

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CAROLINA RODRIGUES DE CARVALHO

**ATENDIMENTO AOS TRABALHADORES RURAIS DA  
COLHEITA DE CAFÉ NA UNIDADE DE SAÚDE  
CACHOEIRINHA EM CÓRREGO DANTA/MG**

FORMIGA / MG  
2014

CAROLINA RODRIGUES DE CARVALHO

**ATENDIMENTO AOS TRABALHADORES RURAIS DA  
COLHEITA DE CAFÉ NA UNIDADE DE SAÚDE  
CACHOEIRINHA EM CÓRREGO DANTA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

FORMIGA / MG  
2014

CAROLINA RODRIGUES DE CARVALHO

**ATENDIMENTO AOS TRABALHADORES RURAIS DA  
COLHEITA DE CAFÉ NA UNIDADE DE SAÚDE  
CACHOEIRINHA EM CÓRREGO DANTA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Profa.

Aprovado em Belo Horizonte, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2014

## RESUMO

A dificuldade em oferecer assistência médica gratuita e de qualidade a todos os brasileiros, conforme prevê a Constituição Federal é um dos desafios da saúde pública no Brasil. Na unidade de saúde Cachoeirinha, localizada em Córrego Danta/Minas Gerais, o atendimento aos trabalhadores diminui consideravelmente no período da colheita de café, o que ilustra essa dificuldade. Em razão disso, este artigo pretende investigar a viabilidade de se implantar um projeto para intervenção neste cenário. Nesse sentido, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto e elaborado um plano de ação, seguindo o modelo PES - Planejamento Estratégico Situacional proposto pela Universidade Federal de Minas Gerais, para execução na unidade supracitada. Em um primeiro momento, foi realizado um breve estudo sobre as garantias e os direitos dos trabalhadores, mais especificamente sobre os trabalhadores rurais. Para tanto foram utilizados livros, artigos científicos obtidos em bancos de dados como SCIELO e LILACS, além de manuais de inquéritos do Ministério da Saúde, testes e dissertações. Os descritores utilizados foram: saúde do trabalhador, saúde da população rural, direito à saúde. Foi utilizada literatura em língua portuguesa, compreendendo, principalmente, o período de 1998 a 2013. Em seguida foi caracterizada a comunidade em que está situada a unidade de saúde e por fim, foram analisadas as estratégias para a ação proposta. Concluiu-se que a garantia constitucional de acesso aos serviços de saúde para todos os brasileiros ainda não se verificou na prática e que o atendimento aos trabalhadores rurais da comunidade estudada está aquém do esperado; portanto, é preciso conscientizar a população sobre a importância da adoção de hábitos mais saudáveis e de se cuidar preventivamente da saúde e, principalmente, deve-se criar um horário alternativo para o atendimento dos trabalhadores que atuam na colheita de café, a fim de ampliar o atendimento a essa população.

**Palavras-chave:** Equipe de Saúde da Família. Trabalhadores Rurais. Ampliação do Atendimento aos Trabalhadores.

## ABSTRACT

The difficulty in providing free and quality to all Brazilians medical assistance, as stipulated in the Federal Constitution is one of the challenges of public health in Brazil. The health unit Cachoeirinha, located in Córrego Danta / Minas Gerais, care workers decreases considerably during the coffee harvest, which illustrates this difficulty. For this reason, this article aims to investigate the feasibility of implementing a project for intervention in this scenario. Accordingly, a literature search on the subject was conducted and an action plan drawn up following the model PES - Situational Strategic Planning proposed by the Federal University of Minas Gerais, for execution on the above unit. At first, it was held a brief study on guarantees and workers' rights, more specifically on rural workers. For both books, papers obtained from databases such as LILACS and SciELO databases were used, in addition to manual surveys of the Ministry of Health, tests and essays. The descriptors used were: occupational health, rural health, the right to health. Literature was used in Portuguese, comprising mainly the period 1998 to 2013 was then characterized the community in which is situated the health unit and finally analyzed the strategies for the proposed action. It was concluded that the constitutional guarantee of access to health services for all Brazilians have not yet been found in practice and that health care workers to rural community studied is less than expected; therefore, it is necessary to raise awareness about the importance of adopting healthy lifestyles and preventive health care is, and especially should create an alternative schedule for the care of workers who work in the coffee harvest in order to enlarge care to this population.

**Keywords:** Family Health Team. Rural workers. Expansion of Service to Workers.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CEMIG** – Companhia Energética de Minas Gerais
- COPASA** – Companhia de Saneamento de Minas Gerais
- DM** - Diabetes Melitus
- DPOC** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- ESF** – Estratégia Saúde da Família
- HAS** - Hipertensão Arterial Sistêmica
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ICC** - Insuficiência Cardíaca Congestiva
- IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano
- INAMPS**- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- LILACS**- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- NASF** - Núcleo de Assistência a Saúde da família
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PES** - Planejamento Estratégico Situacional
- PIB** – Produto Interno Bruto
- PNSST** – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
- PPC** – PIB per Capta
- PPI** – Programação Pactuada e Integrada
- PSF** – Programa Saúde da Família
- SB** – Saúde Bucal
- SIAB** - Sistema de Informação da Atenção Básica
- SCIELO** - A Scientific Electronic Library Online
- ST** – Saúde do Trabalhador
- SUDS** - Sistema Unificado e Centralizado em Saúde
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UBS** – Unidade Básica de Saúde
- USF** – Unidade Saúde da Família
- VISAT** – Vigilância em Saúde do Trabalhador

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> População Total, por Gênero, Rural/Urba e Taxa de Urbanização - Córrego Danta – MG.....	12
<b>Quadro 2:</b> Projetos propostos para solução dos nós críticos .....	25
<b>Quadro 3:</b> Recursos críticos para o desenvolvimento das operações.....	26
<b>Quadro 4:</b> Viabilidade dos projetos .....	26
<b>Quadro 5:</b> Plano operativo do planejamento.....	27

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
2 JUSTIFICATIVA .....	12
3 OBJETIVOS .....	14
3.1 Objetivo Geral.....	14
3.2 Objetivos Específicos.....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REFERENCIAL TEÓRICO .....	16
5.1 Considerações sobre os direitos em saúde dos trabalhadores .....	16
5.2 A saúde do Trabalhador Rural .....	17
5.3 O papel do SUS na questão da Saúde do Trabalhador.....	20
6 PLANO DE AÇÃO .....	23
6.1 Identificação do problema.....	23
6.2 Seleção dos nós críticos.....	24
6.3 Desenho das operações.....	24
6.4 Caracterização dos recursos críticos.....	25
6.5 Análise da viabilidade do plano.....	26
6.6 Elaboração do plano operativo.....	27
6.7 Proposta de intervenção.....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	29
REFERÊNCIAS.....	31



## 1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil, consoante às mudanças sociais decorrentes da globalização, também passou por diversas transformações em sua estrutura nas últimas décadas, especialmente a partir de 1985, com a Reforma Sanitária Nacional. A Reforma Sanitária foi um movimento que envolveu os mais diversos segmentos da sociedade, os quais se opunham ao Sistema Nacional de Saúde, “que tinha forte característica centralizadora no nível federal e nítida dicotomia entre as ações coletivas” (ANDRADE; PONTES; JUNIOR, 2000, p. 85).

Ainda de acordo com Andrade, Pontes e Junior (2000) o marco desse movimento foi a VIII Conferência de Saúde, realizada no ano de 1986 em Brasília-DF., que , entre outros objetivos, propunha um modelo de assistência social que garantisse o direito à saúde integral.

Para os autores em questão, a principal contribuição da Conferência foi o fato de ter fomentado uma ampla discussão sobre a saúde pública. Além disso, o relatório final da Conferência norteou os constituintes na elaboração da Constituição Federal, cujo texto estava em construção.

Dessa forma, de acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser:

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

Mas, conforme Garbois, Vargas e Cunha (2008) esse direito não se efetivou na prática, o que tem se mostrado um dos grandes desafios da saúde pública nacional. A assistência à saúde não se estende a todos os brasileiros, e nem sempre é prestada de maneira adequada, seja por falta de recursos financeiros ou por falha no sistema de saúde, seja por questões advindas do próprio indivíduo. Questões como habitação, local ou horário de trabalho e mesmo falta de cultura de manutenção da saúde são causas que dificultam o atendimento a alguns pacientes.

É esse o caso dos trabalhadores rurais, cujo atendimento tem-se mostrado precário e ineficiente.

Portanto, é apropriado um estudo sobre o direito dos trabalhadores, sobre a situação dos trabalhadores rurais em relação ao seu estado de saúde/adoecimento

e sobre métodos que possam qualificar o atendimento a essa classe de trabalhadores.

Nesse sentido, o presente trabalho será realizado observando-se a realidade presenciada na Unidade de Saúde Cachoeirinha, localizada na área rural de Córrego Danta, Minas Gerais.

O município de Córrego Danta se localiza a 250 km da capital mineira e possui um número aproximado de 864 domicílios e famílias, constituindo uma população de 3400 habitantes distribuídos em uma área de 657 km<sup>2</sup>. (IBGE, 2014)

O Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil de 2013 informa dados importantes para este estudo:

- O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que leva em consideração expectativa de vida, educação e PIB (PPC) per capita, no município é de 0.692 e a taxa de urbanização é de 48,7%.
- O serviço de captação, tratamento e distribuição de água são realizados pela COPASA, contemplando todas as residências da área urbana, com água de qualidade nos padrões adequados para consumo. Já o sistema de captação de esgoto exercido pela COPASA, beneficia 95% das residências.
- O sistema de fornecimento de energia e iluminação pública, a cargo da CEMIG cobre praticamente 100% do município, incluindo a área rural.
- O município não possui serviço de coleta seletiva de lixo, e possui aterro sanitário para destino final do lixo. O lixo hospitalar é coletado e levado para tratamento adequado por empresa terceirizada.
- A pavimentação das vias públicas na zona urbana tem cobertura atual de aproximadamente 70%.
- As principais atividades econômicas da cidade estão baseadas na agricultura, com destaque para o plantio de café, cana de açúcar, milho e mandioca. A pecuária leiteira também se estabelece com uma importante fonte de renda do município.
- O município possui uma taxa de crescimento anual negativa, apresentando um declínio do número de habitantes (1980: 5801; 1991: 4368; e 2014: 3400). Atualmente a densidade demográfica é de 5,16 hab./ Km<sup>2</sup>.

- A incidência da pobreza em Córrego Danta/MG é de 18,37%, e o índice de desenvolvimento da educação básica era de 0,796 em 2000, com nível de alfabetização de 85,91% da população (ATLAS, 2013).

**Quadro 1:** População Total, por Gênero, Rural/Urba e Taxa de Urbanização - Córrego Danta – MG

População	População (1991)	% do Total (1991)	População (2000)	% do Total (2000)	População (2010)	% do Total (2010)
<b>População total</b>	4.368	100,00	3.674	100,00	3.391	100,00
<b>População residente masculina</b>	2.249	51,49	1.937	52,72	1.789	52,76
<b>População residente feminina</b>	2.119	48,51	1.737	47,28	1.602	47,24
<b>População urbana</b>	2.128	48,72	2.161	58,82	2.088	61,57
<b>População rural</b>	2.240	51,28	1.513	41,18	1.303	38,43
<b>Taxa de Urbanização</b>	-	48,72	-	58,82	-	61,57

**Fonte:** Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2013)

A cidade conta ainda com os serviços básicos: luz elétrica (CEMIG), água (COPASA), telefonia, correios (02 agências), bancos (Sicoob, Bradesco).

Os recursos da comunidade incluem: duas unidades de PSF – Programa Saúde da Família, duas escolas, duas creches e duas igrejas. Destas instituições, de cada segmento, uma pertence à área urbana e outra à rural. Há também um laboratório particular e um que funciona no PSF da área urbana.

Em relação ao sistema local de saúde, o orçamento destinado à saúde no ano de 2013 foi de 650 reais por habitante /ano. O Programa Saúde da Família conta com cobertura de PSF 100% desde 2009, com uma equipe com SB e ampliação solicitada em março de 2014 e NASF 3 implantado em maio de 2014. Dos recursos humanos em saúde, existem aproximadamente 40 funcionários, destes 30% são efetivos, os demais são contratados por 12 meses. A população usuária da

assistência à saúde no SUS representa 91,8%, apresentando 279 pessoas cobertas com plano de saúde. (SIAB, 2014)

O Sistema de Referência e Contrarreferencia é realizado principalmente com os profissionais que atuam no município, utilizando o prontuário médico para comunicação. As Redes de Média e Alta Complexidade têm referência na sede da microrregião Formiga e em Bambuí, e alta complexidade em Belo Horizonte seguindo a PPI pactuada. (SIAB, 2014)

Quanto à população, os principais postos de trabalho são serviços ligados à prefeitura e à colheita do café. Percebe-se no município, uma população que consiste, basicamente, de pessoas que vivem de forma simples, em um ambiente calmo, sem muita tecnologia. Plantam e criam animais para comer e sobreviver, vivem do seu trabalho e morrem principalmente de complicações de doenças crônicas, como DPOC, ICC, HAS e DM. Existem na cidade 627 idosos, o que representa um elevado percentual da população (18%) (IBGE, 2010).

## 2 JUSTIFICATIVA

A medicina sempre demandou uma visão atenta acerca do contexto que envolve sua prática. As constantes e amplas mudanças verificadas ao longo das últimas décadas exigem do profissional de saúde que essa visão seja cada vez mais minuciosa e se estenda para além do consultório. É preciso considerar, para um atendimento de qualidade, as características do paciente e da comunidade em que ele está inserido (BRASIL, 2014).

No entanto, Dias, Bertolini e Pimenta (2001) alertam que a efetivação das ações propostas pelo SUS para o cumprimento da lei que determina a universalidade e integralidade de assistência médica envolve múltiplos fatores. Para as autoras, a saúde do trabalhador requer ainda mais cuidados, pois envolve:

[...] o contexto social da tensão capital-trabalho; os entraves políticos no âmbito municipal, principalmente em relação às ações de vigilância, o que faz com que muitos gestores não invistam nesse campo; o desconhecimento de muitos gestores do SUS quanto à concepção e ações de saúde do trabalhador; o despreparo de alguns profissionais de saúde para desenvolver ações nessa área, tanto em relação à capacidade técnica quanto ao imaginário (pois muitos acreditam que as questões de saúde relacionadas ao trabalho são mais uma questão jurídica do que de saúde ou temem desdobramentos futuros que lhes tragam algum transtorno, tais como emissão de relatórios técnicos e outros documentos); dentre outros aspectos (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2001, p. 139).

É preciso considerar, também, que as condições de saúde, a princípio, também envolvem diversos fatores, e são condicionadas a aspectos sociais e econômicos. Entre esses aspectos estão o gênero, o nível de escolaridade, a ocupação profissional, a renda, o acesso à cultura, ao esporte e às atividades de lazer, além das condições ambientais (BADZIAK; MOURA, 2010).

Tal pensamento é corroborado por Buss (2000) que afirma que a promoção da saúde deve ter um enfoque social e é preciso considerar uma diversidade de aspectos que se relacionam com a qualidade de vida.

A respeito das intervenções no âmbito dos serviços locais de Saúde, o Ministério da Saúde, preconiza que “deve-se incidir sobre a forma como os determinantes sociais produzem as iniquidades em Saúde, reduzindo-as e buscando melhorar sistematicamente o resultado nas condições de vida das pessoas”

(BRASIL, 2014, p. 28). Além disso, essas intervenções poderão ser elaboradas considerando os indivíduos particularmente, ou considerando uma dada população.

Seguindo essa linha de pensamento, foi realizada uma análise criteriosa dos fatores que influenciam no estado geral de saúde e adoecimento da população atendida na unidade de saúde de Cachoeirinha.

Em relação à comunidade estudada, observou-se que os problemas mais determinantes estão relacionados à cultura local e aos hábitos arraigados da população, como péssimas condições de higiene e moradia, promiscuidade na adolescência, sedentarismo e dificuldade de acesso aos serviços de saúde para os trabalhadores rurais, especialmente àqueles que trabalham na colheita de café.

Dos problemas citados, destaca-se a dificuldade de atendimento aos trabalhadores que atuam na colheita de café, uma vez que, a maior parte da população sobrevive dessa atividade, e a remuneração é feita de acordo com a quantidade de sacos de café colhidos. Isso leva os trabalhadores a optarem em ir para a lavoura ao invés de comparecer à unidade de saúde, seja para consulta de rotina, seja para renovação de receita ou atendimento especializado, já que o atestado médico abona a falta, mas não garante remuneração. Tal observação pode ser comprovada pela constatação Ribeiro e Sant'ana (2014) de que:

[...] à medida que o salário é por produção e que as possibilidades de auferir melhores ganhos só ocorre nesse período restrito da colheita. O trabalhador realiza um esforço excessivo no sentido de conseguir ganhar o que lhe permita sobreviver depois do período de colheita/panha. (RIBEIRO; SANT'ANA, 2014, p. 05).

Ainda conforme Ribeiro e Sant'ana (2014) a situação do trabalhador rural se agrava ao se considerar que a dificuldade em comparecer à unidade de saúde é um fator gerador de outros problemas igualmente relevantes, como o abandono do tratamento, má aderência ao uso de medicamentos, uso errôneo da medicação prescrita.

Além disso, em relação à unidade de saúde analisada, trata-se de uma unidade recentemente inaugurada, que está em fase de cadastrando de pessoas atendidas. É preciso um trabalho de pesquisa e captação de informações para que se possa atender satisfatoriamente à população adscrita.

Diante de tal situação, o presente trabalho se justifica pela necessidade de intervir nesse processo, ampliando o atendimento na referida unidade de saúde aos trabalhadores que atuam na colheita do café e conscientizando a população sobre a importância da mudança de hábitos para a manutenção da saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Propor uma intervenção para ampliar e melhorar o atendimento aos trabalhadores na colheita de café na unidade de saúde de Cachoeirinha, em Córrego Danta/Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Discorrer sobre os direitos dos trabalhadores rurais;
- Caracterizar a área em que está situada a unidade de saúde;
- Discutir métodos para ampliação do atendimento aos trabalhadores rurais da referida unidade.
- Conscientizar a população quanto à necessidade dos cuidados com a sua saúde e quanto à importância da adoção de hábitos mais saudáveis;
- Sensibilizar profissionais da unidade de saúde quanto à importância de se manterem atualizados e atentos sobre as necessidades da população;
- Sensibilizar agentes políticos e autoridades responsáveis para a criação de um horário alternativo para atendimentos dos trabalhadores rurais;



#### **4 METODOLOGIA**

Em um primeiro momento, foi realizado um breve estudo sobre as garantias e os direitos dos trabalhadores, e especificamente sobre os direitos dos trabalhadores rurais. Em seguida foram levantadas algumas considerações acerca da comunidade em que está situada a unidade de saúde em questão, com vistas a contribuir com a reflexão sobre a adequação desse direito às necessidades efetivas dos trabalhadores como cidadãos e seres de natureza social. Por fim, foram analisadas, à luz dos conceitos e teorias estudadas, as estratégias para a ação proposta.

O presente estudo constou de uma revisão narrativa bibliográfica sobre o tema proposto. Para tanto foram utilizados livros, artigos científicos obtidos em bancos de dados como SCIELO e LILACS, além de manuais de inquéritos do Ministério da Saúde, testes e dissertações. Os descritores utilizados foram: saúde do trabalhador, saúde da população rural, direito à saúde. Foi utilizada literatura em língua portuguesa, compreendendo, principalmente, o período de 1998 a 2013.

Seguiu-se, para a formulação do plano de ação, o modelo Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto pela Universidade Federal de Minas Gerais.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Considerações sobre os Direitos em Saúde dos Trabalhadores

A discussão sobre a saúde do trabalhador e, mais especificamente, sobre a saúde do trabalhador rural envolve uma breve abordagem a respeito de outro campo do saber: o direito do trabalho, ou direito sanitário.

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, os trabalhadores brasileiros tiveram assegurados direitos que lhes garantiam uma condição de vida mais digna e mais humana, incluindo direitos peculiares aos trabalhadores rurais. (SEGUNDO, 2014).

A esse respeito Costa *et al.* (2013) salientam que:

[...] nas últimas décadas, várias iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador (ST) que incluem ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho (COSTA *et al.*, 2013, p. 12).

Costa *et al.* (2013) também afirmam que o desenvolvimento de ações e programas que pretendem melhorar a condição de saúde dos trabalhadores brasileiros é de responsabilidade do Estado e de competência do SUS, mas existem obstáculos para a consolidação dessas ações.

Os autores acreditam, ainda, que devido à sua complexidade, o campo Saúde do Trabalhador deve apresentar uma organização intersetorial que facilite o desenvolvimento das estratégias e ações propostas. Mendes e Dias (1999) compartilham essa ideia e acrescentam que dentre os setores que compreendem a Saúde do Trabalhador, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) - componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde - tem papel preponderante, pois representa uma estratégia do SUS para articular os três eixos: promoção em saúde, prevenção de doenças e agravos e assistência. Essa articulação visa evitar ou minimizar as situações de risco para o trabalhador.

No entanto, Costa *et al.* (2013) admitem que questões políticas e econômicas nacionais constituem obstáculos para que as ações propostas pela VISAT sejam concretizadas, mas que ainda assim, existem exemplos de iniciativas positivas desse componente. É o caso da instituição da Política Nacional de Saúde do

Trabalhador e da Trabalhadora (PNSST), que define a participação do SUS no âmbito da Saúde do Trabalhador, estabelecendo diretrizes para sua atuação e enfatizando a importância da vigilância em saúde.

De qualquer forma, a concretização dos direitos constitucionais em saúde para a população brasileira ainda está em processo de construção, e nesse sentido, é bastante pertinente a observação de Garbois, Vargas e Cunha (2008, p. 40) ao afirmar que:

[...] no Estado brasileiro, caracterizado por uma imensa e injusta realidade de desigualdade social, grandes problemas estruturais, permanência hegemônica de uma elite no poder governando em função de seus interesses e deficiência em matéria de políticas públicas, podemos entender que mesmo valorizando a conquista constitucional de ter elevado a saúde ao *status* de direito social, esta é apenas uma faceta na construção efetiva da saúde como direito de cidadania.

Assim, apesar dos desafios, dos erros e acertos em relação às ações e estratégias propostas pelos órgãos responsáveis pela saúde pública nacional, é preciso agir em função da classe trabalhadora, mais especificamente dos trabalhadores rurais, que ficam, no mais das vezes, à margem desses direitos, ainda que plenamente constituídos.

## 5.2 A Saúde dos Trabalhadores Rurais

Desde a instituição da saúde como um direito constitucional e da ampliação dos direitos dos trabalhadores houve uma volumosa publicação de artigos sobre o tema. De qualquer forma, são temas ainda não esgotados, principalmente, no que se refere à saúde do trabalhador.

Alessi e Navarro (1997, p. 112) acreditam que a expressiva produção científica sobre o tema, principalmente a partir da década de 1980, foi provocada pela necessidade de “desvendamento das articulações processo saúde-enfermidade e processo laboral no contexto de formações econômico-sociais específicas”.

De fato, a literatura sobre o tema (COSTA *et al.*, 2013; GARBOIS; VARGAS; CUNHA, 2008; SOUZA, 2002) referem-se à saúde do trabalhador como processo saúde-adoecimento do trabalhador em decorrência de uma atividade laboral específica. A esse respeito, Dias (2006) mostra em seus estudos que:

[...] entre os determinantes da saúde dos trabalhadores, estão compreendidos não apenas fatores de risco ocupacionais tradicionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos – e os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis por situações de risco para a saúde e a vida (DIAS, 2006, p. 9)

De fato, é preciso considerar a saúde do trabalhador em uma esfera mais ampla, em que se consideram processos patológicos advindos não especificamente do labor tipificados pelos acidentes de trabalho e doenças profissionais. Deve-se considerar ainda (MENDES; DIAS, 1999) doenças aparentemente sem qualquer ligação com o trabalho.

Dias (2006) define como trabalhadores “todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho nos setores formais ou informais da economia”. Incluindo-se, nesse conceito, os chamados trabalhadores rurais, ou seja, aqueles que exercem atividades no campo sejam elas agrícolas, pecuárias, de reflorestamento ou de corte de madeira.

De acordo com Segundo (2014) os direitos dos trabalhadores rurais estão previstos no artigo 7º da Constituição Federal de 1988 e regulamentados pela lei 5.889 de 1973. Esta lei trata de aspectos como jornada de trabalho, desconto por habitação na propriedade rural em que se prestam serviços, fornecimento de alimentação pelo empregador e desconto remunerado.

Em relação ao contrato de trabalho, Segundo (2014) afirma que este poder ser indeterminado, contrato de safra ou contrato de trabalho rural por pequeno prazo. Mas seja qual for a modalidade de contrato de trabalho, esses empregados estão legalmente amparados.

Dias (2006) também afirma que a importância do trabalhador rural no Brasil vem crescendo nas últimas décadas, em decorrência do aumento da produção agropecuária nacional. Porém, essa classe é desvalorizada, porque

[...] o processo de reestruturação produtiva, que tem avançado aceleradamente no país a partir dos anos 90, em consequência da globalização da economia repercute sobre a atividade rural, agravando, em muitos casos, situações de exploração e desigualdade historicamente construídas (DIAS, 2006, p. 7).

Dessa maneira, para a autora em questão, além de os trabalhadores rurais enfrentarem situações de alto risco laboral, é preciso considerar como dificultador para o exercício dessa atividade a baixa remuneração, alimentação e habitação inadequadas e deficiência no acesso aos serviços de saúde.

E é justamente essa deficiência aos serviços de saúde um dos entraves para que a saúde seja de fato um direito de todos. Em relação aos trabalhadores rurais, é preciso considerar que enfrentam restrições de acesso aos serviços de saúde em decorrência da distância física entre o local de trabalho e as unidades de saúde, do horário de atendimento nessas unidades ser concomitante com o trabalho no campo, e no caso dos trabalhadores temporários, do fato serem remunerados por produtividade (MENDES; DIAS, 1999).

Além disso, Dias (2006, p. 10) afirma que “diante da diversidade de situações de trabalho e de processos produtivos no setor rural e da ausência de informações fidedignas sobre as condições de saúde fica difícil desenhar o perfil de saúde e doença desses trabalhadores.” Consequentemente, as ações de saúde do trabalhador rural demandam políticas públicas específicas, que contemplem a complexidade do processo trabalho-saúde-doença.

Mas ainda segundo Dias (2006) o que se percebe nas políticas públicas nacionais relacionadas à saúde de trabalhador rural é um quadro de conflito de interesses. De um lado, o Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Agrário, que privilegia a agricultura de exportação, em detrimento da agricultura voltada para o consumo local, o que gera ou potencializa os agravos. De outro, os Ministérios da Saúde, da Previdência Social, do Trabalho e do Meio Ambiente, que cuidam das consequências desses agravos ou tentam evitá-los.

Além disso, (DIAS; HOEFEL, 2005) descrevem como “árduo” o caminho percorrido para o cumprimento da lei e para inserção de ações para promover a Saúde do Trabalhador no SUS. Segundo as autoras, isso se deve ao fato de que, no Brasil, os cuidados com a saúde dos trabalhadores formais era atribuição dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social. Posteriormente, essa atribuição se estendeu ao Ministério da Saúde e ao SUS (em nível estadual e municipal), o que gerou uma compartimentalização de estruturas, que é um obstáculo para a atenção integral ao trabalhador.

Apesar das dificuldades impostas para inserção de ações de Saúde do Trabalhador pelo SUS, Dias e Hoefel (2005) acreditam que houve avanços nesse

setor. Elas citam, como exemplos desses avanços, a organização dos Cerests – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, em 1994, além de diversas ações de capacitação técnica, elaboração de normas, protocolos e diretrizes.

É nesse contexto, que se destaca o papel do Sistema Único de Saúde - SUS, como a “única política pública de cobertura universal para o cuidado da saúde dos trabalhadores, obrigando a busca da redefinição das práticas de saúde e a construção de um ‘novo modelo’ de atenção” (DIAS; HOEFEL, 2005, p. 821).

### **5.3 O Papel do SUS na Questão da Saúde do Trabalhador Rural**

O sistema nacional de saúde passou por diversas transformações em sua estrutura a fim de adequar-se às exigências legais condicionadas pela Constituição Federal de 1988.

A construção do Sistema Único de Saúde – SUS se deu de forma gradual, tendo passado por vários estágios até sua consolidação como se vê atualmente. De acordo com Souza (2002) esse percurso começou com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), passando pela incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde e culminou com promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que fundou o SUS. Posteriormente, em 28 de dezembro de 1990, foi lançada a Lei nº 8.142, cujo texto garantiu a participação dos usuários na gestão dos serviços prestados pelo SUS.

Para Souza (2002, p. 16):

[...] o Sistema Único de Saúde vem passando, desde a sua instituição pela Lei Orgânica de 1.990, por importantes mudanças, entre as quais pode-se destacar o significativo avanço obtido na sua universalização, principalmente em decorrência de um importante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios, em oposição ao modelo anterior do sistema de saúde, caracterizado por marcante centralização decisória e financeira no nível federal.

Roncalli (2003) afirma que, da mesma forma que aconteceram mudanças estruturais no sistema de saúde nacional, também houve mudanças nas políticas e nos modelos assistenciais adotados. Segundo o autor, já havia antes da implantação do SUS a tentativa de se organização da saúde pública, por meio de alguns modelos

alternativos que foram implantados em determinados locais, porém sem respostas positivas, uma vez que estes se constituíam num “desafio para a implantação do SUS, pelo fato deste apontar para uma lógica diametralmente oposta, de universalidade, integralidade e promoção de saúde” (RONCALLI, 2003, p.43).

O autor em questão destaca, nesse contexto, o modelo assistencial Programa Saúde da Família – PSF, introduzido no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, a partir dos resultados positivos alcançados pelo PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde, lançado em 1991. A proposta do PSF é “reorganizar a prática assistencial a partir de novas bases em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura das doenças e para o hospital” (RONCALLI, 2003, p. 44).

Ainda de acordo com Roncalli (2003), a própria instituição de saúde que recebe o programa saúde da família passou a ser denominada Unidade de Saúde da Família (USF). Nessas unidades, prevalecem os mesmos princípios que preconizados pelo Ministério da saúde, que são:

*Caráter substitutivo:* substituição das práticas convencionais (centradas no procedimento médico), pelas práticas centradas na vigilância à saúde.

*Integralidade e Hierarquização:* A USF insere-se na chamada Atenção Básica, ou seja, presta ações e serviços do sistema local. Porém, deve vincular-se à rede de serviços a fim de garantir assistência integral ao indivíduo, assegurando, inclusive referência e contrarreferência para casos de alta complexidade.

*Territorialização e adscrição da clientela:* cada unidade de saúde trabalha com um território definido, e é responsável pelo cadastramento da população adscrita.

*Equipe multiprofissional:* A equipe de saúde deve contar com, no mínimo, um médico, um enfermeiro, auxiliares e agentes comunitários de saúde.

Embora existam divergências de opiniões em relação à eficiência do programa (atualmente também chamado de Estratégia Saúde da Família – ESF), estudiosos defendem que o PSF tornou-se determinante para a garantia dos direitos em saúde dos brasileiros. Vasconcelos (1999, p. 174-5), por exemplo, argumenta que “o PSF é um alargamento da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e especialmente de seus grupos mais vulneráveis”.

Por outro lado, Sousa (2008) afirma que ao longo de mais de uma década de implementação, o programa ainda não conseguiu superar efetivamente o modelo biomédico nas políticas públicas da saúde no Brasil. Nesse sentido, para a autora

[...] novas práticas de saúde devem ser orientadas pela essência do SUS. Há que se fortalecer o diálogo de forma permanente, franca e democrática, com todas as forças sociais, tendo em vista um novo pacto federativo: a consolidação da política prevista na nossa Constituição (SOUSA, 2008, p.157).

No que se refere ao tema do presente trabalho, apesar das falhas do programa, a análise dos princípios norteadores das Unidades de Saúde da Família, permite concluir que estes são fatores preponderantes para o aumento da eficiência e do alcance de atendimento aos trabalhadores rurais. Isso porque, tais princípios permitem o conhecimento da clientela a ser atendida e suas necessidades específicas.

Nesta perspectiva, torna-se evidente a necessidade de realização de um projeto de intervenção com vistas a melhorar o atendimento dos trabalhadores rurais na unidade de saúde Cachoeirinha, em Córrego Danta/MG.



## 6 PLANO DE AÇÃO

O sucesso de uma intervenção exige um trabalho minucioso. De acordo com Campos *et al.* (2010) para se alcançar o sucesso em um planejamento é preciso elaborar um diagnóstico situacional, fazer a caracterização e priorização dos problemas e ainda estruturar um plano de ação.

Como o pensamento do autor se mostra bastante pertinente, para o presente estudo foi realizado um diagnóstico situacional na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Cachoeirinha no município de Córrego Danta-MG. Também foram caracterizados e priorizados os problemas mais importantes e formulado um plano de ação.

A proposta é ampliar e melhorar o atendimento aos trabalhadores na colheita de café cadastrados na referida unidade de saúde.

### 6.1 Identificação do Problema

O diagnóstico situacional da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Cachoeirinha no município de Córrego Danta - MG - foi realizado, principalmente, por meio da experiência em consultório e por meio de reuniões e conversas informais com os agentes comunitários de saúde. Isso porque a unidade de saúde tem pouco tempo de funcionamento e não possui um banco de dados completo. De qualquer forma, foi possível observar que durante o período da colheita o número de atendimento dos usuários diminuía significativamente.

Considerando-se que a referida unidade de saúde está situada na área rural de Córrego Danta/MG e que a maior parte da população consiste em trabalhadores rurais, fica evidente a relação entre o trabalho na colheita de café e a baixa assiduidade à unidade de saúde.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde para os trabalhadores rurais é um problema de saúde pública, pois torna inviáveis tratamentos que poderiam ser facilmente realizados, gera a não aderência às prescrições, enfim, restringe o atendimento a uma população que, sabidamente, possui um alto risco laboral.

Por outro lado, é papel das instituições que compõem o sistema de saúde oferecer atendimento a toda a população, indistintamente. Assim, é preciso que se faça um levantamento de dados completos e atualizados para que se busquem

estratégias para atender as especificidades dos trabalhadores rurais pertencentes à área de cobertura da unidade de saúde Cachoeirinha.

## 6.2 Seleção dos nós críticos

A análise do diagnóstico situacional na unidade de saúde Cachoeirinha permitiu a identificação dos principais “nós críticos”. Trata-se que um achado importante, ao se considerar que nó crítico pode ser entendido como um aspecto negativo em dada situação, que exige solução imediata, mas que apresenta possibilidades reais de solução (CAMPOS *et al.*, 2010).

Sob esta perspectiva, a equipe de saúde da UBS de Cachoeirinha, selecionou os seguintes nós críticos envolvendo o atendimento aos trabalhadores rurais da colheita de café:

- Mercado de trabalho restrito;
- Pobreza extrema;
- Nível de informação;
- Horário de funcionamento da UBS.

## 6.3 Desenho das Operações

Para operacionalização do projeto proposto, seguiu-se o roteiro apresentado por Campos *et al.* (2010).

Em princípio foram detectados os principais problemas na unidade de saúde. Dos problemas identificados, destacou-se a dificuldade dos trabalhadores rurais de frequentarem a unidade durante a colheita do café.

Foi possível perceber que todos os demais problemas relevantes relacionavam-se diretamente a este, seja como causa ou consequência. Em seguida, a partir do cumprimento dessas etapas, foram definidas as principais causas da dificuldade do atendimento dos trabalhadores rurais, que estão elencadas a seguir.

- Mercado de trabalho restrito: a população tem poucas opções de emprego e maior chance de trabalho durante a colheita do café;

- pobreza extrema; como a remuneração é feita de acordo com a produtividade, isso leva os trabalhadores a optarem em ir para a lavoura ao invés de comparecer à unidade de saúde;
- baixo nível de informação e escolaridade dos usuários: a falta de conscientização sobre questões de saúde e de higiene prejudica o entendimento sobre a importância de cuidados básicos;
- horário de funcionamento da UBS: o fato de atendimento acontecer no mesmo horário que os trabalhadores estão na colheita faz com que muitos não compareçam às consultas.

Ainda seguindo o pensamento de Campos *et al.* (2010) a partir da observação de cada um dos “nós críticos”, foram estabelecidos projetos para que, sanando as causas, os problemas principais sejam resolvidos. Portanto, esses projetos ficaram assim organizados.

**Quadro 2:** Projetos propostos para solução de nós críticos

<b>Nó crítico</b>	<b>Projeto</b>
Mercado de trabalho restrito	Projeto Novos Horizontes
Pobreza extrema	Projeto Novos Horizontes
Nível de informação	Projeto Conscientizar para Crescer
Horário de funcionamento da UBS	Projeto PSF alternativo

Fonte: Autoria Própria (2014).

#### **6.4 Caracterização dos Recursos críticos**

Para a realização de um projeto bem sucedido, faz-se necessário não só o reconhecimento dos problemas, de suas causas e consequências. É preciso também planejar o uso adequado dos recursos financeiros disponíveis e/ou verificar a possibilidade de alcançar novos investimentos. Para Campos *et al* (2010) essa etapa é parte fundamental para a execução do projeto.

Dessa forma, os projetos e a demanda por recursos críticos ficaram assim esquematizados:

**Quadro 3:** Recursos críticos para o desenvolvimento das operações

Projeto	Recursos críticos
Projeto Conscientizar para Crescer	<p><u>Político:</u> envolvimento de toda comunidade, professores das escolas do município e Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p><u>Cognitivo:</u> criação do projeto;</p> <p><u>Organizacional:</u> organização da demanda, do espaço e das atividades a serem desenvolvidas;</p> <p><u>Financeiro:</u> para a aquisição e construção de material didático-educativo.</p>
Projeto Novos Horizontes	<p><u>Político:</u> envolvimento de toda comunidade, Prefeitura, Secretaria de Desenvolvimento Social e Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p><u>Cognitivo:</u> criação do projeto;</p> <p><u>Organizacional:</u> organização da demanda, do espaço e das atividades a serem desenvolvidas;</p> <p><u>Financeiro:</u> para a aquisição de materiais para a realização de oficinas.</p>
Projeto alternativo PSF	<p><u>Político:</u> envolvimento de toda a comunidade, equipe de saúde e Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p><u>Cognitivo:</u> criação do projeto;</p> <p><u>Organizacional:</u> organização e cumprimento do serviço burocrático e do novo horário de funcionamento da UBS da zona rural.</p> <p><u>Financeiro:</u> sem alteração.</p>

Fonte: Autoria Própria (2014).

## 6.5 Análise da viabilidade do plano

Concluídas as etapas anteriores referentes à análise situacional, levantamento dos problemas mais importantes e dos meios para solucioná-los, bem como a viabilidade financeira para a implantação desses projetos, é preciso verificar o nível de interesse e motivação dos envolvidos no processo. Além disso, devem ser construídas estratégias para aceitação do projeto e para sua aplicação.

O quadro seguinte representa a viabilidade do projeto.

**Quadro 4:** Viabilidade dos projetos

Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Administrador	Motivação	
Projeto Conscientizar para Crescer	<p><u>Econômicos:</u> Para a confecção de panfletos, folders, folhetos educativos;</p> <p><u>Políticos:</u> Articulação entre os setores da saúde e da educação.</p>	Prefeitura, Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação	Favorável	Apresentação do projeto.

Novos Horizontes	<u>Econômicos:</u> Para a aquisição de material para oficinas. <u>Políticos:</u> Articulação entre os setores da saúde e do desenvolvimento social	Prefeitura, Secretaria de Saúde e Secretaria de Desenvolvimento Social	Favorável	Apresentação do projeto.
Projeto PSF alternativo	<u>Econômicos:</u> sem gastos <u>Políticos:</u> Articulação entre os setores da saúde	Prefeitura e Secretaria de Saúde;	Indiferente	Apresentação do projeto

Fonte: Autoria Própria (2014).

## 6.6 Elaboração do Plano Operativo

A fase de elaboração do plano operativo consistiu em relacionar as principais variáveis que envolvem o planejamento de uma proposta de intervenção. Para isso, deve-se, inicialmente, determinar os resultados a que se pretende chegar com cada operação, e partir daí, definir as ações estratégicas, os responsáveis pela execução dessas ações e a estimativa de prazo para sua realização.

O quadro abaixo esquematiza o desenho das operações.

**Quadro 5:** Plano Operativo do planejamento

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Projeto Conscientizar para crescer	- População mais informada a respeito de cuidados básicos com a saúde. - Melhora nas condições de higiene da população. - Jovens mais bem informados sobre sexualidade, logo, menos promíscuos.	- Realização de palestras com nutricionistas, psicólogos e dentistas nas escolas e na UBS. - Distribuição de material informativo e fixação de cartazes em lugares de visibilidade; - Formação de grupos de estudo para discussão dos problemas da comunidade relacionados à saúde.	-Secretaria de educação, prefeitura e secretaria de saúde, - Professores, - Equipe de saúde.	Nos três meses que antecedem a colheita de café.

Projeto Novos Horizontes	- Ampliação do mercado de trabalho; - Aumento da renda familiar.	- Formação de grupos de trabalhos manuais; - Realização de oficinas de arte e artesanato; - Coleta de dados para identificação de habilidades que podem ser aproveitadas e/ou adquiridas.	- Prefeitura, Secretaria de Desenvolvimento Social, Agentes comunitários de saúde.	Durante todo o ano, com dois encontros semanais dos grupos.
PSF Alternativo	- Ampliação do atendimento aos trabalhadores rurais durante o período de colheita do café.	- Estipular horário alternativo para atendimento, seja de 09h00 às 19h00, seja atendendo aos sábados, com diminuição das horas trabalhadas de segunda à sexta.	- Equipe de Saúde	Durante todo o período da colheita de café.

Fonte: Autoria Própria (2014).

## 6.7 Proposta de Intervenção

Diante dos resultados obtidos no planejamento, ficou evidente que uma intervenção na questão da dificuldade de atendimento aos trabalhadores que atuam na colheita de café é bastante pertinente. É preciso observar, no entanto, que um projeto dessa natureza deve contar com uma equipe multidisciplinar, já que para sanar os problemas detectados estão estreitamente ligados à cultura e ao modo de vida da população. Assim, para que se interfira nos problemas apresentados é necessário, antes, intervir nos hábitos da população atendida, por meio da assistência de médicos, nutricionistas, psicólogos, dentistas, enfim, de toda a equipe de saúde da família.

Destaca-se nesse cenário o papel dos agentes comunitários de saúde, que têm papel preponderante nesse processo. Afinal, são eles que têm o contato mais próximo com as famílias cadastradas, sendo possível observar as necessidades mais urgentes, os aspectos positivos que podem ser reforçados e perceber como a população está recebendo os projetos implantados.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública gratuita é um direito constitucional de todos os brasileiros. Contudo, o que se vê na prática não condiz com a teoria sobre o assunto. Os serviços de saúde nem sempre são acessíveis a toda a população, e mesmo havendo um primeiro contato médico, a adesão ao tratamento e sua manutenção ficam, muitas vezes, comprometidas por questões sociais.

Os trabalhadores rurais que atuam na colheita de café no município de Córrego Danta/MG, são provas vivas dessa realidade. De acordo com o diagnóstico situacional realizado na unidade de saúde Cachoeirinha, localizada na área rural de Córrego Danta – MG., o número de atendimentos realizados na unidade diminuiu vertiginosamente durante a colheita de café na região.

Dessa forma, foi elaborado um projeto de intervenção que pretendeu atender o objetivo geral desse trabalho, ou seja, ampliar e melhorar o atendimento aos trabalhadores na colheita de café na unidade de saúde de Cachoeirinha, em Córrego Danta, Minas Gerais.

Constatou-se, por meio da pesquisa bibliográfica e pela elaboração do plano de ação que:

- A garantia constitucional de acesso aos serviços de saúde para todos os brasileiros ainda não se verificou na prática, devido à falta de políticas públicas eficazes e a um conflito de interesses políticos e econômicos. Esses conflitos provocam obstáculos para o desenvolvimento de ações que melhorem o atendimento aos cidadãos;
- O Programa Saúde da Família – PSF, apesar de controvérsias, tem contribuído para melhorar o atendimento à população, por meio de iniciativas próprias da Equipe Saúde da Família, uma vez que os profissionais que a compõem têm um conhecimento sobre o cotidiano da comunidade em que a unidade está inserida, sobre os problemas e as reais necessidades da população adscrita;
- A situação dos trabalhadores rurais na região supracitada é alarmante e necessita de intervenção para que a saúde seja, de fato, direito de todos;

- É preciso criar um horário alternativo para o atendimento dos trabalhadores que atuam na colheita de café, a fim de ampliar o atendimento a essa população;
- A Equipe Saúde da Família desempenha um papel de elevada importância, já que convivendo cotidianamente com essas famílias, pode conhecer suas necessidades e estimulá-los a uma mudança de estilo de vida. Esses profissionais podem, ainda, conscientizar a população sobre a importância da adoção de hábitos mais saudáveis e de se cuidar preventivamente da saúde.



## REFERÊNCIAS

- ALESSI, NP; NAVARRO, VL. Saúde e trabalho rural: o caso dos trabalhadores da cultura canavieira na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):111-121, 1997
- ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; JUNIOR, T. M. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. vol.8 n.1-2 Washington Jul./Aug. 2000. 85-92. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3021.pdf>. Acesso em: 02 jul de 2014.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL DE 2013. Disponível em: [http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_print/c%C3%B3rrego-danta\\_mg](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_print/c%C3%B3rrego-danta_mg). Acesso em: 5 mai 2014.
- BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito Para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 3, n. 1,p.69-79. 2010
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado,1988.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em:<[http://www.abem-educmed.org.br/cne\\_minuta\\_resolucao.htm](http://www.abem-educmed.org.br/cne_minuta_resolucao.htm)>. Acesso em: 12 mai 2014.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000.
- CAMPOS, H. T. *et al.* **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed; 2010.
- COSTA, D. *et al.* Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.
- DIAS, E. C. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. **Saúde do Trabalhador Rural**. Renast – Org. Tarcísio Marcos Magalhães Pinheiro. Fev. 2006. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/11/saude-trabalhador-rural.pdf>. Acesso em 08 jun de 2014
- DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações em saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (4), 817-827, 2005.
- DIAS, MDA; BERTOLINI, GCS; PIMENTA, AL. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p.137-148. 2011
- GARBOIS, J. A.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18 n. 1, p. 27-44, 2008.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em 15 jun 2014.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em 15 jun 2014

MENDES, P. R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 431–458.

RIBEIRO, J. N; SANT'ANA, RS. **As condições do trabalho assalariado rural no café do sul de Minas**. Disponível em: <http://www.uniara.com.br/nupedor/> Acesso em 24 mai 2014.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X.

SEGUNDO, R. L. P. **Os direitos constitucionais e peculiares dos trabalhadores rurais**. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/os-direitos-constitucionais-e-peculiares-dos-trabalhadores-rurais>. Acesso em 5 jun de 2014.

SIAB - **Sistema de Informação Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em 29 jun de 2014.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/destaque828.pdf>>

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 153-8.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.