

UNIDADE DE SAÚDE INTEGRAL COMO INSTRUMENTO DE DESENVOLVIMENTO RURAL E EMPODERAMENTO CAMPESINO

Kauê Lima de Souza¹
Marcela Alvares Maciel²

Resumo

Apesar dos avanços nas políticas públicas do sistema único de saúde no Brasil, a infraestrutura da saúde no campo está à margem da urbana. Assim, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um modelo de infraestrutura rural como estratégia para o desenvolvimento rural concomitante ao empoderamento e a autonomia camponesa. Utilizando como marco teórico o conceito de saúde integral, adota-se como método o estudo de caso de comunidade camponesa localizada em Redentora, envolvendo análises in loco e registros etnográficos de imersão em campo com a população camponesa e profissionais de saúde. Como principal resultado, apresenta-se um modelo de unidade de saúde integral, onde destacam-se a lógica participativa das populações locais na definição do programa de necessidades e a infraestrutura propriamente dita como estratégia de desenvolvimento regional. Temos assim, a proposição de um modelo de tecnologia social a favor da promoção da saúde pública brasileira.

Palavras-chave: Saúde Pública, Infraestrutura Camponesa, Arquitetura Rural.

Introdução

A infraestrutura da saúde no campo estar a margem da urbana tem suas condições exemplificadas ao longo dos processos históricos. Temos nesse caso a desigualdade de atenção em relação aos camponeses, que conforme Kozenieski (2016, p. 38) “estão associados a uma pluralidade de forma de existência, ou seja, diversidade de formas e modos de vida expressa no tempo e no espaço”, compreendendo assim uma variada gama étnica: indígenas, quilombolas, brancos, dentre outros.

Ainda que as discussões e transformações na área da saúde venham a acontecer com o passar dos anos, principalmente por pressão de movimentos populares que buscam a inclusão social e a equidade de direitos, o cenário está longe de ser o adequado. Reconhecendo essa situação, o governo brasileiro vem buscando através de ações e políticas públicas requalificar o atendimento do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) de forma homogênea. Um exemplo disso está na criação de políticas como o “Programa Mais Médicos” (PMM), que

¹ Graduando em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal da Fronteira Sul - kauelsouza@gmail.com

² Doutora em Engenharia Mecânica, Docente do curso de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal da Fronteira Sul - marcela.alvares.maciell@hotmail.com

Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. Assim, o programa busca resolver a questão emergencial do atendimento básico ao cidadão, mas também cria condições para continuar a garantir um atendimento qualificado no futuro para aqueles que acessam cotidianamente o SUS. (PORTAL MAIS MÉDICOS)

Embora medidas como essa sejam tomadas buscando promover melhorias no sistema, nenhuma delas tem como foco na prática dar autonomia e/ou fortalecer as formas de prevenção e de tratamento utilizados originalmente pela população, estando ela dependente diretamente dos serviços públicos, que nem sempre estão acessíveis de forma eficiente. Ademais, a padronização a nível nacional das estruturas físicas disponibilizadas dificulta a incorporação de características culturais e de ambiência adequadas considerando as diferentes regiões brasileiras.

No que tange a evolução das discussões em torno da saúde pública no Brasil, apesar dos primeiros movimentos terem sido iniciados em 1808, de acordo com Bertolli (2008) o Ministério da Saúde somente veio a ser instituído em 1953, tendo sido desvinculado do então Ministério da Educação e Saúde, dando assim maior ênfase a cada uma das questões. Ao longo deste processo, as discussões foram e tem sido marcadas por diversas reorganizações administrativas e normativas.

No decorrer dessas sucessivas ações e intenções, destaca-se a 8ª Conferência Nacional da Saúde realizada em 1986, sendo esta a primeira vez que profissionais da área e representantes de movimentos populares puderam participar da discussão, denunciando os desmandos e reivindicando ações efetivas que viessem a garantir os direitos da população (BERTOLLI, 2008).

Essa participação foi essencial não somente para a criação das bases do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também para que a população se articulasse e ganhasse força para pressionar e buscar os seus direitos visando a Constituição de 1988, que contou com intensa luta pelos direitos sociais. Assim, pela primeira vez a constituinte incluiu uma sessão sobre saúde em seu documento, resultando na criação do SUS, garantindo o acesso universal a saúde para todos: cidadãos urbanos e rurais/camponeses (indígenas, quilombolas, bem como atendendo também a crianças, adolescentes, portadores de necessidades especiais, dentre outros).

Desta forma, a nova ordem jurídica definiu o Brasil como Estado Democrático de Direito, proclamando a saúde como direito de todos e dever do Estado, abrangendo também a participação social como agente dos processos constitucionais que asseguram o direito individual e social, principalmente através dos conselhos de saúde, conforme prevê a Lei nº 8142/90. Anterior a essa conquista, a elite agrária pressionava os órgãos públicos para que os direitos dos trabalhadores tivessem como foco principal o setor industrial, isentando-se assim de garantir a atenção a população camponesa através do principal meio de acesso à saúde na época: as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's), o que hoje conhecemos como Previdência Social (BERTOLLI, 2008), concentrando os programas assistenciais nos centros urbanos.

Nesse contexto, destacam-se nas mudanças normativas as melhorias na abrangência a população rural, tendo em vista a busca pela descentralização das ações e pela municipalização, dando maior autonomia para os municípios definirem os pontos de investimentos, conforme demonstra o Artigo 7º, inciso IX estabelecido na Lei nº 8.080 que determina a “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.” (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 1990).

Embora haja transformações positivas com a criação do SUS e a inclusão da população camponesa ao contexto, a falta de assistencialismo que ocorria anterior a Constituição de 1988 ainda hoje pode ser percebida na prática. Além da lacuna em relação a demanda e a oferta de atendimento, há de ser considerada também a diversidade étnica, cultural e ambiental brasileira, que acaba sendo desconsiderada na aplicação das práticas medicinais e nas próprias tipologias arquitetônicas ofertadas, o que não ocorre somente na esfera da saúde, mas também da educação e da habitação.

Portanto, a partir da compreensão da atuação e da infraestrutura de saúde em relação a realidade camponesa, verifica-se um descompasso entre população e seus costumes e a aplicação das políticas já instituídas, conferindo a necessidade de revisão do sistema com a finalidade de propor mudanças que venham a beneficiar efetivamente as camadas da população que hoje se encontram em vulnerabilidade, principalmente quando o assunto é o acesso a saúde.

Partindo deste pressuposto, o presente trabalho tem como objetivo apresentar um modelo de infraestrutura rural para a saúde pública brasileira como estratégia para o desenvolvimento rural concomitante ao empoderamento e a autonomia camponesa.

Assim, utilizando como marco teórico o conceito de saúde integral, adota-se como método o estudo de caso de comunidade campesina localizada em Redentora, envolvendo análises in loco e registros etnográficos de imersão em campo com a população e profissionais de saúde.

Breve histórico do conceito de saúde

Para facilitar o entendimento do surgimento do conceito de Saúde Integral, bem como as transformações da compreensão de saúde e de doença ao longo do tempo, nesta seção utiliza-se com referência o trabalho de Seliar (2007) que considera os processos históricos nos seus aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais. Historicamente, as concepções envolvendo saúde partem de princípios envolvendo agentes externos ao organismo humano e que ocorrem em virtude do pecado ou da maldição.

Para os Hebreus a doença era resultado dos pecados humanos e da desobediência aos mandamentos divinos, sendo Deus definido como o ‘grande médico’; para os indígenas a doença geralmente resultava da maldição de um inimigo ou então de uma má conduta, estando a saúde condicionada ao intangível, bem como a relação com a natureza.

Apresentando também entendimentos voltados às questões espirituais está a medicina grega, que apesar dessa abordagem e de possuir em sua mitologia vários deuses voltados à saúde (como Higiá, a deusa da saúde), se mostrava mais racionalista por conta da cura estar atrelada diretamente a métodos com a utilização de plantas, diferente das concepções predominantemente espirituais mencionadas anteriormente. Já para os orientais, a saúde e a doença seguiam rumos diferentes: tratavam-se de forças vitais que agiam no corpo, sendo que quando estas funcionavam de forma harmoniosa havia saúde, caso contrário, a doença.

Durante a Idade Média europeia o cristianismo manteve a concepção de doença como decorrência do pecado e a fé como forma de cura. O cuidado dos doentes na maioria das vezes era entregue as ordens religiosas que administravam até mesmo os hospitais, locais em que o cristianismo teve muita atuação não como espaço de cura, mas sim de abrigo/conforto para os enfermos.

Entretanto, a partir do início da Idade Moderna essa concepção religiosa começa a ser modificada. Com o surgimento dos primeiros sinais do iluminismo seguido do seu avanço, os rituais espirituais e a utilização de métodos naturais passaram a ser reavaliados (SCLIAR,

2007). Para o suíço Paracelsus (1493-1541) as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo e os processos que ocorriam no corpo humano eram químicos, sendo os melhores métodos para tratar de doenças também químicos, enquanto isso, Descartes no século XVII entendia o corpo funcionando como uma máquina. Nesse sentido, ocorriam os avanços nos estudos da anatomia, passando a localizar as doenças nos órgãos.

O ápice dessas transformações veio a ocorrer no século XIX com Louis Pasteur e a utilização de microscópios que revelaram a existência de microrganismos causadores de doenças, possibilitando o desenvolvimento de vacinas e soros, visionando prevenções e curas. Consequente, com as grandes ocorrências de algumas doenças, surgiu a necessidade de estudá-las como forma de prevenção e cura. Nascia assim a epidemiologia baseada inicialmente no estudo da cólera realizado pelo médico inglês John Snow, tratando basicamente da contagem de casos da doença, que acabou colaborando para o desenvolvimento de outra ciência: a estatística, importante instrumento para dar controle à epidemias e para auxiliar no desenvolvimento de políticas relacionadas a saúde tratando, por exemplo, do mapeamento considerando diferentes condicionantes, como dados sobre população, educação, renda, urbanização e etc. A partir disso, os avanços no tratamento a saúde no que confere o corpo físico através do campo científico e tecnológico só veio a crescer e cada vez mais o protagonismo do corpo biológico aumentou, ficando as outras questões em segundo plano.

Apesar de todas essas formas de tratar a saúde ao longo do tempo, não havia um conceito universalmente aceito do que especificamente ela seria. Para isso, haveria a necessidade de um consenso entre as nações considerando as diferentes formas de entender o assunto, passível de ocorrer através de uma organização internacional. A Liga das Nações Unidas (criada após a Primeira Guerra Mundial) não conseguiu êxito com esse objetivo, o que só veio a ocorrer após a Segunda Guerra Mundial com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde, a OMS (SCLIAR, 2007). Assim, surge em 7 de abril de 1948 o conceito de Saúde Integral estipulado pela OMS. Considerando as transformações do entendimento de saúde ao longo do tempo, a definição gerada sintetiza e agrega as diferentes formas do entendimento de saúde em uma única concepção, tratando do indivíduo em sua totalidade, ao passo em que reconhece a saúde como direito e o Estado como responsável por promovê-la. Desde então, o dia 7 de abril ficou marcado como o Dia Mundial da Saúde.

OMS e o conceito de Saúde Integral

Responsável pela sintetização do conceito de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) é uma agência vinculada a Organização das Nações Unidas (ONU) que tem como foco central tratar das questões de saúde a nível global. Nesse segmento, entende a saúde em seu estado integral de bem-estar físico mental e social, tratando-a não apenas como ausência de doença (OMS/WHO, 1946).

Com o primeiro documento disposto - Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional/2002-2005 -, a entidade define a medicina tradicional/complementar como um termo utilizado para tratar da medicina tradicional chinesa, indiana (ayurveda hindú), unani árabe e as diversas formas de medicina indígena. De acordo com o documento, essas terapias incluem técnicas com o uso de medicação, de plantas, de partes de animais e/ou minerais e de terapias sem o uso de medicação, como a acupuntura e as técnicas manuais e espirituais.

A nível nacional, a Constituição Federal de 1988 com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 em seu Artigo 3 apresenta relação direta das suas definições com o Conceito de Saúde Integral proposto pela OMS. Desta forma, aborda que

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 1990)

No Brasil, apesar da questão envolvendo a saúde em termos normativos levar em conta os conceitos da OMS e de haver vários avanços a fim de promover a inclusão social, a abordagem sobre os métodos para além da medicina convencional não tiveram espaço ou discussão significativa.

Esse panorama somente veio a ser modificado com a criação da Portaria 971, de 03 de maio de 2006, que trata especificamente da aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, levando em consideração o uso da Medicina Tradicional-MT/Medicina Complementar-MC/Medicina/Alternativa-MA de forma integrada com as técnicas de medicina ocidental modernas, conforme recomenda a OMS.

Com isso, ficaram estabelecidas como técnicas integrantes do Sistema Único de Saúde a acupuntura, a homeopatia, a fitoterapia e a crenoterapia/termalismo social, tendo sido complementada pela Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, que incluiu outros 14 métodos. As técnicas previstas na Portaria nº 971/06 vieram a acrescentar a outras que já eram oferecidas

pelos SUS em muitos municípios brasileiros, como a meditação, a arteterapia, o reiki, a musicoterapia, o tratamento naturopático, o tratamento osteopático e o tratamento quiroprático.

Dentre as diretrizes da normativa 971/06, merecem destaque o

- incentivo à inserção das Práticas Integrativas e Complementares em todos os níveis e atenção, com ênfase na atenção básica;
- articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e as demais políticas do Ministério da Saúde;
- Fortalecimento da participação social;
- Apoio e fortalecimento de ações inovadoras de informação e divulgação sobre Práticas Integrativas e Complementares em diferentes linguagens culturais, tais como jogral, hip hop, teatro, canções, literatura de cordel e outras formas de manifestação;
- Identificação, articulação e apoio a experiências de educação popular, informação e comunicação em Práticas Integrativas e Complementares. (BRASIL, 2006)

Em seu texto, a referida portaria também aborda a medicina complementar como aquela relacionada a técnicas que buscam estimular os mecanismos naturais de defesa do organismo, proporcionando a prevenção de doenças ou o seu tratamento principalmente a longo prazo com métodos seguros e menos nocivos à saúde, baseados na escuta acolhedora, no autocuidado, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com a natureza e a sociedade. Além do caráter preventivo, a facilidade de acesso é outro aspecto positivo das práticas complementares, principalmente do ponto de vista econômico, como é o caso das terapias manuais e do uso de plantas medicinais.

Tais considerações se fazem necessárias para contextualizar a relevância deste trabalho principalmente para as comunidades do campo, tendo em vista o contexto de produção campestre e também a busca por fortalecer o sistema público de saúde, buscando fortalece-lo e não substituí-lo. Por outro lado, apesar da utilização das práticas complementares apresentar muitas vantagens, a sua utilização em conjunto com a medicina convencional se faz necessária principalmente para o tratamento de doenças em casos agudos, em que há urgência de intervenção no agente causador da doença.

Conceituação do modelo de infraestrutura rural para a saúde pública brasileira

A proposta de modelo de infraestrutura rural para a saúde pública brasileira denominada Unidade de Saúde Integral – UNISIN -, além das práticas convencionais como a medicina interna (clínico geral), a odontologia, a nutrição e a psicologia, contemplará práticas de saúde não-convencionais. Nesse sentido, considerando aspectos da população a ser beneficiada e das

comunidades de implantação da infraestrutura (havendo nesse contexto a presença de indígenas e não-indígenas), ficam estabelecidas como práticas complementares que irão compor a UNISIN: a musicoterapia, a arteterapia, a meditação, o reiki, a acupuntura, a quiropraxia e a osteopatia.

A musicoterapia se resume pelo seu próprio nome: consiste na aplicação da música, sendo uma "ciência e arte de cura, tem por objetivo promover o equilíbrio biopsicossocial, restaurando a saúde dos indivíduos ou prevenindo a instalação de doenças." (O CUIDADOR, 2008, p. 9), se relacionando com outros métodos, como a biodança e a dança circular. Conforme a página Povos Indígenas do Brasil, os sons e danças estão muito presentes na cultura indígena, fazendo parte de festividades - geralmente utilizadas para recepcionar visitantes -, fazendo parte também de rituais de cura e de culto aos mortos - chamado pelos Kaingangs de Kiki ou o ritual do Kikikoi -, sendo este o centro da vida ritual desta etnia. Para a cosmologia indígena, a dança é uma prática capaz de relacionar o corpo humano e o corpo da terra.

A arteterapia, por sua vez, é utilizada como forma de expressão de sentimentos, situações e sonhos, possibilitando o autoconhecimento de si e dos outros, colaborando para o entendimento da psíquique (SILVA, 2015). Dentre algumas modalidades da prática estão o desenho, a pintura, a colagem, a tecelagem, a escultura e a mímica, tratando assim do processo criativo como terapia. Apresenta assim, relação direta com a cultura indígena, tendo em vista as pinturas corporais e o desenvolvimento dos diversos tipos de artesanatos.

Relacionada a muitas vertentes religiosas, como o cristianismo, o judaísmo, o islamismo e ao xamanismo - fortemente ligado a espiritualidade indígena -, a meditação trata de um conjunto de técnicas que busca centralizar a atenção visando a autorregulação do corpo e da mente, sendo capaz de gerar efeitos psicossomáticos (MENEZES, 2009). Por outro lado, o reiki é um método natural de cura realizado através das mãos, portanto, pode ser definido como a "Arte e a Ciência da ativação, do direcionamento e da aplicação da Energia Vital Universal para promover o completo equilíbrio energético, para prevenção das disfunções e para possibilitar as condições necessárias a um completo BEM ESTAR." (Site da Associação Brasileira de Reiki). No que confere a acupuntura, ela é técnica baseada na aplicação de agulhas em pontos estratégicos do corpo para tratar doenças ou aliviar dores. De acordo com a Associação Brasileira de Acupuntura, a prática também pode utilizar de outros elementos para estímulos, tais como pedras, dedos e moedas.

Segundo a Federação Internacional da Quiropraxia, esta prática destina-se ao diagnóstico, ao tratamento e a prevenção de disfunções mecânicas do sistema neuromusculoesquelético, bem como aos efeitos dessas disfunções no sistema nervoso e na saúde como um todo, sendo comumente utilizada para tratar de problemas envolvendo a coluna vertebral e as tensões musculares. No que diz respeito a técnica quiroprática e a cultura indígena, merece destaque as práticas realizadas pelas gestantes Kaingangs que realizam exercícios físicos como forma de enrijecer a musculatura abdominal, facilitando o parto normal.

Por fim, de acordo com o Instituto Docusse de Osteopatia e Terapia Manual (IDOT), a prática osteopática faz uso de várias técnicas terapêuticas manuais, centradas principalmente nos ossos, músculos e articulações, dispensando intervenções cirúrgicas e o auxílio de fármacos. Os osteopatas acreditam que com esses procedimentos o corpo torna-se capaz de se reabilitar sozinho, portanto, é um método preventivo e curativo. A sua utilização se faz necessária para o contexto camponês por conta das enfermidades que mais ocorrem em trabalhadores do campo, principalmente pelo tipo de atividade desenvolvida: a atividade agrícola.

Tanto as práticas convencionais como as complementares serão abordadas na UNISIN da melhor forma horizontal e integrada possível, agregando espaços abertos e fechados, buscando a diversidade, a correlação dos métodos de saúde e a inclusão de características locais na atenção à saúde preventiva na área de estudos escolhida.

Município de intervenção: Redentora

O município de Redentora está localizado na região denominada Celeiro, no noroeste do estado do Rio Grande do Sul, a cerca de 433km de Porto Alegre (Figura 1). De acordo com o último Censo do IBGE realizado em 2010, sua população é de 10.222 habitantes, sendo 7.220 (71%) residentes em áreas rurais e 3002 (29%) residentes na área urbana. Nesse contexto, o local conta com a



Figura 1: localização geográfica de Redentora na escala estadual. Diagrama do autor. Base de dados: Google Earth

maior população indígena do estado gaúcho: aproximadamente 4.050, estando presente em seu território parte da Reserva Indígena do Guarita, sendo esta a maior do estado, compreendendo as etnias Kaingang e Guarani.

A área do município corresponde a 302,640 km², apresentando densidade demográfica de 38,43 hab./km². A base da economia é a agricultura e a pecuária, não havendo a presença de indústrias, a exemplo do que acontece em municípios limieiros como Miraguaí/RS. De acordo com o site do IBGE, em divisão territorial realizada em 1993 o município conta com 3 distritos: Redentora, Sítio Casemiro e São João, sendo este último juntamente com a Aldeia Indígena Missão os locais escolhidos para a inserção da UNISIN.

Redentora conta somente com atendimento de baixa complexidade através das Unidades Básicas de Saúde (UBS's). Conforme informações obtidas no site da FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz – a hierarquização estabelecida pelo SUS estabelece a realização do atendimento de baixa complexidade em UBS'S/Postos de Saúde, consistindo em consultas e encaminhamentos para especialistas, exames e procedimentos menos complexos, como vacinações, injeções, inalações e curativos; o atendimento de média complexidade em Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Hospitais escolas com procedimentos de intervenção, tratamento de casos crônicos e agudos de doenças; e por fim, o atendimento de alta complexidade sendo realizado em hospitais de grande porte em que são realizados procedimentos mais invasivos e que oferecem maiores riscos à vida.

De acordo com dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde e com a SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena -, Redentora conta com 17 UBS's: 6 destinadas para o atendimento aos não-indígenas (sendo uma central localizada no perímetro urbano) e 11 para o atendimento aos indígenas. Para os não-indígenas o atendimento ocorre diariamente na unidade central e um turno semanal para as demais unidades distribuídas na zona rural, enquanto para os indígenas o atendimento acontece em horário diurno de segunda-feira a sexta-feira. Aos fins de semana o atendimento para todos ocorre apenas na unidade central ou no Hospital Santo Antônio, localizado na cidade de Tenente Portela/RS.

No contexto geral, o corpo profissional de saúde em Redentora conta com médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionista, psicóloga, agentes de saúde e agentes sanitários, sendo ainda que há o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No caso dos indígenas, há disponibilidade de 2 motoristas/veículos para deslocamentos em casos emergenciais. Apesar

da existência de todos esses profissionais, a atuação se concentra priorizando a unidade central, tornando o acesso a saúde integral, de modo geral, dificultado.

No caso de Redentora, o atendimento de média complexidade ocorre preferencialmente na cidade de Tenente Portela (26 km), enquanto os casos de alta complexidade são atendidos em Passo Fundo (202 km). Não havendo vagas nessa unidade, os pacientes são encaminhados para Ijuí (132 km) ou para Porto Alegre (433km). Tais deslocamentos além de demandarem tempo, condições físicas e financeiras - tanto pública, quanto privadas -, tornam complicado o acesso aos serviços, desestimulando a população a buscar atendimento. Essa situação piora se considerada ainda as más condições das vias vicinais, principalmente das pavimentações, fazendo com que os moradores das zonas rurais fiquem praticamente isolados em períodos chuvosos.

Ademais, além do direito a saúde tornar-se em muitos casos inacessível, a população torna-se fortemente dependente de um sistema falho, tendo em vista que as políticas instituídas não buscam a autonomia da população frente ao assunto, principalmente quanto as práticas naturalistas e a saúde preventiva.

Tais condições da infraestrutura de saúde em Redentora se refletem não somente na qualidade de vida da população, mas também em dados quantitativos que vem a justificar e embasar a proposta da UNISIN. De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

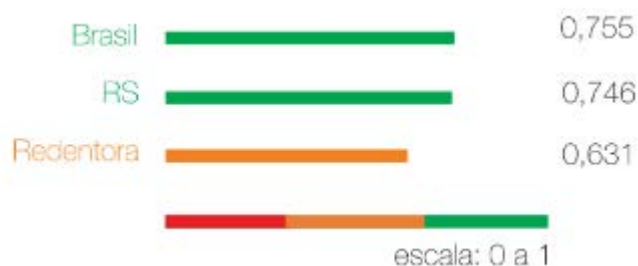


Figura 2: IDH, 2010. Diagrama do autor. Fonte de dados: Fundação João Pinheiro, 2010

realizado em 2010 (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2010) - considerando condições de saúde, educação e renda - observa-se pela Figura 2 que Redentora está abaixo das médias nacional e estadual no ranking, sendo que na escala estadual o município ocupa a posição 486° de 497 municípios e na escala nacional ocupa a posição 3469° de 5565°.

Em termos das estruturas físicas das UBS's, em sua maioria elas consistem na reutilização de edificações que não foram construídas para tal finalidade, com exceção da ampliação realizada na UBS's central (Figura 3A) e daquelas disponibilizadas para a população indígena (Figura 3B), que seguem um padrão nacional, desconsiderando as questões culturais das populações beneficiadas. Verifica-se ainda que algumas unidades não contam com áreas de

espera cobertas, apresentando-se um problema principalmente em dias chuvosos e durante o inverno. Isso ocorre, por exemplo, na UBS's do Distrito São João, que consiste em 3 salas subtraídas do edifício da subprefeitura (Figura 3C).



(A)

(B)

(C)

Figura 3: UBS's do município de Redentora. (A) UBS Central. (B) UBS da Aldeia Missão e (C) UBS do Distrito São João. Fonte: Acervo próprio

No que diz respeito as enfermidades mais atendidas em Redentora, conforme a Secretaria de Saúde e a SESAI de Redentora, não há um banco de dados com informações precisas sobre a porcentagem dos casos. Isso também se deve ao fato de muito dos atendimentos serem realizados nas centralidades hospitalares da região.

Entretanto, em conversas realizadas com a população e com profissionais de diversas áreas - secretários, médicos, enfermeiros e agentes de saúde -, constatou-se que os casos mais recorrentes tratam de doenças respiratórias, como bronquite, asma, gripes e resfriados; de caxumba, rubéola, diarreias, vômitos, febres; de cânceres (diversos tipos); de osteoporose, reumatismo e problemas lombares como lordose e hérnia de disco, além de haverem muitas ocorrências relacionadas a doenças cardiovasculares, sendo a maioria dessas ocorrências ligadas ao desenvolvimento de atividades agrícolas.

Ainda, conforme os profissionais que trabalham nas aldeias indígenas, foi constatado que no primeiro semestre de 2017 o município passou por um surto de caxumba, doença de fácil contágio, causada por um vírus e que não conta com tratamento para eliminá-lo do corpo. Desta forma, os pacientes receberam analgésicos - como paracetamol - e foram encaminhados para suas casas a espera de que o próprio sistema imunológico combatesse a doença. Por conta disso, houve reforço nas campanhas de vacinação, sendo esta uma das formas mais utilizadas para prevenção.

UNISIN: empoderamento campesino

Por conta do pioneirismo da UNISIN, a unidade terá abrangência intermunicipal, conforme observa-se na Figura 4. Desta forma, serão diretamente 1247 habitantes beneficiados, sendo destes 967 residentes da Aldeia Indígena Missão e 280 do Distrito São João, enquanto indiretamente esse número poderá ultrapassar 20.000, levando em consideração principalmente os municípios limítrofes a Redentora que não possuem unidades hospitalares, apenas UBS's, e que possuem em seu território a Reserva Indígena do Guarita, sendo eles Miraguai (4855 hab.) e Erval Seco (7878 hab.), ambos situados no RS.

Na escala municipal, o terreno de intervenção apresenta localização central em relação a muitas comunidades rurais – diagrama ao lado -, com distância média de aproximadamente 2km, facilitando o acesso de muitos redentorenses ao programa. Por outro lado, nas escalas estadual e nacional a proposta ainda abre discussão para a possibilidade de implantação de novas UNISIN's, transformando positivamente a infraestrutura disponibilizada pelo SUS.

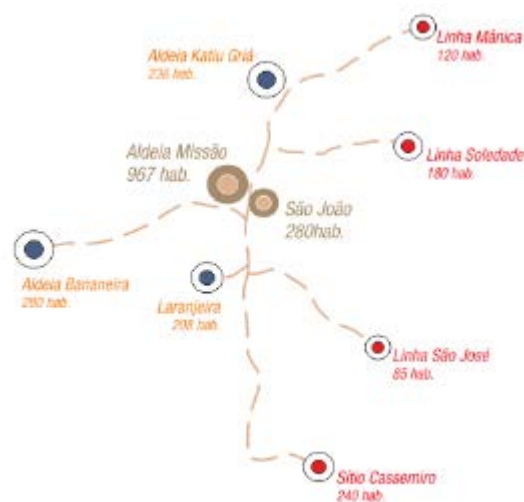


Figura 4: abrangência local da UNISIN. Em azul, comunidades indígenas; em vermelho comunidades não-indígenas; em marrom comunidades de intervenção.
Fonte: Elaboração própria.

No que diz respeito às comunidades rurais, o município de Redentora conta com aldeias da etnia Kaingang, enquanto o município limítrofe Erval Seco apresenta uma comunidade nômade de indígenas da etnia Guarani, que atualmente habita a divisa entre os dois municípios, sendo que em todos os casos, tratam-se de aldeias pertencentes a Reserva Indígena do Guarita.

Apesar do contexto histórico de vulnerabilidade, as populações Kaingang e Guarani resistem tentando manter e passar de geração em geração seus costumes, sua relação com a natureza, seus rituais e artesanatos. Produtos como pulseiras, colares e cocares feitos com a utilização de sementes e taquaras ainda são confeccionados, tendo as sementes um forte significado de proteção; instrumentos musicais como flautas e chocalhos são feitos com porongos e utilizam sementes de plantas como o milho, se apresentando como elementos

associados aos rituais e festejos realizados em comunidade. Em se tratando dos Guaranis, ainda há os artesanatos talhados em madeira representando diversos animais.

No geral, tanto Guaranis, quanto Kaingangs produzem balaios utilizando tramados em taquara com diferentes tonalidades, além de arcos e flechas acrescentando a utilização de penas, por exemplo. Objetos cerâmicos feitos em barro e argila também eram feitos, entretanto, atualmente raramente verifica-se esse tipo de arte nas aldeias da Reserva Indígena do Guarita. Para além do artesanato, é importante ainda destacar que Kaingangs e Guaranis possuem forte relação com pinturas - principalmente corporais -, com a dança, a música e a natureza.

Apesar de toda essa riqueza cultural, a desvalorização do fazer indígena – assim como ocorre com as práticas de saúde - também ocorre em relação ao artesanato. Nesse aspecto, a sua importância nos comércios e feiras locais não é uma realidade, o que desencadeia o êxodo rural e a substituição dos objetos produzidos. Desta forma, verificou-se na Aldeia Missão que a produção de balaios com tramados em taquara, bem como os colares e pulseiras com sementes estão sendo substituídos pela produção de objetos como filtros dos sonhos, devido a estes serem melhor aceitos comercialmente.

Diante disso, a proposta da UNISIN vem tanto para melhorar a infraestrutura de saúde quanto para melhorar a relação entre as etnias, buscando valorizar e proporcionar condições que deem suporte para que as produções locais - no que tange as possibilidades dispostas - não sejam substituídas, nem futuramente esquecidas.

UNISIN: promoção de desenvolvimento rural

As melhorias envolvendo a qualidade de vida para a população camponesa não se limitam apenas à infraestrutura da saúde através da UNISIN. Para tanto, foram elencadas além das ações no campo da saúde integral, diretrizes com a finalidade de melhorar a infraestrutura viária (Figura 5), potencializando a mobilidade entre as comunidades rurais e urbanas.

Propõe-se então, a nível municipal, a iluminação e a pavimentação das vias vicinais com a utilização de paralelepípedo, sendo este material permeável, de fácil manutenção e já utilizado regionalmente. Além disso, as vias contarão com desvios a cada 2km buscando liberar o tráfego em épocas de colheita, tendo em vista que o grande porte de alguns veículos faz com que eles ocupem quase que a totalidade das faixas. Ademais, o canteiro central - que contava somente com vegetação arbustiva - foi repensado de forma a possibilitar uma passagem para pedestres e ciclistas e outra para os camponeses e seus animais, desvinculando fluxos e tornando o percurso mais seguro. Nesse contexto, a pavimentação utilizada se apresenta em paver e grama, respectivamente, visando atender a uma reivindicação antiga da população.



Figura 5: Infraestrutura viária. À esquerda destaca-se o canteiro central, enquanto à direita o destaque está no desvio proposto. Fonte: Elaboração própria

Essas medidas potencializarão a mobilidade e a relação entre as comunidades, reduzirão o tempo de deslocamento até os centros urbanos e seus serviços, bem como facilitarão o acesso as unidades de saúde, dentre elas a estrutura apresentada neste artigo.

Assim, no que tange a UNISIN e o seu programa, ela busca a relação entre áreas abertas e fechadas, valorizando a produção agrícola local, tornando os seus locais espaços de trocas e de uso frequente, não somente em horários pré-definidos. Desta forma, a unidade assume também caráter de recreação, de aprendizado e de lazer, tornando a busca pela saúde uma prática cotidiana.



Figura 6: Zoneamento da proposta. À esquerda está a Aldeia Missão e à direita o Distrito São João. Fonte: Elaboração própria.

Sendo de posse privada e estando em desuso há anos, o terreno escolhido encontra-se entre as duas comunidades (Figura 6), conectando-as e apresentando acessos diretos a partir delas. Desta forma, a implantação segue características observadas na região, não possuindo uma implantação condensada em um único edifício, mas sim espalhada.

De forma sintética, o programa (exemplificado na Figura 7) prevê além de um espaço para formação, locais para práticas como quiropraxia e osteopatia em conjunto com áreas de fisioterapia ao ar livre como forma de prevenir problemas musculares; biblioteca, laboratório de fitoterapia, cozinha experimental, estufas, hortas, pomares e paisagismo medicinal para dar suporte as práticas imunizatórias, de convivência entre as comunidades, de relação ecológica e de fortalecimento da produção agrícola em pequena escala; enquanto os setores de musicoterapia, arteterapia, reiki, meditação e os pátios externos trabalharão o corpo energético e espiritual, aliando práticas e rituais indígenas com métodos convencionais de psicologia.



Figura 7: Fotomontagens de espaços da UNISIN, como conexões cobertas, espaços para meditação em meio a mata existente e a circulação que também funciona como mirante. Fonte: Elaboração própria.

Todos os setores da UNISIN são conectados através de uma cobertura construída em madeira e capim (Figura 8), materiais menos agressivos ao meio ambiente, de fácil acesso, de baixo custo e de fácil manutenção se comparado a outros sistemas, como o concreto armado, por exemplo. Esses elementos vêm ainda a resgatar métodos construtivos indígenas que foram se perdendo ao longo do tempo. De acordo com Ballivián e Palazuelos et al (2014), as casas tradicionais - semifixas – dos indígenas da região sul originalmente eram feitas em capim e pau-a-pique, sendo que em



Figura 8: Fotomontagem apresentando parcialmente a cobertura em madeira e capim. Fonte: Elaboração própria.

1916, a Diretoria de Terras e Colonização no Rio Grande do Sul - DTC elaborou instruções para que o Serviço de Proteção Estadual aos Indígenas, dentro da proteção fraterna, e com o apoio de carpinteiros, incentivasse aos nativos a construírem suas casas (em madeira). (Ballivián et al, 2014, p. 84)

Sendo assim, em termos de materialização, a proposta envolve a consideração dos materiais e métodos construtivos locais, apresentando edificações com implantação que mimetizam o seu entorno, não concentrando todo o programa em um único volume conforme o modelo padrão reproduzido em todas as escalas e comunidades pela iniciativa governamental, trazendo desta forma o regionalismo não somente no ato de prevenir, mas também do projeto enquanto ambiente construído.

Além do mais, as práticas de saúde complementares à medicina convencional contemplam condicionantes étnicos e culturais existentes que, conforme a própria legislação prevê, devem ser consideradas como fatores para a inclusão, para o tratamento e para a infraestrutura disponibilizada à população. Temos assim, a proposta de um modelo regional de infraestrutura para unidades de saúde, como forma de empoderar, valorizar e dar autonomia para a população rural.

Entende-se assim o modelo regional de UNISIN como uma tecnologia social, buscando relacionar as questões étnicas e de produção econômica do município em questão, tratando não somente das melhorias na infraestrutura de saúde no que diz respeito a autonomia do camponês em ações preventivas, mas também vislumbrando valorizar e fortalecer os aspectos culturais e

de produção agrícola em pequena escala, que estão cada vez mais sendo substituído por métodos globalizados e pela produção de monoculturas em larga em escala.

Conclusão

O Conceito de Saúde Integral (OMS/WHO, 1946) possibilita uma abordagem que desconstrói o que comumente se entende como promoção da saúde. Por conta de sua abrangência do todo, considerando não apenas os aspectos biológicos do indivíduo, acaba abrindo margem para que cada vez mais outras questões possam ser incorporadas ao processo, extrapolando fronteiras, proporcionando uma riqueza de detalhes e elementos necessária no que se refere a inclusão e a equidade de direitos, tendo em vista também a sua concepção holística nas formas de compreender o ser humano.

A aplicação do conceito de Saúde Integral tem se mostrado fundamental no modelo de infraestrutura rural para saúde pública brasileira, contribuindo para o empoderamento campesino pela integração entre as questões tangíveis e intangíveis das diferentes etnias e culturas envolvidas. Destaca-se assim a lógica participativa do modelo da UNISIN, promovendo a união de todos os atores sociais envolvidos no contexto da área de intervenção. Por outro lado, o modelo da UNISIN, sob o aspecto da infraestrutura, apresenta-se como indutor do desenvolvimento rural, utilizando como estratégia a construção de novas formas de uso e apropriação de recursos locais. Temos assim, a proposição da UNISIN como um modelo de tecnologia social a favor da promoção da saúde pública brasileira.

Contudo, para uma efetiva transformação social, é imprescindível a difusão do modelo de infraestrutura da UNISIN que necessariamente implica na instituição de novas políticas públicas para redirecionamento dos tipos de desenvolvimento atualmente difundidos pelos agentes de mercado.

Referências

ABA, Associação Brasileira de Acupuntura. **Perguntas e respostas**. Disponível em <http://www.abapuntura.com.br/perguntas_respostas.php> Acesso em 15 de setembro de 2017.

ABR, Associação Brasileira de Reiki. **Reiki, uma completa e precisa técnica para se chegar à iluminação**. Disponível em <<http://www.ab-reiki.com.br/reiki.htm#n2>> Acesso em 15 de setembro de 2017.

BALLIVIÁN, J. M. P. P. *et al.* **Moradia indígena e seus entornos: territórios indígenas - REGIÃO SUL.** Editora Oiokos Ltda. 122 p. 2005.

BERTOLLI, C. F. **História da Saúde Pública no Brasil.** 11. ed. São Paulo: Ática; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html Acesso em: 01 de setembro de 2017.

_____. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **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 a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 30 de setembro de 2017.

_____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990 b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em 30 de setembro de 2017.

FIOCRUZ, Associação Oswaldo Cruz. **Atendimento - SUS: o que é?** Disponível em <http://pensensus.fiocruz.br/atendimento> Acesso em 17 de junho de 2017.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Rio de Janeiro, PNUD, IPEA, 2010. Disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/> Acesso em 17 de setembro de 2017.

IBGE. **Censo Demográfico 2010 – Características Gerais da População.** Disponível em <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em 25 de setembro de 2017.

IDOT, Instituto Docusse de Osteopatia e Terapia Manual. **O que é osteopatia?** Disponível em <http://www.idot.com.br/osteopatia/o-que-osteopatia.html> Acesso em 15 de setembro de 2017.

KOZENIESKI, E. M. **A produção do espaço rural: transformações das dinâmicas produtivas e da agricultura na microrregião de Erechim.** 2016. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/151330> Acesso em 25 de setembro de 2017.

MENEZES, C. B. DELL'AGLIO, D. D. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. **Psicol. cienc. prof. [online].** 2009, vol.29, n.2, pp.276-289. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000200006> Acesso em 15 de setembro de 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.** Portal Saúde. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php> Acesso em 05 de setembro de 2017.

O CUIDADOR. Cartilha Conhecendo a Musicoterapia. 2008. Disponível em <<http://www.ocuidador.com.br/imgs/utilidades/cartilhamusicoterapiae5b882e8ee73.pdf>> Acesso em 17 de setembro de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946.** Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 20 setembro 2017.

PAC, Programa de Aceleração do Crescimento. UBS - Unidade Básica de Saúde - PAC. Disponível em <<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>> Acesso em 17 de setembro de 2017.

PORTAL KAINGANG. **Terra indígena do Guarita.** 2006. Disponível em <http://www.portalkaingang.org/index_guarita.htm> Acesso em 05 de setembro de 2017.

PORTAL MAIS MEDICOS. Brasília, 2015. Disponível em <<http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>>. Acesso em 15 de setembro de 2017.

POVOS INDÍGENAS DO BRASIL. **Ritual e xamanismo.** Disponível em <<https://pib.socioambiental.org/pt/povo/kaingang/290>> Acesso em 15 de setembro de 2017.

SCLIAR, M. PHYSIS: História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, nº1, pág. 29-41, 2007.

SILVA, L. R. **Arteterapia como instrumento de autoconhecimento para mulheres vítimas de violência.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <<http://arteterapia.org.br/wpcontent/uploads/2017/01/Mongrafia-de-Lidiane-Reis-da-Silva.pdf>> Acesso em 15 de setembro de 2017.

WORLD FEDERATION OF CHIROPRACTIC. "**Chiropractic Definition**". Disponível em https://www.wfc.org/website/index.php?option=com_content&view=article&id=90&Itemid=110&lang=en Acesso em 15 de setembro de 2017.