desenvolvimento rural que se defende aqui, e que possui fortes semelhanças com a organização concebida no Movimento pela Reforma Sanitária em prol da saúde pública:

A nova concepção de desenvolvimento rural se opõe a essa visão tradicional e dominante. Ela foi gestada e consolidada graças ao ambiente de democratização da sociedade, que se implantou com o fim dos governos militares e, sobretudo, com a promulgação da Constituição de 1988, que fortaleceu as organizações sociais rurais, favoreceu o debate crítico sobre o modelo dominante e estimulou a criação de espaços de cooperação entre intelectuais, instâncias governamentais e movimentos sociais. Essa nova concepção se assenta em dois pressupostos: por um lado, o reconhecimento da existência de uma população rural, numericamente importante e sociologicamente diversificada, que expressa uma forte demanda por um

enraizamento em seus lugares de vida e de trabalho; por outro lado, a afirmação de que essa população foi historicamente excluída do processo de desenvolvimento acima descrito, do que resulta a dimensão da pobreza rural e a fragilidade das condições do exercício das outras formas de agricultura; essa população, que se organiza socialmente e politicamente, expressa uma demanda pelo acesso ao exercício pleno da cidadania e ao reconhecimento de sua diversidade e às particularidades de seus modos de viver e trabalhar (MIRANDA, SILVA, 2013, p. 459).

Visando atuar nessa direção, de acordo com os princípios do SUS, buscando contribuir para consolidar efetivamente a universalidade, a equidade e a integralidade no acesso à saúde, consideramos fundamental atentar para essas questões no nosso cotidiano de prática profissional. A partir disso, é possível levantar debates no meio acadêmico que questionem a ausência ou o baixo quantitativo de indivíduos oriundos de áreas rurais nos espaços que, teoricamente, também são destinados a eles, como em uma unidade de média complexidade de nível estadual, por exemplo, que é a realidade de nosso campo de atuação.

Não apenas os princípios do SUS estão em questão aqui, mas também os princípios fundamentais do Serviço Social e o compromisso profissional para com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, o que exige que pensemos sempre sobre as desigualdades que podem estar se expressando em nossos campos de atuação, mesmo quando elas não aparecem de forma tão perceptível. Dessa forma, compreendemos que, mesmo não atuando diretamente em um território rural, devemos assumir um compromisso para com as populações desses territórios, visando criar estratégias para que alcancem melhores condições de vida e saúde, através de um acesso mais justo e digno às políticas públicas.

Por fim, consideramos importante enfatizar o conceito de integralidade, que, segundo a definição da Lei 8.080/1990, é “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). Compreendemos que não será possível pensar o acesso das populações rurais a uma unidade de saúde de atenção secundária sem abordar esse conceito, considerando que este deve ser exercido em todos os níveis de atenção à saúde. Sobre isso, Cecilio (2001) traz a seguinte afirmação:

Defendo que a lógica da integralidade, tal como desenvolvida no que chamei de

primeira dimensão da integralidade, a “integralidade focalizada”, como preocupação de cada profissional e da equipe de cada serviço, deve estar presente em todos os serviços, mesmo nos superespecializados, seja ele um serviço de emergência ou uma enfermaria de hospital, por exemplo. Precisamos deslocar nosso foco da “atenção primária” como lugar privilegiado da integralidade. Aliás, integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo de rede (CECILIO, 2001, p. 118).

É nessa perspectiva que buscamos conduzir este trabalho, procurando levantar reflexões não só sobre a dificuldade que as populações rurais encontram para acessar os serviços públicos de saúde, mas também sobre qual tipo de acesso elas encontram quando chegam a uma unidade de maior complexidade, a partir do exemplo da Policlínica Piquet Carneiro. Com a continuidade desta pesquisa, buscaremos entender se o serviço ofertado leva em consideração as particularidades do modo de vida e de saúde daquelas populações que residem mais distante dos centros onde estão concentrados esses serviços, ou seja, se a integralidade tem se efetivado nos serviços de média e alta complexidade nos grandes centros urbanos, ou se essa tão importante responsabilidade que, como diz o autor, é “objetivo de rede”, tem se restringido apenas aos serviços prestados a essas populações nas unidades básicas de saúde em seus territórios.

5. CONCLUSÃO

Diante do exposto, podemos concluir que o conceito de rural utilizado para a definição das políticas públicas brasileiras não comporta a complexidade do nosso meio rural, o que contribui para a precariedade das políticas públicas destinadas às populações rurais. Dessa forma, compreendemos que as distâncias das áreas rurais para os centros urbanos não são apenas físicas, mas também simbólicas, e que este fator pode constituir um limitador do acesso das populações rurais à política pública de saúde.

Considerando a necessidade de garantir a efetivação dos princípios do SUS sem distinção para moradores de áreas urbanas e rurais e de romper com a predominância do modelo médico hegemônico na política de saúde, na perspectiva

da Saúde Coletiva, destacamos a importância da continuidade do debate que aqui buscamos apenas iniciar, a fim de que populações rurais possam ter condições de acessar de forma digna os serviços de saúde em seus mais distintos níveis de atenção, de forma efetivamente integral. Além disso, defendemos também que seus saberes próprios e modos particulares de lidar com a saúde, muitas vezes advindos de conhecimentos ancestrais, devem ser respeitados nas instituições de saúde, na contramão da medicina ocidental que considera o saber científico oriundo da academia como o único válido.

6. REFERÊNCIAS

ANDO, N.; TARGA, L.; ALMEIDA, A.; SOUZA, D.; BARROS, E. de; SCHWALM, F.; SAVASSI, L.; BREUNIG, M.; LIMA, M.; FILHO, R.; HORTA, T. Declaração de Brasília "O Conceito de rural e o cuidado à saúde". *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 142–144, 2011. DOI: 10.5712/rbmfc6(19)390. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/390>. Acesso em: 10 mar. 2022.

ARAUJO, T. Projeto Repensando o Conceito de Ruralidade no Brasil: Implicações para as Políticas Públicas. Recife: Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA), 2012. Disponível em: < https://app2.unasus.gov.br/UNASUSPlayer3/recursos/UFMS_0001_PCFA/2/res/u1/P1-Tania-Bacelar-Versao-Final-da-Proposta-do-projeto.pdf > Acesso em: 10 mar. 2022.

BRANDT, Daniele Batista. Transporte, Mobilidade Urbana e Serviço Social: quando o urbano extrapola a política urbana. In: CARDOSO, Isabel Cristina da Costa; BRANDT, Daniele Batista (Orgs.). *Produção do Espaço, Vida Cotidiana e Serviço Social: diálogos com e além de Henri Lefebvre*. 2022 (no prelo).

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 11 jul. 2021.

_____. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 out. 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html> Acesso em: 18 mar. 2022.

BRAVO, M. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A.; BRAVO, M.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Organizadores) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; ABEPSS; OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

CECILIO, L. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CFESS. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais (2). Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em 25 mar. 2022.

KOGA, D. Aproximações sobre o conceito de território e sua relação com a universalidade das políticas sociais. Serviço Social em Revista (Online), v. 16, p. 30-42, 2013.

MIRANDA, C., SILVA, H. Concepções da Ruralidade Contemporânea: As Singularidades Brasileiras. Brasília: Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA), 2013. Disponível em: <<http://repiica.iica.int/DOCS/B3226P/B3226P.PDF>> Acesso em: 11 jul. 2021.

PIEPER, C., VIEIRA, S., Rururbano: análise da dimensão espacial entre o urbano e o rural. In: XIII Enpos, 2011, Pelotas. Anais do XIII Encontro de Pós Graduação-UFPEL. Pelotas: UFPEL, 2011. v. único.