
REFLEXÕES ACERCA DA INTEGRALIDADE NAS REFORMAS SANITÁRIA E AGRÁRIA

*Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi¹, Sheila Araujo Teles², Adenícia Custódia Silva e Souza³, Adélia Yaeko
Kyosen Nakatami⁴*

¹ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Goiás, Brasil. E-mail: fabiana@uems.br

² Doutora em Biologia Parasitária. Docente da Faculdade de Enfermagem da UFG. Goiás, Brasil. E-mail: sheila@fen.ufg.br

³ Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem UFG. Goiás, Brasil. E-mail: adenicia@fen.ufg.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem UFG. Goiás, Brasil. E-mail: adélia@fen.ufg.br

RESUMO: Trata-se de um ensaio reflexivo com o objetivo de discutir as reformas agrária e sanitária do ponto de vista da integralidade da atenção à saúde das famílias assentadas. No desenvolvimento desta reflexão identificou-se que tanto a reforma agrária quanto a sanitária apresentaram, desde sua concepção, o desejo por diminuir as injustiças sociais, alcançar a integralidade e o bem-estar dos indivíduos e famílias, seja no contexto da primeira, voltada para os indivíduos e famílias sem terra, ou da segunda, voltada para todos os indivíduos e famílias em geral. Entretanto observou-se nestes dois contextos de reforma política e social ações desintegradas e desarticuladas, pautadas em interesses econômicos, corroborando para a marginalização da população rural no âmbito da atenção à saúde e principalmente da integralidade desta.

DESCRIPTORES: Assistência integral à saúde. Reforma dos serviços de saúde. Assentamentos rurais.

REFLECTIONS CONCERNING INTEGRALITY BETWEEN HEALTHCARE AND AGRARIAN REFORMS

ABSTRACT: This reflective essay aimed to discuss agrarian and healthcare reforms from the perspective of the integrality of healthcare delivered to settlement families. Through this study, we determined that both the agrarian and healthcare reforms were intended, from their conception, to reduce social injustice, achieving the integrality and well-being of individuals and their families, whether in the context of agrarian reform, focused on landless individuals and their families, or in the context of healthcare reform, focused on individuals and families in general. Uncoordinated and disconnected actions, based on economic interests, were observed in both contexts of political and social reforms, contributing to the exclusion of the rural population from the scope of healthcare, especially depriving them of integral actions.

DESCRIPTORS: Comprehensive health care. Health care reform. Rural settlement.

REFLEXIONES ACERCA DE LA INTEGRALIDAD EN LAS REFORMAS SANITARIA Y AGRARIA

RESUMEN: Se trata de un ensayo reflexivo que tiene como objetivo discutir las reformas agraria y sanitaria, desde el punto de vista de la integralidad de la atención a la salud de las familias asentadas. En el desarrollo de esta reflexión se identificó que tanto la reforma agraria como la sanitaria, presentaron desde su concepción el deseo de disminuir las injusticias sociales, alcanzar la integralidad y el bienestar de los sujetos y familias, ya sea en el contexto de la primera, destinada para los sujetos y familias sin tierra, o de la segunda, destinada para todos los sujetos y familias en general. Por lo tanto se observó en estos dos contextos de reforma política y social acciones desintegradas y desarticuladas, pautadas en intereses económicos, corroborando para la marginalización de la población rural en el ámbito del atendimento a la salud y principalmente de la integralidad de ésta.

DESCRIPTORES: Asistencia integral a la salud. Reforma de los servicios de salud, Asentamientos rurales.

INTRODUÇÃO

O conceito de integralidade é bastante complexo e tem sido discutido por inúmeros autores em diversos cenários da atenção à saúde. Somada à universalidade e equidade, compõe a tríade dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), expressando uma das principais bandeiras de luta do movimento sanitário brasileiro e um dos pilares de construção dos três níveis de complexidade dos serviços em saúde, prevenção, promoção e recuperação.¹⁻²

Entretanto, no que diz respeito ao acesso universal aos serviços de saúde e ao desenvolvimento da assistencial integral, inúmeras limitações são evidentes, sobretudo considerando as diferenças sociais e econômicas do país.

Propomos-nos nessa reflexão apresentar alguns conceitos de integralidade e convidar o leitor para uma leitura desta, frente à história das Reformas Sanitária e Agrárias do país, a fim de identificar a relação entre a integralidade e o processo das Reformas Sanitária e Agrária.

Para discorrermos sobre estes itens, lançamos alguns questionamentos. Conseguiu a Reforma Sanitária desenvolver ou atingir seu objetivo de diminuir a injustiça social, alcançar a universalidade e a integralidade a toda a população? Atingiu a Reforma Agrária o seu objetivo de acabar com a exclusão social, diminuir a injustiça social e garantir o bem estar e saúde do trabalhador rural?

Integralidade

Integralidade abrange um conceito polissêmico, sendo um termo com dimensão plural, ética e democrática.³ Desvelado nos saberes e práticas cotidianas do trabalho e vivências dos sujeitos nos diferentes contextos, é reconhecida também como eixo integrador entre os serviços de saúde, quando percebida em uma visão sistêmica.⁴

Junto com a universalidade e equidade, a integralidade constitui um conceito tríplice da Reforma Sanitária em que está presente o ideal de cidadania, saúde como direito de todos e superação das injustiças.⁵ É um dos pilares do SUS definido na Constituição Federal de 1988 e seu cumprimento favorece a qualidade da atenção à saúde, prevendo neste, a oferta de ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco e assistência aos danos e reabilitação de maneira articulada.⁶ Apresenta-se como o único princípio finalístico do SUS, como um atributo do que se

espera deste sistema, sendo um atendimento de grupos e pessoas de maneira ampliada.³

Este pilar deve se desenvolver em duas dimensões, sendo a primeira, fruto do esforço e confluência dos saberes da equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde em um encontro entre usuário e equipe, com o compromisso de se fazer a melhor escuta das necessidades de saúde do usuário,⁵ tendo por base a humanização, a problematização e interlocução de saberes e práticas em uma relação interpessoal dialógica.⁷ Ao mesmo tempo deve se desenvolver também, no processo de articulação de cada serviço de saúde, pensada no macro e em redes de serviço, como objeto de reflexão de novas práticas de reorganização dos serviços e dos processos de trabalho, para a constituição de políticas públicas voltadas para a complexidade da saúde.⁷

Assim, o atendimento integral passa pela estrutura organizacional, hierárquica e regionalizada da assistência à saúde e alcança a qualidade da atenção individual e coletiva, pautada com foco nos usuários do sistema de saúde.⁸

Entre os sentidos da integralidade, esta pode ser alcançada no âmbito das práticas dos profissionais de saúde através do abandono do reducionismo, da fragmentação e pela busca de uma visão holística e ampliada que continua no âmbito da organização dos serviços de saúde, buscando definir amplamente as percepções das necessidades dos grupos, procurando a melhor forma para respondê-las. Por fim, no âmbito das configurações das políticas de saúde e das respostas governamentais à saúde da população, a integralidade deve ser alcançada pela incorporação de possibilidade de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em toda as esferas.⁹

Enfim, a integralidade se estabelece em uma relação teórico-prática do saber em saúde coletiva que perpassa a dimensão macroestrutural objetivando a dimensão subjetiva do usuário do serviço de saúde percebendo-o como sujeito de um processo histórico, social, político articulado ao contexto familiar e à sociedade em que se insere.⁷⁻⁸ Apresenta uma pluralidade de ações que não se restringe à acessibilidade, mas vai além do planejamento terapêutico contemplando a regulação das políticas públicas de saúde, a reorientação das relações entre o Estado e a sociedade, e o olhar para o sujeito-usuário, considerando o cuidado em todas as dimensões do ser humano.⁷

A REFORMA SANITÁRIA E O CONCEITO DE INTEGRALIDADE

O movimento histórico das políticas de saúde está relacionado com o movimento político, social e econômico da sociedade brasileira. Os atores do processo de construção da saúde pública reproduziram em todas as ações a lógica do capital. No decorrer desta história a concepção e a prática da integralidade da atenção à saúde permaneceram distante da legislação e dos cenários de prática.¹⁰

A visão do processo evolutivo sempre obedeceu ao avanço do capitalismo, com fortes influências do capitalismo internacional. A saúde não foi desde o princípio o centro da política do Estado brasileiro, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.¹⁰

A trajetória da política de saúde tem como ponto de partida uma construção de propósitos de grupos em luta, os quais, a cada momento, influenciam a conformação do sistema.⁵ Assim, os problemas de saúde, durante muito tempo nesta trajetória, tornaram-se foco de atenção quando se apresentaram como epidemias e perderam o foco quando se tornaram endemias.¹¹

Em 1850 as atividades de saúde pública foram limitadas à delegação de atribuições sanitárias a juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos. O interesse primordial era o controle sanitário mínimo. O tipo de organização política do império era de um regime de governo unitário e centralizador.¹¹

Com a república estabeleceu-se uma forma de organização jurídica política típica do estado capitalista. A tradição de controle político pelos grandes proprietários impôs as normas de exercício do poder, de acordo com os interesses capitalistas predominantemente agrários.¹⁰

No século XX a economia era basicamente agroexportadora, assentada na monocultura do café. A acumulação do capital originava-se do comércio exterior, fato que impulsionava a industrialização e favorecia desta forma a urbanização. Neste contexto ocorreu o aparecimento de doenças graves como a varíola, a malária, a febre amarela e outras que contribuíram negativamente para o desenvolvimento econômico no país. Para dar conta desta situação foi criado um modelo assistencial de intervenção às questões sanitária, denominado Campanhista.¹⁰⁻¹¹

Ainda neste século, Oswaldo Cruz organizou a Diretoria Geral de Saúde Pública, instituiu o

registro demográfico, introduziu os laboratórios para o diagnóstico etiológico e Carlos Chagas reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, ligado ao Ministério da Justiça, na tentativa de melhoria das condições sanitárias, contudo, sem abandonar os interesses políticos e econômicos. Em 1923, o Congresso Nacional aprova a Lei Eloi Chaves, que instituiu a previdência social no Brasil e as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP'S).¹⁰⁻¹¹

Vale ressaltar que entre as considerações apontadas nesta lei, estava a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais.¹⁰ As CAP'S eram organizadas por empresas, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores os quais também mantinham o custeio destas. No governo de Getúlio Vargas, objetivando estender este benefício a todas as categorias do operariado urbano, alteraram-se as CAP'S em Instituto de Aposentadoria e Pensão. Administrado pelo Estado, oferecia, além da aposentadoria e pensão, o serviço de funeral e de médicos.¹⁰⁻¹¹

Está claro que até o final da década de 50 a assistência médica e previdenciária não era importante e nem o principal objetivo do Estado. As ações e medidas não eram totalmente efetivas e apresentavam-se sempre como excludentes de algum grupo ou classe trabalhadora como ocorreu com os trabalhadores rurais.

Em 1953 e 1956 foram criados o Ministério da Saúde e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), entretanto em 1960 a Lei 3087, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que objetivou unificar o regime geral da Previdência social, abrangendo todos os trabalhadores, de acordo com a Consolidação das Leis Trabalhistas, ainda excluía os trabalhadores rurais.¹¹

Apenas em 1963, com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), através da Lei 4.214, os trabalhadores rurais passaram a ser incorporados na previdência social. Em 1967 foi implantado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que originou mais tarde a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdenciária Social (INAMPS).¹¹

Entretanto, estas mudanças sempre caracterizaram um período de duplicidade entre assistência e previdência, com uma prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em um sistema que priorizava a capitalização da medicina, sua produção privada em detrimento da saúde pública.¹⁰

No fim da década de 80 as políticas de saúde estavam inseridas em um contexto de profunda crise econômica, principalmente na área financeira da previdência social. Neste contexto, o processo de redemocratização do país e a reforma sanitária se fortaleceram. Buscou-se entender o processo saúde-doença em relações estreitas com as condições de vida e de trabalho da população. Assim, a reforma sanitária foi reformulada na perspectiva de romper com o modo corporativista tradicional e reverter a linha privatizante da política setorial.¹⁰

A Constituinte de 1988¹² define que saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Neste sentido, de maneira mais ampla, porém mantendo o princípio da Constituinte, o SUS, fruto de todas as relações descritas na história e da reforma sanitária, instituído em 1990 pela Lei 8.080 define saúde assim: “[...] a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país”.^{13:1}

A visão de saúde que nos remete à reforma dos modelos assistenciais de saúde apresenta a necessidade de uma construção coletiva e social da prática sanitária que se dá através de um processo dialético, onde são envolvidas instâncias distintas, ligadas às dimensões política e técnica. Estas, uma vez combinadas, segundo sua relação de custo-efetividade, resultam em práticas de saúde e assistência voltadas para as necessidades de indivíduos, famílias e comunidades.

Em busca deste modelo de assistência descrito acima e definido no conceito de saúde que expressa a Lei 8.080, o sistema de saúde brasileiro vive há duas décadas um processo de mudança, iniciado com o movimento da reforma sanitária, na década de 1980. Contudo, ainda hoje se busca criar as condições para que de forma realmente efetiva e permanente o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo. Em outras palavras exerça a integralidade prevista como princípio do SUS.

Percebe-se que a reforma sanitária tentou trazer para a assistência à saúde um olhar e uma prática integral, buscando ter como princípio a integralidade e a construção da justiça social, mas

nem sempre isto foi e/ou é evidenciado. O que há realmente no decorrer de toda a história é um SUS esgarçado, uma reforma sanitária incompleta.¹⁴ O que se evidencia ainda hoje é que o acesso universal aos serviços, a articulação profissional e a resolutividade das ações em saúde não estão bem configuradas nas Unidades de Saúde e expõem os usuários a uma atenção fragmentada, desqualificada e injusta.¹⁵

Entre os muitos motivos que podem ter favorecido esta sensação de incompletude está a herança de uma rede de saúde centrada nas ações curativas, no trabalho médico, na divisão de tarefas orientadas pelo modelo econômico e pelo interesse do estado que nem sempre foi a prevenção e a promoção da saúde da população.

Este fato representa atualmente um desafio para a assistência integral com trabalho organizado, tradicionalmente, de forma extremamente parcelada, com dificuldade também à universalização.

Enfim, após 20 anos da Reforma Sanitária, ainda permanecem grandes dificuldades no acesso à saúde e na continuidade da atenção relacionada a problemas na organização dos serviços, na ausência de rede regionalizada e hierarquizada, deficiências da regulação, mecanismos de referência e contrarreferência.¹⁶

A REFORMA AGRÁRIA E O ACESSO À SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL

A questão agrária sempre esteve presente no processo de desenvolvimento do Brasil, desenvolvendo-se de inúmeras maneiras e passando por diversas fases.¹⁷ Para alguns autores, a luta pela terra em nosso país começou já com o processo de ocupação do território pelos portugueses e tem um marco com o fim da escravidão com a ameaça dos escravos se tornarem proprietários. A terra deixou então de ser adquirida pela posse e passou a ser vendida. Assim esta questão pode ser vista como uma pendência histórica no Brasil.¹⁷⁻¹⁸

No fim da década de 50 observa-se o surgimento das ligas camponesas do nordeste que impulsionaram a luta pela reforma agrária. Nos anos 60, o governo militar começa a promover modernização nos latifúndios em detrimento do incentivo aos pequenos agricultores, o que favoreceu a migração destes para centros cosmopolitas.¹⁷⁻¹⁸

No fim da década de 70, os conflitos no campo se intensificaram, dando origem às ocupações e formação de diversos movimentos sociais em prol da luta pela terra, destacando-se neste

contexto o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST).¹⁷⁻¹⁸

A constatação deste modelo econômico excludente acelera a necessidade de um programa de Reforma Agrária e intervenções fundiárias que dão origem ao projeto de assentamentos pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA).¹⁸

Considera-se reforma agrária o conjunto de medidas que tem por finalidade promover melhor distribuição da terra, mediante modificações no regime de sua posse e uso gerando a justiça social, o progresso e o bem-estar do trabalhador rural e o desenvolvimento econômico do país.¹⁹

Entende-se por assentamento rural, unidade empresarial associativa, de base familiar, autônoma e gerida por trabalhadores, visando o desenvolvimento econômico e social do conjunto de assentados.¹⁹

Neste contexto, desde a década de 80, o Brasil inicia uma política de criação de assentamentos em várias regiões do País. Estando assim o assentamento rural apoiado por uma política de crédito própria, através do INCRA, o qual financia a implantação dos lotes com recursos para moradia, manutenção da família durante o primeiro ano, além de financiar o custeio da produção e disponibilizar créditos para investimentos da produção com prazos e carências.¹⁸

A Constituição de 1988¹² apresenta um capítulo especial para a Reforma Agrária, afirmando que compete à União desapropriar por interesse social, para fins de reforma agrária, o imóvel rural que não esteja cumprindo sua função social (cap.III, art.184). Porém, afirma também a obrigatoriedade do prévio pagamento da terra desapropriada (o que prejudicou essa função). Além disso, as chamadas "propriedades produtivas" não poderiam mais ser desapropriadas por interesse sociais para a implantação de assentamentos rurais. Esses aspectos tiveram um impacto negativo para a Reforma Agrária.¹⁸

Existem atualmente 8.763 assentamentos e aproximadamente um milhão de famílias assentadas no Brasil.²⁰ É a própria família quem organiza e executa as atividades de produção nos assentamentos. Definida como agricultura familiar, a família ao mesmo tempo em que é proprietária dos meios de produção, assume o trabalho no estabelecimento produtivo.¹⁸

Mesmo quem promove os assentamentos admite que a Reforma Agrária não significa somente o acesso à terra, mas um conjunto de ações para que

famílias possam produzir, gerar renda e também ter acesso aos direitos fundamentais, como saúde.

A produção científica no Brasil ainda é insuficiente para explicar as complexas relações entre as condições de saúde da população do campo e seus determinantes.

Em relação ao acesso da população assentada aos serviços de saúde, em pesquisa organizada pelo Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural (NEAD) aplicada em 16 municípios brasileiros, constatou que esse acesso ainda é insuficiente, considerando a pequena atenção médica às famílias assentadas, os projetos e programas assistenciais inacabados, as unidades de saúde sem utilização, a falta de profissionais de saúde, a dificuldade de transporte de pacientes que necessitam de assistência médica ambulatorial e ou hospitalar e outras.²¹

É relevante afirmar que o acesso a serviços de saúde não significa apenas a entrada de um usuário no sistema, mas a possibilidade de solucionar as necessidades que o levou a buscar o serviço de saúde, podendo acontecer no nível básico, como na Unidade de Atenção Básica de Saúde da Família (UABSF), ou em outros.

O Programa de Assistência Rural (PRORURAL), pelo FUNRURAL, foi criado em 1971. Esse promoveu o direito à aposentadoria e ampliou o acesso aos serviços de saúde, incluindo a assistência médica cirúrgico-hospitalar e tratamento odontológico aos trabalhadores rurais.¹⁰⁻¹¹ No entanto, o acesso ao atendimento ocorria apenas em instituições de saúde conveniadas com o FUNRURAL, não fazendo parte destas os assentamentos rurais que, na época, não existiam.

Na década de 1980, o INAMPS possibilitou o atendimento aos trabalhadores rurais em qualquer de seus estabelecimentos de saúde, o que ampliou o acesso desses trabalhadores aos serviços, principalmente em hospitais.¹¹ Ao mesmo tempo em que crescia a possibilidade de acesso, as políticas de saúde ainda eram desiguais, tanto no acesso quantitativo quanto qualitativo entre os habitantes da zona urbana e da zona rural. Delineava-se assim, o processo que se consolidou na década de 80 e que veio a ser denominado de "universalização excludente" das políticas de saúde.²¹

Observa-se que discussões referentes à saúde da população rural tiveram um olhar e uma atenção por parte de gestores e políticos a partir das décadas de 70 e 80, período este em que ainda não havia se consolidado a Reforma Agrária, tão pouco definidos os assentamentos rurais.

Atualmente a discussões sobre a saúde da população rural foi impulsionada a partir da XII Conferência Nacional de Saúde, em 2004, que apontou como um dos principais desafios garantir à população rural reais condições de acesso ao sistema de saúde.²²

Desde então o Ministério da Saúde vem realizando discussões para a construção da Política de Saúde para a População do Campo, apoiada ao Plano Nacional da Reforma Agrária, ao Plano Nacional de Saúde, à Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção em Saúde, ao Projeto Amazônia, às Políticas de Promoção da Igualdade Racial, à Política Nacional de Desenvolvimento Regional; e à Política Nacional de Ordenamento Territorial.

Essa política deve ser integrada a um conjunto de políticas públicas que eleve o padrão de vida da população por meio de ações intersetoriais de geração de emprego e renda, de saneamento ambiental, de habitação, de eletrificação rural, de educação, de cultura e lazer, de acesso a terra e de transporte seguro.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DA INTEGRALIDADE NA REFORMA SANITÁRIA E NA REFORMA AGRÁRIA

Frente às trajetórias das Reformas Sanitária e Agrária fica claro que, nos últimos anos, o Brasil vem tentando mudar o modelo assistencial de saúde vigente e hegemônico marcado por fragmentação das ações e supervalorização dos aspectos biomédicos. Da mesma forma vem travando uma luta ideológica em busca da redução da injustiça social. Isto porque o movimento pela Reforma Sanitária e os movimentos de redemocratização do país, estiveram sempre associados a lutas por mais justiça social e equidade.²³

Entretanto, observamos na Reforma Sanitária, bem como na Reforma Agrária, que a população rural sempre foi deixada à margem das principais ações de saúde e a integralidade e equidade quase nunca atingida. Durante a maior parte do século passado o que diz respeito à universalidade do direito à saúde esteve garantido apenas aos beneficiários da previdência social, mantidos pelo Ministério da Previdência Social, gerando uma assistência médica curativa, excluindo fortemente a população rural, favorecendo o desenvolvimento de desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde, sobretudo considerando os grandes centros urbanos e as maiores economias.

Ressalta-se ainda que apesar das lutas por estas reformas apresentarem períodos semelhantes, estas ocorreram de maneira desintegrada, apoiadas nas questões políticas e econômicas do país, nos interesses voltados para um modelo econômico que resultou em ações políticas desarticuladas. Corroborando com essa situação estão os serviços e programas de saúde que, de maneira geral, foram e são quase que exclusivamente projetados para a população urbana.²⁴ Ao mesmo tempo, o processo de assentamento ocorre através de políticas públicas fragmentadas e desarticuladas.²⁵

Estudos que abordem as condições de vida e de saúde da população assentada são escassos, contudo, retratam esta desarticulação e a distância da aplicabilidade da integralidade. A maioria dos assentamentos apresenta situações que colocam em risco a saúde da população como a falta de água encanada, o sistema de esgoto em forma de fossas negras, o lixo queimado e ou enterrado.²⁴ As necessidades de saúde podem ser organizadas em quatro grandes conjuntos, sendo o primeiro e o segundo as boas condições de vida e o acesso à tecnologia de saúde respectivamente.⁶ Nesse sentido o acesso à saúde está ligado a condições de vida, nutrição, habitação e acessibilidade ao serviço de saúde.¹³ Quanto ao acesso aos serviços de saúde, alguns assentamentos dispõem de Unidade de Saúde da Família no próprio assentamento, contudo,, existem realidades em que estas unidades funcionam apenas dois dias na semana, e outras ainda em que a população assentada precisa ser atendida nas unidades de saúde da cidade mais próxima.^{21,24} Essa procura pelos serviços de outras unidades sobrecarregam esses serviços provocando excesso de clientela por equipe e desestrutura a organização da atenção.²⁷

Essas situações se agravam pela precariedade dos sistemas de referência e contra-referência que como mostrado em outro estudo dificulta a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção.¹⁵

Considerando as questões acima abordadas, observamos que a população rural e, sobretudo a população assentada, encontra-se em desvantagem na assistência à saúde por não serem contemplados com os princípios da universalidade e com a prática da integralidade. Essa exclusão ocorre pelo processo histórico de desarticulação das práticas de saúde, pela fragmentação no desenvolvimento das reformas aqui relatadas e ainda pela configuração da prática profissional e organizacional dos serviços de saúde.

Ao deparar com esta realidade e considerando a integralidade como fruto do conhecimento e da capacidade profissional, faz-se necessário a articulação entre o profissional e o serviço de saúde e entre esse e outras organizações visando à estruturação do serviço de saúde, para o atendimento das necessidades diferenciadas da população em busca da equidade, seja na demanda espontânea (expressão do sofrimento individual) ou ainda no desenvolvimento das ações de promoção e prevenção. Assim, gestores de saúde e profissionais de saúde, sobretudo médicos e enfermeiros, devem trabalhar de maneira coordenada nos processos de gestão das ações de saúde voltadas para a população rural assentada com vistas ao atendimento das necessidades em saúde considerando as histórias locais e regionais de formação de cada assentamento, a formação social, econômica e cultural e com a participação ativa dessa comunidade.

Apesar das limitações, o artigo discute a importância de que as ações de saúde e/ou as ações de reforma agrária devam ser realizadas de forma a contemplar a intersectorialidade, a interdisciplinaridade para que a integralidade possa não ser apenas uma diretriz do SUS, mas uma práxis, e que constitua-se numa bandeira de luta das reformas apresentadas.

REFERÊNCIAS

1. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Publica*. 2004 Set-Out; 20(5):1411-6.
2. Barata LRB, Tanka OU, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2004 Jan-Mar; 13(1):15-24.
3. Gonzalez AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde - norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010 Nov; 15(3):757-62.
4. Silva RVGO, Ramos FRS. Integralidade em Saúde: revisão de literatura. *Cienc Cuid. Saúde*. 2010 Jul-Set; 9(3):593-601.
5. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante da luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro (RJ): IMS, UERJ, ABRASCO; 2001. p. 113-26.
6. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo a perspectiva da vigilância da saúde e da saúde da família. *CienSaúde Colet*. 2003 Abr-Jun; 8(2):569-84.
7. Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Souza J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Rev Eletr Enf [online]*. 2007. [acesso 2011 Dez 20]; 9(3):835-46 Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>
8. Machado MGT, Monteiro EMKM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2007 Mar-Abr; 12(2):335-42.
9. Fontoura RT, Mayer Cn. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm*. 2006 Jul-Ago; 59(4):532-37.
10. Polignano MV. História da política de saúde no Brasil: uma pequena revisão [online]; 2003 [acesso 2011 Jun 10]. Disponível em: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf
11. Andrade LOM, Pontes RJS, Martins-Júnior TA. Descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2000 Jul-Ago; 8(1-2):85-91.
12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Título VIII, da ordem social, capítulo II, seção II da Saúde, art. 196-200. In: *Encyclopedia Britânica do Brasil*. Edição especial. p.112-4.
13. Brasil. Lei Nº 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. 1990 [acesso 20 Ago 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivo/pdf/lei8080.pdf>
14. Campos GWS. O SUS entre a tradição dos sistemas e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Cien Saúde Coletiva*. 2007; 12(Sup):1865-74.
15. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(esp):263-71
16. Vaitsman J, Moreira MR, Costa NR. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: "um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)". *Cien Saúde Colet*. 2009 Mai-Jun; 14(3):899-901.
17. Albuquerque FJB, Coelho JAPM, Vasconcelos TC. As políticas públicas e os projetos de assentamento. *Estud Psicol*. 2004 Jan-Abr; 9(1):81-8.
18. Martins JS. *Reforma agrária: o impossível diálogo*. São Paulo: Edusp; 2004.
19. Brasil. Lei nº. 4.504 de 30 de novembro de 1964. Estatuto da Terra: dispõe sobre o Estatuto da Terra e dá outras providências. Brasília (DF); 1964 [acesso 2011 Ago 03]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4504.htm agosto de 2011.
20. INCRA- *Publicação Especial do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incrá) Dezembro de 2010: Ano I nº 02*. p.3

21. Albuquerque CCS, Castro AJW, Rosas RJ. Análise situacional da saúde para assentados da reforma agrária [página da internet]. Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural; 2000 [acesso 2011 Mar 07]. Disponível em: http://www.mda.gov.br/portal/nead/arquivos/.../arquivos_195.zip?file_id
22. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Anais da 12ª Conferência Nacional de Saúde [online]. Conferência Sérgio Arouca relatório final. 2003 Dez 7-11 [acesso 2010 Jul 10], Brasília (DF), p. 232. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/rel%20final%2012a%20cns.pdf>
23. Coelho IB. Democracia sem equidade: um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. Cien Saúde Coletiva. 2010 Jan; 15(1):171-83.
24. Behergaray LR, Gerhardt TE. A integralidade no cuidado à saúde materno-infantil em um contexto rural: um relato de experiência. Saude Soc. 2010 Jan-Mar; 19(1):201-12.
25. Scopinho RA. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. Cien Saúde Coletiva. 2010; 15(Supl 1):1575-84.
26. Soares DO. "Sonho de Rose": políticas de saúde em assentamentos rurais. Saúde Soc. 2006 Set-Dez; 15(3):57-73.
27. Gomes FM, Silva MGC. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(supl.1):893-902.