Monica Correia Lima

Saúde rural: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências
Programa de: Medicina Preventiva

(Versão corrigida, Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2016

Monica Correia Lima

Saúde rural: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana

Coorientador: Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo

São Paulo

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Lima, Monica Correia
Saúde rural: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira-SP / Monica Correia Lima. -- São Paulo, 2016.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva.
Orientadora: Ana Luiza D'Ávila Viana.
Coorientador: Marcelo Marcos Piva Demarzo.

Descritores: 1.Atenção primária à saúde 2.Estratégia saúde da família 3.Saúde da população rural 4.Participação comunitária 5.Gestão em saúde 6.Saúde pública

USP/FM/DBD-167/16

Ao Senhor meu Deus, esta tese, na certeza de que as ações e a pesquisa em saúde são parte da Sua vontade para minha vida.

À minha família amada, pela sua paciência com as minhas não visitas, meus não passeios e meus nãos em tantas coisas que se fizeram necessárias para que esta pesquisa fosse levada avante.

Ao meu amor Antonio Cássio, pela cumplicidade de todas as horas.

Agradecimentos

De fundamental importância para que este trabalho chegasse a este ponto, com muito carinho, agradeço:

À minha orientadora atenciosa, Ana Luiza d'Ávila Viana, e aos meus coorientadores, Marcelo Demarzo e Guilherme Arantes Melo, pelas sugestões e apontamentos de valor inestimável.

Ao enfermeiro Luiz Tiepo e à enfermeira Isa Maria (Maria Alonso Azevedo), articuladores da atenção básica no Vale do Ribeira, sem a instrumentalidade dos quais não haveria esta tese.

A todos os *Rural Heroes*, trabalhadores da saúde nas áreas rurais que dedicam seu tempo e suas vidas para a Atenção Básica.

Aos compiladores das entrevistas, especialmente à minha irmã, Silvia, que separou parte do seu tempo para me ajudar.

Aos coordenadores da Atenção Básica que se dispuseram a apoiar esta pesquisadora na busca de dados e em entrevistas, em especial ao apoio de "Alemão" Parker, de Juquiá.

Aos usuários que também se dispuseram e doaram seu tempo nas entrevistas e grupos focais.

Dos cenários

Por Monica Correia Lima 2014[1]

Abrem-se as cortinas
Onde se encenam belas ações de vida
Dos bem-aventurados cuidadores
Muitos solitários
Aventureiros
Outros em pequenos grupos
Desbravadores
Os cenários vão se formando
À medida que se fundem o humano e a natureza
E não só vão transformando
Mas vão sofrendo transformações
Pois o lidar humano modifica o coração
Solidifica ideais
Constroem sonhos
E lá vão eles
E elas
São tantos que nem sei
Mas alegro-me a cada dia ao pensar
Que formam um pequeno exército
De mambembes
E autores
De artistas
E construtores
Do presente
E do futuro que vislumbramos pela esperança
Nos cenários de conquistas diárias
Nos cenários rurais do Brasil

---

[1] In Lima, MC. Um Moinho de Cada Vez. São Paulo: 2015, p. 32.

Normalização Adotada

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação;

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de Siglas

Lista de Figuras

Lista de Tabelas

Lista de Gráficos

Lista de Fotos

Resumo

Abstract

Resumen

Apresentação

1 INTRODUÇÃO 1

2 Centralidade da Atenção Primária na assistência: conceitos internacionais e evolução no Brasil 4

2.1 Atenção Primária no Mundo 5

2.2 Bases Conceituais da Atenção Primária 11

2.3 Estratégia de Saúde da Família: histórico e estudos sobre sua implantação e sua articulação com a Rede de Atenção à Saúde 17

3 Saúde Rural: conceitos, trajetória e políticas atuais 26

3.1 Conceitos de rural, ruralidades e competência cultural 29

3.2 Políticas de Saúde para População rural 42

3.3 A participação da população na saúde em áreas rurais 49

4 Objetivos e hipóteses 52

5 Metodologia 53

6 O Vale do Ribeira: histórico das comunidades e da organização da assistência à saúde 64

6.1 Comunidade Quilombola..... 69

6.2 Comunidade Caiçara 72

6.3 Dados populacionais e socioeconômicos do Vale do Ribeira..... 74

6.4 Tipologia do Rural no Vale do Ribeira 82

6.5 Histórico da atenção à saúde no Vale 83

7 O Vale do Ribeira: assistência à saúde no SUS 89

8 Pesquisa de Campo: Organização do Serviço – Atenção Primária/ESF Rural/urbano 112

8.1 Histórico da organização das equipes rurais, ciclos/períodos 112

8.1.1 Postos de Atendimentos Rurais (PARs) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) 114

8.1.2 Da transição do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o Programa de Saúde da Família (PSF) 127

8.1.3 Do processo de implantação das equipes rurais e urbanas..... 133

8.2 Organização e gestão da Atenção Primária e Saúde da Família no contexto rural e urbano 137

8.2.1 Composição e Atuação das Equipes 137

8.2.2 Estrutura para o trabalho 145

8.2.3 Atendimento da Demanda Espontânea e Emergência..... 149

8.2.4 Distribuição de Medicamentos..... 151

8.2.5 A gestão da Saúde nas áreas rurais e urbanas 154

8.3 Integração e integralidade do serviço municipal e a Regional de Saúde 156

8.4 Envolvimento da gestão com a comunidade rural (ação e percepção) 160

9 Pesquisa de Campo – Práticas da Atenção Primária e participação popular Rural/Urbano 164

9.1 Diferença das Práticas da Atenção Primária e ESF rurais e urbanas (*Modus Operandi)* 164

9.2 Perfil da Equipe e Competência Cultural 171

9.3 Conceitos de rural e de ruralidades aplicados 175

9.4 Práticas Não Oficiais e Complementares 176

9.5 Participação da comunidade no processo saúde e gestão da saúde em contexto rural (articulação entre o local e o municipal) 179

10 Conclusão 185

11 Anexos 189

11.1 Parecer Consubstanciado do CEP 189

11.2 Roteiro para entrevistas 191

11.2.1 Diretores da Regional de Saúde XII 191

11.2.2 Gestores municipais e locais 192

11.2.3 Usuários (líderes de associações e sindicatos, conselheiros locais de saúde, líderes da comunidade apontados pela equipe de saúde local) 193

11.2.4. Profissionais da saúde: (médico, enfermeiro, odontólogo, agentes comunitários e técnicos ou auxiliares de enfermagem) 195

11.3 Consentimento Livre e Esclarecido 197

11.4 Solicitação de liberação dos profissionais para entrevistas e documentos – DRS XII 199

11.5 Solicitação de liberação dos profissionais para entrevista – Departamentos Municipais de Saúde 201

11.6 Liberação dos profissionais para entrevista e acesso a documentos – DRS XII 203

11.7 Liberação dos profissionais para entrevista 204

11.8 Identificação do entrevistado e liberação de uso de fotos 205

12 Referências 206

Lista de Siglas

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CEPAL – Comissão Econômica para América Latina e Caribe

CONSAÚDE – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

CRF – Conselho Regional de Farmácia

DEVALE – Nome que recebeu o PIASS organizado no Vale do Ribeira

DISEIs – Distritos Sanitários Especiais Indígenas

DRS XII – Departamento Regional de Saúde XII

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESPON – Rede Europeia de Observação do Desenvolvimento e da Coesão Territoriais

FAO – Organização das Nações Unidas para Alimentação e a Agricultura

GT – Grupo de trabalho

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IICA – Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura

MDA – Ministério do Desenvolvimento Agrário

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PARs – Postos de Atendimento Rurais

PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PMAQ-AB – Programa de Melhoria da Qualidade – Atenção Básica

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PROMEF – Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade

PSF – Programa de Saúde da Família

RIMISP – Centro Latino-Americano para o Desenvolvimento Rural

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SDT – Secretaria de Desenvolvimento Territorial

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

WONCA – Organização Mundial de Medicina de Família

Lista de Figuras

Figura 1 – Construção da tipologia ampliada da OCDE 34

Figura 2 – Mapa de São Paulo com o Vale do Ribeira em Destaque 68

Lista de Tabelas

Tabela 1 – População da Região do Vale do Ribeira pertencente ao Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira XII 66

Tabela 2 – Comunidades Quilombolas no Vale do Ribeira, publicadas pela Fundação Cultural Palmares, até 2015 70

Tabela 3 – PIB Per Capita, valor Rendimento nominal mediano mensal rural e urbano 2010, Incidência de Pobreza, Índice de Gini de 2003 dos Municípios do Vale do Ribeira – DRS XII..... 76

Tabela 4 – IDH dos municípios do Vale do Ribeira – 2010 77

Tabela 5 – Dados Educacionais do Vale do Ribeira – 2010 78

Tabela 6 – Dados econômicos relacionados à moradia – Vale do Ribeira – 2010 80

Tabela 7 – Dados de Vulnerabilidade de Mulheres e Crianças do Vale do Ribeira – 2010..... 81

Tabela 8 – Nascidos Vivos no Vale do Ribeira (DRS XII) – Série Histórica 90

Tabela 9 – Óbitos Infantis no Vale do Ribeira (DRS XII) – Série Histórica..... 91

Tabela 10 – Indicadores de saúde, esperança de vida, mortalidade infantil e probabilidade de sobrevivência. Vale do Ribeira – 2010 96

Tabela 11 – Mortalidade por capítulo de cid 10 mais frequente, por município do Vale do Ribeira 2012 a 2013 99

Tabela 12 – Municípios do Vale do Ribeira – DRS XII e Equipes de Saúde da Família – Censo 2010 Dados de Equipes 2015..... 102

Tabela 13 – Principais Características dos Agrupamentos das CIR 104

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Divisão dos Entrevistados por Categoria 60

Gráfico 2 – Composição da Amostra de Gestores segundo Formação Acadêmica ... 61

Gráfico 3 – Composição da Amostra de Trabalhadores por Função na Equipe 62

Gráfico 4 – Distribuição dos Participantes Usuários por Escolaridade 62

Gráfico 5 – Distribuição dos Participantes Trabalhadores por Tempo de Atuação em Área Rural 63

Lista de Quadros

Quadro 1 – Atenção à saúde das comunidades no Mundo antes de Alma-Ata..... 7

Quadro 2 – Atributos da atenção primária à saúde 14

Quadro 3 – Atos Normativos relacionadas à política pública de saúde para áreas rurais e remotas 45

Quadro 4 – Municípios Envolvidos na Pesquisa de Campo 59

Quadro 5 – Número de participantes por sexo e por tipo de participação 60

Quadro 6 – Dados da População do Vale do Ribeira de 2010 – Distribuição Espacial 75

Quadro 7 – Nascidos vivos, Óbitos, Gestantes e cobertura ACS e ESF por municípios do Vale do Ribeira – dados de 2012 92

Quadro 8 – Nascidos vivos, Óbitos, Gestantes e cobertura ACS e ESF por municípios do Vale do Ribeira – dados de 2013 93

Quadro 9 – Nascidos vivos, Óbitos, Gestantes e cobertura ACES e ESF por municípios do Vale do Ribeira – dados de 2014 94

Quadro 10 – Internação Por Causas Sensíveis a Atenção Básica – Série Histórica de 2011 a 2014 95

Quadro 11 – Óbitos com causa definida – série histórica Vale do Ribeira comparativo com o estado de São Paulo 97

Quadro 12 – Utilização dos Recursos Públicos na Saúde Municipal dos Municípios do Vale do Ribeira em 2014..... 101

Quadro 13 – Tipologia das Unidades de Saúde inscritas no PMAQ de 2012 (1º CICLO) do Vale do Ribeira. 106

Quadro 14 – Equipes Rurais e Locais de Atendimento – 12 dos 13 municípios com equipes rurais – 2015 106

Quadro 15 – Linha de Tempo Organização da Saúde no Vale do Ribeira a partir da Pesquisa de Campo 113

Quadro 16 – Nota Técnica dos Municípios do Vale do Ribeira quanto as ESF, ESB e outros – 2015..... 138

Listas de Fotos

Foto 1 – Treinamento Agentes Comunitários de Saúde – Vale do Ribeira – 1988 ... 18

Foto 2 – Treinamento Agentes Comunitários de Saúde – Vale do Ribeira – 1988 – Fitoterapia 19

Foto 3 – PAR Quadro Vergueiro em Eldorado década de 80 ACS Zenaide 117

Foto 4 – Eleição Agente de Saúde Barra do Azeite – reunião da comunidade – 1991 119

Foto 5 – Eleição Agente de Saúde Barra do Azeite – a leitura dos votos – 1991.... 120

Foto 6 – Edital para convocação para Eleição dos Agentes Comunitários de Saúde Barra do Turvo. 1ª parte..... 121

Foto 7 – Edital para convocação para Eleição dos Agentes Comunitários de Saúde Barra do Turvo. 2ª parte..... 122

Foto 8 – Encerramento do VI Treinamento para Agentes Comunitários de Saúde do Vale do Ribeira – 1994 123

Foto 9 – Supervisão dos Postos de Atendimento Rurais em Cananéia, Santa Maria, Marujá e Pedrinhas – início dos anos 1990..... 124

Foto 10 – Unidade de Saúde Santa Maria – Cananéia – década de 1990 125

Foto 11 – PAR Guaraú – Jacupiranga – 1989..... 126

Foto 12 – Dona Estrelina e o vestido que usou quando foi eleita Agente Comunitária de Saúde em 1982 (segunda turma) 127

Resumo

Lima MC. Saúde rural: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

O presente trabalho teve como objetivo geral compreender as especificidades da organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP. Teve como objetivos específicos: descrever a organização do trabalho e as práticas assistenciais existentes nas comunidades rurais em comparação às práticas e organizações nas equipes urbanas; discutir os conceitos de rural e de ruralidades e sua implicação na gestão e ações de saúde locais; descrever a participação social na saúde dentro das diferentes comunidades e sua relação com a gestão local e municipal. **Método:** trata-se de um estudo de Casos Múltiplos envolvendo atores dos três segmentos da saúde do Vale do Ribeira (gestores, trabalhadores da saúde, usuários de áreas rurais). A pesquisa teve como *loci* áreas rurais de atuação das Equipes de Saúde da Família de 12 dos 15 municípios do Vale do Ribeira sob a responsabilidade do Departamento Regional de Saúde XII (DRS XII). O método de coleta de dados constou de entrevistas semiestruturadas e de grupos focais, cujos roteiros seguiram uma matriz descritiva composta por duas linhas básicas que também guiaram a análise de conteúdo: 1. Organização do serviço em torno da Atenção Primária/ESF (histórico da organização das equipes rurais, organização e gestão da atenção primária e saúde da família no contexto rural e urbano, integração e integralidade do serviço municipal e a regional de saúde, envolvimento da gestão com a comunidade rural); 2. Práticas assistenciais na Atenção Primária e participação popular (diferença das práticas da atenção primária e ESF rurais e urbanas, perfil da equipe e competência cultural, conceitos de rural e ruralidades aplicados, práticas não oficiais e complementares, participação da comunidade no processo saúde e gestão da saúde em contexto rural). **Resultados:** foram realizadas 22 entrevistas e 15 grupos focais em que foram ouvidas

84 pessoas. Destas, 13 eram gestores, 46 trabalhadores e 25 usuários de 12 dos 13 municípios escolhidos (por considerarem possuir equipes rurais). Em termos de organização dos serviços, observou-se que as equipes rurais em sua totalidade não possuem gestão específica, em sua maioria se desdobram em vários locais de atendimento com distâncias variadas entre eles, têm estrutura de atendimento ainda aguardando melhorias nas bases oficiais e complementares (pior nas bases complementares, unidades de saúde sem cadastro), também em sua maioria não possuem dispensação de medicamentos ou realizam atendimentos de urgência e emergência. O envolvimento com a comunidade para fins de sua participação na formulação de políticas públicas está parcialmente ligado à característica dela, porém completamente relacionado ao perfil e compreensão da equipe na promoção e manutenção dessas políticas. Em relação às práticas assistenciais, essa pulverização das ações dificulta o seguimento adequado dos usuários, diminuindo a efetividade da rede de serviços de saúde, as equipes rurais são distribuídas sem levar em conta as tipificações de conceitos de rurais, os trabalhadores e usuários relataram poucos problemas em relação ao alcance de competência cultural para o trabalho nas regiões, as práticas de saúde não oficiais e complementares são incipientes e a participação comunitária na saúde nas áreas das comunidades tradicionais é mais marcante que nas áreas não tradicionais, porém são dependentes do perfil da equipe e da gestão.

Descritores: atenção primária à saúde, estratégia de saúde da família, saúde da população rural, participação comunitária, gestão em saúde, saúde pública.

Abstract

Lima MC. Rural health: the organization, care practices and popular participation in the health of rural communities, *quilombolas* and *caiçara* communities of Vale do Ribeira – SP [thesis]. São Paulo: Faculty of Medicine, University of São Paulo; 2016

This study has the general objective of understanding the specifics of the organization, care practices and popular participation in the health of rural communities, *quilombolas* and *caiçara* communities of Vale do Ribeira – SP. Its specific objectives were: to describe the organization of work and existing care practices in rural communities compared to practices and organizations in urban teams; to discuss the concepts of rural and ruralities and their involvement in the management and local health actions; to describe the social participation in health within the different communities and their relationship with the local and municipal management. **Method:** This is a Multiple Case study involving actors in the three segments of the health of Vale do Ribeira (managers, health workers, rural users). The research *loci* were rural areas in which acted the Family Health Teams of 12 out of the 15 municipalities of Vale do Ribeira under the responsibility of the Regional Department of Health XII (DRS XII). The data collection method consisted of semi-structured interviews and focus groups whose screenplays followed a descriptive matrix of two basic lines that have also guided the content analysis: 1. Service organization around the primary care/FHS (organization history of rural teams, organization and management of primary care and family health in rural and urban context, integration and comprehensiveness of municipal service and the regional health, involvement of management with the rural community); 2. care practices in Primary Care and community participation (difference of primary care practices and rural and urban FHS, team profile and cultural competence, concepts of rural and ruralities applied, non-official and complementary practices, community participation in health and health management process in rural context). **Results:** were conducted 22 interviews and 15 focus groups in which were heard 84 people. Out of these, 13 were managers, 46 employees and 25 users of 12 of the 13 selected municipalities (for considering

having rural teams). In terms of organization of services, it was observed that rural teams in its entirety have no specific management, most of them commute in various service areas with varying distances between them, have service structure still awaiting improvements in official and complementary bases (worst in complementary bases, health units without registration), also most of them do not have medication dispensing or perform emergency urgent care. The involvement with the community for the purpose of participating in the formulation of public policies is partly linked to the community feature, but completely related to the profile and understanding of team in the promotion and maintenance of such policies. Regarding care practices, this pulverization of actions hampers proper user follow-up, reducing the effectiveness of the health services network, rural teams are distributed without regard to typifications of rural concepts, workers and users have reported few problems in relation to the scope of cultural competence to work in the regions, non-official and complementary health practices are incipient and community participation in health in the areas of traditional communities is more striking than in non-traditional areas, but are dependent on the staff profile and management.

Descriptors: primary health care, family health strategy, rural health, consumer participation, health management, public health.

Resumen

Lima MC. Salud rural: la organización, las prácticas de atención y la participación popular en la salud de las comunidades rurales, remanentes de quilombos y comunidades de los habitantes de la zona costeras (caiçara) del Vale do Ribeira – SP [tesis]. São Paulo: Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo; 2016

Este estudio tiene como objetivo general entender los aspectos específicos de la organización, el cuidado práctico y la participación popular en la salud de las comunidades rurales, remanentes de quilombos y comunidades de los habitantes de la zona costeras (caiçara) del Vale do Ribeira – SP. Tiene como objetivos específicos: describir la organización del trabajo y las prácticas asistenciales existentes en las comunidades rurales en comparación con las prácticas y organizaciones en equipos urbanos; discutir los conceptos de las zonas rurales y ruralidades y su participación en la gestión y acciones de salud locales; describir la participación social en la salud en las diferentes comunidades y su relación con la gestión local y municipal. **Método:** Trata de un estudio de casos múltiples con la participación de los actores en los tres segmentos de la salud del Vale do Ribeira (gerentes, trabajadores de la salud, los usuarios rurales). La investigación tuvo como *loci* zonas rurales de actuación de los Equipos de Salud Familiar de 12 de los 15 municipios del Vale do Ribeira, bajo la responsabilidad del Departamento Regional de Salud XII (DRS XII). El método de recolección de datos consistió en entrevistas y grupos focales, cuyos guiones siguieron una matriz descriptiva de dos líneas básicas que han guiado el análisis de contenido semiestructurada: 1. organización de servicios alrededor de la atención primaria/ESF (la historia de la organización de los equipos rurales, organización y gestión de la atención primaria y la salud familiar en las zonas rurales y en el contexto urbanos, la integración y la amplitud de los servicios municipales y la regional de salud, con la participación de la gestión de la comunidad rural); 2. las prácticas de cuidado en la atención primaria y la participación comunitaria (diferencia de las prácticas de atención primaria y ESF rural y urbana, el perfil del equipo y la competencia cultural, conceptos rurales y ruralidades, las prácticas no oficiales y complementarias aplicadas,

la participación comunitaria en el proceso de salud y la gestión de la salud en el contexto rural). **Resultados:** se realizaron 22 entrevistas y 15 grupos de enfoque, en lo cual se escucharon 84 personas. De éstas, 13 eran administradores, 46 empleados y 25 miembros de 12 de los 13 municipios seleccionados (ya que consideran los equipos rurales). En cuanto a la organización de los servicios, se observó que los equipos rurales en su totalidad no tienen ninguna gestión específica, se desarrollan principalmente en diversas áreas de servicio con diferentes distancias entre ellas, tienen estructura de servicio que aún espera mejoras en las bases oficiales y complementarias (peores en las bases complementarias, unidades de salud sin registro), también, en su mayoría no tienen la dispensación de medicamentos o realizan atención de urgencia y emergencia. La colaboración con la comunidad con el fin de participar en la formulación de las políticas públicas es, en parte, vinculada a la característica de comunidad, pero totalmente relacionada con el perfil y entendimiento del equipo en la promoción y en el mantenimiento de las mismas. En cuanto a las prácticas de atención, esa pulverización de las acciones dificulta el seguimiento adecuado de los usuarios, lo que reduce la eficacia de la red de servicios de salud, los equipos rurales son distribuidos sin tener en cuenta las tipificaciones de conceptos rurales, los trabajadores y los usuarios han reportado algunos problemas en relación con el alcance de competencia cultural para el trabajo en las regiones. Las prácticas de salud no oficiales y complementarias son incipientes y la participación de la comunidad en materia de salud en las áreas de las comunidades tradicionales es más llamativa que en las zonas no tradicionales, pero dependen del perfil del equipo y de la gestión.

Descriptores: atención primaria a salud, estrategia de salud familiar, salud rural, participación comunitaria, gestión en salud, salud pública.

Apresentação

A política para atenção à saúde da população rural tem tomado espaço nas discussões no Brasil com a temática da distribuição e fixação de médicos em áreas de difícil provimento. Em nível nacional, o Ministério da Saúde criou o Programa Mais Médicos com a finalidade de prover profissional médico nessas áreas. Anteriormente a isso, criou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta instituída pela Portaria 2.866, de 2 de dezembro de 2011, que inicia um processo de estabelecimento específico de gestão e práticas assistenciais para essas áreas, e, em 2006, instituiu repasses financeiros para áreas de algumas populações tradicionais (quilombolas e assentamentos) com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

De forma independente, em 2010, foi formado um grupo de trabalho (GT) composto por médicos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade que iniciou uma série estudos com produção literária ampla na área de atenção à saúde em comunidades rurais, motivando esta pesquisadora com experiência de cerca de mais de 12 anos de atuação em saúde rural e rururbana (área de transição entre rural e urbano) a levar esse assunto para a pesquisa de doutorado. A produção atual desse GT compreende aspectos específicos da medicina rural, de conceitos de rural e ruralidades, de competência cultural, de atenção à saúde de populações ribeirinhas, quilombolas, confinadas, indígenas, em assentamentos, de tradução de pesquisas direcionadas à educação médica para a prática rural, aspectos de gênero entre os médicos e médicas na prática rural e a prática da saúde na medicina rural[2].

Dos 16 anos que esta autora exerce na medicina de família, 9 foram em atendimento de populações rurais, 3 de populações rururbanas e 4 de populações urbanas, sendo a maior parte em cidade com menos de 30 mil habitantes. Sem experiência importante como gestora – apenas breves passagens –, mas com uma boa bagagem como conselheira de saúde, presidente de conselho municipal de saúde por 4 anos e membro da equipe que organizou o primeiro conselho local de saúde no Vale

---

[2] Site do GT de Medicina Rural: https://sites.google.com/site/gtmedicinarural/home

do Ribeira (em área rural), a autora entende que esse *know how* foi importante para reconhecer a necessidade de uma pesquisa mais elaborada a respeito do trabalho em áreas rurais, bem como a necessidade de gerir e trabalhar na saúde nessas regiões com maior especificidade.

Nesses anos de trabalho, foram inúmeras dificuldades e até perigos enfrentados: nos pneus carecas, na travessia de rios, nas longas caminhadas, na falta de estrutura para atendimento, deitando os pacientes em bancos de igrejas ou de escolas, em salas improvisadas, no convencimento da gestão para levar o máximo possível de acesso – como coleta de exames, medicação, material para atendimento de urgência –, e tantos quanto a equipe em sua necessidade de dar o melhor para a comunidade poderia fazer deram certeza a esta autora de que é mister pensar diferente, agir diferente, gestar diferente a saúde da população rural no Vale do Ribeira.

Na busca da equidade do acesso à saúde no Brasil, torna-se necessário um diagnóstico da atenção à saúde de grupos vulneráveis. A população rural é um desses, seja pela distância geográfica aos locais de atendimento da equipe de saúde, de acesso aos procedimentos e à medicação, seja por sua condição socioeconômica e dependência da agricultura de subsistência em tempos de grandes produtores, seja por sua condição cultural e educacional e transporte público, todos fatores determinantes e condicionantes que motivam e impõem pesquisas e ações.

1 INTRODUÇÃO

O Vale do Ribeira, *locus* desta pesquisa, a partir de 1970, foi campo de estágio dos Departamentos de Medicina Preventiva dos cursos de Medicina das universidades públicas do País e uma das áreas prioritárias na implantação do Programa de Interiorização das Ações da Saúde e Saneamento (PIASS), chamado de DEVALE. Programas como este foram importantes na formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (início dos anos 1980), que teve seu diferencial a partir do perfil dos profissionais que se deslocaram para o Vale. O PIASS pretendia ser um programa de impacto, de alta visibilidade para a população, legitimador do regime do governo militar. Suas principais diretrizes eram a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária (no sentido de contratar atendentes de enfermagem da região para assistência à saúde e atendimentos dos Postos de Atendimento Rurais – PARs) (Escorel et al., 2008).

Essas Unidades Rurais ainda existem, e também alguns desses profissionais atuam nos PARs, cuja maioria integrou o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF). Alguns autores afirmam que a rede de postos rurais e a utilização de pessoal auxiliar garantiram a interiorização das ações de saúde. Contudo, esse modelo de participação comunitária tornou-se campo favorável para ações clientelistas da política local. No Vale do Ribeira, ele teve uma outra face.

Inúmeros estudos foram realizados com o objetivo de avaliar a qualidade das ações da ESF no Brasil e no estado de São Paulo, principalmente com ênfase a programas específicos (Ibanez et al., 2006). Entretanto, os estudos dedicados à população de áreas rurais e à atenção à saúde nessas áreas não são abundantes, um número ainda menor apresenta a visão dos usuários nas áreas rurais de pequenos municípios (Cotta et al., 2005; Gomes et al., 2009; Uchoa et al. 2011).

Esta tese tem como referencial teórico a atenção primária no Mundo e no Brasil, seu histórico e bases conceituais, o histórico da implantação da ESF no Brasil, a tipologia do rural no Mundo e a utilizada no Brasil, conceitos de rural, ruralidades e competência cultural, bem como as políticas públicas de saúde para a população rural brasileira.

Uma matriz descritiva, que foi utilizada tanto para o levantamento bibliográfico como para a pesquisa de campo, também serviu de base para a análise de conteúdo. O levantamento de informações sobre o Vale do Ribeira mostrou o histórico da implantação do PIASS, da escolha e formação dos ACS daquela época, assim como a transição desse programa para o PSF no início dos anos 2000.

Em campo, as informações corroboraram o levantamento histórico da implantação das equipes rurais no Vale do Ribeira, da organização atual dos serviços, das práticas de atenção à saúde – diferenciando-as entre o urbano e o rural –, da existência de práticas não ligadas à equipe, da participação da comunidade na gestão e na equipe de saúde.

Os questionamentos presentes neste trabalho são: Como foi a implantação das equipes rurais e urbanas no Vale? Como estão organizadas as equipes e quais as características das ações de saúde nessas áreas? Quem faz a gestão e como faz? Há práticas de saúde não relacionadas com a equipe de saúde local? Como a população se relaciona com a gestão e com as equipes? Resumindo: **Quais as especificidades da organização, das práticas assistenciais e participação da comunidade na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras no Vale do Ribeira?**

Como resultado da pesquisa de campo, em termos de organização dos serviços, observou-se que as equipes rurais em sua totalidade não possuem gestão específica, em sua maioria se desdobram em vários locais de atendimento com distâncias variadas entre eles, têm estrutura de atendimento ainda aguardando melhorias nas bases oficiais e complementares (pior nas bases complementares), também em sua maioria não possuem dispensação de medicamentos ou realizam atendimentos de urgência e emergência. Em relação às práticas assistenciais, essa pulverização das ações dificulta o seguimento adequado dos usuários, diminuindo a efetividade da rede de serviços de saúde, as equipes rurais são distribuídas sem levar em conta as tipificações de conceitos de rurais, os trabalhadores e usuários relataram poucos problemas em relação ao alcance de competência cultural para o trabalho nas regiões, as práticas de saúde não oficiais e complementares são incipientes e a participação comunitária na saúde

nas áreas das comunidades tradicionais é mais marcante que nas áreas não tradicionais, porém são dependentes do perfil da equipe e da gestão.

Diante dessas informações, quais os aspectos devem ser levados em consideração ao organizar a atenção à saúde e participação da população nesses cenários rurais?

2 Centralidade da Atenção Primária na assistência: conceitos internacionais e evolução no Brasil

> Encarar sistematicamente e de peito aberto o sofrimento humano bruto, sem lapidação ou anteparos, identificar a violência intra e extradomiciliar contra idosos, crianças e mulheres; conviver com questões sociais complexas como o subemprego e o desemprego, a droga adição, a acomodação e dependência das famílias a programas públicos, a falta de perspectiva de vida dos que visitam e assistem diariamente. (Caccia-Brava et al., 2012, p. 65).

Os autores acima foram muito felizes em descrever o processo de trabalho, o atendimento em atenção primária em sua prática no Sistema Único de Saúde (SUS) em uma de suas atuações que na ESF, sendo um trabalho que utiliza tecnologia de alta complexidade e baixa densidade[3], cuja abordagem necessita de uma visão ampliada do conceito de saúde e uma instrumentalização horizontalizada cujo aprofundamento maior se dá no campo das relações e das interações comunitárias (Tanaka, 2011). O objetivo deste capítulo é mostrar a história, conceitos e fundamentos da atenção primária construída internacionalmente e o papel da ESF no Brasil como uma proposta institucionalizada que tem a finalidade de aumentar a cobertura dessa mesma atenção no território nacional com um caráter universal, equânime e de gestão descentralizada e hierarquizada.

Na primeira parte do capítulo, será mostrado o caminho da **Atenção Primária à Saúde**[4] no Mundo, geográfica e historicamente; na segunda parte, a proposta e conceitos básicos da Atenção Primária à Saúde; na terceira parte deste texto, a entrada

---

[3] Entendendo a tecnologia como o conjunto de ferramentas destinadas a instrumentalizar os prestadores de serviço em saúde, a PNAB define a atenção básica no SUS como de utilização de tecnologia de alta complexidade (uma vez que as interações equipe/indivíduo/comunidade são dotadas de grande complexidade, estando expostas na porta de entrada do sistema) e de baixa densidade tecnológica (não havendo necessidade de profissionais de alto nível de expertise direcionada ao uso de instrumentos, equipamentos, etc.).

[4] No Brasil, a Atenção Básica, Atenção Primária e Atenção Primária à Saúde estão postas como sinônimo, muito embora, muitas vezes, sem perceber o contexto conceitual e ideológico; porém, neste trabalho, mesmo que todos esses termos apareçam, levando em conta a necessidade de dar a devida importância aos referenciais de sua base como se demonstrará a frente ao se discutir os atributos da Atenção Primária à Saúde.

do PSF no Brasil nos idos de 1990 até hoje e a discussão sobre sua inserção como institucionalização da atenção primária.

2.1 Atenção Primária no Mundo

A história da atenção à saúde que foi formada a partir da década de 1970; o que se chama hoje de Atenção Primária à Saúde (APS), pode ser internacionalmente constituída a partir do relatório Dawson, na Grã-Bretanha, em 1920. Esse documento distinguia no serviço de saúde três níveis de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola, descrevia as funções de cada um e seu relacionamento como serviço, com a finalidade de responder aos vários níveis de necessidade de serviços para a população (Starfield, 2002).

Com uma visão clara e organizada do sistema, Lord Dawson de Penn, ministro da saúde da Inglaterra, já indicava o que temos hoje como atenção primária, para uma necessidade de um sistema de complexidade crescente e resolutivo. O relatório afirmava que a disponibilidade dos serviços médicos só poderia ser afetada por uma nova e extensa organização e distribuída de acordo com as necessidades da comunidade. Essa organização demandaria de eficiência e custo adequado, devendo ser do interesse público e da profissão médica ter serviços de complexidade crescentes e de forma combinada em uma mesma instituição (integralidade) (Penn, 1920).

Na década de 1960, nos EUA, a comissão Millis (comissão de Cidadãos) considerou os serviços de atenção à saúde como uma oferta de responsabilidade longitudinal, em primeiro contato, independentemente da presença ou ausência de doença, integrando os aspectos biopsicossociais da saúde. Reforçado esse conceito nos anos 1970 pela Academia Americana de Médicos de Família (apud Andrade et al., 2007).

A Declaração de Alma-Ata (1978), na antiga URSS, organizada durante a conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde promovida pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância, definiu a Atenção Primária como fundamentada na assistência sanitária de acesso aos indivíduos e famílias, com sua participação ativa a um custo possível no sistema

nacional de saúde e como parte de um conjunto para o desenvolvimento econômico e social da comunidade. Ela definiu conceitos básicos da Atenção Primária, que eram:

> 1) Refletir as condições sócio, políticas e econômicas do país e das comunidades, 2) Focar os principais problemas de saúde, 3) Incluir a educação, alimentação e nutrição, saneamento básico e água tratada, cuidados à saúde materno-infantil, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e fornecimento de medicamentos essenciais, 4) Ser intersetorial, 5) Requerer e promove a autoconfiança e participação comunitária (ou seja é um processo democrático), 6) A necessidade de ter retaguarda de sistemas de referências integrados, 7) Basear as ações em níveis locais, por profissionais devidamente treinados social e tecnicamente. (Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde., 2001).

Em 1984, na Espanha, o Real Decreto 137 definiu sobre as estruturas básicas de saúde estabelecendo a zona básica de saúde como uma unidade geográfica base, com equipe que atua no centro de saúde e dentro desse território (Andrade et al., 2007).

Em Cuba, no mesmo ano, Cosme Ordónez definiu APS como o conjunto de atividades da atenção médica integral que objetiva alcançar o melhor nível de saúde para o indivíduo e comunidade, aplicando a metodologia científica e uma utilização otimizada dos recursos disponíveis com a participação da comunidade (apud Andrade et al., 2007).

Documentos importantes para a Atenção Primária no Brasil e no Mundo foram escritos a partir de então. Em 1998, Bárbara Starfield publicou o livro *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology* (Starfield, 2002). Em 2005, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) publicou um documento cujo título traduzido para o português é Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas[5].

Tentando definir de forma mais completa a atenção primária, Lago e Cruz reforçaram a necessidade da Atenção Primária em ser o primeiro contato entre pacientes e equipe, sua natureza flexível, a integralidade da atenção sendo de um

[5] Renovação da Atenção Primária de Saúde nas Américas [citado 5 maio 2013]. Disponível em: http://www.uepa.br/portal/downloads/PETSAUDE2012/REF_BIBLIOGRAFICAS/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf

processo contínuo, a importância de haver recursos humanos qualificados, custo sustentável e intersetorial (Lago et al., 2008).

Contribui para a formação do conceito de APS lançado pela Declaração de Alma-Ata a história dos sistemas de saúde de alguns países, sintetizada no quadro a seguir:

Quadro 1 – Atenção à saúde das comunidades no Mundo antes de Alma-Ata

Alemanha	Rudolf Virchow, 1847, investigou uma severa epidemia de Febre Tifoide em uma área rural da Prússia. Seu relatório trouxe recomendações médicas pouco convencionais à época: realização de uma radical reforma econômica, política e social, recomendando fortemente o investimento na qualidade de vida dos habitantes.
Rússia	Em 1864, a Rússia tzarista implementou o projeto *Zemstvo* (Distrito). Tais órgãos de representação podiam deliberar sobre saúde pública, medidas contra a fome, construção de estradas, sistema educacional e cadeias. Em 1872, o *Zemstvo* de Perm criou, pela primeira vez na Rússia, o posto de médico sanitário – responsável pelo desenvolvimento de estudos epidemiológicos.
Inglaterra	A base foi o relatório Dawson citado anteriormente. O serviço de saúde iniciou um processo de regionalização a partir dos Centros de Saúde Primários, cuja ação era executada por meio de médicos generalistas e enfermeiros. Esses Centros de Saúde funcionariam como uma porta de entrada para o restante do sistema de saúde, constituindo parte do Sistema Nacional de Saúde Inglês (National Health System – NHS).
China	A experiência chinesa, sem dúvida, foi a maior proposta de atenção à saúde nas comunidades, anteriormente à Conferência de Alma-Ata, em termos de volume de trabalhadores envolvidos. Iniciada em 1965, entre suas atividades, citam-se a organização da comunidade local, a atenção especial aos anciões, a promoção do desenvolvimento de indústrias caeira, a ajuda às escolas e serviços em geral, a organização do povoamento em torno do meio ambiente, cuidados preventivos e tratamento com uso de ervas medicinais, entre outros. Todas essas atividades envolviam distintos segmentos da população liderados por profissionais designados *médicos descalços* (jovens camponeses de origem humilde indicados pelas comunidades).

continua

Quadro 1 – Atenção à saúde das comunidades no mundo antes de Alma-Ata - conclusão

Canadá	O documento Lalonde, assinado por Marc Lalonde, titular do Ministério Nacional da Saúde e do Bem-Estar Nacional canadense, publicado em 1974, causou impacto ao relativizar a eficácia da medicina e da ciência em geral na manutenção de boas condições de saúde na população canadense. Lalonde apresenta o conceito de Campo de Saúde cujo objetivo foi ampliar a visão corrente de saúde. As ideias contidas nesse relatório foram ampliadas por Jake Epp, ministro que sucedeu Lalonde em 1980; no documento conhecido como Relatório EPP, de 1986, foram incorporados os elementos da Atenção Primária sugeridos pela Conferência de Alma-Ata.
Estados Unidos	Na década de 1960, a guerra contra a pobreza e a medicina comunitária resultou da articulação entre agências governamentais e universidades, difundindo-se também em países da África e América Latina como projetos financiados por fundações filantrópicas. Em 1970, o documento denominado *Relatório Carnegie* declarou a crise da medicina flexneriana e sugeriu medidas visando a sua superação. A concepção de medicina comunitária baseou-se em elementos estruturais que influenciaram fortemente as discussões ocorridas em Alma-Ata.

Fonte: Quadro baseado na dissertação de mestrado de Raphael Augusto Teixeira de Aguiar (Aguiar, 2003).

Os anos 1970 podem ser divididos em duas fases. A primeira, caracterizada pela adoção do modelo focal de medicina comunitária, com serviços básicos estruturados a partir do trabalho de auxiliares voltados para populações pobres em áreas rurais e periferias urbanas. Nessa época, predominaram as ações integradas ao ensino-serviço. Já a segunda foi marcada pelo modelo expansionista, com uma ampliação da saúde comunitária tendo como base as recomendações de organismos internacionais. Municípios como Porto Alegre (RS), Londrina (PR), Montes Claros (MG), Campinas (SP), Nova Iguaçu e Niterói (RJ) e Distrito Federal e região como o Vale do Ribeira (SP) participaram de forma mais ou menos organizada nesse processo (Fausto, 2005).

Na América do Sul, nos anos 1980 e 1990, sob os contextos autoritários e os ajustes macroeconômicos estruturais, adotaram-se modelos de APS seletivos e focais, promovidos por agencias financeiras que propuseram a redução do rol do setor público

e implementação de pacotes mínimos de serviços de saúde dirigidos a grupos específicos. Na primeira década do século XXI, com as mudanças políticas e o desenvolvimento dos países, observou-se um processo de revitalização da APS em sua abordagem integral de acordo com a concepção de Alma-Ata. Buscando então uma construção de sistemas de saúde orientados por uma organização integral e coordenadora dos cuidados, sendo parte de uma rede integrada de serviços, articuladora das ações comunitárias e intersetoriais, incidindo sobre os determinantes sociais (Giovanella et al., 2015; Fausto et al., 2005).

Sentindo o enfraquecimento da atenção primária em nível mundial, a Organização Mundial de Saúde lançou o Relatório Mundial da Saúde 2008, intitulado "Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca", que deu um novo impulso rumo à revitalização da APS. O documento apontava a atenção primária como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, e não mais um programa "pobre para pobre". Reconheceu que a atenção primária integral e de qualidade necessita de mais investimentos e deve ser priorizada, pois representa o modo mais eficiente de aplicação de recursos em saúde. Propôs uma atenção primária centrada na pessoa, respondendo às necessidades de saúde individuais e coletivas, estabelecendo uma relação duradoura e garantindo uma atenção integral e contínua (Giovanella et al., 2012).

No Brasil, a fundamentação do serviço de saúde pública se deu fortemente a partir da Constituição de 1988, definindo três grandes referenciais para o sistema de saúde brasileiro que estava se formando em novos moldes: o conceito ampliado de saúde, a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a instituição do SUS. Apesar de entendê-lo, naquela ocasião, como único e universal, a legislação definiu também que o privado é complementar ao sistema público, levando o País a um *mix* público-privado complexo (Sampaio et al., 2012).

O SUS e a reforma sanitária orientaram uma atenção à saúde nas comunidades com características próprias, construídas a partir de experiências pelo Brasil afora, com movimentos no Ceará, em Porto Alegre, em Minas Gerais e em São Paulo. A organização dos sistemas, partindo do pressuposto da descentralização por meio da municipalização, também influenciou fortemente o modelo que temos atualmente:

essa gestão descentralizada, com seus atuais impasses que retratam as dificuldades da gestão municipal em assegurar uma atenção básica resolutiva e de qualidade e obstáculos para viabilizar o acesso aos usuários, havendo grandes entraves pela ineficiência da gestão dos recursos que não resolvem os problemas de integralidade da atenção. A resposta efetiva a esses problemas depende de uma adequada coordenação do sistema municipal de saúde envolvendo ações de promoção, vigilância e assistência à saúde, com articulação dos sistemas estaduais e nacional (Vasconcelos, Pasche, 2006).

O PSF lançado em 1993 foi instituído pelo então ministro da saúde Henrique Antonio Santillo sob muitas críticas de setores acadêmicos, entre as quais a do renascimento da Medicina Geral e Comunitária como um programa vertical, focado ainda no acesso dos menos favorecidos. No entanto, crescendo de forma gradativa, tem sido a alavanca principal para o avanço da APS e para o retorno de profissionais generalistas, de nível universitário, técnico e básico, de forte vínculo com as famílias e comunidades. Esse programa veio a se tornar o modelo estratégico de ampliação da cobertura da Atenção Primária no País conhecido atualmente como ESF, cujo histórico amplio em capítulo à frente (Viana et al., 1998).

Ainda na década de 1990, outras estratégias que se tornaram prioritárias para a expansão da ESF foram o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) e a incorporação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual ampliou o leque de profissionais em apoio à equipe local, bem como outros programas com objetivo de formar recursos humanos e promover a educação permanente, como o PET-Saúde e Pró-Saúde, assim como a Política Nacional de Saúde bucal (Pereira et al., 2012).

Quanto ao financiamento da atenção básica, permanece tendo foco nos diversos novos incentivos financeiros atrelados à adesão de programas por estados e municípios, do tipo Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pago por agente comunitário, da ESF pago por equipe, da Equipe se Saúde Bucal (ESB) pago por equipe, NASF pago por equipe, e atualmente o Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que é pago por equipe (por livre adesão) e depende do alcance de critérios.

No que diz respeito à participação social nesse cenário, em âmbito nacional, é possível afirmar que foi compartilhada por diferentes atores, havendo destaque para as Comissões Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde.

Diante desse escopo histórico e oportuno para a compreensão dos caminhos da Atenção Primária no Mundo e no Brasil, incluo no próximo capítulo as bases conceituais da APS.

2.2 Bases Conceituais da Atenção Primária

A APS possui conceitos-chave para o enfrentamento da situação sanitária mundial com uma ênfase principal nos processos preventivos. De modo geral, podemos mesclar os diversos fundamentos que alguns autores assumem para essa forma de dar resposta às necessidades de saúde da população (Ibanez et al., 2006):

Participação comunitária. Reconhecida como a intervenção ativa da comunidade na solução de seus problemas e necessidades sanitárias sob a coordenação da equipe de saúde, o que significa que a população contribui para determinar suas próprias dificuldades e priorizá-las, com responsabilidade e autoridade definidas, na realização de ações e na tomada de decisões; bem como sendo parte integrante da supervisão, avaliação e controle dos recursos e programas de saúde (Lago et al.; Caccia-Brava et al., 2012).

Intersetorialidade. Pressupõe uma visão de dependência mútua entre os fatores determinantes e condicionantes da saúde. A intervenção intersetorial requer um trabalho amplo e articulado (Lago et al., 2008; Caccia-Brava et al., 2008; Caccia-Brava et al., 2008; Starfield, 2012).

Hierarquização. Organização da APS articulada aos demais níveis de atenção, condição *sine qua non* para o funcionamento de todo o sistema de saúde (Caccia-Brava et al., 2012; Starfield, 2002).

Tecnologia apropriada e resolubilidade. É aquela que contribui em maior medida para a realização dos objetivos socioeconômicos e ambientais em desenvolvimento, estando de acordo com as condições e com os requerimentos do meio ambiente onde será utilizada, fazendo uso adequado e de maneira racional dos

recursos de que dispõe cada região, adaptando-se localmente, interpretando e enriquecendo as tecnologias autóctones (Lago et al., 2008).

Entre os elementos para avaliar essa apropriação, destacam-se os seguintes:

- conduz a uma elevada qualidade de vida e propicia o desenvolvimento com um uso racional de recursos;
- interpreta, racionaliza, incorpora e enriquece as tecnologias autóctones;
- tem um consumo de energia sustentável, usa racionalmente os recursos renováveis e emprega materiais locais e regionais;
- estimula a confiança e as capacidades criativas das populações e tem os elementos da cultura na qual está inserida;
- resolve problemas próprios e contribui com a independência (Lago et al., 2008).

Integralidade e longitudinalidade. A integralidade pressupõe o atendimento do homem como um ser complexo. Compreende aqui o conceito de clínica ampliada uma vez que sua hermenêutica deve ser levada em conta. Exige mais do que um somatório de especialidades focais, compreende o entendimento e ação da pessoa sobre seu processo de adoecimento.

A longitudinalidade se refere ao atendimento contínuo, ao longo do tempo, com o maior vínculo temporal com os profissionais.

Segundo Starfield, a atenção médica de qualidade não está limitada ao cuidado da enfermidade, mas precisa considerar o contexto do paciente e do seu adoecimento, bem como sua relação ao longo do tempo. O profissional da atenção primária deve ser capaz de compreender e agir nessa relação (Starfield, 2002).

Coordenação do cuidado. Imprescindível para o bom resultado de uma atenção à saúde de qualidade, deriva a coordenação à sua base de cuidados. A atenção primária precisa ser a coordenadora, quem encaminha e acompanha inclusive esse processo (Starfield, 2002; Caccia-Brava et al., 2012).

Acessibilidade, Porta de entrada. Não somente na questão de horários adequados, mas também locais adequados, vínculo e referência para a comunidade (Starfield, 2002).

Adscrição de clientela. Trata-se de um território definido não só geograficamente, mas também o território processo onde se descortinam os mais diversos cenários, onde atuam os mais diversos atores, onde se encontram os recursos, as dificuldades, as capacidades e as vulnerabilidades dos grupos presentes (Caccia-Brava et al., 2012). Nesse aspecto, há que se ter também uma flexibilidade estrutural, a fim de não permitir que a perda de vínculo com determinados serviços por parte do usuário o prejudique.

Habilidades relacionais e processo de trabalho em equipe. Esse conceito inclui a responsabilidade da equipe e da família onde o processo de cuidado ocorre. Para que isso aconteça, é fundamental uma perspectiva de humanização do acolhimento e do contato, da capacidade de ouvir e compreender as necessidades do paciente, família e comunidade, e a corresponsabilização da família e do indivíduo sobre seu próprio processo saúde/doença terminando com esse ciclo de cuidado unidirecional no qual o profissional de saúde, dotado de poder superior, institui no dia a dia daquele a melhor forma de promoção e restauração da saúde.

As parcerias múltiplas entre pacientes e grupos familiares, membros da equipe de saúde e famílias, entre os diferentes membros da equipe, entre as equipes e outras equipes, entre as equipes e equipes de outros setores mostram a gama de relações que deve haver para o desempenho da atenção primária com qualidade e sustentabilidade, sendo um processo constante de aprendizagem e de construção solidária (Caccia-Brava et al., 2012).

Na sequência, encontra-se um quadro que estabelece, em termos práticos, algumas perguntas norteadoras para avaliação desses atributos.

Quadro 2 – Atributos da atenção primária à saúde

Atributos da APS	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Primeiro Contato	• Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. • Porta de entrada preferencial do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados.	• A equipe de APS é acessível aos usuários na maior parte do tempo? • As famílias percebem que têm acesso à atenção primária adequada? • Exige-se encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada? • A unidade básica de saúde é o serviço de procura regular das famílias?
Longitudinalidade	• Assunção de responsabilidade longitudinal pelo usuário com continuidade da relação equipe/usuário ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença.	• Exige-se o cadastramento/registro de pacientes a um profissional/equipe/serviço? • As famílias são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo? • Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais das equipes de APS? • Meu médico me vê para rotinas preventivas?
Integralidade	• Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânico, psíquico e social da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. • Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias, resolvendo a grande maioria das demandas ou por meio de encaminhamento, quando necessário.	• A equipe de saúde é capaz de reconhecer os problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade? • Qual a abrangência do leque de serviços ofertados? • Os pacientes são referidos para o especialista quando apropriado? • Meu médico cuida da maioria de meus problemas de saúde? continua

Quadro 2 – Atributos da atenção primária à saúde. continuação

Atributos da APS	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Coordenação	• Coordenação das diversas ações e serviços para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.	• Se vários médicos estão envolvidos em meu tratamento, meu médico de APS o organiza? • Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante? • Existem diretrizes formais (protocolos) para transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas? São utilizadas na prática? • Há mecanismos de integração da rede? A contrarreferência ocorre?
Orientação para a comunidade	• Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive. • Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade. • Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.	• A equipe conhece os problemas da comunidade? • A equipe realiza diagnóstico de saúde da comunidade? • A equipe trabalha com outras organizações para realizar ações intersetoriais? • Representantes da comunidade participam do conselho da unidade de saúde?

continua

Quadro 2 – Atributos da atenção primária à saúde. conclusão

Atributos da APS	Definição	Perguntas norteadoras para avaliação do atributo
Centralidade na família	• Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. • Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde.	• Os prontuários são organizados por famílias? • Durante a consulta, os profissionais perdem informações sobre a saúde de outros membros da família? • Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre as condições socioeconômicas de família? • Os profissionais conhecem os membros da família?
Competência cultural	• Reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.	• A equipe reconhece necessidades culturais especiais? • A população percebe suas necessidades culturais específicas como sendo atendidas? • Os usuários entendem as orientações da equipe?

Fonte: Elaborado com base em Starfield, 2002; Almeida & Macinko, 2006. In: Giovanella et al., 2012, p. 505-506.

Como característica fundamental da APS integral e que a diferencia de outras concepções, tem-se a apropriação do conceito de saúde como inseparável do desenvolvimento econômico e social, implicando uma atuação dirigida para a comunidade no enfrentamento dos determinantes sociais e do estímulo à participação social (Giovanella et al., 2012).

Estabelecidas então as bases de atuação da Atenção Primária, na sequência, expõe-se a relação da ESF com esse contexto no cenário brasileiro

2.3 Estratégia de Saúde da Família: histórico e estudos sobre sua implantação e sua articulação com a Rede de Atenção à Saúde

O PSF surgiu no Brasil nos anos 1990, após algumas aproximações comunitárias realizadas, por exemplo, quando algumas regiões rurais do Brasil se tornaram campo para estágio dos Departamentos de Medicina Preventiva dos cursos de Medicina das universidades públicas do País nos anos 1970, e na implantação do PIASS. Programas como o DEVALE foram importantes na formação de ACS e tiveram seu diferencial a partir do perfil dos profissionais que se deslocaram para o Vale. O PIASS pretendia ser um programa de impacto, de alta visibilidade para a população, legitimador do regime do governo militar. Suas principais diretrizes eram a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária (no sentido de contratar atendentes de enfermagem da região para assistência à saúde e atendimentos dos PARs). Estas Unidades Rurais ainda existem, e também alguns desses profissionais atuam nos PARs, cuja maioria integrou o PSF, hoje ESF. Segundo Escorel, a rede de postos rurais e a utilização de pessoal auxiliar garantiam a interiorização das ações de saúde. Todavia, esse modelo de participação comunitária tornou-se campo favorável para ações clientelistas da política local (Escorel et al., 2008; Viana et al., 1998). No Vale do Ribeira, ele teve uma outra face (Silva et al., 1986).

Os anos iniciais da década de 1970 foram importantes para o Vale do Ribeira no que tange à organização da saúde pública e das práticas assistenciais. O Departamento de Medicina Preventiva da USP, sob a orientação do Prof. Guilherme Rodrigues da Silva, iniciou suas atividades nessa região com o objetivo de estabelecer uma área de

pesquisa, de docência e prestação de serviços em zona rural. Segundo Silva, Gonçalves e Goldbaum, foi a partir dessas iniciativas e dos recursos humanos que se fixaram na região que surgiu o Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural – Vale do Ribeira (Projeto DEVALE). Este projeto possuía uma ênfase especial dada à participação das comunidades assistidas e ao esforço de exercer uma atividade crítica permanente e contemporânea com todas as fases do Projeto (Silva et al., 1986).

Foto cedida pela DRS XII

Foto 1 – Treinamento Agentes Comunitários de Saúde – Vale do Ribeira – 1988

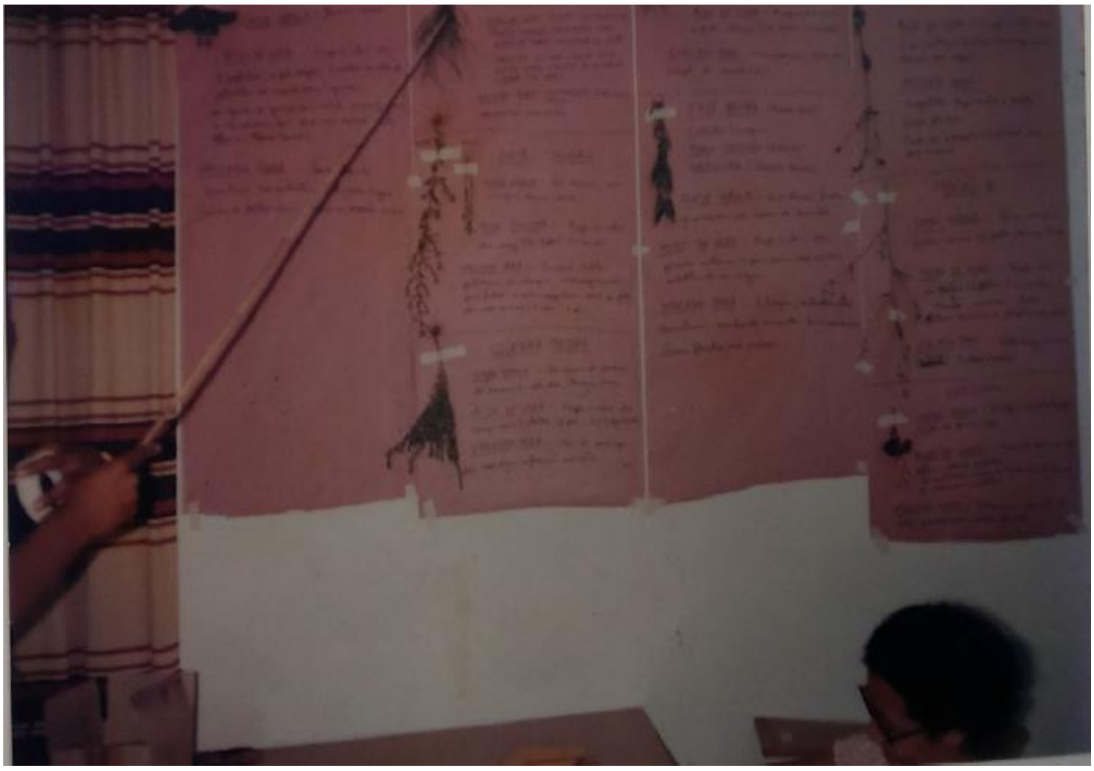


Foto cedida pela DRS XII

Foto 2 – Treinamento Agentes Comunitários de Saúde – Vale do Ribeira – 1988 – Fitoterapia

Em 1991, o Ministério da Saúde formulou o PACS, sendo este o pontapé inicial. Esse programa tinha a finalidade de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, com territórios de escolha na região Norte e Nordeste. O Vale do Ribeira também foi escolhido, pois já havia Agentes de Saúde, treinados e com atuação, seguindo esse modelo.

De início, o agente comunitário era recrutado no próprio bairro. O argumento para esse tipo de recrutamento era o interesse em trazer para dentro do sistema público de saúde alguém que poderia fazer uma leitura mais representativa das necessidades das demandas de seu bairro ou de sua comunidade, constituindo-se como mobilizador e também com caráter educativo (Schmidt et al., 2010; Dalmaso et al., 2011).

Segundo Rosa e Labate, esse movimento com “olhar a família” possuiu origens em sistemas como o canadense, o cubano, o sueco e o inglês, sendo referência para a formulação do programa brasileiro. Para o Ministério da Saúde, o PSF seria uma

estratégia que visava atender indivíduos e a família de forma integral e contínua; desenvolveria ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como objetivo reorganizar a prática assistencial, anteriormente centrada no hospital e no profissional médico, passando a focalizar a família em seu ambiente físico e social com uma equipe multiprofissional (Rosa et al., 2005; Santana et al., 2001).

Em 1994, inicialmente voltado para áreas de maior risco social, como a implantação do PIASS, o PSF foi, aos poucos, adquirindo centralidade na agenda do governo. O Programa foi incentivado pela norma operacional básica do SUS de 1996, a NOB 01/96; a partir dela, a atenção básica em saúde assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção, sendo composta por ações de caráter individual e coletiva, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, apontando para a incorporação de novas tecnologias e novos métodos de planejamento e avaliação (Giovanella et al., 2009).

A NOB 01/96 também se constituiu em uma transferência em base *per capita* para cobertura de atenção básica pelos municípios, definindo-se um valor por habitante ano. Esse é o chamado Piso de Atenção Básica (PAB) fixo que deve ir para os Fundos Municipais de Saúde (repasse fundo a fundo). O PAB variável é outra forma de transferência de fundo, sendo composto por incentivos financeiros para a adoção dos programas estratégicos, como, por exemplo: PSF/PACS, saúde bucal, assistência farmacêutica, combate às carências nutricionais, combate a endemias e vigilância sanitária. Esses recursos dependem da adoção desses programas pelo município.

Mudando posteriormente para uma proposta de estratégia (1997), e não de um programa, em termos ideais, a ESF, como modelo de assistência de escolha como Atenção Primária, tem seus mesmos pressupostos básicos como os descritos anteriormente. Para o ministério da saúde, a ESF é uma estratégia de atenção ao indivíduo e à família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. As equipes, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde nas comunidades, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (Brasil, 2001).

Em 2006, a PNAB ampliou o escopo da atenção básica e reafirmou a estratégia como prioritária e como modelo de escolha para a organização da atenção básica; teoricamente, como primeiro ponto de contato (porta de entrada), como coordenador de uma rede de serviços e efetivador da integralidade do cuidado nas suas diversas dimensões (Giovanella et al., 2009).

Ao ser criada, as comunidades-alvo para as primeiras instalações eram os grupos mais vulneráveis, incluindo as áreas rurais. Sendo assim, a atenção primária tem sido associada a uma assistência de baixo custo, pois é um de serviço de baixa tecnologia, exigindo poucos equipamentos e possuindo uma complexidade particularmente alta.

Alguns autores têm discutido a implantação e a operacionalização da Estratégia levantando alguns pontos importantes que destaco na sequência. Ao que parece, ao avaliar esses estudos, os conceitos e estratégias têm alguns pontos falhos, porém os maiores obstáculos são os processos que tangenciam a sua operacionalização, desde a formação e educação permanente de recursos humanos (da gestão à assistência), da implantação, do processo estratégico de trabalho, dos recursos materiais e insumos, da retaguarda para atenção de urgência e emergência, do sistema de referência e contrarreferência, entre outros (Schmidt et al., 2010; Cohn et al., 2006; Escorel et al., 2008a).

Assim, no atendimento às famílias, a atenção é dirigida aos programas preestabelecidos, como a amamentação, hipertensão arterial, diabetes mellitus, pré-natal, puericultura. Se por um lado a padronização facilita a expansão do programa, por outro, simplifica e empobrece o seu alcance por não considerar as manifestações locais dos problemas da saúde e por não trabalhar com elas. As tarefas preestabelecidas terminam por não ter o impacto na mudança da qualidade de vida e humanização da assistência que tem sido relacionada apenas com o atendimento domiciliar. Assim, o enfoque família/comunidade ficou descaracterizado (Rosa et al., 2005).

Outro ponto que Rosa e Labate levantam é que, na compulsoriedade das visitas, terminam por deixarem de ser estratégicas e ainda podem significar excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando seu grau de privacidade liberdade (Rosa et al., 2005).

Há uma série de itens que precisam ser avaliados sobre a institucionalização da ESF como modelo para atenção primária no Brasil. Na sequência, cito alguns:

1. Implantação das Equipes de Saúde da Família, processo de seleção e provimento de recursos humanos; fixação de recursos humanos;
2. Treinamento e educação continuada de recursos humanos;
3. Acessibilidade na APS que deve tocar no tamanho da comunidade adscrita às equipes;
4. Estrutura física das Unidades de Atendimento e condições de trabalho das equipes;
5. Relação com os serviços de urgência emergência e dos serviços de atenção secundária e terciária;
6. A organização das Redes de Atenção à saúde, fluxos de atenção;
7. Políticas intersetoriais para enfrentamento dos determinantes;
8. A participação da comunidade no planejamento e fiscalização de ações de saúde.

Sendo então a ESF assumida como a modalidade de escolha para a execução da Atenção Primária no Brasil, muito caminho já foi percorrido, com raízes nos anos 1970 e grande expansão a partir do financiamento especial para os municípios que decidiram por aderir ao programa. Os resultados positivos dessa implantação têm sido mostrados por meio de muitos estudos, mas o sucesso dessa implementação vai necessitar de uma política adequada de recursos humanos; de equipamentos, insumos e estrutura física; de trabalho em rede e transdisciplinar; de planejamento estratégico. Enfim, ainda há muito a fazer rumo a uma atenção à saúde que atenda às necessidades deste país emergente (Giovanella et al., 2009; Andrade et al., 2007; Gomes et al., 2009; Rosa et al., 2005; Uchoa et al., 2011).

Hoje (dezembro de 2015) são 5.463 municípios com Equipes da ESF implantadas, um total de 40.162 equipes com uma estimativa de população coberta de 123.605.306 pessoas; em 2010, esse número era de 31.660 equipes; em 2005, de

24.564; e em 2000, de 8.503[6]. Um salto em termos absolutos de número de equipe e cobertura, todavia, as experiências revelam grande diversidade de modelos assistenciais e grandes disparidades tanto inter como intrarregionais. Este estudo mostrará quem nem sempre uma boa cobertura refletirá em qualidade da assistência (Giovanella et al., 2009).

No âmbito gerencial, durante o processo de municipalização, houve uma retirada das secretarias estaduais como protagonistas na prestação de serviços, ficando no "limbo", havendo inclusive um esvaziamento político e técnico da Secretaria Estadual de Saúde. A centralização realizada pela federação contribuiu então para o enfraquecimento da capacidade política do estado, havendo uma desarticulação e descoordenação dos sistemas estaduais e das redes de atenção à saúde, e, particularmente na atenção básica, ocorreu um aprofundamento dessa fragilização. A partir de 2003, a formação das "redes de atenção à saúde" iniciou um resgate da importância dos estados nos municípios, e, em 2009, formou-se um grupo de servidores estaduais que atuariam nestes para facilitar o processo de "enredamento" (Andrade et al., 2011; Mendes, 2015).

A crítica ao modelo piramidal feito por Cecílio também é pertinente à realidade que se encontra hoje a atenção primária municipal – este já não cabe mais, muito embora tenha sido útil e importante para a construção da atenção primária principalmente no que tange ao seu atributo de universalização. No entanto, esse modelo fracassou, e o autor aponta alguns motivos para isso ter ocorrido: a falta da rede básica como porta de entrada mais importante para o sistema de saúde, a distorção do atendimento das portas de urgência e a confusão entre o ambulatorial e o hospitalar, a falta da atuação do setor privado como complementar passando a ser a contratação de escolha (Cecílio, 1997).

A articulação municipal com o sistema regional de saúde e o estadual, dessa forma, tem se dado por intermédio dos articuladores de atenção básica, cuja função é

---

[6] MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DABTeto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Unidade Geográfica: Brasil Competência: dezembro de 2015 [citado 8 fev. 2016]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.

apoiar o plano de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito local e regional, assessorar o desenvolvimento de ações e propostas de melhoria da qualidade da atenção básica nos municípios e desenvolver ações de monitoramento e avalição da atenção básica em colaboração com os municípios[7]. Esse profissional, que conhece profundamente a região onde trabalha, suas características, suas complexidades, tem como objeto de trabalho o reconhecimento das prioridades de saúde locais e dos obstáculos para a melhoria da atenção à saúde, construindo conjuntamente com o município as estratégias para enfrentar os problemas que foram identificados; é o elo de contato entre a regional de saúde e a secretaria estadual de saúde e os municípios (Andrade et al., 2011).

Não há dúvidas de que a integração, a coordenação e continuidade do cuidado são processos inter-relacionados que refletem em seu objetivo final a integralidade da saúde naquela determinada região. No Vale do Ribeira, a movimentação para o desenho da Rede de Atenção à Saúde começou em 2010, sendo uma região com características diferenciadas, como o baixo volume populacional, poucos serviços de atenção secundária e terciária e pouco recurso. A organização da Rede se deu mais por imposição do que no fluxo que já existia dessa região para as mais especializadas, uma vez que sempre houve fluxo de pacientes para a capital de São Paulo ainda em maior número do que para a Baixada Santista. No entanto, a decisão para que a Rede fosse formada com a Baixada Santista foi tomada, sendo formada então a Rede de Atenção à Saúde 7 (RAS 7), integrando Santos, Peruíbe, São Vicente, Itanhaém e Cubatão aos 15 municípios da DRS XII. O que, até o momento, não refletiu em mudança do fluxo de pacientes para a região da Baixada Santista, muito menos na efetivação da Atenção Primária como coordenadora do cuidado.

O estudo realizado por Giovanella buscou identificar e examinar a implementação de instrumentos de integração e dos processos de trabalho dos profissionais de porta de entrada de quatro grandes municípios: Belo Horizonte, Vitória, Aracaju e Florianópolis. Apontou o estudo que a baixa participação em atividades intersetoriais era reconhecida pelas equipes como problema, destacando

---

[7] [citado 1 nov. 2015]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/programa-articuladores-de-atencao-basica/articuladores-da-atencao-basica.

(como já citado anteriormente) a grande heterogeneidade de modelos de atenção básica implementados nos municípios brasileiros. No quesito Porta de Entrada, a ESF tem tido um bom desempenho, e apontou que a constituição de fóruns para discussão entre a atenção básica e especializada, a telemedicina e o apoio matricial são estratégias para superar a distância entre os gerentes e os profissionais dos níveis básicos e secundários e a fragmentação da rede (Giovanella et al., 2009).

A Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, instituiu a nova PNAB, que trouxe algumas inovações ao processo de trabalho dentro da equipe, como: a flexibilização da carga horária semanal do médico de família e comunidade permitindo equipes parametrizadas; criou uma série de incentivos para o trabalho em municípios com dificuldade de atração ou retenção de médicos; reforçou a implementação do PMAQ-AB, trazendo critérios para avaliações internas e externas das equipes; a implantação dos NASF, das equipes de saúde da família ribeirinhas e unidades de saúde fluviais; a presença do profissional de saúde bucal e a regulamentação dos Consultórios na Rua e o Programa Saúde na Escola (Fontenelle, 2012; Brasil, 2011).

Concluindo, a ESF foi, quando PSF, organizada a partir dos Programas de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento e das Normas e Políticas Nacionais de Atenção Básica, e é atualmente o melhor modelo para a organização da atenção básica. O trabalho transdisciplinar e a inserção dentro da comunidade são fatores determinantes para essa afirmação, tendo como fatores condicionantes o perfil do profissional, a gestão preparada, a estrutura para o trabalho e a intersetorialidade. Todos esses fatores darão o tom para que haja qualidade da atenção

3 Saúde Rural: conceitos, trajetória e políticas atuais

Para a formação de conceitos para este trabalho, iniciamos a discussão com as questões dos conceitos ligados à ruralidade. Há um grupo internacional ligado à Organização Mundial de Medicina de Família (WONCA), Wonca Working Party on Rural Practice[8], bem como o grupo brasileiro oficialmente organizado em junho de 2011 chamado GT de Medicina Rural[9] da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), cujos objetivos são:

- Tratar das questões de interiorização da Medicina de Família e Comunidade.
- Estimular o uso de tecnologias apropriadas para superar barreiras geográficas.
- Estimular a produção de conhecimentos sobre a Medicina Rural.
- Criar uma rede colaborativa de saúde rural inter-regional.
- Fomentar, nas Instituições de Ensino Superior, a inserção da saúde rural nos currículos de graduação.
- Estabelecer parcerias com Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional, Especialização, Mestrado e Doutorado de instituições que possibilitem o desenvolvimento da saúde rural no Brasil.
- Fomentar os processos de desenvolvimento profissional continuado específico para profissionais que trabalhem em área considerada rural.
- Estimular a troca de experiências nacionais e internacionais sobre a saúde rural.
- Estabelecer parcerias, de forma interdisciplinar e intersetorial, com grupos ou entidades para promover a atenção à saúde nas comunidades rurais.

---

[8] [citado 28 maio 2012]. Disponível em: http://www.globalfamilydoctor.com/aboutWonca/working_groups/rural_training/wonca-ruralpractice.asp?refurl=wg.

[9] [citado 28 maio 2012]. Disponível em: https://sites.google.com/site/gtmedicinarural/home.

- Desenvolver estratégias para o recrutamento, a contratação e a fixação de médicos rurais no Brasil (Ando et al., 2011).

A produção acadêmica do grupo de medicina rural será muito utilizada nesta pesquisa quando visa caracterizar a comunidade, a gestão de saúde local, as especificidades do cuidado à saúde e a instrumentalidade dos profissionais que nela atuam. Ando, em seu capítulo sobre população ribeirinha, relaciona uma série de peculiaridades, além da estrutura do trabalho, com essa comunidade e as competências necessárias para o atendimento à saúde dessa população (Ando, 2011). Lima aponta aspectos específicos da atenção e gestão da saúde com populações quilombolas (Lima, 2011). Silva realizou levantamento sobre a atenção à saúde em comunidades de assentamentos (Silva et al., 2006). Targa publicou capítulo do Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF) sobre os conceitos de rural e ruralidades e elaborou o capítulo sobre medicina rural no Tratado de Medicina de Família (Targa, 2011; Targa, 2012).

No município de Gramado, no XII Congresso Mundial de Saúde Rural da WONCA, o grupo reunido publicou a Declaração de Gramado pela saúde rural dos países em desenvolvimento conceituando *Rural Proofing* que implica o pensar no rural, "consultar as comunidades rurais com a revisão de evidências rurais, desenvolver soluções rurais que são postas em prática, assim como monitorar, reavaliando continuamente e agindo em resposta a um ambiente em mudança. *Rural Proofing* deve ser centrado na pessoa e derivado por meio da lente do conhecimento contextualizado rural" (Targa, et al., 2014). Ainda na Declaração de Gramado, coloca-se a importância dos conceitos de transição – como do rururbano – e a necessidade de não ter rigidez nas definições de rural, conforme segue.

A necessidade de discussão das particularidades da saúde rural e da prática profissional é essencial. No entanto, a busca excessiva de definições muito estritas pode não ser útil para a implementação de políticas que realmente impactem a saúde dessas populações. Categorias intermediárias geradas pelo conceito de rururbano são fundamentais para estimular o intercâmbio de conhecimentos de medicina rural diante da enorme complexidade das situações sociais contemporâneas. Entende-se aqui rururbano como "um processo de desenvolvimento socioeconômico que combina, em

termos de forma e conteúdo, uma única vivência regional e nacional. Ela representa uma rejeição à absoluta urbanização e, ao mesmo tempo, à idealização de camponeses vivendo arcaicamente em espaço rurais" (apud Targa et al., 2014). O conceito também é utilizado para discutir a complexidade da definição de rural/urbano na legislação brasileira por outros autores ao constatar-se que quase 15% da população nacional não se encaixa claramente em nenhuma das categorias isoladamente. Esses conceitos serão discutidos no próximo capítulo. Contudo, é importante deixar claro aqui que o Grupo não se preocupa apenas em estudar a assistência à saúde de populações rurais, mas também de comunidades tradicionais mesmo que essas não estejam em áreas rurais, como algumas populações ciganas, ou populações fluviais; há uma diversidade de populações e cenários complexos para os quais há a necessidade de constituir políticas públicas direcionadas a elas.

De modo geral, o conceito de medicina rural vai além da Medicina de Família Rural; em alguns países, as sociedades de medicina rural são separadas da Medicina de Família. No Canadá, a medicina rural inclui a medicina de família e outras especialidades que visam aumentar a resolutividade da medicina em áreas de difícil acesso: há grupos de medicina rural que trabalham com saúde rural, mas não pertencem à Sociedade Canadense de Medicina de Família. Em alguns países, o trabalho em medicina rural inclui fazer partos, cirurgias e atenção hospitalar mais do que focado na comunidade. Todavia, em termos acadêmicos, não há uma fonte de pesquisa que caracterize melhor essas diferenças.

Segundo a WONCA, médicos de família rurais ofertam uma maior gama de serviços e carregam um maior nível de responsabilidade clínica, atuando em relativo isolamento profissional quando comparado com seus congêneres metropolitanos. Prática em áreas rurais, onde especialistas e serviços especializados são limitados ou distantes, requerem educação médica específica orientada para o meio rural para produzir um número suficiente de médicos e outros profissionais de saúde com formação adequada (WONCA; World Organization of family Doctors, 1995).

A prática da saúde na ESF no Brasil parece apontar para o mesmo caminho: o objetivo do grupo de trabalho em medicina de família rural é construir esse arcabouço teórico específico na medicina de família rural e na atenção à saúde da família e

comunidade em meio rural igualmente. O que parece comum nas necessidades da medicina rural é que, ao que parece, vem como força a necessidade de ser mais resolutiva e armada em procedimentos do que a medicina urbana, uma vez que as disponibilidades para referências são mais escassas. De qualquer forma, o foco do nosso estudo é a ação da Equipe de Saúde da Família, e não somente do médico de família, muito embora seja fundamental a sua inserção na comunidade como ator social e como facilitador do processo de cogestão do usuário nas políticas públicas locais.

Para efeito deste estudo, para a realização do trabalho de campo, foram consideradas equipes rurais as denominadas como tal pelo gestor municipal, e feitas as discussões nas argumentações posteriores.

3.1 Conceitos de rural, ruralidades e competência cultural

A questão neste subcapítulo é responder à pergunta, o que é rural? Uma vez que essa definição é diferente inclusive de município para município, essa divergência transforma o Brasil em um país "urbanizado", enquanto no entender de geógrafos e sociólogos é importante trazer uma melhor conceituação e mensuração para áreas rurais que respeitem os aspectos específicos nacionais e regionais. Infelizmente, há grande associação do rural com abandono e falta de condições econômico/sociais: a condição de "urbana" confere à população um sentimento de valor e progresso, enquanto em outros países, as regiões rurais não se encontram fatalmente associadas ao abandono. Essa discussão é de vital importância para a postulação de políticas públicas estratégicas para essas áreas, compondo cenários organizacionais e humanos, muito embora seria vão o trabalho de escolher a melhor definição do rural entre as existentes. Não se pretende esgotar o assunto aqui, mas utilizar os questionamentos e definições, a fim de mostrar como esses conceitos são importantes quando se constrói a política pública de saúde para essas áreas (Abramovay, 2000; Miranda et al., 2013).

Algumas formas de conceituar "rural" geram distorções, como vêm sendo apontadas por alguns autores, como, por exemplo, classificar como área urbana as sedes de municípios muito pequenas, algumas com população inferior a 2 mil habitantes, o que seria ainda pior no caso de algumas sedes distritais. Tal distorção nos

levaria a chamar de cidade o que na realidade seriam aldeias, povoados e vilas, resultando em uma superestimação de nosso grau de urbanização, herança do pensamento de que o urbano é mais evoluído que o rural como referido anteriormente (Veiga, 2002; Marques, 2002).

Sendo assim, para iniciar essa tarefa, as primeiras discussões giraram em torno dos conceitos de rural e ruralização. O site do DATALUTA e o IICA possuem estudos, dissertações e teses que giram em torno do conceito de rural e indicam uma excelente bibliografia de apoio[10].

Historicamente, nos anos 1970, esperava-se que a concepção do rural seria superado pela urbanização e que com o desenvolvimento humano ele desapareceria; na década de 1990, já se falava-se da persistência do rural interpretada como um renascimento dessas áreas, reforçada pelas mudanças do papel do rural que ao final do século XX modificaram o cenário mundial (Kayser, 1990; Busquet, 2012-2013).

Já no século XXI, no seu início, o tema da ruralidade veio à tona com uma nova tônica e importância crescentes na agenda internacional, com o impulso de organizações da sociedade civil e gestores governamentais, e fortalecida pela necessidade de se caracterizar de forma mais precisa e coerente o papel, a realidade e a dinâmica dessas regiões rurais, deixando claro que novas teorias deveriam superar aquelas definições do rural apenas como oposição ao urbano e como residual delas. Alguns enfoques mais tradicionais associam ainda o meio rural à presença exclusiva da agricultura e de sua centralidade na definição das dinâmicas sociais, econômicas e culturais. Considerando o rural como resíduo, o urbano passa a ser o *locus* central das ações dos Estados e da sociedade em geral, trazendo implicações importantes para o desenvolvimento socioeconômico e ambiental das regiões rurais, normalmente ficando à margem das políticas e dos projetos em desenvolvimento (Bezerra et al., 2013; Delgado et al., 2013).

> A luta pela terra faz com que a sociedade seja literalmente reinventada, recriando o rural e resgatando “dimensões esquecidas”. Nela o campo ressurge como um espaço emancipatório, como território fecundo de

[10] [citado 6 jun. 2015]. Disponível em: http://revista.fct.unesp.br/index.php/nera
[citado 6 jun. 2015]. Disponível em: http://www.iicabr.iica.org.br/publicacoes-busca

> construção da democracia e da solidariedade, ao transformar-se no lugar não apenas das lutas pelo direito à terra, mas também pelo direito à educação, à saúde, à organização da produção, pela soberania alimentar, pela preservação das águas, entre outros. A redescoberta se vincula em parte à crescente consciência das populações camponesas a respeito de sua identidade, seus direitos, e seu papel na sociedade. (Marschner, 2011, p. 2).

Ferranti e colaboradores demonstraram como diferentes metodologias de ruralidade podem resultar em diferentes magnitudes do meio rural. Comparando as estatísticas oficiais dos países, densidade demográfica e distância dos centros urbanos, bem como analisando a participação do rural nas economias, os autores mostraram que as estatísticas oficiais tendem a subestimar o tamanho do meio rural, passando de 42% para 24% nas estatísticas oficiais (Ferranti et al., 2005).

As estimativas resultantes fornecem uma definição consistente de ruralidade: baseadas em critérios analíticos, sugerem que a população rural é cerca do dobro daquela baseada em critérios oficiais. As diferenças, entretanto, variam significativamente em cada país. Em alguns dos menores países (tais como República Dominicana, El Salvador, Guatemala e Trinidad e Tobago), as estatísticas oficiais podem exagerar o tamanho do setor comparado à aplicação dos critérios da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Na maioria dos outros países, a estatística oficial claramente subestima o tamanho do setor rural; isso é especialmente notável em países como Argentina, Brasil, Chile, Uruguai e Venezuela. Será então importante harmonizar os métodos de categorização nos censos populacionais e dos *Surveys* por toda América latina, usando definições mais economicamente significativas (Ferranti et al., 2005).

Sendo assim, a definição do que é rural varia enormemente de país para país, o que gera dificuldade em fazer comparações. No Canadá, por exemplo, define-se atualmente como população rural os habitantes de áreas censitárias que não sejam regiões metropolitanas e nem regiões de aglomeração populacional. Essa definição engloba, essencialmente, as pequenas comunidades com menos de 10 mil habitantes que não estão localizadas nos grandes centros urbanos (Wonca, 2003).

Sendo a definição do IBGE para área rural como de natureza residual, então aquelas que se encontram fora dos limites das cidades e cujo estabelecimento é de prerrogativa de prefeituras municipais motivaram a realização de vários estudos. O

acesso e a infraestrutura, bem como serviços básicos com uma densidade populacional mínima, são critérios suficientes para que os municípios entendam essa população como urbana. Assim, o meio rural corresponde ao que ainda não foi urbanizado (Abramovay, 2000; Bezerra et al., 2013).

Citando Abramovay: "Enquanto o meio rural for apenas a expressão, sempre minguada, do que vai restando das concentrações urbanas, ele se credencia, no máximo, a receber políticas sociais que compensem sua inevitável decadência e pobreza" (Abramovay, 2000, p. 3).

Este subcapítulo mostra as tipologias do rural utilizadas por instituições importantes como a OCDE, a União Europeia, a Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), o Banco Mundial, o Centro Latino-Americano para o Desenvolvimento Rural (RIMISP), a Rede Europeia de Observação do Desenvolvimento e da Coesão Territoriais (ESPON) e a Organização das Nações Unidas para Alimentação e a Agricultura (FAO), influenciando fortemente a construção de políticas públicas para essas regiões (Bezerra et al., 2013).

Na perspectiva da OCDE, cuja primeira foi estabelecida em 1994, três fatores influenciam as políticas e desenvolvimento rural: "as amenidades cada vez mais valorizadas, as pressões pelo fim dos subsídios agrícolas e das políticas protecionistas tradicionais: e a descentralização nas políticas públicas" (Delgado et al., 2013, p. 88). As classificações das regiões dos países membros são: predominantemente urbanas, intermediárias e predominantemente rurais. Os passos abaixo descrevem a construção da tipologia:

1º Passo: classificação das unidades administrativas locais nível 2 (LAU2 – Unidades Administrativas Locais) como rurais quanto à densidade populacional, se estiverem abaixo de 150 habitantes por Km² (500 habitantes para o Japão e Coreia).

2º Passo: agregação das unidades locais no Nível Territorial 3 (TL3 – Nível Territorial) e classificação em:

a) Predominantemente urbana, se a porcentagem da população vivendo em unidades locais rurais estiver abaixo de 15%;

b) Intermediária, se a porcentagem da população vivendo em unidades locais rurais situar-se entre 15% e 50%;

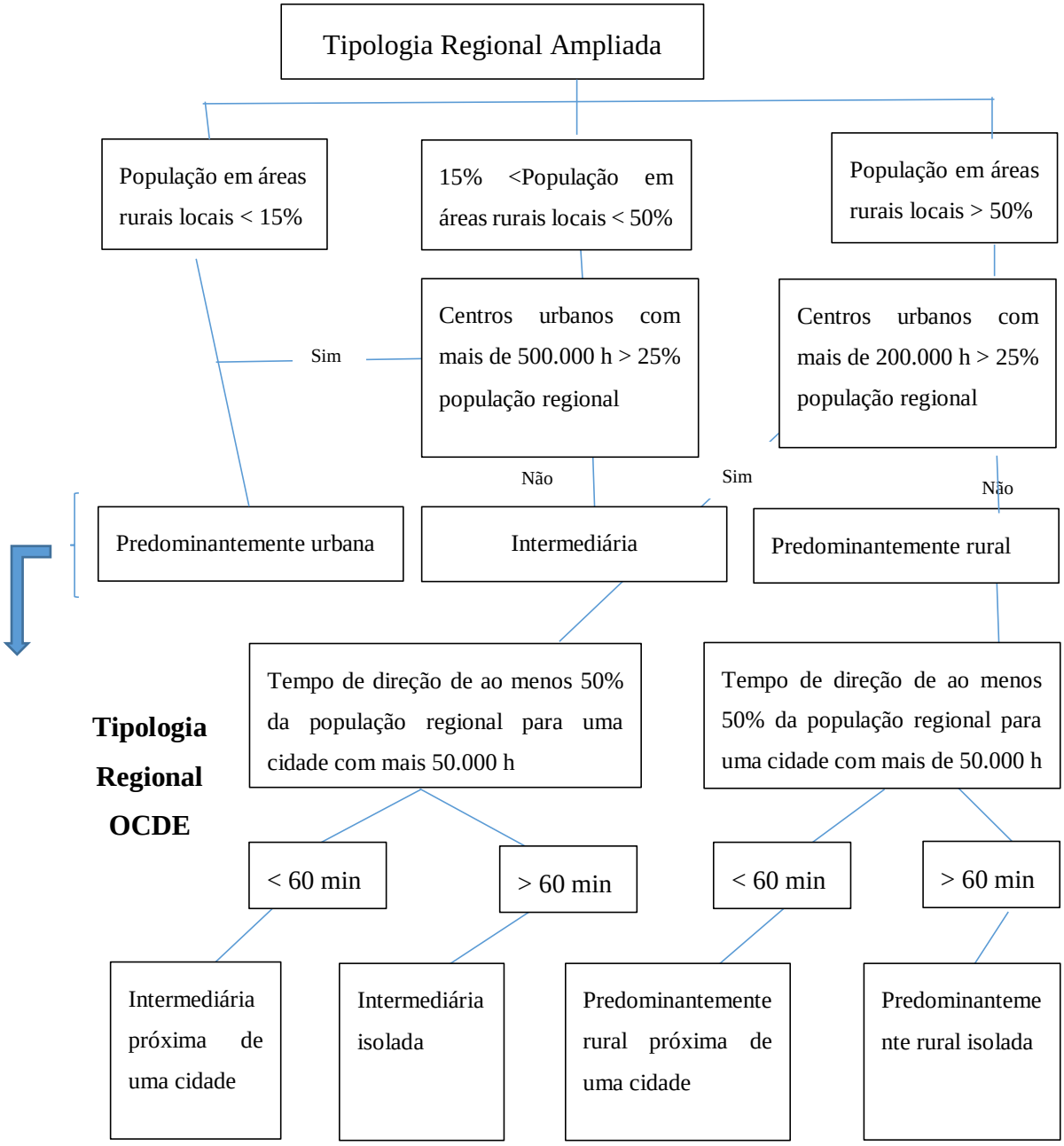
c) Predominantemente rural, se a porcentagem de população vivendo em unidades locais rurais for maior que 50%.

3º Passo: reclassificação dessas regiões de acordo com o tamanho dos centros urbanos presentes:

a) Uma região classificada como predominantemente rural pelos passos 1 e 2 pode tornar-se intermediária se contiver um núcleo urbano com mais de 200 mil habitantes (500 mil para Japão e Coreia), representando ao menos 25% da população regional;
b) Uma região classificada como intermediária nos passos 1 e 2 pode tornar-se predominantemente urbana se contiver um centro urbano com mais de 500 mil habitantes (1 milhão para o Japão e Coreia), representando ao menos 25% da população regional (Delgado et al., 2013).

A tipologia ampliada da OCDE ainda caracteriza regiões isoladas, como mostrada na figura 1. Utilizando os critérios de áreas remotas descritos por Brezzi, Dijkstra e Ruiz, essa nova classificação destaca a diferença em termos de performance econômica entre regiões predominantemente rurais próximas a uma cidade e predominantemente rurais isoladas. Exemplificando, regiões que são predominantemente rurais isoladas tendem a apresentar um lento crescimento populacional e maior fluxo de emigração que as demais regiões; a ligação com centros urbanos e diversificação econômica maior é crucial para a retenção da população de regiões rurais (Brezzi et al., 2011).

Figura 1 – Construção da tipologia ampliada da OCDE



(Delgado et al., 2013, p. 93).

Os estudos citados acima e outros apoiaram a OCDE a incorporar o elemento de acessibilidade aos centros urbanos à sua tipologia, sendo um indicador de acesso a serviços e trabalho. Essa tipologia reclassifica as regiões em predominantemente urbanas, intermediárias próximas de uma cidade, intermediárias isoladas, predominantemente rurais próximas de uma cidade e predominantemente rurais

isoladas. Essa reclassificação foi elaborada a partir do critério tempo para dirigir pelo menos 50% da população da região para o centro populacional mais próximo, sendo que este deve ter mais de 50 mil habitantes. Para essa proposta, o tempo de direção de 60 minutos para a América do Norte e de 45 minutos para a Europa. No caso de mais de 50% da população conseguir chegar a esse centro urbano nesse tempo definido, é classificada como próxima a uma cidade, caso contrário, será considerada isolada (Brezzi et al., 2011).

A União Europeia utiliza a definição da OCDE com algumas variantes. A partir dos passos na sequência:

1º Passo: a partir da densidade populacional, as áreas urbanas são identificadas por esses critérios:

a) Densidade populacional acima de 300 habitantes para um quadrante de 1 $km^{2;}$
b) Limite de tamanho mínimo (5 mil habitantes) aplicado a esses quadrantes (*clusters*); todos os quadrantes fora desses *clusters* são considerados rurais.

2º Passo: definição de níveis regionais – agrega quadrantes no nível das regiões NUT 3 (Nomenclature of Territorial Units for Statistics (Nomeclatura de Unidades Territoriais para fins Estatísticos)) e verifica as informações populacionais (diferentemente da OCDE que agrega os LAUs – Unidades Administrativas Locais). Se mais de 50% vive em áreas rurais, então a região é considerada como predominantemente rural, se menos de 20% vive em área rural, a região é considerada como predominantemente urbana, se entre 20 e 50%, é considerada intermediária. Diferentemente da OCDE, cuja metodologia considera 155, e não 20%.

3º Passo: classificação e agrupamento das regiões NUTS3 – esses visam resolver o problema de trabalhar com regiões NUTS3 muito pequenas, sendo então agrupadas quando elas apresentam um tamanho inferior a 500 km^2. Um total de 247 regiões NUTS3 possuem menos de 500 km^2.

4º Passo: presença de cidades, de modo semelhante à classificação da OCDE:

a) Predominantemente rural pelos passos 2 e 3 pode se tornar intermediária se contiver um núcleo urbano com mais de 200 mil habitantes, representando ao menos 25% da população regional;

b) Intermediária nos passos 1 e 2 podendo se tornar predominantemente urbana se contiver um centro urbano com mais de 500 mil habitantes, representando ao menos 25% da população regional.

A partir desse critério, as regiões NUTS3 foram classificadas em: Predominantemente urbanas; Intermediárias próximas de uma cidade; Intermediárias isoladas; Predominantemente rurais próximas de uma cidade; Predominantemente rurais isoladas (Delgado et al., 2013).

Ainda para a União Europeia, o rural é contemplado pela ESPON, particularmente pelo Projeto European Development Opportunities in Rural Areas (EDORA). Nesse projeto, foi construída uma tipologia das regiões rurais buscando apreender as dinâmicas e as conformações distintas do rural, partindo da constatação da existência de três grandes narrativas que explicam as mudanças e diferenciações observadas no rural: a narrativa "agricentrada", a urbano-rural e a penetração capitalista. Diferentemente da tipologia da OCDE e da União Europeia, a proposta da ESPON traz novos elementos a serem considerados na relação da tipificação rural-urbano, destacando e incorporando o papel da agricultura e das dinâmicas sociais e econômicas dos territórios rurais, possibilitando maior transparência e aferição à vida econômica e social dos territórios rurais (Delgado et al., 2013).

Os parâmetros da CEPAL buscam por uma nova definição do rural e partiram da necessidade de alterar os critérios dicotômicos dos anos 1960, que associavam o meio rural ao atraso, assim como associavam as atividades agrícolas e primárias. No final dos anos 1990, era importante repensar o rural e seu desenvolvimento, relativizando a divisão rural-urbano e reconhecendo a heterogeneidade que caracteriza o meio rural (Cepal, 2011).

Havendo uma diversidade de formas de definir o rural, e havendo muitas que não reconhecem sua realidade a heterogeneidade, David Candia Baeza, também consultor da Unidade de Desenvolvimento Agrícola da CEPAL, procurou construir uma definição de caráter funcional de ruralidade que seja capaz de ser replicada em todos os países da América Latina e do Caribe. Para isso, foram cruzadas duas variáveis: a) densidade demográfica, cuja referência é o padrão da OCDE (são rurais os territórios com densidade inferior a 150 hab./km²); b) participação da agropecuária

no emprego (PEA), sendo rurais as áreas com 35% ou mais da população economicamente ativa ocupada em atividades agrícolas, pecuárias e florestais. O cruzamento dessas duas variáveis é necessário porque o rural não pode ser explicado apenas pela densidade populacional ou pela presença de atividade agrícola, sendo fundamental a sua combinação. Nessa tipologia, a base de dados não é o município (nível político-administrativo), mas unidades menores. Na primeira variável (densidade demográfica), a base de informação é o distrito, e na segunda variável (PEA agropecuário), é usado um nível ainda mais fragmentado, menor que o distrito. Com isso, espera-se ter maior precisão nas informações, desagregando os dados e oferecendo uma visão bem mais real das dinâmicas de cada localidade (Candia Baeza, 2011).

A comparação dos resultados dessa proposta trazida por Candia Baeza com os dados oficiais sugere que, em países como Chile, Brasil e Venezuela, a proporção da população rural é significativamente maior do que os dados indicam: no Brasil é quase o dobro, e na Venezuela mais que o dobro (Candia Baeza, 2011).

Segundo Delgado, as publicações oficiais da CEPAL utilizam as definições oficiais de rural e urbano de cada país, e a tipologia acima não tem sido utilizada na orientação das ações e políticas dessa organização (Delgado et al., 2013).

Desde 2007, o RIMISP vem se esforçando para elaborar tipologias para áreas rurais capazes de captar as suas dinâmicas e heterogeneidades. As definições das áreas rurais e sua caracterização mais precisas estão relacionadas diretamente com o trabalho do Centro, voltado ao fomento do desenvolvimento rural latino-americano e da construção de conhecimentos que propiciem mudanças institucionais, inovações produtivas, fortalecimento e favorecimento da cooperação de atores sociais com foco na inclusão social e sustentabilidade (Bezerra et al., 2013).

A primeira tipologia do RIMISP trata de diferenciar os municípios em rurais e urbanos para depois analisar os diferentes tipos de ruralidade em cada localidade. A segunda trabalha com a noção de territórios funcionais rurais e urbanos, definidos pela frequência de interações econômicas e sociais entre seus habitantes, organizações e empresas. A terceira trata das dinâmicas territoriais a partir das variáveis econômicas

de pobreza e desigualdade. Na sequência, a descrição da classificação (Delgado et al., 2013).

a) **Municípios, comunas e cantões rurais**. Para a operacionalização dessa tipologia, é preciso a base de variáveis econômicas, densidade demográfica e acesso a serviços básicos (luz, água e esgoto). Ao aplicar essas variáveis no sistema, é possível identificar os municípios puramente rurais (baixa densidade populacional, alta ruralidade oficial, baixo acesso aos serviços básicos e alta PEA no setor agrossilvopastoril) e, no outro extremo, os puramente urbanos. O segundo passo é decidir o grau de ruralidade, em que as comunidades são classificadas mediante o método de análise de conglomerados; essa técnica observa cada município individualmente para depois uni-los em grupos similares internamente até chegar a um único grupo conformado pela totalidade dos elementos.

b) **Territórios funcionais rurais e urbanos**. Inicialmente, a tipologia foi dividida em três categorias: territórios urbanos, territórios rural-urbanos e territórios rurais. No segundo momento, desagregam-se territórios rural-urbanos em três tipos (rural com cidade pequena, rural com cidade média e rural com cidade grande), definidos a partir de um conjunto de variáveis: população que vive fora do núcleo urbano, disponibilidade de serviços públicos e privados, densidade demográfica, ocupação em atividades primárias e nível de escolaridade.

c) **Dinâmicas territoriais rurais.** O Programa Dinâmicas Territoriais Rurais começou em 2007, cujo objetivo era responder às seguintes perguntas: 1) existem na América Latina territórios rurais que estejam crescendo economicamente com sustentabilidade ambiental e com inclusão social?; 2) quais fatores determinam as dinâmicas territoriais exitosas?; 3) O que as políticas públicas, além de outros espaços de ação pública, podem fazer para estimular e promover essas dinâmicas territoriais? (Delgado et al., 2013).

No relatório da FAO são enfatizados os aspectos espaciais de um conceito *continuun ruralurbano*. A partir de um relatório gerado por dados georreferenciados e técnicas de análise baseadas na tecnologia GIS, foi criado um banco de dados das populações rural e urbana permitindo a visualização da população rural em mapas. O modelo adotado pela FAO cruzou quatro fontes primárias desses dados, e, em uma segunda etapa, as informações foram cruzadas com o mapa internacional de fronteiras e costas das Nações Unidas. Na sua aplicação, foram incluídos 154 países (África, América Latina, Ásia e Oceania); a ideia da FAO foi mostrar que a tipologia que tinha apenas a base populacional como a sugerida pela OCDE não era apropriada e suficiente para classificar o rural, uma vez que deixava de lado variáveis importantes que definem atualmente o meio rural (Bezerra et al., 2013).

As tipologias do Banco Mundial partem para a definição de ruralidade destacando três princípios fundamentais: 1) o entendimento de que a ruralidade não pode ser definida a partir de uma metodologia única e inflexível; 2) a ruralidade não pode ser caracterizada por uma diferenciação abrupta entre áreas rurais e urbanas, mas a partir de um gradiente que envolve áreas puramente urbanas (mais de 10 mil habitantes), semiurbanas, rurais e remotas que estão, por sua vez, interligadas por laços econômicos e sociais complexos; 3) a percepção de que a economia rural é maior e se diferenciava da agricultura e da produção agrícola. Os investimentos feitos pelo Banco Mundial estão relacionados com o resgate e com a redefinição do papel do desenvolvimento rural e no bem-estar nacional, definindo um rural amplo e diversificado com a finalidade de orientar políticas públicas de desenvolvimento e de combate à pobreza a partir do entendimento das particularidades do rural e da exploração das suas potencialidades no cenário atual (Delgado et al., 2013).

Dois documentos são identificados como principais pelo Banco Mundial: um já citado anteriormente, de autoria de Ferranti e colaboradores, que resultou de um trabalho de dois anos de pesquisa em países da América Latina e o do Caribe; e o segundo, de Chomitz, Buys e Thomas, de 2005, que definiu uma metodologia de identificação da população rural na América Latina e Caribe e serviu de base para o documento de Ferranti (Chomitz et al., 2005; Ferranti et al., 2005).

O relatório de Ferranti e colaboradores destaca que a definição de rural e a compreensão adequada de seu tamanho e peso nas economias nacionais têm implicações políticas importantes uma vez que definem e direcionam os investimentos públicos. Ao mesmo tempo, essas definições ampliam o peso do rural na economia, dando relevância à implementação de políticas de desenvolvimento rural, concluindo que as políticas públicas voltadas para esse meio tendem a subestimar o potencial da contribuição do rural no desenvolvimento nacional apresentando um viés a favor de subsídios privados, e ainda reforçam a necessidade das mudanças dessas políticas priorizando a provisão de bens públicos (educação, saúde, proteção social, infraestrutura, pesquisa, extensão, proteção ambiental e políticas de combate à pobreza) (Delgado et al., 2013).

No Brasil, pelo último censo oficial, 15% da população habita em áreas consideradas rurais. Embora essa porcentagem venha apresentando declínio percentual em comparação com o censo de 1996 (20% da população era considerada rural), o número total de brasileiros, nessas áreas, manteve-se estável e é ainda bastante expressivo, com cerca de 30 milhões de pessoas, subestimando-se as populações rurais da região Amazônica (IBGE, 2010).

Ao contrário, se for possível conceber uma forma de pensar as comunidades rurais não só pelas suas carências, mas também por seus aspectos positivos e relações com as cidades, serão abertos caminhos para políticas que possibilitem um real desenvolvimento dessas áreas e impactos na saúde (Targa, 2012).

Outro conceito importante que deve ser compreendido para ampliar os conceitos neste trabalho é o de competência cultural. De modo geral, ela pode ser definida como um conjunto de comportamentos harmoniosos, atitudes e políticas reunidas na formação de profissionais que os capacita para trabalhar de modo eficaz em situações interculturais. Ela implica a capacidade para funcionar eficazmente como um indivíduo ou uma organização dentro do contexto das convicções culturais, comportamentos e das necessidades dos usuários e suas comunidades (Pagliuca et al., 2012).

Várias categorias se preocupam com o conceito de competência cultural, tanto a medicina como a enfermagem e a assistência social. No campo da enfermagem, é interessante o conceito de que para aplicar a teoria da enfermagem transcultural é necessário o trabalhador se autoavaliar e ajuizar se está apto a assumir a relação de cuidador com o ser cuidado nos mais diferentes contextos e cenários, devendo considerar conflitos étnicos e raciais, problemas sociais e religiosos, dificuldades físicas e mentais e políticas inclusivas (Pagliuca et al., 2012; Targa, 2014; Starfield, 2002).

Segundo Targa, competência cultural em saúde pode ser simplesmente e na prática conceituada como a habilidade dos sistemas e pessoas que provêm cuidado ao paciente com valores diversos, crenças e comportamentos, incluindo a ação por meio do conhecimento dos pacientes em suas necessidades linguísticas, social e cultural (Targa, 2014).

Os profissionais de atenção primária, especialmente os médicos de família e comunidade, enfrentam o desafio de oferecer assistência à saúde para pessoas e famílias de diversas procedências; oferecer esse serviço com qualidade a diferentes culturas, sem discriminação e valorizando seu *back ground*, é ainda mais desafiante. As culturas variam em suas crenças sobre as causas, a prevenção e o tratamento de enfermidades, em hábitos de vida, de alimentação e todo o tipo de práticas, influenciado de forma consistente a saúde – influenciam inclusive a forma de acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, há um campo fértil ainda para pesquisa que se chama competência cultural (Targa, 2014; Masanet et al., 2012).

Os estudos realizados mostram que a competência cultural é um conjunto de comportamentos compatíveis, condutas, atitudes, políticas, estruturas e práticas que se agrupam em uma organização para permitir a esta um trabalho efetivo em situações entre culturas. Define quatro elementos essenciais para um sistema de cuidado culturalmente competente, sendo eles:

- Valorizar, aceitar e respeitar a diversidade, por meio de um processo crítico e de autorreflexão centrado nas próprias atitudes dos profissionais;
- Ter capacidade, compromisso e sistemas em funcionamento para a autoavaliação cultural, habilidades de lidar com a diversidade cultural. Adaptar-se a criar espaços para a diversidade;
- Estar consciente das dinâmicas que ocorrem quando as culturas se comunicam, conhecimento dos fatores sociais, culturais e econômicos (California Childcare Health Program, 2006; Masanet et al., 2012);
- É importante frisar que a cultura não se refere apenas aos pacientes uma vez que os profissionais também possuem sua bagagem cultural que inclui estereótipos e preconceitos em relação a culturas diferentes. Nesse sentido, o processo de aculturação implica muitas vezes um questionamento e redefinição dos paradigmas dos valores e crenças do profissional (Masanet et al., 2012).

Neste subcapítulo, vimos várias formas de tipologia do rural: algumas que utilizam a densidade e distribuição populacional e sua relação com as cidades e outras mais complexas que utilizam critérios humanos, econômicos e sociais. Nesta discussão, associando com políticas públicas de saúde, é fundamental reconhecer a natureza multidimensional desse conceito. Em que ponto as tipologias que levam em conta essa natureza multidimensional são utilizadas para a construção de políticas públicas municipais, estaduais e nacional no Brasil?

Concluindo este subitem dos conceitos em medicina rural, as definições do rural e de ruralidades, de competência cultural, são importantes e perpassam pela compreensão da dinâmica social, cultural e econômica de cada área, de suas características e relações com as cidades, sua mobilidade e relações internas.

3.2 Políticas de Saúde para População rural

A saúde é uma explicitação das condições de igualdade social, já que é determinada por um conjunto de direitos. À medida que ela lida com a vida e com a morte, assim como com outros direitos sociais, passa a ser um elemento potencialmente revolucionário e de consenso, na revolução como a conquista da liberdade, do fim da exploração do homem pelo homem, na possibilidade de vencer a pobreza e um meio de conseguir a igualdade para que o homem desenvolva plenamente todas as suas qualidades, no consenso como a existência de valores largamente compartilhados. Essas devem ser as fundamentações na construção de políticas públicas de saúde para a população rural no Brasil (Escorel, 2006).

Se a conceituação do rural é fundamental para a definição e implementação de políticas públicas para o setor, e os órgãos oficiais permanecem utilizando critérios de exclusão urbana, em que pese a grande desigualdade social nessas áreas, como têm sido construídas as políticas públicas para essas áreas e o que há atualmente proposto?

Quanto às especificidades da saúde em zona rural, alguns aspectos precisam ser levados em conta. Segundo Targa, a necessidade de maior equidade na distribuição dos recursos e execução das políticas públicas para áreas rurais é premente. Ele levanta em seu trabalho diferentes índices que apontam para a maior carência em áreas rurais com piores indicadores relacionados com: a distribuição de profissionais médicos e de

enfermagem, o acesso aos serviços médicos e odontológicos, a mortalidade infantil, as taxas de vacinação, o acesso à água em padrões adequados para consumo, as taxas de amamentação e a prevalência de tabagismo (Targa, 2011).

É fundamental, ao levantar as políticas públicas desenhadas para populações distintas, como a do Campo e da Floresta, e Guias específicos, como para população cigana e quilombola, que, de fato, não pode existir política sem que haja aplicação financeira. Dessa forma, muito embora as políticas estejam desenhadas de forma ampla, elas de fato existem a partir das portarias que preconizam repasses para os municípios que possuem populações com algumas características.

Os estudos de natureza política tratam de duas dimensões fundamentais que envolvem o processo de formulação e implementação das políticas de saúde: a dimensão do exercício do poder e a dimensão da racionalidade. Nesta última, estão envolvidas as propostas de organização, reorganização e escolhas de prioridades (sobre estas o nosso foco neste trabalho), quando se elege uma dentre várias opções que defrontem as necessidades de saúde da população de cidadãos pela qual o Estado deve se responsabilizar (Cohn, 2006).

Sobre a história das políticas públicas de saúde voltadas para as áreas rurais, podemos descrever, lembrando que até a primeira metade do século XX o Brasil era eminentemente rural, havendo uma corrida desenvolvimentista com consequente urbanização a partir do governo de Juscelino Kubitschek, que: em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste. Foi quando surgiu o termo rural relacionado com políticas públicas primeiramente no Brasil. Em 1970, criou-se a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o DNERu e a campanha de erradicação da malária.

Ainda nesse movimento histórico de cuidado das populações rurais e remotas, não pode ser esquecido, neste momento, o Projeto Rondon, criado em 1967, que teve grande impacto no país na década de 1970 e 1980, tendo sido extinto em 1989, quando deixou de receber prioridade no governo federal. Reativado em 2005, ele voltou com uma nova roupagem, sendo coordenado pelo Ministério da Defesa; desde então, já

levou mais de 12 mil rondonistas em 800 municípios. Muito embora sua ênfase não seja apenas na saúde, o envolvimento de jovens como protagonistas das mudanças sociais tem sido relevante[11].

Em 1999, foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DISEIs). Mesmo que não tenham sido incluídos nesta pesquisa por possuírem uma política de saúde direcionada e diferenciada para esse grupo, é pertinente que se insira este dado nesta sequência, pois a confecção das políticas de saúde para as áreas indígenas foi construída concomitantemente à política focada para outras populações. Dessa forma, sendo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) a gestora dos DISEIs, a lógica de atenção à saúde é deferente e não passa pelos municípios nem o seu financiamento, nem a sua gestão, sendo um motivo da não inclusão da organização da saúde nessas áreas por esta pesquisadora, de forma alguma com objetivo de diminuir sua importância no cenário rural do Vale do Ribeira ou do Brasil.

Além do Projeto Rondon, outro projeto que precisa ser mencionado é o PIASS. No capítulo sobre a organização da saúde e práticas assistenciais no Vale do Ribeira, poderemos detalhar esse importante marco para o acesso à saúde e participação da população. Contudo, é importantíssimo deixar marcado aqui que Projetos de Atenção a povos específicos de interiorização de ações de saúde não constituem uma política nacional, porém, foram importantes para a construção desta.

A construção de uma política nacional para populações rurais começa efetivamente na Constituição de 1988 quando reza no capítulo VIII da Ordem social e na secção II referente à Saúde. Define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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”.

Em 2006, em Brasília, realizou-se o I Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta, fazendo os passos iniciais para constituir uma política nacional de saúde para as populações do campo e da floresta. Na sequência,

---

[11] [citado 18 jul. 2015]. Disponível em: http://projetorondon.pagina-oficial.com/portal/

então, a Portaria 2.866, de 2 de dezembro de 2011, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta com o objetivo de promover a saúde dessas populações por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida[12].

Em 2007, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) editou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que forneceu diretrizes, estratégias e responsabilidades de cada esfera de governo para a saúde dessa população específica, sendo transversal como política para população rural e remota uma vez que articula a promoção à saúde e prevenção da doença de populações quilombolas. No entanto, não estipula outra via de financiamento para essas áreas além do PAB variável da ESF Modalidade 1.

Sequencialmente, seguiremos a análise das políticas públicas construídas para a população rural e remota no Brasil ante as portarias de financiamento para elas.

Quadro 3 – Atos Normativos relacionadas à política pública de saúde para áreas rurais e remotas

Atos oficiais	Data	Descrição
PORTARIA nº 648/GM - Política Nacional da Atenção Básica	28/03/2006	Aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS.[13] Diferencia municípios que fazem parte do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), que possuem quilombos e assentamentos.

continua

[12] [citado 11 mar. 2011]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html
[13] [citado 11 dez. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

Quadro 3 - Atos Normativos relacionadas à política pública de saúde para áreas rurais e remotas. conclusão

PORTARIA nº 204	29/01/2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
Política Nacional de Saúde Integral a População Negra	2007	Fornece diretrizes, estratégias e divisão de responsabilidade nas 3 esferas governamentais acerca da saúde da população negra.
PORTARIA nº 2.488 - Política Nacional da Atenção Básica	21/10/2011	Aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o PACS[14].
PORTARIA nº 978	16/05/2012	Define valores de financiamento do PAB variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos NASF, instituídos pela PNAB[15].
PORTARIA nº 290	28/02/2013	Institui o Componente Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) aos Estados e aos Municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul-Mato-Grossense[16].
DECRETO nº 6.040	07/02/2007	Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.
Guia de Políticas Públicas para Povos Ciganos	2013	Institui um guia para a esclarecimento de políticas públicas gerais específicas que garantam os direitos humanos, sociais e culturais dos povos ciganos.

Organizado pela autora

Em direcionamento das políticas para as áreas rurais, especificamente financiamento, a PNAB de 2006 tem direcionado repasses específicos para áreas em que existem populações quilombolas. O dividia em duas modalidades de

[14] [citado 11 dez. 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf
[15] [citado 11 dez. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0978_16_05_2012.html
[16] [citado 11 dez. 2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_ubsf.php

financiamento: ESF 1 (modalidade 1), em municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (igual ou inferior a 7), populações de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil nos demais estados, equipes implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e equipes que atendem população quilombola e assentamentos; ESF 2 (modalidade 2), as que não se enquadram na modalidade 1[17].

A Portaria 204, de 2007, artigo 40, alterou os repasses agregando novos programas, sendo eles: I - Saúde da Família; II - Agentes Comunitários de Saúde; III - Saúde Bucal; IV - Compensação de Especificidades Regionais; V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e VIII - outros.

Na PNAB publicada em 2011, o financiamento ainda manteve as Modalidades da ESF em 1 e 2, agregando na modalidade 1 municípios em áreas priorizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci) (Pnab, 2011)[18].

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Programa Mais Médicos para o Brasil**,** podendo participar os municípios com os seguintes perfis dados pelo Ministério da Saúde. **A** - 20% de população em extrema pobreza, IDH baixo/muito baixo, Semiárido, Norte com escassez, Vales do Jequitinhonha, do Mucuri e do Ribeira; **B** - Regiões de alta vulnerabilidade de capitais, regiões metropolitanas e G100; **C** - Municípios que participam do Provab; **D** - Área de atuação de Distrito Sanitário Especial Indígena; **E** - Municípios com cobertura da Atenção Básica abaixo do necessário (Brasil, 2015).

O Programa Mais Médicos foi criado com objetivo de impactar o acesso à saúde em áreas de difícil provimento, com a convocação de médicos para atuar na atenção básica de municípios com maior vulnerabilidade social e DISEIs, assim, o município participante recebe intercambistas médicos do Brasil e de outros países. Esse programa polemizou o trabalho do médico no Brasil: em sua primeira chamada, houve pouca adesão dos médicos brasileiros, dessa forma, o Ministério da Saúde abriu inscrições

---

[17] Política Nacional de Atenção Básica, 2006. [citado 26 mar. 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

[18] [citado 26 mar. 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

para médicos de outros países e celebrou um convênio com a OPAS, a fim de trazer médicos cubanos em milhares e fazer o repasse da bolsa para esse país por meio dessa organização, ficando pequena parte do valor com esses médicos. Os municípios, então, arcam com a alimentação, estadia e transporte dos médicos, o Ministério da Saúde repassa o valor como pagamento de bolsa, porém o repasse relativo ao PAB variável do componente da ESF se reduz pela metade (Brasil, 2015).

O financiamento para a atenção básica dos municípios que participam do programa ficou então discriminado: municípios modalidade I, o valor de R$ 10.695,00; modalidade II, o valor de R$ 7.130,00; equipes que recebem os profissionais do Mais Médicos, R$ 14.482,93, sendo que R$ 10.482,93 são para a bolsa do médico e R$ 4.000,00 são repassados fundo a fundo para o município. As equipes Ribeirinhas recebem a modalidade I mais custeios relacionados com a unidade de apoio e/ou embarcação. As equipes fluviais recebem R$ 80 mil ou R$ 90 mil com Saúde Bucal mais alguns custeios adicionais. Para os ACS, o incentivo repassado no valor de R$ 1.014,00 em 13 parcelas anuais (Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde [19]).

Uma pesquisa publicada em 2004 por *experts* em saúde rural mostrou que o acesso aos serviços de saúde continua sendo uma prioridade. Os achados na pesquisa e das políticas implantadas sugerem que as intervenções devem ser baseadas em diferentes regiões rurais (Hartley, 2004).

Nessa linha, o Grupo de trabalho de medicina rural da SBMFC tem ramificado sua pesquisa a partir de vários grupos de atenção à saúde, a fim de propor medidas específicas para cada um deles. Atualmente, são os seguintes grupos em pesquisa: assentamentos (Silva et al., 2006), ribeirinhos (Ando, 2011), indígenas (Silveira, 2006), ciganos (em fase de publicação), quilombolas (Lima, 2011).

Diante de todos esses dados, dos aspectos históricos da construção de políticas públicas para as áreas rurais, conclui-se que a construção delas é recente. De fato,

---

[19] [citado 18 jul. 2015]. Disponível em: http://dab2.saude.gov.br/dab/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php acessado em 18/07/2015).

políticas mais ampliadas que compreendam os diversos cenários rurais e remotos do país ainda não existem, são ainda de caráter abrangente e, quando específicas, deixam de levar em conta populações que não se enquadram em todos os aspectos, como, por exemplo, a população Ribeirinha e Caiçara do Vale do Ribeira, as populações remotas no Vale que, embora tenham muitas características semelhantes à população da Amazônia legal (mesmo que em menor território), inclusive no que tange às áreas de preservação, deixam de receber atenção à saúde e outras políticas sociais que fariam a diferença no seu modo de vida.

3.3 A participação da população na saúde em áreas rurais

De importância fundamental na formulação de políticas públicas, sejam regionais ou locais, é o conhecimento onde a decisão ocorre. Nesse aspecto, esse subcapítulo se propõe a discutir o que há na literatura sobre a participação da população na saúde nesses ambientes.

Em contexto nacional, há uma boa variedade de contextos nos quais existem instrumentos, processos e arenas de decisão, são eles: os conselhos de saúde (Nacional, Estadual e Municipais), as conferencias de saúde, consórcios de saúde, comissões intergestoras bipartite, comissões intergestoras tripartites (nesses três últimos não há participação da sociedade civil) (Fleury et al., 2012; Cortes, 2009; Cortes, 2002); sendo um espaço valioso para o exercício da negociação entre Estado e sociedade civil quando se trata de diretrizes implementadas pelas políticas de saúde, mas não se constituem, necessariamente como espaços efetivos de negociação de diferentes interesses em jogo (Cohn, 2006).

Todavia, esse processo de participação muitas vezes é externo à instituição, havendo grupos de pressão na sociedade que podem levar à tomada de decisão. Nesse aspecto, a investigação para compreensão desse processo em área rural foi levada em conta neste trabalho. Não há muitos trabalhos mostrando esse aspecto especificamente em áreas rurais, eles têm mostrado em sua maioria o engajamento de algumas comunidades mais específicas e de modo geral tradicionais, cercadas por um histórico de lutas sociais (Gomes et al., 2009; Preston et al., 2010; Silva et al., 1986).

A construção da política nacional de atenção à saúde no campo e na floresta foi realizada a partir de uma série de debates com a sociedade civil representantes dos usuários do campo, no entanto, durante a pesquisa de campo, os articuladores da atenção básica, os gestores, trabalhadores e usuários demonstraram desconhecimento de uma política institucionalizada para essas populações. Um dos motivos, na compreensão desta autora, é de que, não havendo financiamento específico, a política posta tem muito ou nenhum impacto (BRASIL, 2008; BRASIL, 2013).

Em estudos de caso sobre esses aspectos participativos, Oliveira relata:

> As reuniões realizadas pela equipe com a comunidade constituíram momento imprescindível de cooperação e síntese resultante; discutia-se, com a população em geral, os problemas do cotidiano e a interferência destes no seu estado de saúde, permitindo a inclusão dos usuários no que se refere às decisões sobre os problemas a serem enfrentados. (Oliveira et al., 2015, p. 909).

Refere ainda o autor que o contexto local pode exercer um papel terapêutico importante, assim como serviços de saúde efetivos desde a nova compreensão da concepção de que o processo saúde/doença é fruto dessas interações, sendo a saúde o resultado da produção social que determina qualidade de vida pressupondo determinado nível de acesso a bens, serviços econômicos e sociais. A equipe como um todo, além da atuação do profissional médico, pode desenvolver capacidades na comunidade, garantindo seus direitos sociais e sua politização (Oliveira et al., 2015).

Uma revisão de literatura australiana separou 37 de 689 estudos que se referiam à participação da comunidade rural na saúde, encontrando que somente alguns estudos demostraram altos níveis de evidencia em termos de benefício onde ocorre essa participação. No entanto, essa falta de evidência nos efeitos benéficos não são necessariamente a falta do efeito positivo, eles focaram nas áreas de debate da falta de clareza na literatura e apontaram que essa participação da comunidade tem um papel importante nos serviços de atenção primária rural, aumentando a parceria e a responsividade aos serviços de saúde (Preston et al., 2010).

Não obstante, essa área de pesquisa ainda se encontra carente de investimento e ação, um dos motivos que levou a organizar esta pesquisa. Encerrando aqui o

Referencial Teórico utilizado na pesquisa, esta autora inicia a exposição do Processo da Pesquisa propriamente dita a partir da coleta de dados indiretos e diretos (pesquisa de campo).

4 Objetivos e hipóteses

O objetivo geral desta pesquisa foi compreender as especificidades da organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP (municípios pertencentes à DRS XII). Teve como objetivos específicos descrever a organização do trabalho e as práticas assistenciais existentes nas comunidades rurais em comparação às práticas e organizações nas equipes urbanas; discutir os conceitos de rural e de ruralidades e sua implicação na gestão e ações de saúde locais; descrever a participação social na saúde dentro das diferentes comunidades e sua relação com a gestão local e municipal.

As hipóteses para este trabalho são de que há diferenças das práticas e organização do trabalho das equipes de saúde da família rural nas diversas comunidades em comparação às equipes urbanas; não há diferenças na gestão da saúde nas áreas rurais e urbanas no município (incluindo financiamento), não havendo gestão específica para áreas rurais (a não ser de áreas com populações quilombolas), e, por último, que a participação da comunidade na saúde local não ocorre de forma organizada, sendo menor quando menor for a própria organização comunitária, dependendo diretamente do envolvimento da gestão e da equipe de saúde da família local.

5 Metodologia

O presente estudo teve como metodologia escolhida o estudo de casos múltiplos de natureza descritiva.

O estudo de caso é uma estratégia escolhida ao serem examinados acontecimentos contemporâneos quando não se pode manipular comportamentos relevantes. Embora os estudos de casos e as pesquisas históricas possam se sobrepor, a diferença do estudo de caso é a sua capacidade de lidar com uma maior variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações além de tudo o que pode estar disponível no estudo histórico convencional. A essência de um estudo de caso é tentar esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões, suas motivações, sua implantação e seus resultados (Yin, 2005).

Ao desenhar um estudo de caso único ou casos múltiplos, é importante definir qual é então a unidade de análise. Neste estudo, entendemos que a unidade de análise é cada área de abrangência e equipe de saúde da família rural, uma vez que cada uma tem suas especificidades relacionadas com a sua história, com a população e com a conformação das práticas em saúde (Yin, 2005).

***Locus* e Amostragem:** as áreas estudadas serão representativas de algumas comunidades rurais em cujas áreas os profissionais de medicina de família e equipes de saúde da família foram instalados. Para isso, o Vale do Ribeira é uma região extremamente rica de diversidade em suas populações contando com vários tipos de comunidades tradicionais: indígenas (que não farão parte deste estudo por terem cobertura de saúde ligada à SESAI, não tendo características de ESF), comunidades de remanescentes de quilombos, comunidades caiçaras e comunidades rurais não tradicionais (agricultura familiar, assentamentos estaduais). A caracterização dessas comunidades será feita nos capítulos seguintes.

O Vale do Ribeira, da área de abrangência da DRS XII de São Paulo, é composto por 15 municípios. No final de 2011, possuía 77 equipes de Saúde da Família, sendo 32 equipes rurais, 31 urbanas e 14 mistas (rurbana), divididas em 13 municípios, uma vez que 2 municípios dos 15 não possuem equipes consideradas rurais (Itariri e Ilha Comprida). Como será mostrado adiante, as comunidades quilombolas existem em

Eldorado, Iporanga, Cananéia, Iguape e Jacupiranga; as comunidades caiçaras existem em Iguape e Cananéia, e as comunidades rurais não tradicionais existem em todos os 13 municípios; alguns municípios, como Cajati, Jacupiranga, Iporanga, Barra do Turvo, Iguape, Juquiá, Pariquera-Açu, Miracatu, Pedro de Toledo e Sete Barras, têm 100% ou quase 100% de cobertura de ESF nas áreas rurais até o último levantamento em 2015. Esses dados são flutuantes, com credenciamento e descredenciamento de equipes, como inclusão e exclusão de comunidades urbanas e rurais às equipes locais.

Foram alcançados no presente estudo 12 dos 13 municípios propostos. À época das entrevistas, um dos municípios estava em fase de transição de gestão, tendo-se então excluído o município de Sete Barras nesta amostra. Foram realizadas 22 entrevistas e 15 grupos focais entre gestores, trabalhadores e usuários, tendo sido ouvidas um total de 84 pessoas, um total de 25 horas e 37 minutos de gravações, 2.095 km de distância percorrida para a realização das entrevistas. As entrevistas e grupos foram realizadas nos meses de dezembro de 2013 (projeto piloto) e dezembro de 2014 a outubro de 2015. Todos os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; os gestores assinaram termo de liberação para a entrevistas e grupos focais com os servidores.

Metodologia para levantamento de dados: foi feito um recorte transversal com **entrevistas semiestruturadas** que foram realizadas com gestores atuais e usuários envolvidos com as organizações civis locais, associações, conselhos locais e relacionados como de maior envolvimento com a saúde local, bem como **grupos focais** com os membros das equipes de saúde da família das localidades e usuários. Os grupos focais utilizaram os roteiros desenhados para os profissionais da saúde e usuários, enquanto entrevistas individuais seguiram os roteiros de gestores, trabalhadores e usuários anexos a esta tese. Além do roteiro, foram também usadas vinhetas que objetivaram imprimir uma dinâmica ao debate e, ao mesmo tempo, esclarecer os aspectos mais importantes.

A ideia de trabalhar com entrevistas e grupo focais foi a de conseguir uma abrangência maior de participantes e um aprofundamento da coleta de informações. A coleta de dados por grupo focal tem como base o fato de processos grupais poderem ajudar as pessoas a explorar e clarear sua visão de alguns modos que seriam menos

facilmente acessíveis em uma entrevista frente a frente, sendo oportuna para gerar e explorar as questões em debate (Kitzinger, 2009).

Gaskell, referindo-se à entrevista qualitativa, aponta que: “A compreensão dos mundos da vida dos entrevistados e de grupos sociais especificados é a condição *sine qua non* da entrevista qualitativa” (Gaskell, 2008, p. 65). A finalidade real da pesquisa qualitativa, como diz ainda, não é quantificar ou contar a opinião das pessoas, mas sim, dentro do espectro de opiniões delas, explorá-las, identificar as diferentes representações que os entrevistados têm sobre o assunto em questão (Gaskell, 2008).

É importante expor as semelhanças entre as entrevistas individuais e em grupo. Como ponto comum, elas são orientadas por um conjunto de perguntas predeterminadas por meio de um guia ou roteiro; as perguntas são quase sempre um convite para que o entrevistado fale longamente e com suas próprias palavras sobre suas impressões e vivências. Na entrevista individual, porém, há um papel relacional incomum: fundamentalmente, a cosmovisão do entrevistado é explorada em detalhe. Em um grupo focal, o entrevistador é mais um catalisador da interação social entre os participantes; ele tem como objetivo estimular os participantes a falar e a reagir àquilo que outras pessoas no grupo dizem, havendo uma emergência maior dos sentidos ou representações relacionadas com a interação do grupo. Em sua essência, a pesquisa por meio da amostra em grupo é mais do que a soma das partes, tornando-se uma entidade em si mesma, ocorrendo processos que não são vistos na entrevista individual (Gaskell, 2008; Kitzinger, 2009; Backes, 2009; Backes et al., 2011; Levolino et al., 2001; Prates et al., 2015).

A identificação dos participantes da pesquisa no contexto dos usuários foi pela técnica da bola de neve, ou seja, os participantes indicavam outros participantes para as entrevistas e/ou grupos focais, em que houve muita cooperação por parte dos gestores, trabalhadores e usuários. Ela possibilita a relação de atores sociais verdadeiros que sejam reconhecidos por seus pares, havendo uma cadeia de referências para localizá-los (Biernacki et al., 1981).

Essa técnica é uma forma de amostra utilizada em pesquisas sociais em que o ponto inicial da participação (primeiros entrevistados) indica novos participantes, que indicam novos participantes e assim de forma sucessiva até que haja o chamado “ponto

de saturação", atingido quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos que foram já obtidos anteriormente, sem haver novas adições que sejam relevantes à pesquisa (Baldin et al., 2011; Gaskell, 2008).

Organização do estudo: uma matriz descritiva foi confeccionada no pré-projeto, possibilitando a organização do trabalho, a visualização dos objetivos e confecção dos roteiros para as entrevistas e grupos focais, bem como a análise, pós-coleta de dados.

Análise: o método de análise proposto que se adequa mais ao desenho da pesquisa foi o de análise de conteúdo, fazendo primeiramente a base para o primeiro agrupamento dos dados, um processo inicial de familiarização (a escuta das gravações, leitura das transcrições), posteriormente a identificação dos tópicos, conceitos e temas-chave seguindo a matriz descritiva, tendo sido separados por cores no documento das transcrições (é importante destacar aqui que foram 25 horas de gravações, impressas em fonte 9, sendo encadernado um volume de 300 páginas). Na sequência, foi feita uma indexação do conteúdo (ainda a partir da matriz) em que os temas foram agrupados com o cuidado de identificar cada entrevistado por código; em continuação, os dados foram rearranjados com a revisão das entrevistas, seleção das respostas que dariam corpo ao conteúdo e, por fim, o mapeamento e interpretação, quando se observaram novas tipologias e associações, e a interpretação final de cada categoria. Essa metodologia foi descrita por Pope e Mays (Pope et al., 2009).

Segundo Bauer, por intermédio da reconstrução de representações, os analistas de conteúdo fazem sua inferência por meio da expressão dos contextos, o texto é a representação de uma comunidade que escreve. Apresenta os procedimentos da análise de conteúdo como a partir de duas dimensões principais: a sintática e a semântica. Sintáticos que miram os transmissores de sinais e suas inter-relações; sintaxe que descreve os meios de expressão e influência. A semântica dirige seu foco para a relação entre os sinais e seu sentido normal, denotativos e conotativos. A semântica tem a ver com o que é dito em um texto (Bauer, 2008).

A análise de conteúdo é uma construção social; essa metodologia possui um discurso elaborado sobre qualidade, tendo como maiores preocupações a

fidedignidade e a validade, acrescidas ainda de coerência e transparência (Bauer, 2008; Silva et al., 2005).

Ética: os consentimentos, liberação dos profissionais para entrevista e declaração para liberação de fotos estão anexos a essa tese.

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP sob o número 15252713.1.0000.0065. Parecer anexo.

Financiamento: próprio.

Em continuidade, a matriz descritiva cujo objetivo foi orientar a organização do roteiro de entrevistas, bem como a avaliação delas, como também os roteiros das entrevistas e grupos focais.

Organização do Serviço ***Atenção Primária/ESF Rural/urbano***	***Práticas Atenção Primária e participação popular Rural/Urbano***
Histórico da organização das equipes rurais, ciclos/períodos Organização e gestão da Atenção Primária e Saúde da Família no contexto rural e urbano Integração e integralidade do serviço municipal e a Regional de Saúde Envolvimento da gestão com a comunidade rural (ação e percepção)	Diferença das Práticas da Atenção Primária e ESF rurais e urbanas (*Modus Operandi)* Perfil da Equipe e Competência Cultural Conceitos de rural e de ruralidades aplicados Práticas Não Oficiais e Complementares Participação da comunidade no processo saúde e gestão da saúde em contexto rural (articulação entre o local e o municipal)

A pesquisa em campo feita a partir entrevistas e grupos focais são desafios para o pesquisador, especialmente para esta, cujo trabalho de 40 horas na ESF precisou se manter durante todo o período do doutorado, em que as condições para a realização de pesquisa neste país, em especial para aqueles que trabalham em pequenos municípios, são inexistentes. Quando se elabora um cronograma de entrevista engessado por datas, complica-se um pouco mais, pois quando o pesquisador não consegue agendar a entrevista para aquele determinado dia, somente na próxima data poderá tentar novamente – agradeço o apoio incondicional dos articuladores da atenção básica, os enfermeiros Luiz Tiepo e Isa Maria, sem os quais não teria conseguido levar a cabo as entrevistas. Como os gestores os esperavam nos dias dos contatos deles nos municípios, tive a oportunidade de entrevistar quase todos nesses dias e de obter a abertura para a entrevista com os trabalhadores de saúde.

Como se pode observar no quadro abaixo, a maioria dos municípios pertencentes à DRS XII foi alcançada, ficando de fora apenas os municípios de Ilha Comprida e Itariri, que relatam não possuir equipes de saúde da família rurais (um dos critérios de exclusão), e o município de Sete Barras, que, na época da pesquisa de campo, estava

em processo de transição de gestão e solicitou adiamento das entrevistas, o que terminou por impedir a pesquisadora de realizá-la em outro tempo.

Quadro 4 – Municípios Envolvidos na Pesquisa de Campo

Municípios Alcançados na Pesquisa
Barra do turvo
Cajati
Cananéia
Eldorado
Iguape
Iporanga
Jacupiranga
Juquiá
Miracatu
Pariquera-Açu
Pedro de Toledo
Registro

Caracterizando esses municípios em relação à abrangência, quanto à presença de quilombos, populações caiçaras ou populações não tradicionais, podemos relacioná-los da seguinte forma: Barra do Turvo, Eldorado, Iporanga, Iguape e Cananéia possuem populações quilombolas, sendo mais populosas em Barra do turvo, Eldorado e Iguape (vide capítulo sobre populações quilombolas no vale); Iguape e Cananéia possuem populações caiçaras; os demais municípios possuem populações rurais não tradicionais; não há assentamentos do MST nessa região até o momento.

O quadro abaixo mostra a distribuição dos participantes por sexo e por tipo de participação. A experiência de realizar pesquisa nos 12 dos 15 municípios do Vale foi enriquecedora: foi um total de 2 mil km rodados, um total de 25 horas 47 minutos e 23 segundos de gravações das entrevistas e grupos focais. As entrevistas e grupos focais foram realizadas durante os meses de setembro e novembro de 2013 (projeto piloto) e de dezembro de 2014 a outubro de 2015.

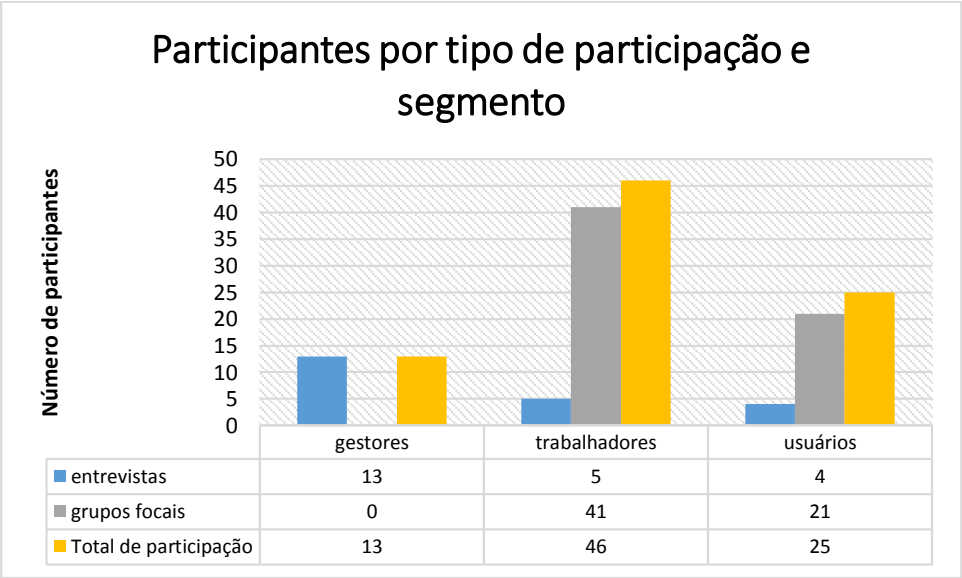
Quadro 5 – Número de participantes por sexo e por tipo de participação

Entrevistados e participantes grupos focais por sexo	
Feminino	59
Masculino	25

Participantes por tipo de participação	
Número de Grupos focais realizados	15
Número de pessoas em entrevistas individuais	22
Número de pessoas nos GRUPO FOCAIS	62
Total de pessoas ouvidas (grupos focais e entrevistas)	84

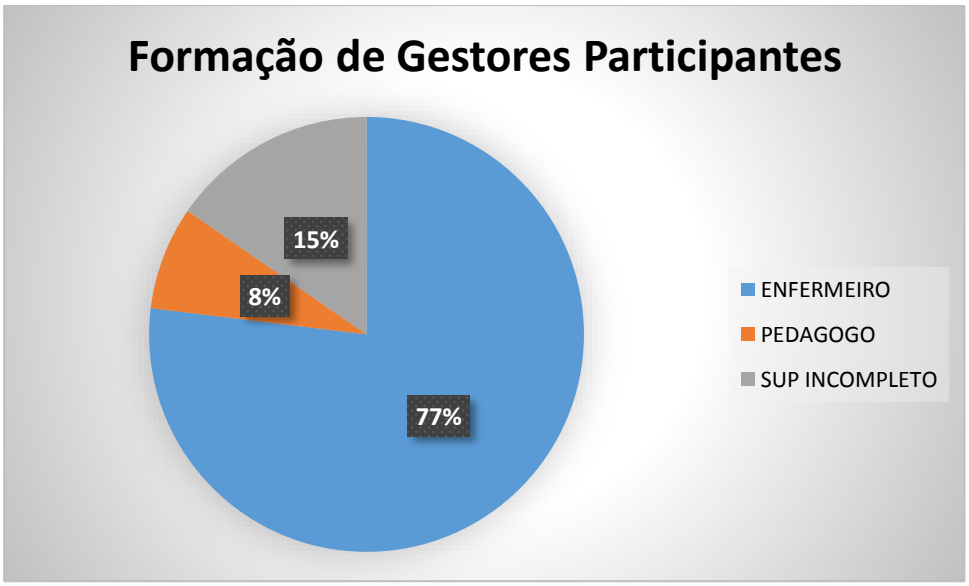
O gráfico na sequência mostra a divisão dos participantes por Categoria, por entrevistas e grupos focais em relação ao segmento. Em quase todos os municípios, foram entrevistados os gestores, com exceção apenas de Miracatu, pois, na época da pesquisa de campo, não coincidiram as agendas; os dois articuladores da atenção básica do Vale foram entrevistados; foram inseridas nesta pesquisa as entrevistas realizadas no projeto piloto em Cajati, que possuiu um forte caráter histórico. O gráfico 1 mostra que a maioria dos trabalhadores e usuários foi ouvida em grupos focais, assim como os gestores foram ouvidos em entrevistas individuais.

Gráfico 1 – Divisão dos Entrevistados por Categoria



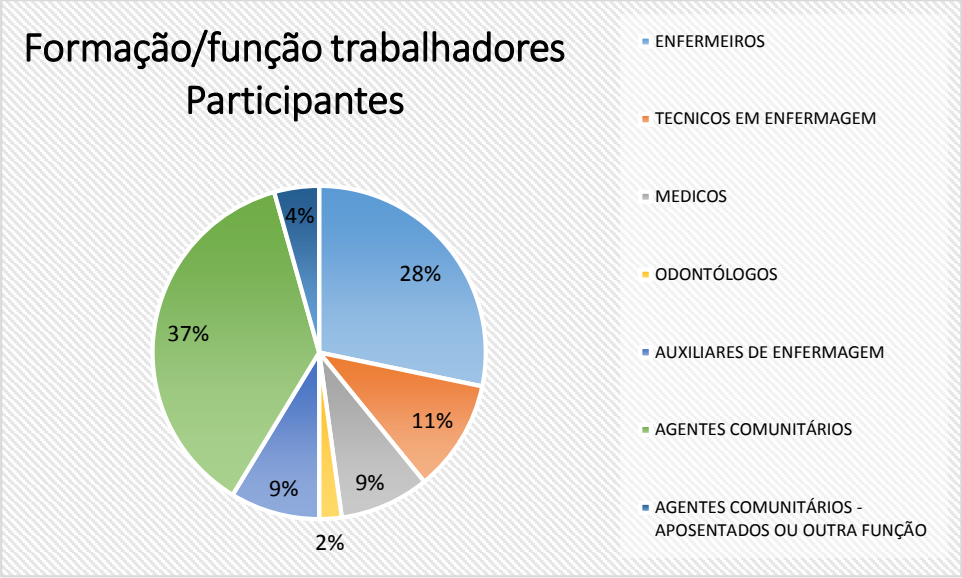
Na sequência, o gráfico abaixo mostra a composição dos participantes gestores segundo a formação acadêmica, a grande maioria composta por Enfermeiros, sendo 10 enfermeiros, 1 com curso superior incompleto em enfermagem, 1 com curso superior incompleto em tecnologia da gestão de saúde e 1 pedagogo. O gráfico 2 mostra uma tendência de qualificação da Gestão da ESF e da Atenção Básica, sendo todos esses gestores nessa função.

Gráfico 2 – Composição da Amostra de Gestores segundo Formação Acadêmica



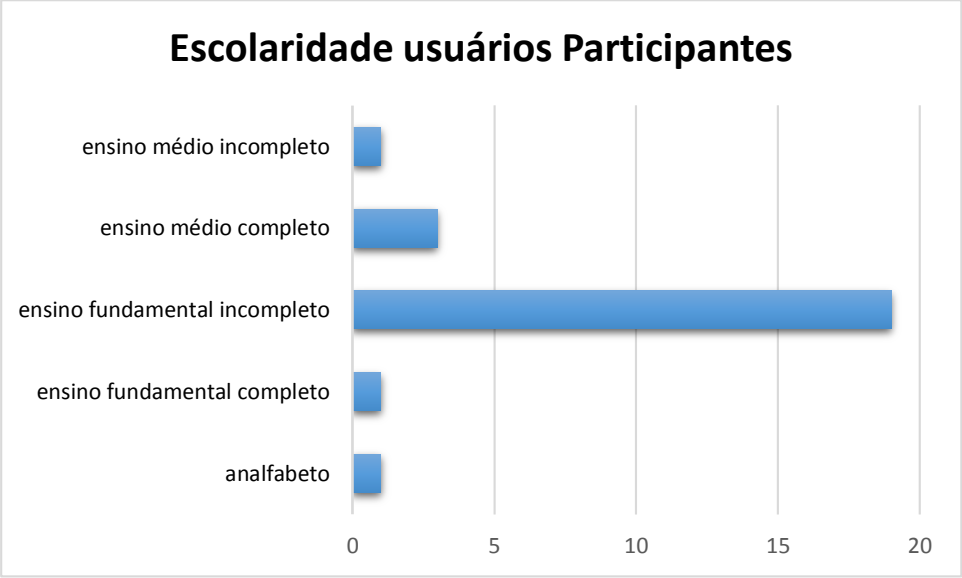
A amostra para a pesquisa de campo organizada por função dentro da Equipe da ESF segue no gráfico 3, tendo sido então uma pesquisa que possibilitou a participação de vários atores das várias atuações dentro das equipes estruturadas no Vale do Ribeira.

Gráfico 3 – Composição da Amostra de Trabalhadores por Função na Equipe



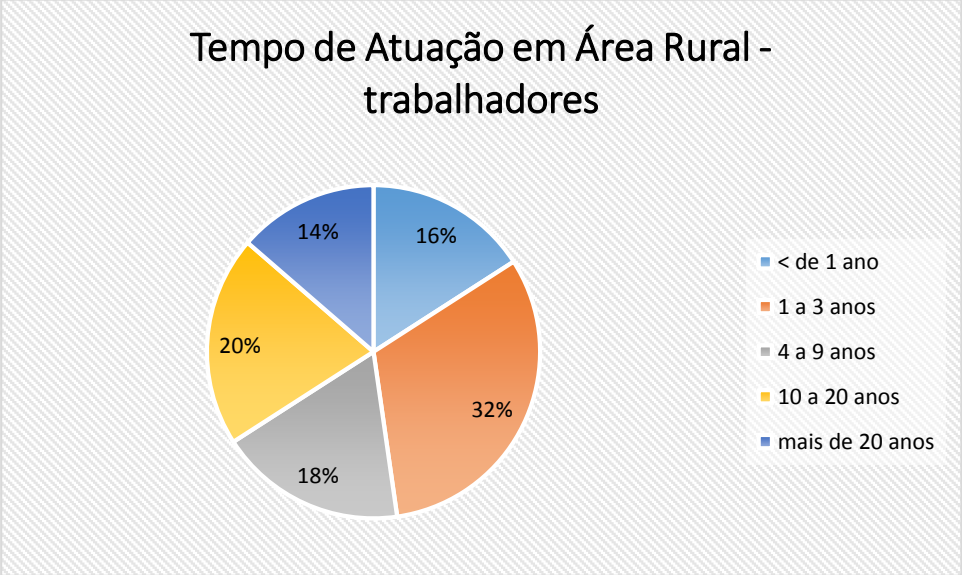
Em seguida, o gráfico 4 mostra a distribuição dos participantes usuários pela escolaridade, o que é representativo da população rural do Vale do Ribeira, como revelado no capítulo de caracterização do Vale.

Gráfico 4 – Distribuição dos Participantes Usuários por Escolaridade



Por último, o gráfico 5, que mostra a distribuição dos participantes do segmento dos trabalhadores por tempo de atuação na área, o que nos trouxe um forte componente histórico e pode representar a permanência dos profissionais em áreas rurais por um bom período de tempo.

Gráfico 5 – Distribuição dos Participantes Trabalhadores por Tempo de Atuação em Área Rural



Para a contextualização do leitor, é importante explicar que a identificação dos entrevistados e participantes dos grupos focais ficou da seguinte forma: G (Gestores em entrevistas); A (Articuladores da Atenção Básica); T (Trabalhadores em entrevistas); TT (Trabalhadores em grupos focais); U (usuários); UU (Usuários em Grupos Focais). Em alguns momentos, os nomes dos municípios foram mantidos, bem como a característica da área (se quilombola ou caiçara) por ser importante no contexto. Em alguns poucos momentos, os nomes citados também foram mantidos porque há importância histórica, porém, os nomes dos gestores atuais ou mesmo ex-gestores (em determinados momentos) e trabalhadores entrevistados foram suprimidos.

6 O Vale do Ribeira: histórico das comunidades e da organização da assistência à saúde

No Centro da Região, corre o rio Ribeira, a maior vertente atlântica do estado de São Paulo. Nascendo no Paraná, atravessa toda a região e desemboca no Atlântico, próximo a Iguape.

Foram os portugueses e espanhóis, no início do século XVI, que iniciaram sua colonização. Ali encontraram os nativos de origem tupi que tinham sido precedidos por outros e deixaram um inúmero contingente de sítios arqueológicos – os sambaquis ou casqueiros constituídos de cascas de moluscos e restos de peixes. Na época do descobrimento, era habitada pelos índios carijós, Diegues refere que a contribuição dos povos indígenas foi fundamental para a constituição dos falares locais, dos nomes dos acidentes geográficos, da fauna e da flora e dos instrumentos usados para a pesca e produção de farinha de Mandioca (Diegues, 2007).

Em 1531, Martim Afonso de Souza ancorou seus navios na Ilha do Bom Abrigo, em frente à Ilha do Cardoso; os outros povoadores ibéricos fundaram Cananéia já no início do Século XVI, seguida por Iguape. A busca do ouro começou com a subida de uma expedição pelo Rio Ribeira com 80 homens e nunca mais retornou. O ciclo do ouro começou por volta de 1550, quando foi encontrado ouro de aluvião no interior do Vale do Ribeira, na região de Apiaí-Iporanga (Alto Ribeira), Eldorado (Médio Ribeira), mas também em Cananéia e no litoral paranaense. Como resultado, houve o início do povoamento de Iporanga, cujo ouro, em parte, era fundido em Iguape, na casa da moeda ainda hoje existente e transformada em museu (Diegues, 2007).

No século XIX, a região litorânea do Vale chegou a ser a maior produtora de arroz de São Paulo, porém, com o ciclo de arroz em decadência e a ascensão do ciclo do Café – e como citado anteriormente, sendo a topografia desfavorável à cafeicultura –, o Vale permaneceu isolado, desprovido de políticas públicas, desenvolvendo uma pesca rudimentar no litoral, agricultura de subsistência e extração de produtos da mata, como madeiras, fibras vegetais e palmito (Diegues, 2007).

Fatores históricos e políticos explicam o grande atraso do Vale do Ribeira em relação ao processo de desenvolvimento do estado. A região permaneceu isolada, abandonada pelos estímulos oficiais, desenvolvendo-se espontaneamente com a penetração dos colonos – preocupados, de início, em explorar os recursos naturais da região. Como o clima da área nunca foi propício para a expansão de cafezais, deixou o Vale à margem do progresso durante o ciclo do café em São Paulo. Uma nova fase iniciou-se na década de 1960, quando se inaugurou a Rodovia Régis Bitencourt em 1961, propiciando uma redefinição na ocupação do território, promovendo a expansão da circulação de mercadorias para produção industrial (Silva et al., 1986).

Nesse processo de desenvolvimento, coube ao estado a criação de órgãos especiais para o desenvolvimento da região, aceleração da política educacional e de saúde, bem como o desenvolvimento de uma política de isenções fiscais para investimento. No entanto, o Vale do Ribeira ainda hoje é uma região essencialmente agrícola, cuja estrutura tem na banana seu principal produto.

Em 1999, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura declarou a região como Patrimônio Natural da Humanidade, contendo uma das maiores biodiversidades do globo.

Em termos políticos, faz parte da história do Vale do Ribeira o fato de, nos anos 1970, Carlos Lamarca, ex-capitão do exército, militante contra o regime militar e membro da Vanguarda Popular Revolucionária, ter feito sua base no local, especialmente no bairro Capelinha, no qual até hoje existem vestígios de sua passagem[20]. A repressão sobre a comunidade ainda rende histórias no município, tendo sido o local onde o grupo deste ficou abrigado conhecido como cachoeira de Lamarca. Outras histórias de sequestros e assassinatos são contadas por moradores daquela época, sem registros oficiais no município. Em abril de 1970, a região foi evacuada e o campo de treinamento de guerrilha bombardeado sob o comando do Coronel Erasmo Dias.

O Vale do Ribeira, região situada ao sul do estado de São Paulo, fronteira com o Paraná, pertence em sua maior parte ao DRS XII com sede em Registro. Essa região

---

[20] [citado 25 nov. 2012]. Disponível em: http://www.cajati.sp.gov.br/index.php?exibir=secoes&IDNOTICIA=104&ID=79

possui municípios considerados como do Alto Ribeira (Iporanga – é marcado pela presença da Serra do Mar, apresentando uma paisagem montanhosa e florestada, por onde passa o Rio Ribeira); do Médio Ribeira (é marcado pela presença do rio que recebe vários afluentes, como o Juquiá, o Jacupiranga, e onde se situam cidades, como Eldorado, Sete Barras, Juquiá, Jacupiranga e Registro); já na região do Baixo Ribeira, as terras são mais planas e inundáveis, onde o rio desce em meandros até desembocar na região litorânea próxima a Iguape; e Região Litorânea Paulista – litoral sul com Ilha Comprida e Cananéia. A tabela 1 abaixo mostra a população do Vale dos municípios da DRS XII (Diegues, 2007).

Tabela 1 – População da Região do Vale do Ribeira pertencente ao Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira XII

Discriminação	São Paulo	Vale do Ribeira (DRS XII)
População (2010)	39.924.091	271.315
Extensão territorial (km^2)	248.604,14	13.403,83
Densidade demográfica	160,59	20,24

Fonte: IBGE 2010.

Dados de 1980, quando o Vale do Ribeira era composto por 16 municípios, incluindo Apiaí, Ribeira, sem a Ilha Comprida, mostravam uma população de 243.078 habitantes e uma densidade demográfica de 14,89 hab./km^2, que pouco aumentaram em 30 anos. Em contrapartida, a população do estado de São Paulo era de 15.040.712 habitantes e uma densidade demográfica de 101,25 hab./km^2 (IBGE, 1980. In: Silva, Gonçalves, Goldbaum, 1986).

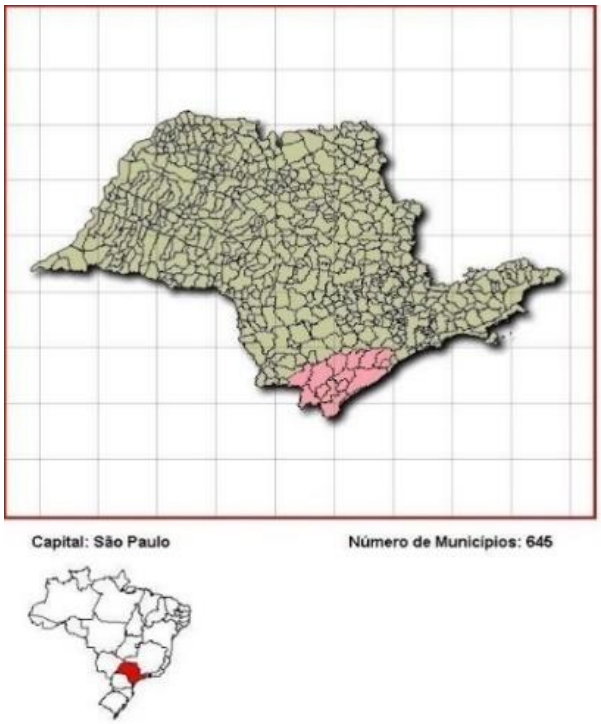
Até o final da década de 1980, o Vale do Ribeira era a região mais pobre do estado de São Paulo, com problemas ainda de ordem de posse da terra, de subsistência de comunidades tradicionais *versus* áreas de conservação ecológicas, baixo IDH, áreas remotas com difícil acesso à saúde, ausência de gestão especializada em saúde, falta de equipamentos educacionais abrangentes e acessíveis e tantos outros que ainda colocam o Vale em situação de grande vulnerabilidade social e da saúde. O Ministério

da Saúde iniciou, a partir de 2005, um movimento para confecção da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta publicada em 2008, com um grupo denominado Grupo da Terra. Para o Ministério, então, a população do Campo é assim constituída: os segmentos populacionais de agricultores (as) familiares, trabalhadores (as) rurais assalariados (as) e aqueles (as) em regime de trabalho temporário, os (as) trabalhadores (as) rurais assentados, os (as) trabalhadores (as) rurais que não têm acesso à terra – famílias de trabalhadores (as) rurais de assentamentos e acampamentos rurais, populações que residem em comunidades remanescentes de quilombos, em reservas extrativistas, em vilas, povoados, população ribeirinha, populações atingidas por barragens, comunidades tradicionais e trabalhadores que moram na periferia das cidades e que trabalham no campo (BRASIL, 2008).

O Vale do Ribeira tem quase 50% de equipes rurais, e entre as populações atendidas por essas equipes rurais encontram-se quilombolas, caiçaras e rurais (comunidades não tradicionais); há também tribos indígenas (que não serão objeto deste estudo). A implantação das equipes de saúde da família no Vale se deu principalmente a partir da zona rural, isso significa que a maioria da população rural já se encontra coberta pela Estratégia.

Na figura 2, encontra-se a localização do Vale do Ribeira em relação ao estado de São Paulo.

Figura 2 – Mapa de São Paulo com o Vale do Ribeira em Destaque



Fonte: IBGE adaptado pela autora.

A ocupação humana da região do Vale do Ribeira é considerada como anterior à chegada de portugueses no Brasil, sendo a região utilizada por grupos indígenas no inverno como área de passagem, quando então desciam para o litoral para pescar. Há registros que demonstram que, no século XVI, os colonos europeus já ocupavam uma parte do Vale, a região da baixada Ribeira, e com a escravização indígena, tornou-se uma área de refúgio aos que conseguiam escapar. As comunidades negras que se estabeleceram ali foram influenciadas pela cultura e pelos costumes dessas tribos indígenas.

A ocupação se intensificou no século XVII, quando foi descoberto ouro na região e começaram as incursões de mineradores em algumas localidades. A mão de obra escrava foi introduzida nessa atividade na metade daquele século. No início do século XVIII, com a queda das atividades mineradoras e a ascensão da atividade agrícola, foi introduzida a monocultura do arroz, havendo dois núcleos de povoamento na região em Cananéia e em Iguape, como citado no capítulo sobre os caiçaras. No final do

Século XVIII, em 1763, o povoado de Xiririca já tinha uma população de cerca de 600 habitantes (atualmente Eldorado)[21].

Na sequência, algumas especificações importantes sobre as comunidades tradicionais do Vale: Quilombolas e Caiçaras.

6.1 Comunidade Quilombola

A origem das comunidades quilombolas do Vale do Ribeira remonta a época anterior à abolição da escravatura. Há notícias de comunidades de negros livres na região no início do século XVII a partir de ex-escravos libertos dessa condição em função do declínio da atividade mineradora. Nos séculos seguintes, havia negros livres na região, pequenos agricultores em suas próprias terras e negros escravos trabalhando nas grandes fazendas. Com a abolição, os antigos escravos continuaram na região compondo a atual comunidade de remanescentes do vale.

Comunidades Remanescentes de quilombos são grupos étnico-raciais, segundo os critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria e relações territoriais específicas, bem como presunção de ancestralidade negra relacionada com as formas de resistência quilombolas diante da opressão histórica sofrida, diferentemente das comunidades negras tradicionais, que possuem um conceito mais amplo. Esses são grupos diferenciados culturalmente, com organização social própria e arcabouço cultural social, religioso e econômicos englobando os quilombos, terreiros de matriz africana e comunidades negras rurais (Lima, 2011).

Segundo Volochko, o movimento quilombola listou 3.500 quilombos no País. A fundação Cultural Palmares, até 6 de julho de 2010, expediu 1.523 certidões. Em seguida, na tabela 2, apresento a atual lista de comunidades de remanescentes de quilombos dos municípios que compõem o DRS XII em São Paulo (Volochko, 2009).

---

[21] [citado 25 nov. 2012]. Disponível em: http://www.cpisp.org.br/comunidades/html/brasil/sp/ribeira/ribeira_historia.html

Tabela 2 – Comunidades Quilombolas no Vale do Ribeira, publicadas pela Fundação Cultural Palmares, até 2015

MUNICÍPIO	COMUNIDADE	PUBLICAÇÃO
Barra do turvo	Cedro	13/12/2006
	Ilhas	09/06/2015
	Paraíso	13/12/2006
	Pedra Preta	12/12/2006
	Reginaldo	25/04/2006
	Ribeirão Grande	13/12/2006
	Terra Seca	13/12/2006
Cananéia	Ariri	12/09/2005
	Mandira	19/04/2005
	Porto Cubatão	19/08/2005
	Santa Maria	12/09/2005
	São Paulo bagre	19/08/2005
	Taquari	19/-8/2005
	Varadouro	19/08/2005
Eldorado	Abobral	13/03/2007
	André Lopes	10/12/2004
	Ivaporunduva	13/03/2013
	Nunguara	02/03/2007
	Pedro Cubas	16/04/2007
	Pedro Cubas de Cima	07/06/2006
	Poça	13/03/2007
	Sapatu	25/05/2005
Eldorado/Iporanga	Galvão	02/03/2007
	São Pedro	19/08/2005
Iguape	Aldeia	03/09/2012
Iguape/Juquiá	Morro Seco	19/04/2005
Iporanga	Bombas	08/06/2005
	Castelhanos	07/02/2007
	Maria Rosa	02/03/2007
	Pilões	06/12/2005
	Piririca	01/12/2011
	Praia Grande	02/03/2007
Iporanga/Itaoca	Porto Velho	07/06/2006

Fonte: Fundação Cultural Palmares [citado 10 fev. 2016]. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2016/01/TABELA_CRQs_COMPLETA-Atualizada-31-12-2015.pdf

Volochko refere que o exemplo a ser aprendido com os quilombolas é a persistência e a expressão de suas necessidades em todos os fóruns. Entende-se que essa é a essência do processo de participação popular em saúde. É por meio dessa participação que se pode perceber melhor as necessidades da comunidade e, a partir de então, introduzi-las nas agendas de planejamento e programação das políticas públicas voltadas para a região. "Esta é uma das mais importantes expressões da cidadania" (Volochko, 2009).

A atenção à saúde dessas comunidades teve um maior investimento partir da Portaria n.º 1.434, de 14 de julho de 2004, que fixou critérios específicos, aumentando em 50% o valor atual do repasse relativo às equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal nos municípios com população remanescente de quilombos[22].

Segundo Lima, o Ministério da Saúde apoia parcialmente o financiamento da saúde da família por meio dos repasses municipais fundo a fundo no valor de 50% a mais por equipe de saúde da família de região que abrange remanescentes de quilombos. Em estados como São Paulo, há repasse estadual também para municípios com quilombolas ou IDH baixo (Lima, 2011).

Dessa forma, o município é responsável por gerir os recursos para a saúde da comunidade quilombola, dependendo então da qualificação dos gestores e da política local para fazer uma melhor e mais adequada atenção à saúde da comunidade. É claro que os determinantes sociais são fundamentais e se misturam quando se tratam da população quilombola e negra de modo geral. Muitos estudos têm sido feitos em relação à população negra com tratados étnicos e socioeconômico-culturais importantíssimos para a compreensão do adoecer dessa população específica (Lima, 2011).

[22] [citado 25 nov. 2012]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/legislacao/portarias.htm

6.2 Comunidade Caiçara

Caiçara, segundo Diegues, é fruto da miscigenação entre índio, português e negro (em menor quantidade) que ficaram isolados na Mata Atlântica e no litoral de São Paulo durante um longo período de tempo. Embora sejam distintos da população indígena, há grande influência destes em sua forma de trabalho e no vocabulário. O autor ainda aponta que esse isolamento geográfico relativo ao modo de vida tradicional trouxe como característica da comunidade uma fraca acumulação de capital, dependência limitada da economia de mercado, a importância das relações de parentesco e as tecnologias manuais de pouco impacto sobre a natureza (Diegues, 1998).

O modo de vida é fundamental para caracterizar o caiçara. Trata-se de um grupo que vive em uma área limítrofe entre o mar e a montanha, com um certo isolamento das cidades, e que desenvolveu técnicas específicas para realizar o seu trabalho, tendo a pesca e a lavoura como sua economia de subsistência.

Os Caiçaras raramente aparecem nos arquivos e documentos históricos. Em alguns dicionários, esse termo é, inclusive, associado à pessoa indolente. Até documentos recentes, quando se referem à criação de áreas protegidas e reservas naturais em territórios sabidamente habitados por caiçaras, os ignoram ou, às vezes, os classificam como “bons selvagens”. Essas comunidades fazem parte das populações brasileiras pobres e marginalizadas, muito embora tenham mantido relações sociais e econômicas com as cidades da região. Geralmente, a maioria dos historiadores trabalha documentos referentes à fundação das vilas a partir das histórias das “grandes famílias”, seus feitos e número de escravos durante o século XIX (Diegues, 2007).

Vários depoimentos dos caiçaras indicam que, nos últimos anos, a comunidade começou a reafirmar seu papel social e seu território perante a especulação imobiliária muitas vezes até violenta por parte de jagunços na década de 1930 e 1940. A partir dos anos 1950 e 1960, vários empreendimentos imobiliários começaram a se instalar em Cananéia, sobretudo na Ilha do Cardoso (Diegues, 2007).

Outro processo nas relações econômicas e sociais da comunidade caiçara foi a implantação de áreas protegidas, tornando inviável o modo de vida da comunidade pela proibição do exercício das atividades agrícolas e extrativas, bem como a

transferência forçada de suas residências por representantes dos órgãos ambientais e do Estado. Criado em 1962, o parque estadual da Ilha do Cardoso levou à expulsão gradativa de inúmeras comunidades caiçaras, restando hoje um número reduzido que mora no sul da Ilha. No entanto, a partir do início da década de 1980, começa a ser construída uma identidade caiçara, fruto dos embates contra essa especulação imobiliária citada acima e contra o autoritarismo ambiental que não respeitou a comunidade local em seu modo de vida, culturas e direito à terra (Diegues, 2007).

Cananéia é o município original, que possui a maior parte da população caiçara do Vale do Ribeira; encontra-se em um dos biomas mais ameaçados de extinção, abrigando hoje 7,3% de Floresta. É formado por uma parte continental e outra insular, que está dentro de uma Área de Proteção Ambiental (APA) de Cananéia-Iguape-Peruíbe (CIP), além de constarem na região algumas unidades de Conservação, como o Parque Estadual da Ilhado Cardoso, criado em 1962; Parque Estadual do Lagamar; APA Marinha Litoral Sul; Reserva Extrativista do Tumba; Reserva Extrativista do Taquari; Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS) Itapanoapina e a Reserva Extrativista do Mandira, onde encontramos uma comunidade remanescente quilombola (discutida em outro capítulo). Havendo ainda aldeias indígenas da etnia Guarani M'Mbya e diversas comunidades caiçaras que mantêm suas tradições como legal de seus antepassados (Almeida, 2009).

Consta na História do município que, desde 1502, as terras e mares de Cananéia já haviam sido encontrados por europeus a partir da vinda do mestre Cosme Fernandes, desterrado pela Coroa Portuguesa na Ilha do Cardoso, que se torou um líder local entre os indígenas, sendo considerado precursor da colonização do litoral sul paulista e alto do Ribeira, com uma ação desbravadora que alcançou desde Cananéia, Iguape e São Vicente, atingindo Laguna e Rio da Prata, aos fins de terras peruanas (Almeida, 2009).

Em 1987, foi fundada a Vila de São João Batista de Cananéia, habitada por lavradores e pescadores, tornando-se, na primeira metade do século XV, um dos locais mais importantes do Brasil, experimentando épocas de prosperidade, durante os séculos XVI e XVII, no ciclo da mineração, na rizicultura e da construção naval. Em 1889, foi criado o Porto de Cananéia, à margem do Mar Pequeno, importante Centro Comercial na exportação de farinha, arroz e erva-mate. Nas primeiras décadas do

século XX, foi criada a Colônia de Pescadores, atividade responsável pela maior fonte de riqueza do Município (Almeida, 2009).

Durante as décadas de 1950 até 1970, houve um grande êxodo de Cananéia para os grandes centros urbanos, havendo uma perda importante de fatos histórico-culturais pelos moradores do município. A produção agrícola regional passou a estar relegada a um processo de desmonte por causa da diminuição dos investimentos na região e da gradual desativação dos portos de Cananéia e de Iguape, sendo gradativamente a pesca induzida na região, e os pequenos agricultores foram se inserindo às atividades pesqueiras. Atualmente, a pesca artesanal é uma das principais fontes econômicas do município, mantendo ainda transmitida a sabedoria de pai para filho por meio desse tipo de pesca praticada no estuário (Almeida, 2009).

6.3 Dados populacionais e socioeconômicos do Vale do Ribeira

Este subcapitulo mostra em bases estatísticas demográficas e socioeconômicas a realidade do Vale do Ribeira, importante para reconhecer a problemática e as características da população-alvo desta pesquisa.

O quadro 6 expõe a distribuição da população em rural e urbana segundo dados de IBGE de 2010.

Quadro 6 – Dados da População do Vale do Ribeira de 2010 – Distribuição Espacial

Municípios	Área geográfica km²	População	Densidade demográfica	População rural	% população rural	População urbana	% população urbana
Barra do Turvo	1007,82	7729	7,67	4555	58,9	3174	41,1
Cajati	454,436	28372	62,43	7652	27,0	20720	73,0
Cananéia	1239,379	12226	9,84	1790	14,6	10436	85,4
Eldorado	1654,256	14641	8,85	7436	50,8	7205	49,2
Iguape	1977,951	28841	14,59	4154	14,4	24687	85,6
Ilha Comprida	191,972	9025	47,9	0	0,0	9025	100,0
Iporanga	1152,049	4299	3,73	1898	44,1	2401	55,9
Itariri	273,667	15471	56,5	5592	36,1	9879	63,9
Jacupiranga	704,089	17208	24,44	7839	45,6	9369	54,4
Juquiá	812,748	19246	23,41	7107	36,9	12139	63,1
Miracatu	1001,535	20592	20,56	10006	48,6	10586	51,4
Pariquera-Açu	359,304	18446	51,36	5785	31,4	12661	68,6
Pedro de Toledo	670,44	10204	15,22	3171	31,1	7033	68,9
Registro	722,411	54261	75,11	6092	11,2	48169	88,8
Sete Barras	1062,699	13005	12,34	5814	44,7	7191	55,3
TOTAIS	13284,756	273566	20,5925	78891	28,8	194675	71,2

Fonte: IBGE 2010.

O Vale do Ribeira é considerado uma das regiões menos desenvolvidas no estado de São Paulo, uma vez que sua maior economia é agrícola e com grandes áreas de conservação ambiental incluídas no Cinturão Verde do estado, limitando o crescimento da economia sem ter, todavia, o apoio suficiente da Federação e do Estado, a fim de prover desenvolvimento econômico/social populacional.

A tabela 3 mostra índices socioeconômicos importantes que nos ajudam a conceber melhor a situação de saúde das comunidades; os dois municípios que possuem o maior número de populações quilombolas tem o pior PIB per capita.

Tabela 3 – PIB Per Capita, valor Rendimento nominal mediano mensal rural e urbano 2010, Incidência de Pobreza, Índice de Gini de 2003 dos Municípios do Vale do Ribeira – DRS XII

CIDADE	PIB PER CAPITA	VALOR RENDIMENTO NOMINAL MEDIANO MENSAL RURAL	VALOR RENDIMENTO NOMINAL MEDIANO MENSAL URBANO	ÍNDICE DE POBREZA 2003	ÍNDICE DE GINI 2003
Barra do Turvo	6655,24	266,67	425	44,44	0,4
Cajati	18499,47	300	418	37,89	0,4
Cananéia	9200,97	212,5	500	37,3	0,42
Eldorado	10901,33	250	440	42,53	0,44
Iguape	9916,9	255	442	33,31	0,43
Ilha Comprida	11611,95		510	21,73	0.39
Iporanga	6345,38	226,67	396,67	49,52	0,4
Itariri	6811,14	266,67	395,67	34,46	0,42
Jacupiranga	13754,46	290	530	28,53	0,44
Juquiá	19246	275	452	41,83	0,42
Miracatu	13273,39	272,33	400	41,08	0,43
Pariquera-Açu	10439,45	335	510	30	0,41
Pedro de Toledo	8463,99	359,33	432	41,68	0,43
Registro	16118,51	299,71	510	32,46	0,46
Sete Barras	15260,43	285,5	400	36,38	0,44

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003.
NOTA: A estimativa do consumo para a geração destes indicadores foi obtida utilizando o método da estimativa de pequenas áreas dos autores Elbers, Lanjouw e Lanjouw (2002).

Pela tabela anterior, percebem-se as diferenças intermunicipais no Vale, com valores diferentes de PIB per capita, porém com uma distribuição normal em torno de 5 mil a 7 mil e extremos, como o da Barra do Turvo e de Cajati, sendo este o município com maior PIB per capita ainda diferente da média do estado de São Paulo de 13.725.

Na sequência, a tabela 4 mostra dados de IDH dos municípios do Vale comparativos aos do Brasil.

Tabela 4 – IDH dos municípios do Vale do Ribeira – 2010

LUGAR	IDHM (2010)	IDHM Renda (2010)	IDHM Longevidade (2010)	IDHM Educação (2010)
Brasil	0.727	0.739	0.816	0.637
Barra do Turvo (SP)	0.641	0.625	0.792	0.532
Cajati (SP)	0.694	0.658	0.832	0.611
Cananéia (SP)	0.720	0.677	0.851	0.649
Eldorado (SP)	0.691	0.633	0.847	0.615
Iguape (SP)	0.726	0.691	0.847	0.653
Ilha Comprida (SP)	0.725	0.696	0.823	0.666
Jacupiranga (SP)	0.717	0.687	0.832	0.644
Juquiá (SP)	0.700	0.654	0.823	0.637
Miracatu (SP)	0.697	0.645	0.803	0.655
Pariquera-Açu (SP)	0.736	0.682	0.862	0.678
Pedro de Toledo (SP)	0.696	0.654	0.812	0.634
Iporanga (SP)	0.703	0.637	0.816	0.668
Itariri (SP)	0.677	0.642	0.837	0.577
Registro (SP)	0.754	0.718	0.851	0.702
Sete Barras (SP)	0.673	0.651	0.832	0.562

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano Brasil 2013[23].

Em continuidade, na tabela 5, apresento importantes dados socioeducacionais que mostram a vulnerabilidade da região, principalmente de alguns municípios, como Barra do Turvo, Iporanga, Eldorado, municípios que abrigam quilombos.

[23] Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. <http://atlasbrasil.org.br/2013/consulta/> 1 de setembro de 2013.

Tabela 5 – Dados Educacionais do Vale do Ribeira – 2010

LUGAR	TAXA DE ANALFABETISMO - 18 ANOS OU MAIS (2010)	% DE 18 ANOS OU MAIS COM ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (2010)	EXPECTATIVA DE ANOS DE ESTUDO (2010)
Brasil	10.19	54.92	9.54
Barra do Turvo	18.48	32.25	10.46
Cajati	10.75	45.12	10.39
Cananéia	8.01	50.92	10.77
Eldorado	12.19	45.24	9.81
Iguape	8.47	48.10	10.09
Ilha Comprida	5.29	54.20	10.15
Jacupiranga	9.93	48.19	10.16
Juquiá	11.83	45.45	10.64
Miracatu	11.12	47.75	10.18
Pariquera-Açu	7.25	53.65	10.85
Pedro de Toledo	11.02	45.34	10.31
Iporanga	13.71	47.92	11.78
Itariri	10.02	43.33	10.87
Registro	5.94	57.15	10.56
Sete Barras	11.22	44.42	8.45

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano Brasil 2013.

Os dados acima chamam a atenção em relação aos municípios que possuem as maiores comunidades quilombolas no que se refere à taxa de analfabetismo.

Os quadros abaixo mostram que ainda há municípios com situação sanitária mais precária que a nacional quanto à porcentagem de domicílios com água encanada, muito embora os dados mostrem alguma inconsistência, como o fato de haver um maior número de domicílios com água encanada e banheiro em relação aos domicílios com água encanada. Considerando as grandes áreas rurais existentes nesses municípios que não possuem saneamento básico, tais dados são questionáveis.

Já nos dados contidos na tabela 7, que mostram a vulnerabilidade das mulheres e crianças, é importante perceber a heterogeneidade do Vale, cujos valores de alguns municípios, especialmente Cananéia, Eldorado, Jacupirnaga, Pariquera-Açu e Sete Barras, apresentam a maior porcentagem de mulheres de 10 a 14 anos que tiveram

filhos em 2010; Barra do Turvo e Eldorado mostram índices maiores que do Brasil relacionados à porcentagem de mulheres de 15 a 17 anos que tiveram filhos em 2010; Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado e Itariri que têm as maiores porcentagens de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos em 2010; Barra do turvo, Iguape e Ipranga com as maiores porcentagens de crianças extremamente pobres; Barra do Turvo, Cajati, Juquiá e Sete Barras com maior porcentagem de crianças em domicílios em que ninguém tem fundamental completo em 2010; Barra do Turvo, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariquera-Açu e Itariri com a maior porcentagem de crianças de 4 a 5 anos fora da escola em 2010 e, por último, Barra do Turvo, Itariri e Sete Barras as maiores porcentagens de crianças de 6 a 14 anos fora da escola em 2010, colocando o município de Barra do Turvo como maior vulnerabilidade de mulheres e crianças do Vale do Ribeira em 6 dos 7 aspectos mostrados.

Tabela 6 – Dados econômicos relacionados à moradia – Vale do Ribeira – 2010

Lugar	% da população em domicílios com água encanada (2010)	% da população em domicílios com banheiro e água encanada (2010)	% da população em domicílios com coleta de lixo (2010)	% da população em domicílios com energia elétrica (2010)	% da população em domicílios com densidade > 2 (2010)
Brasil	92.72	87.16	97.02	98.58	27.83
Barra do Turvo	59.86	91.00	100.00	85.04	33.38
Cajati	90.63	95.37	99.42	98.93	32.03
Cananéia	90.61	94.03	99.05	97.87	34.54
Eldorado	84.43	89.16	99.93	99.16	36.03
Iguape	90.58	93.75	93.63	98.66	32.51
Ilha Comprida	97.72	97.25	97.45	99.35	31.75
Jacupiranga	88.24	86.84	99.94	99.32	31.27
Juquiá	85.22	90.00	97.39	98.95	31.29
Miracatu	80.46	87.97	98.57	98.57	40.21
Pariquera-Açu	96.82	97.36	99.31	99.81	30.31
Pedro de Toledo	88.58	98.53	98.88	99.17	36.73
Iporanga	84.02	87.81	99.91	88.89	37.29
Itariri	91.64	91.75	93.49	98.49	43.71
Registro	98.39	92.62	97.90	99.90	32.34
Sete Barras	89.10	93.71	100.00	98.39	35.77

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano Brasil 2013.

Tabela 7 – Dados de Vulnerabilidade de Mulheres e Crianças do Vale do Ribeira – 2010

Lugar	% de mulheres de 10 a 14 anos que tiveram filhos (2010)	% de mulheres de 15 a 17 anos que tiveram filhos (2010)	% de mães chefes de família sem fundamental completo e com filhos menores de 15 anos (2010)	% de crianças extremamente pobres (2010)	% de crianças em domicílios em que ninguém tem fundamental completo (2010)	% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola (2010)	% de crianças de 6 a 14 anos fora da escola (2010)
Brasil	0.44	6.94	17.23	11.47	30.39	19.90	3.31
Barra do Turvo	0.00	12.02	31.84	15.66	47.23	36.96	4.43
Cajati	0.00	7.07	28.14	8.72	33.86	13.99	1.63
Cananéia	0.69	2.21	24.36	10.09	30.50	17.48	2.68
Eldorado	1.27	10.28	19.81	9.86	28.87	19.07	2.70
Iguape	0.00	5.55	16.80	12.23	28.01	13.29	0.49
Ilha Comprida	0.00	8.63	14.75	2.51	21.85	10.04	1.82
Jacupiranga	1.17	5.73	7.83	7.95	29.56	21.35	2.63
Juquiá	0.42	2.86	22.48	10.67	33.84	26.34	2.36
Miracatu	0.00	4.55	16.81	8.37	30.09	22.46	2.91
Pariquera-Açu	1.02	5.54	17.92	4.72	25.36	22.25	2.86
Pedro de Toledo	0.00	8.96	14.12	7.81	28.42	16.80	0.66
Iporanga	0.00	6.69	16.89	15.40	26.03	10.70	2.74
Itariri	0.00	8.04	27.00	10.59	31.91	28.53	3.63
Registro	0.00	7.56	13.71	2.83	16.68	17.38	2.69
Sete Barras	1.24	8.69	16.40	5.61	36.09	19.98	3.86

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano Brasil 2013.

6.4 Tipologia do Rural no Vale do Ribeira

Discutindo as relações humanas e retomando as questões relacionadas à tipologia do rural, utilizando então os conceitos que foram expostos no capitulo 2, podemos construir a tipologia do Vale do Ribeira classificando-o por meio dos critérios mencionados da seguinte forma: pela OCDE, o Vale do Ribeira tem a densidade de 20,24 hab./km^2 (censo de 2010), o município mais populoso, que é Registro, tem densidade de 75 hab./km^2. A OCDE considera como primeiro passo a área rural com menos de 150 hab./km^2, não havendo nenhum centro urbano (ou seja, município com mais de 200 mil hab.), muito embora com uma distribuição considerada *"Intermediária" pelo IBGE, pois apresenta uma concentração de 28,8% em área rural (entre 15 e 50% em área rural). Pode-se considerar que o Vale do Ribeira é eminentemente rural (2 itens para rural e 1 para intermediário). Ainda nessa tipologia, considerando o conceito de comunidade isolada, são várias no Vale do Ribeira em que o cidadão precisa dirigir por mais de uma hora para chegar ao centro com população de mais de 50 mil habitantes, uma vez que só existe um município com esse número de habitantes, que é Registro (54.261 hab.) (IBGE, 2010).

O GT de medicina rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família, após analisar vários conceitos, definiu em sua Declaração de Brasília o que se segue:

> Em relação à saúde, o conceito de rural deve ser amplo o suficiente para envolver as diferentes realidades dos profissionais e população brasileira. Este deve estar suficientemente livre de limites rígidos de dados populacionais, geográficos, num sentido restrito (físico) e político. Deve ainda estar relacionado a características do sistema de saúde, da prática dos profissionais de saúde e das características de saúde das comunidades específicas. A saúde rural pode incluir as populações de áreas tradicionalmente reconhecidas como rurais, mas também comunidades ribeirinhas, áreas indígenas, populações quilombolas, de pescadores, mineradores, de alguns trabalhadores temporários, migrantes, áreas remotas, de locais de difícil acesso, mesmo dentro de grandes cidades, como favelas, áreas rurais incrustadas, municípios muito pequenos, etc. (Ando et al., 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, a população do campo e da floresta inclui: os camponeses, os agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo; comunidades remanescentes de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas;

populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; e outras comunidades tradicionais. Somadas, essas populações representam aproximadamente 31 milhões de pessoas que estão na área rural, ou seja, 16,5% da população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (BRASIL, 2008).

Alguns aspectos podem ser relacionados ao conceito de rural: a relação com a natureza que se supõe mais próxima às populações em contextos rurais, a relativa dispersão populacional que pode não ser tão significativa em alguns países, mas é marcante no Brasil; no Vale do Ribeira, especialmente, a densidade populacional é a menor do estado de São Paulo, porém, dentro dessa característica, Abramovay identifica a diferença das relações, sendo mais próximas e com maior confiança, bem como a maior possibilidade de construção das comunidades com identidades; ainda as relações dessas áreas com as cidades e sua dependência (Abramovay, 2000).

Diante dessa discussão conceitual, podemos concluir que:

- Rural não é sinônimo de agrícola e nem tem exclusividade sobre este;
- Rural é multissetorial (pluriatividade) e multifuncional (funções produtiva, ambiental, ecológica, social);
- As áreas rurais têm densidade populacional relativamente baixa;
- Não há um isolamento absoluto entre os espaços rurais e as áreas urbanas (Kageyama, 2004);
- O rural não é uma fase de desenvolvimento social e econômico que precisa ser superada, a fim de dar lugar à modernidade com o processo de urbanização.

6.5 Histórico da atenção à saúde no Vale

No aspecto histórico da atenção à saúde, podemos afirmar que o início da década de 1970 foram anos importantes para o Vale do Ribeira no que tange à organização da saúde pública e das práticas assistenciais. O Departamento de Medicina Preventiva da USP, sob a orientação do Prof. Guilherme Rodrigues da Silva, iniciou suas atividades nessa região com o objetivo de estabelecer uma área de pesquisa, de docência e prestação de serviços em zona rural. Segundo Silva, Gonçalves e Goldbaum, foi a partir dessas iniciativas e dos recursos humanos que se fixaram na região que surgiu o

Projeto DEVALE, como dito anteriormente. Este projeto possuía uma ênfase especial dada à participação das comunidades assistidas e ao esforço de exercer uma atividade crítica permanente e contemporânea com todas as fases do Projeto (Silva et al., 1986).

Em maio de 1972, o governo do estado criou escolas que ofereciam as três primeiras séries do ensino básico, geralmente em classe única, pelo Decreto 52.944/72 (Ueacs). Nessas escolas, os professores possuíam dedicação de 44 horas e residiam no prédio da unidade escolar – sendo instrumentos disseminados de atuação e controle do Estado –, desenvolvendo com os alunos atividades relacionadas com o campo; elas também funcionavam como centros comunitários, sendo assumidas, em muitas vilas, como áreas de direito e de responsabilidade de toda a população.

> As escolas e os professores foram importantes dispositivos para a articulação de ações entre políticas sociais, como as reuniões conjuntas mensais, com pauta para questões de ensino e de saúde. Pela sua penetração na vida da comunidade, as escolas e os professores também foram baluartes de algumas iniciativas de enfrentamento como, por exemplo, a resistência à vacinação contra meningite em 1975, em Juquiá, depois da morte de uma criança recém-vacinada. (Dalmaso et al., 2011, p. 189).

Segundo Dalmaso, Silva, Dellatorre e Turazzi, esse fato deu ao Vale do Ribeira uma consideração de área de segurança nacional, com ações de vigilância e aumento nos investimentos na área da saúde (ambulâncias) e educação, continuando ainda a pobreza na região, entrando então na lista das áreas prioritárias para implantação do PIASS. Em 1975, o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, sob a orientação do Prof. Guilherme Rodrigues da Silva, iniciou suas atividades até 1979, principiando no Hospital Regional em Pariquera-Açu e se estendendo para as unidades básicas rurais (Dalmaso et al., 2011).

No fim de 1976, o médico David Capistrano da Costa Filho assumiu a coordenação do Projeto com os internos e os residentes no Hospital Regional. Ocupou a função de Diretor de Estudos e Programas da Regional. Em 1977. Maria Cecília Dellatorre assumiu como Diretora do Centro de Saúde Juquiá, recebendo internos e residentes da Faculdade de Medicina da USP no município.

O PIASS criou as bases para as experiências integradas entre saúde, educação e participação comunitária, iniciando em cinco municípios; com o tempo, todos passaram a ter os Centros de Saúde. No entanto, as dificuldades estruturais eram grandes, e as carências humanas e sociais também, culminando na elaboração de um plano de saúde para a região. Em 1979, apresentou-se à Coordenadoria de Saúde da Comunidade da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de São Paulo uma proposta que consistia na organização de um sistema regional descentralizado de saúde, com a transformação de alguns Centros de Saúde em Unidades mistas com leitos para internação, a recuperação de pequenas Santas Casas, o Hospital Regional em Pariquera-Açu como Referência, além de abrir os Postos de Saúde na zona rural para ações básicas de saúde, promoção, prevenção e cuidados primários pelo agente de Saúde, facilitando o acesso da população rural ao Serviço. Essas propostas coincidiram com as providências regionais que consideraram então o Projeto DEVALE coerente com as diretrizes do Ministério em relação ao PIASS. Dessa forma, era então o Projeto DEVALE parte integrante do PIASS de São Paulo em junho de 1981 (Dalmaso et al., 2011).

O objetivo geral do projeto era "ampliar a cobertura de serviços básicos de saúde e saneamento à população da região abrangida pelo Devale, com ampla participação da população" (apud Dalmaso et al., 2011) por meio das seguintes ações:

- Implantar Postos de Assistência Sanitária por Agentes de Saúde da comunidade em núcleos rurais e periféricos aos centros urbanos;
- Integrar esses Postos às Unidades de ensino e Ação Comunitária (Ueacs), a fim de desenvolver trabalho na área de atenção básica à saúde;
- Adaptar e reorganizar a estrutura técnico-administrativa da rede de serviços na região;
- Treinar os agentes de saúde recrutados e selecionados na própria comunidade para operar os Postos de Atendimento das áreas rurais, desenvolver ações de saneamento e atendimento simplificado a condições de saúde e doença mais comuns;

- Atualizar e treinar o pessoal que atua nos diversos níveis do Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira e que terá participação no projeto;
- Realizar estudo para a racionalização dos serviços de saúde existentes na área, com vistas a seu funcionamento integrado e hierarquizado (Silva et al., 1986).

Muito embora a crítica ao PIASS tenha sido de legitimador do regime militar na época, a experiência do grupo no Vale do Ribeira foi na contramão dessa política, tendo sido um projeto cuja participação da comunidade, não só no sentido de fornecer o agente comunitário, mas também de tomar decisões de quem seria este agente, como seria o atendimento e o treinamento deles, foi um desafio para a equipe. A convivência do projeto com a diretoria do Departamento não foi tranquila, e os técnicos que estavam vinculados ao projeto receberam sanções por conduzirem-no pelo pressuposto da participação comunitária. Em 1992, o projeto contava com 61 Postinhos, então municipalizados, e 74 agentes de saúde em serviço (Dalmaso et al., 2011).

Quanto ao trabalho do agente comunitário, ao lado dos professores rurais, eram os únicos representantes de políticas públicas nessas regiões extensas e muitas remotas, tendo uma série de responsabilidades. Trabalhando durante muitos dias e semanas isolados, tomavam grande pare das ações de atenção primária. No entanto, em 1986, a partir da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, os agentes de saúde foram confrontados com a necessidade de se qualificar como auxiliares de enfermagem, o que aconteceu com a maioria deles.

A instituição do PSF, em 1994, integrou o trabalho do Agente Comunitário e dos PARs à medida que as Equipes foram sendo formadas. Detalhes dessa instalação, do treinamento, da gestão e das práticas de saúde realizadas a partir dessa época ainda precisam ser levantados por meio de pesquisa documental e de entrevistas. O que se sabe é que, estrategicamente, como já existiam os PARs e ACS treinados, as primeiras áreas cobertas pelo Programa foram rurais.

Em 25 de fevereiro de 2008, no programa Territórios da Cidadania, novamente o Vale do Ribeira é entendido como área de Vulnerabilidade, havendo então um incremento na ESF, atenção à saúde bucal e ampliação do acesso da população de medicamentos essenciais. Na área da educação, a construção de escolas de Educação Infantil e aquisição de ônibus especiais (BRASIL et al., 2008).

A história do PSF no Brasil tem início quando o Ministério da Saúde Formula o PACS em 1991, focando a família então como centro das ações programáticas, e não tão somente o indivíduo (Viana et al., 1998).

A Portaria 692, de 1993, do Ministério da Saúde, veio como normalização dizendo:

> O Programa Saúde da Família – PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do SUS e na municipalização da integralidade e **participação da** comunidade. Atenderá prioritariamente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do IPEA, expostos a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso permanente aos serviços de saúde. (Vasconcellos, 1998, grifo nosso).

Em janeiro de 1994, formaram-se então as primeiras equipes de Saúde da Família no Brasil, incorporando e ampliando a atuação dos ACS. Processo consolidado em 1994 por intermédio do pagamento pelas tabelas do SIA/SUS (Viana et al., 1998).

O Ministério da Saúde, então, ressaltava que o PSF incorporaria e reafirmaria os princípios do SUS, e estruturou a Unidade de Saúde da Família (USF) da seguinte forma: **Caráter substitutivo:** o PSF não significa a criação de novas estruturas de serviços exceto em áreas desprovidas de qualquer tipo de serviço. Implantá-lo significa substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população. **Integralidade e hierarquização:** a USF estaria inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deveria estar vinculada à rede de serviços, de forma a garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, de modo que fossem asseguradas a referência e contrarreferência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim o exigisse. **Territorialização e cadastramento da clientela:** a USF trabalharia com território de abrangência definido sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada (adstrita) a essa área, recomendando que uma equipe fosse responsável por, no máximo, 4.500 pessoas. **Equipe multiprofissional:** cada equipe do PSF seria composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis ACS.

Segundo o Ministério da Saúde, a operacionalização do PSF deve ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais. Para tanto, o impacto favorável nas condições de saúde da população adstrita deve ser a preocupação básica dessa estratégia. É dessa forma que o PSF se constitui em uma estratégia que deve priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, desde o recém-nascido ao idoso, em atenção a sadios ou doentes de forma integral e contínua. Seu objetivo é a organização da prática da assistência à saúde em novas bases e critérios em caráter substitutivo do modelo tradicional de assistência que está orientado para cura de doenças e no hospital (BRASIL, 1994).

O PSF deve, dentro de seus objetivos específicos, conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, **com a participação da comunidade** (grifo nosso), um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar; desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados, são ações para as quais as equipes devem estar preparadas (BRASIL, 1994).

Todo esse caminho, com valores humanos inquestionáveis, trouxe ao que se constitui hoje o SUS no Vale do Ribeira. Sua apresentação atual, serviços e forma de atuação é o que constitui o próximo capítulo.

7 O Vale do Ribeira: assistência à saúde no SUS

Atualmente, os equipamentos de apoio e atenção secundária/terciária no Vale do Ribeira são em sua maioria gerenciados pelo CONSAÚDE (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira), que também abrange (além dos 15 municipios do Vale) os municípios de Apiaí, Barra do Chapéu, Itanhaém, Itaóca, Itapirapuã Paulista, Mongaguá, Peruíbe, Ribeira e Tapiraí, em que gerenciam (na abrangência da DRS XII) os serviços do Hospital Regional Dr. Leopoldo Bevilacqua (HRLB), Hospital São João (HSJ), Complexo Ambulatorial Regional (CAR), Laboratório Regional (LR) e o Serviço Inter-hospitalar e Móvel Vale do Ribeira (SIMOV). Compõe também a Rede de Assistência à Saúde atualmente no Vale do Ribeira o Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e a Rede de Reabilitação Lucy Montoro, estes últimos inaugurados em 4 de julho de 2014.

Utilizando indicadores, sejam os de mortalidade ou morbidade, nascidos vivos, cobertura da atenção básica, atendimento a gestantes, em anos específicos ou em séries históricas, permitem apreciar as mudanças nas condições de saúde que acompanham as mudanças observadas na sociedade. A mudança da economia de transição do século XX ao século XXI reflete a mudança econômica. Essa transição epidemiológica pode não ser a forma mais adequada para compreender o estado de saúde da população, por isso há propostas de utilização de outros dados mais complexos, como, por exemplo, esperança de vida, internação por causas sensíveis à atenção básica, entre outros (Ribeiro et al., 2012).

Alguns dados epidemiológicos são úteis para a avaliação do comportamento do Vale do Ribeira, mantendo um coeficiente de mortalidade infantil superior ao do estado de São Paulo. Observando as tabelas 8 e 9, notamos uma diminuição da taxa de nascidos vivos, com redução nos números absolutos de óbitos infantis, embora, alguns municípios tenham se mantido com números semelhantes durante os anos e outros com queda vertiginosa no número de óbitos.

Tabela 8 – Nascidos Vivos no Vale do Ribeira (DRS XII) – Série Histórica

Municípios	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Barra do Turvo	106	115	115	107	124	124	139	139	149	143	149	134
Cajati	537	470	483	498	517	563	621	625	590	554	612	708
Cananéia	181	193	178	194	212	221	208	214	173	233	236	247
Eldorado	217	232	247	238	227	279	290	278	254	303	285	343
Iguape	365	367	424	402	432	465	518	531	508	543	530	636
Ilha Comprida	96	119	111	130	114	116	120	107	115	107	84	96
Iporanga	73	56	58	74	65	64	86	70	76	65	63	82
Itariri	170	157	159	184	154	176	173	206	200	182	176	197
Jacupiranga	248	237	233	266	262	272	280	332	249	265	297	298
Juquiá	297	277	308	270	309	372	380	405	373	425	412	499
Miracatu	304	340	340	381	443	413	474	460	474	475	492	503
Pariquera-Açu	293	299	293	295	276	300	328	347	346	323	307	350
Pedro de Toledo	138	129	155	133	120	155	212	170	156	159	148	173
Registro	919	814	871	823	861	890	922	927	942	1045	1045	1129
Sete Barras	201	205	220	233	250	231	242	253	251	273	267	274
Total	4145	4010	4195	4228	4366	4641	4993	5064	4856	5095	5103	5669

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A taxa de mortalidade infantil é um dos mais potentes indicadores de condições de saúde, já que o risco de morrer antes de completar 1 ano de idade é afetado pelas condições de vida e pela qualidade da assistência ao pré-natal, parto, assistência ao recém-nascido e aos problemas de saúde que são comuns no primeiro ano de vida. No Sudeste, em 1996, a mortalidade infantil foi de 24,4 por mil nascidos vivos, e em 2007, o índice caiu para 14,6 por mil nascidos vivos, uma redução de 23,8% (Ribeiro et al., 2012). Na sequência, a tabela 9 mostra os óbitos infantis no Vale do Ribeira por município em série histórica.

Tabela 9 – Óbitos Infantis no Vale do Ribeira (DRS XII) – Série Histórica

Município	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001
Barra do Turvo		3	4	2	6	3	1	4	4	3	4
Cajati	4	4	1	4	9	4	7	10	12	15	15
Cananéia	1	3	2	1	4	1	1	2	5	2	5
Eldorado		2	2	2	2	4	4	2	7	7	7
Iguape	3	4	6	5	7	6	5	5	7	5	12
Ilha Comprida		1			2			1	3	3	2
Iporanga				1	1		1			3	3
Itariri	5	4	4	3	2	3	6	5	7	4	
Jacupiranga	4	2	3	1	5	4	5	4	7	1	6
Juquiá	4	5	5	3	2	5	3	9	3	7	12
Miracatu	1	11	5	6	6	5	7	6	7	6	7
Pariquera-Açu	4	6	3	8	4	5	4	6	5	3	7
Pedro de Toledo	1	1	2	5	4	3	5	1	2	3	5
Registro	10	6	9	12	18	16	11	16	12	16	19
Sete Barras	4	5	6	4	4	4	1	3	3	2	5
Total	44	53	52	57	76	63	61	74	84	80	109

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Se observarmos a mortalidade infantil no Vale do Ribeira, a partir do ano 2000 até 2011, perceberemos que houve uma queda de mais de 50% no número absoluto de óbitos infantis, com importância nos números dos municípios de Juquiá, Iguape e Cajati.

Os próximos quadros mostram os nascidos vivos em relação ao peso, os óbitos infantis, os óbitos fetais, as gestantes e cobertura de ESF dos municípios do Vale do Ribeira dos anos de 2012 a 2014. Estes quadros foram gentilmente fornecidos por Luiz Tiepo, articulador da Atenção Básica.

Quadro 7 – Nascidos vivos, Óbitos, Gestantes e cobertura ACS e ESF por municípios do Vale do Ribeira – dados de 2012

Município	Nascidos Vivos	Peso <= 1,5 Kilos		Peso <= 2,5 Kilos		Óbito Inf	Óbito Fetal	Gest. Cadastradas	Gest. Iniciadas no 1º Trim.	Gest. 7 Cons. e + %	% Nasc. Vivos/ Gest.cadastradas	Cobertura de ACS	Cobertura de ESF
		Nº Absol.	%	Nº Absol.	%								
Barra do Turvo	97	1	1,03	4	4,12	0		61	44	62,89	62,88	100	100
Cajati	493	7	1,42	35	7,1	3		482	324	63,08	96,98	83	73
Cananéia	169	0	0,00	11	6,51	0		155	110	53,25	91,71	100	100
Eldorado	201	1	0,47	10	6,6	2		184	126	57,55	91,54	58	47
Ilha Comprida	112	1	0,89	13	11,61	1		140	91	75,00	125,00	100	100
Iporanga	44	0	0,00	2	4,55	0		43	33	63,64	97,72	100	100
Iguape	399	6	1,50	41	10,28	8		304	225	55,14	76,19	94	83
Itariri	178	0	0,00	8	4,49	2		125	88	71,91	70,22	100	87
Jacupiranga	226	2	0,88	12	5,31	4		216	143	74,34	95,57	80	80
Juquia	286	4	1,40	18	6,29	0		283	208	62,59	98,95	99	72
Miracatu	323	6	1,86	27	8,36	7		282	179	64,09	87,30	85	51
Pariquera-Açu	299	5	1,67	23	7,69	2		209	157	77,93	69,89	100	100
Pedro de Toledo	131	1	0,76	13	9,92	2		123	85	68,70	93,89	100	100
Registro	854	4	0,47	51	5,97	9		754	616	59,13	88,29	100	100
Sete Barras	222	3	1,35	17	7,66	4		214	137	57,66	96,39	94	80

Fonte: DATASUS – TAB.

Quadro 8 – Nascidos vivos, Óbitos, Gestantes e cobertura ACS e ESF por municípios do Vale do Ribeira – dados de 2013

Município	Nascidos Vivos	Peso <= 1,5 Kilos		Peso <= 2,5 Kilos		Óbito Inf	Óbito Fetal	Gestantes Cadastradas	Gest. Iniciadas no 1º Trim.	Gest. 7 Cons. e + %	% Nasc. Vivos/ Gest. Cadastradas	Cobertura de ACS	Cobertura de ESF
		Nº Absol.	%	Nº Absol.	%								
Barra do Turvo	92	0	0,00	7	7,61	2		68	50	56,52	73,91	100	100
Cajati	459	7	1,53	32	6,97	11		480	366	74,95	104,57	83	73
Cananéia	171	0	0,00	12	7,02	1		158	97	53,8	92,39	100	100
Eldorado	229	1	0,44	10	8,73	5		159	111	54,15	69,43	58	47
Ilha Comprida	117	1	0,85	13	11,11	4		160	115	70,49	98,29	100	100
Iporanga	62	1	1,61	6	9,68	0		57	39	51,61	91,93	100	100
Iguape	338	1	0,30	16	4,73	4		276	195	68,34	81,65	94	83
Itariri	152	0	0,00	14	9,21	3		92	51	67,11	60,52	100	87
Jacupiranga	227	1	0,44	12	5,29	3		247	167	72,25	108,81	80	80
Juquia	318	5	1,57	24	7,55	6		308	215	68,87	96,85	99	72
Miracatu	284	4	1,41	17	5,99	2		283	183	72,18	99,64	85	51
Pariquera-Açu	264	3	1,14	16	6,06	3		216	156	79,17	81,81	100	100
Pedro de Toledo	125	1	0,80	10	8,00	1		73	43	65,6	58,40	100	100
Registro	905	11	1,22	72	7,96	19		721	589	73,37	79,66	100	100
Sete Barras	232	6	2,59	15	6,47	7		203	132	68,97	87,50	94	80

Fonte: DATASUS – TAB.

Quadro 9 – Nascidos vivos, Óbitos, Gestantes e cobertura ACES e ESF por municípios do Vale do Ribeira – dados de 2014

Município	Nascidos Vivos	Peso </= 1,5 Kilos		Peso </= 2,5 Kilos		Óbito Inf	Óbito Fetal	Gest. Cadastradas	Gest. Iniciadas no 1º Trim.	Gest. 7 Cons. e / + %	% Nasc. Vivos/ Gest. Cadastradas	Cobertura de ACS	Cobertura de ESF
		Nº Absol.	%	Nº Absol.	%								
Barra do Turvo	65	0	0,00	2	3,08	2		64	58	60,00	98,46	100	100
Cajati	505	6	1,19	29	5,74	7		476	359	75,45	94,25	83	73
Cananéia	183	1	0,55	8	4,37	3		164	100	55,74	89,61	100	100
Eldorado	209	2	0,96	10	4,78	5		208	140	64,59	99,52	58	47
Ilha Comprida	138	3	2,17	12	8,70	2		169	117	71,74	122,46	100	100
Iporanga	73	1	1,37	8	10,96	1		53	38	76,71	72,61	100	100
Iguape	321	5	1,56	22	6,85	10		325	256	69,47	121,24	94	83
Itariri	151	1	0,66	12	7,95	3		119	86	70,86	78,81	100	87
Jacupiranga	260	0	0,00	7	2,69	3		268	201	73,46	103,07	80	80
Juquia	338	2	0,59	20	5,92	5		316	225	74,26	93,49	99	72
Miracatu	314	3	0,96	26	8,28	3		290	202	77,07	92,35	85	51
Pariquera-Açu	321	11	3,43	26	8,10	11		276	203	79,44	85,98	100	100
Pedro de Toledo	120	4	3,33	13	10,83	3		58	25	65,83	48,33	100	100
Registro	946	19	2,01	84	8,88	15		812	652	74,63	85,83	100	100
Sete Barras	192	0	0,00	9	4,69	1		230	133	74,48	119,79	94	80

Fonte: DATASUS – TAB.

Quadro 10 – Internação Por Causas Sensíveis a Atenção Básica – Série Histórica de 2011 a 2014

INTERNAÇÃO POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA – 2011 a 2014

Mun./Ano	B. Turvo	Cajati	Cananéia	Eldorado	Iguape	I. Comp.	Iporanga	Itariri	Jacupir.	Juquia	Miracat.	P. Açu	P. Toledo	Registro	S. Barras	DRS 12	DRS4	RRAS 7
2011	16,05	25,41	25,62	15,67	21,61	20,77	26,32	15,09	19,66	25,14	13,82	29,11	18,27	16,46	17,5	21,71	19,29	19,59
2012	13,13	25,11	19,66	14,87	23,02	15,67	18,75	13,43	14,34	28,77	13,85	25,78	16,91	24,98	13,85	21,94	18,98	19,41
2013	7,89	21,30	23,45	15,30	21,33	17,35	15,38	18,03	23,57	30,35	16,17	22,72	16,94	20,10	18,45	21,07	18,10	18,56
2014	9,26	23,17	20,36	11,92	23,84	20,69	17,81	16,25	17,76	27,12	20,65	23,13	15,83	23,28	22,11	21,90	17,94	18,49

Fonte: Datasus. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2014/cnv/coapmunsp.def, quadro organizado e cedido por Luiz Tiepo.

O Quadro acima mostra, em linha histórica, a porcentagem de internação por causas sensíveis à atenção básica nos municípios do Vale do Ribeira, notadamente, o município de Barra do Turvo com o melhor comportamento, ou seja, a diminuição dessa porcentagem nesses 4 anos de avaliação e o município de Juquiá com aumento desta.

A tabela 10 revela indicadores importantes, como a esperança de vida ao nascer, a mortalidade infantil e a probabilidade se sobrevivência, avaliadas no censo de 2010. A esperança de vida ao nascer resume o impacto da mortalidade em uma população, e esse é o motivo pelo qual ela é utilizada como indicador global de saúde. No Brasil, segundo o IBGE, a esperança de vida em 1910 era de 34,6 anos para a população de sexo feminino e de 33,4 anos para a do sexo masculino; em 2008, subiu para 77 anos para as mulheres e 69 anos para os homens, havendo também diferenças entre as regiões (Ribeiro et al., 2012).

Tabela 10 – Indicadores de saúde, esperança de vida, mortalidade infantil e probabilidade de sobrevivência. Vale do Ribeira – 2010

Lugar	Esperança de vida ao nascer (2010)	Mortalidade infantil (2010)	Mortalidade até 5 anos de idade (2010)	Probabilidade de sobrevivência até 40 anos (2010)	Probabilidade de sobrevivência até 60 anos (2010)
Brasil	73.94	16.70	18.83	94.37	84.05
Barra do Turvo	72.53	18.80	21.79	93.00	79.52
Cajati	74.89	14.90	17.24	94.40	83.14
Cananéia	76.07	13.10	15.19	95.00	84.85
Eldorado	75.82	13.50	15.64	94.90	84.48
Iguape	75.84	13.50	15.60	94.90	84.51
Ilha Comprida	74.36	15.70	18.20	94.10	82.35
Jacupiranga	74.89	14.90	17.24	94.40	83.14
Juquiá	74.36	15.70	18.20	94.10	82.35
Miracatu	73.18	17.70	20.47	93.40	80.54
Pariquera-Açu	76.70	12.30	14.19	95.30	85.73
Pedro de Toledo	73.71	16.80	19.44	93.70	81.35
Iporanga	73.96	16.40	18.96	93.80	81.73
Itariri	75.21	14.40	16.68	94.50	83.60
Registro	76.08	13.10	15.19	95.00	84.86
Sete Barras	74.89	14.90	17.24	94.40	83.14

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano Brasil 2013.

Os indicadores de mortalidade são usados como um importante indicador de saúde. No Brasil, todos os óbitos devem ser declarados em um formulário padronizado; no Vale do Ribeira, não existe um serviço de verificação de óbito, havendo apenas uma possibilidade de necropsia no Hospital Regional Dr. Leopoldo Bevilacqua e no Hospital São João, o que dificulta a proposição de políticas públicas de saúde mais específicas. Uma vez que não se têm dados de algumas mortes, o componente de mortalidade de causa desconhecida pode dar a ideia parcialmente inadequada das causas de óbito na Região com consequência na proposição de políticas públicas (Ribeiro et al., 2012).

O quadro na sequência apresenta a porcentagem de óbitos com causa definida do Vale do Ribeira comparativamente aos dados do estado de São Paulo mostrando exatamente essa discrepância.

Quadro 11 – Óbitos com causa definida – série histórica Vale do Ribeira comparativo com o estado de São Paulo

Região/ano	2014	2013	2012	2011	2010
Vale do Ribeira	89,19%	89,19%	90,48%	89,34%	89,82%
Estado de São Paulo	94,71%	94,71	94,71%	94,05%	93,82%

Fonte: Datasus.

Na sequência, os dados de mortalidade geral por causa, por município 2012 e 2013. Nos países de renda alta, as dez principais causas se distribuem entre cardiovasculares, respiratórias, neoplásicas e metabólicas; já nos países de renda média como o Brasil, além das causas cardiovasculares, neoplásicas e respiratórias, aparecem doenças infecciosas e causas perinatais.

Os capítulos do CID 10 da tabela 11 são: Capítulo II (Neoplasias), Capítulo IV (Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas), Capítulo IX (Doenças do aparelho circulatório), Capítulo X (Doenças do aparelho respiratório), Capítulo XVIII (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não

classificados em outra parte), Capítulo XX (causas externas de morbidade e de mortalidade).

.

Tabela 11 – Mortalidade por capítulo de cid 10 mais frequente, por município do Vale do Ribeira 2012 a 2013

Município	Capítulo II Neoplasias		Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas		Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório		Capítulo X Doenças do aparelho respiratório		Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte		Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	
Ano	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Barra do Turvo	8	9	5	10	15	13	9	8	3	4	11	14
Cajati	23	29	18	13	43	33	14	23	25	20	18	20
Cananéia	13	8	6	8	16	26	8	9	9	10	5	4
Eldorado	14	17	5	8	23	33	7	4	11	11	13	13
Iguape	33	26	16	13	51	74	27	21	25	34	24	17
Ilha Comprida	20	16	7	3	22	22	8	5	7	4	11	9
Iporanga	6	1	2	2	8	9	5	3	3	2	3	3
Itariri	13	14	8	12	20	24	12	13	6	4	14	8

continua

Tabela 11 – Mortalidade por capítulo de cid 10 mais frequente, por município do Vale do Ribeira em 2012 a 2013. Conclusão

Município	Capítulo II Neoplasias		Capítulo IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas		Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório		Capítulo X Doenças do aparelho respiratório		Capítulo XVIII Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte		Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade	
Ano	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**	**2012**	**2013**
Jacupiranga	13	23	13	17	31	32	9	13	9	15	11	10
Juquiá	31	25	15	10	28	46	7	14	34	36	19	17
Miracatu	26	21	14	8	39	30	12	19	12	18	22	17
Pariquera-Açu	23	26	20	11	38	32	10	17	8	14	18	6
Pedro de Toledo	11	14	10	9	10	16	9	5	6	6	6	6
Registro	66	68	31	33	102	115	49	43	12	15	30	41
Sete Barras	8	17	7	1	35	22	7	13	10	17	9	9
Total	308	314	177	158	481	527	193	210	180	210	214	194

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Em relação ao aspecto financeiro da saúde, a mais importante fonte de informação, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, mostra, como ano de referência de 2014, a utilização de recursos da saúde pelos municípios do Vale do Ribeira. Note-se que, em números absolutos: Ilha Comprida, Iporanga e Barra do Turvo são os municípios com maior despesa total por habitante, interessante porque tanto Iporanga como Barra do Turvo têm os menores valores de PIB per capta no Vale como visto anteriormente; Ilha Comprida e Iporanga os que têm maior despesa com recursos próprios por habitante; Pariquera-Açu, Registro e Juquiá os que têm maior proporção da transferência do SUS na despesa total com saúde e, por último, Ilha Comprida, Jacupiranga, Juquiá e Cajati com a maior proporção de recursos próprios aplicados em saúde.

Quadro 12 – Utilização dos Recursos Públicos na Saúde Municipal dos Municípios do Vale do Ribeira em 2014

Município	Despesa total por habitante	Despesa com recursos próprios por habitante	Proporção da transferência do SUS na despesa total com saúde - %	Proporção de recursos próprios aplicados em saúde (EC29) - %
Barra do Turvo	R$ 1.067,56	R$ 823,51	21,26	33,28
Cajati	R$ 860,63	R$ 680,56	17,06	34,97
Cananéia	R$ 849,37	R$ 519,58	25,02	29,02
Eldorado	R$ 429,97	R$ 375,88	23,57	23,99
Iguape	R$ 688,73	R$ 427,94	20,49	33,08
Ilha Comprida	R$ 2.036,80	R$ 1.807,89	10,27	50,07
Iporanga	R$ 1.479,67	R$ 1.110,52	23,80	32,96
Itariri	R$ 583,48	R$ 369,22	33,41	32,68
Jacupiranga	R$ 646,38	R$ 521,37	25,29	36,36
Juquiá	R$ 673,56	R$ 481,53	27,17	34,80
Miracatu	R$ 725,74	R$ 577,94	17,32	33,72
Pariquera-Açu	R$ 570,18	R$ 316,99	30,85	25,02
Registro	R$ 664,02	R$ 462,36	28,08	31,25
Sete Barras	R$ 633,38	R$ 459,31	24,12	31,33

Fonte: SIOPS – DATASUS TABINET.

A tabela 12 mostra a divisão das equipes rurais, urbanas e mistas no Vale do Ribeira com a cobertura total da ESF municipal – esta cobertura não se refere somente às áreas rurais. Os únicos municípios que não possuem equipes rurais são Ilha Comprida, cuja cobertura de Saúde da Família é de 100%, e Itariri, que mostra uma cobertura menor de ESF e não possui equipe considerada rural.

Tabela 12 – Municípios do Vale do Ribeira – DRS XII e Equipes de Saúde da Família – Censo 2010 Dados de Equipes 2015

Município	Equipes rurais	Equipes urbanas	Equipes mistas	Totais	População total 2010	Tx cobertura ESF%	Densidade demográfica 2010
Barra do Turvo	3	1		4	7729	100	7,67
Cajati	3		3	6	28372	73	62,43
Cananéia	2	3	1	6	12226	98	9,84
Eldorado	2	0		2	14641	44	8,85
Iguape	5	1	1	7	28841	83	14,59
Ilha Comprida	0	3		3	9025	100	47,9
Iporanga	1	1		2	4299	100	3,73
Itariri	0	2	2	4	15471	88	56,5
Jacupiranga	2	1	1	4	17208	60	24,44
Juquiá	2	1	1	4	19246	72	23,41
Miracatu	2	1	1	4	20592	51	20,56
Pariquera-Açu	2	2	3	7	18446	100	51,36
Pedro de Toledo	2	1	1	4	10204	100	15,22
Registro	4	13		17	54261	100	75,11
Sete Barras	2	1		3	13005	80	12,34
TOTAIS	**32**	**31**	**14**	**77**	**273566**	**83%**	

Fonte: IBGE 2010 Nota técnica dos Municípios DAB (dez 2015) e informação dos gestores

A partir de análises de variáveis ligadas à complexidade dos serviços de saúde, a fim de observar alguns condicionantes no recente processo de regionalização nos estados (formação das Redes de Atenção à Saúde), criou-se uma tipologia nacional dessas mesmas regiões com base nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) formalmente constituída até janeiro de 2014. Criada em 2010 para os antigos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), permitiu observar os diversos graus de desenvolvimento econômico, social e características da rede de saúde dos municípios, conforme a tabela 13.[24]

A operacionalização teve duas dimensões – Situação Socioeconômica e Oferta e Complexidade dos Serviços da Saúde –, sendo descritas como:

- Situação Socioeconômica: relacionada com o grau de desenvolvimento socioeconômico dos municípios pertencentes às Regiões/CIR. As regiões que atingem os maiores valores nesse indicador caracterizam-se por agruparem os municípios mais urbanizados, populosos, industrializados e dinâmicos economicamente.

- Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde: relacionada com a complexidade dos serviços ofertados nas regiões/CIR, maiores valores nesse fator indicam maior oferta e complexidade do sistema de saúde.

Na construção dessa nova tipologia, esses dois fatores foram classificados em três categorias, definidas relativamente ao conjunto dos dados:

- Situação Socioeconômica: Baixa (-1,707 a -0,3515), Média (-0,3514 a e 0,8509) e Alta (0,8510 a 3,5070);
- Oferta e Complexidade dos Serviços de Saúde: Baixa (-1,2133 a -01250), Média (-01249 a 0,9140) e Alta (0,9141 a 2,3751).

O cruzamento desses fatores gerou cinco grupos:

---

[24] Tipologia das CIR [citado 11 ago. 2015]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio_tipologias_versaojul2014.pdf>

Grupo 1 (baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços): inclui 175 regiões, 2.159 municípios e 23,6% da população do Brasil no ano de 2013 (Tabela 13).

Grupo 2 (médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços): inclui 53 CIRs, 590 municípios e 7,3% da população do Brasil no ano de 2010. A maioria dessas regiões está localizada nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sudeste (norte de Minas e **Vale do Ribeira em São Paulo**).

Grupo 3 (médio desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços): inclui 123 CIRs, 1.803 municípios e 20,1% da população do Brasil no ano de 2010. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

Grupo 4 (alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços): inclui 35 CIRs, 388 municípios e 12,9% da população do Brasil no ano de 2010. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

Grupo 5 (alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços): inclui 50 CIRs, 630 municípios e 40,5% da população do Brasil no ano de 2010. Localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

Tabela 13 – Principais Características dos Agrupamentos das CIR

Características	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Número de Regiões de Saúde	175	53	123	35	50
% no total de Regiões	40.1	12,2	28,2	8,0	11,5
Número de Municípios	1.159	590	1.803	388	630
% no total de municípios	38,8	10,6	32,4	7,0	11,3
População (projeção 2013)	45.466.120	14.063.158	38.722.577	24.786.600	77,994.259
% no total da população	23,6	7,3	20,1	12,9	40,5
Média de municípios por Região	12	11	15	11	13

continua

Tabela 13 – Principais Características dos Agrupamentos das CIR. conclusão

Média da população por município	21.059	23.836	21.477	63.883	123.800
Beneficiários de planos de saúde na população (em %)	5,7	14,7	24,6	40,3	59,7
Médicos por mil habitantes	0,57	0,85	1,33	1,49	2,54
Médicos SUS no total de médicos (em %)	92,3	86,7	83,5	77,9	71,1
Leitos por mil habitantes	1,7	1,7	2,5	1,9	2,6
Leitos SUS no total de leitos (em %)	89,3	76,9	73,6	69,1	62,7

Fonte: Datasus. IBGE; Tipologia das CIR [citado 11 ago. 2015]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/pdf/relatorio_tipologias_versaojul2014.pdf>

Outra pesquisa avaliou as unidades de saúde que participaram do PMAQ no ciclo 2012, cujo score e grupo mostram a heterogeneidade da classificação delas. Essa classificação, se formos observar as equipes que são urbanas ou rurais, não mostra uma possível diferenciação, havendo equipes rurais e urbanas com scores 3 e 4 (melhor classificados), no entanto uma equipe rural foi pior classificada assim como uma equipe urbana recebeu a melhor classificação. (Giovanella et al, 2015)

Quadro 13 – Tipologia das Unidades de Saúde inscritas no PMAQ de 2012 (1º CICLO) do Vale do Ribeira.

Grupos Unidades de Saúde	Número de Equipes Rurais	Número deEquipes Urbanas
1	**1**	
2	**5**	**4**
3	**14**	**25**
4	13	17
5		**1**

Fonte: Banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB; Módulo I, ciclo 1, 2012.

Este próximo quadro mostra a disposição dos locais de atendimento das equipes rurais e, efetivamente, as disparidades em relação ao número de locais de atenção à saúde. Infelizmente, nem todos os gestores possuíam dados sobre a população abrangente de cada local de atendimento nem sua distância ao centro, dessa forma, optamos por lançar apenas os locais.

Quadro 14 – Equipes Rurais e Locais de Atendimento – 12 dos 13 municípios com equipes rurais – 2015

MUNICÍPIO	EQUIPES RURAIS	UNIDADES SEDES (CNES) BASES COMPLEMENTARES (BC) E LOCAIS DE ATENDIMENTO SEM BC (LA)
Barra do Turvo	ESF RURAL 1 (quilombos)	Água quente
		Anhemas
		Areia Branca (BC)
		Bugio
		Cedro
		Córrego da Onça
		Ilhas
		USF Indaiatuba (CNES)
		Reginaldo (LA) escola
		Ribeirão bonito (BC - alugada)
		Ribeirão bonito (LA) em domicílios
		Salto Grande
		Williams (LA) em domicílios
	ESF RURAL 2	Período dos campos? (LA)
		Dúvidas (LA)
		Santiago (LA)
		Taquarão (LA)
		USF Rio Vermelho (CNES)

continua

Quadro 14 – Equipes Rurais e Locais de Atendimento – 12 dos 13 municípios com equipes rurais – 2015. continuação

MUNICÍPIO	EQUIPES RURAIS	UNIDADES SEDES (CNES) BASES COMPLEMENTARES (BC) E LOCAIS DE ATENDIMENTO SEM BC (LA)
Barra do Turvo	ESF RURAL 3 (quilombos)	Barreiros (LA) casa alugada
		Conchas (LA) escola
		km 270
		USF Paraíso (CNES)
		Pedra Preta
		Pneus
		Posto de Guardas
		Serra Pelada
Cajati	ESF VILA TATU	Capelinha (BC)
		USF Vila Tatu (CNES)
	ESF BARRA DO AZEITE	Jacupiranguinha (BC)
		USF Barra do Azeite (CNES)
	ESF CAPITÃO BRAZ	Vila Andréia (BC)
		USF Capitão Braz (CNES)
Cananéia	ESF ITAPITANGUI	USF Itapitangui (CNES)
		Rio Branco
		Mandira (quilombo)
	ESF ARIRI (caiçaras)	USF Ariri (CNES)
		Marujá (LA)
		Pontal
		Anseada
Eldorado	ESF FLAMBOYANT (quilombos)	Pedro Cubas (BC)
		São Pedro (BC)
		Ivaiporunduva (BC)
		USF André Lopes (CNES)
		Sapatu (BC)
		Nhunguara (BC)
		Galvão
	ESF COLIBRI	USF Batatal (CNES)
		USF

continua

Quadro 14 – Equipes Rurais e Locais de Atendimento – 12 dos 13 municípios com equipes rurais. 2015. continuação

MUNICÍPIO	EQUIPES RURAIS	UNIDADES SEDES (CNES) BASES COMPLEMENTARES (BC) E LOCAIS DE ATENDIMENTO SEM BC (LA)
Iguape	ESF JAIRÊ (caiçara)	Jairê (BC) Subaúma (CNES)
	PACS ITIMIRIM 1	Tabaquara (BC) Relâmpago (BC) Colombina (BC) Peropava (CNES)
	ESF ITIMIRIM 2	Agrovila (BC) Pavoa (BC) Paraiso Mirim (BC) Alto Peropava (BC), Maria Tereza (BC), Pé da Serra (BC), Morro Seco (BC) Quilombo
	ESF ICAPARA (caiçara)	Icapara (CNES) Vila Nova (BC) Quatinga (BC)
	ESF BARRA (caiçara)	Barra do Ribeira (CNES) Prelado (BC) Costeira (BC) Cachoeira do Guilherme (DOMICÍLIO)
Iporanga	ESF RURAL (quilombos)	USF Serra (CNES)
		PAR Nhunguara (BC)
		PAR Castelhanos (BC)
		PAR Praia Grande (BC)
		PAR Bentani (BC)
		Quilombo Maria Rosa (LA) em domicílios
		PAR Piões (BC)
		PAR Porto Velho
		Bombas (LA) ESCOLA
		Taquinauwi (LA) em domicílios
		Capinzal (LA) em domicílios
		PAR Andorinhas (BC)
		Bento jurumiri (LA)
		Ribeirão (LA) casa de morador

continua

Quadro 14 – Equipes Rurais e Locais de Atendimento – 12 dos 13 municípios com equipes rurais. 2015. continuação

MUNICÍPIO	EQUIPES RURAIS	UNIDADES SEDES (CNES) BASES COMPLEMENTARES (BC) E LOCAIS DE ATENDIMENTO SEM BC (LA)
Jacupiranga	ESF LENÇOL	USF Lençol (CNES)
		Morangaba (Em reforma - BC)
		Padre André I (igreja - LA)
		Padre André II (igreja - LA)
		Morro Grande (igreja - LA)
	ESF GUARAÚ	PAR Guaraú (CNES)
		PAR Pindaúba (BC)
		Pé da Serra (BC)
Juquiá	ESF COLONIZAÇÃO	USF Colonização (CNES)
	ESF IPORANGA	USF Iporanga (CNES)
		Corujas (BC)
		Dique (BC)
Miracatu	ESF OLIVEIRA BARROS	USF Oliveira Barros (CNES)
		USF Barra Funda (BC)
	ESF SANTA RITA	USF Santa Rita (CNES)
		USF Pedro Barros (BC)
	ESF RIBEIRAO BONITO	USF ribeirão bonito (CNES)
		USF Vista Grande (BC)
	PAR ENGANO (UBS)	PAR Engano (CNES)
	PAR MUSÁCEA (UBS)	PAR Musácea (CNES)
	PAR FAU (UBS)	PAR Fau (CNES)
Pariquera-Açu	ESF CONCHAL	USF Conchal (CNES)
		USF Bairro Alto (BC)
		USF Simbiuva (BC)
	ESF ANGATUBA	USF Angatuba (CNES)
		USF Boa Vista (BC)
		USF Sandro Teles (BC)

continua

Quadro 14 – Equipes Rurais e Locais de Atendimento – 12 dos 13 municípios com equipes rurais. 2015. conclusão

MUNICÍPIO	EQUIPES RURAIS	UNIDADES SEDES (CNES) BASES COMPLEMENTARES (BC) E LOCAIS DE ATENDIMENTO SEM BC (LA)
Pedro de Toledo	ESF 3 BARRAS	Braço do meio (BC)
		Amoreiras (BC)
		Marianos (BC)
		Despraiados (BC)
		USF 3 barras (CNES)
	ESF NÓBREGA 1652 pessoas	USF Nóbrega (CNES)
		Morro Branco (BC)
		Fazenda Santa Rita (BC)
		Quirí (BC)
		São Lourenço (BC)
		Piririca (BC)
		Bom Jardim (BC)
Registro	ESF ARAPONGAL	USF Arapongal (cnes)
	ESF ARAPONGAL Este	USF Arapongal Este (cnes)
	ESF SERROTE	USF Serrote (cnes)
		Escola (BC)
	ESF VOTUPOCA	USF Votupoca (cnes)
		Taquaruçu (BC)

Fonte: dados colhidos durante a pesquisa de campo e em apoio dos articuladores da atenção básica.

Encerrando os levantamentos de dados relacionados à saúde e às equipes de atenção básica nos municípios do Vale do Ribeira, é importante notar que há grandes disparidades entre os municípios, e elas estão relacionadas com as questões socioeconômicas locais, com grandes áreas rurais e com baixa densidade demográfica, bem como dificuldade de acesso, o que podemos inferir que existem municípios com características similares às da Amazônia Legal. É extremamente importante, neste ponto desta tese, deixar registrado que, para que haja equidade na saúde dessa região, ela deverá ser vista e gerenciada tendo este aspecto como base: a estratégia para o alcance das populações rurais tradicionais ou não, ribeirinhas, quilombolas ou semi-

isoladas deverão ter o apoio do Ministério da Saúde e do Governo do estado de São Paulo considerando suas grandes fragilidades.

Os próximos dois capítulos mostram, de forma específica, aspectos ligados às equipes rurais, dados colhidos *in loco*, por meio da pesquisa de campo, como entrevistas semiestruturadas e grupos focais.

8 Pesquisa de Campo: Organização do Serviço – Atenção Primária/ESF Rural/urbano

A coleta de dados em campo trouxe para esta autora uma experiência riquíssima com os trabalhadores, usuários e gestores. Foram 25 horas e 47 minutos de gravações, e um total de 2.092 km percorridos pelo Vale do Ribeira, uma região de riquezas naturais e humanas incalculáveis[25].

Na sequência, seguindo a matriz descritiva já apresentada, prossegue-se com a apresentação e análise dos dados levantados.

8.1 Histórico da organização das equipes rurais, ciclos/períodos

Grosso modo, a maioria dos gestores e dos trabalhadores desconhece o processo de implantação dos PARs na década de 1980 e sua extensão para PSF e, posteriormente, para ESF. No entanto, os articuladores (que inclusive participaram desse processo) e alguns trabalhadores foram fundamentais na coleta de informações sobre esse histórico, corroborando os dados já pesquisados.

Com os dados, fizemos uma linha do tempo, a fim de poder identificar e localizar as fases históricas no Vale; e na sequência, os dados coletados por meio das entrevistas e grupos focais, organizados e analisados.

[25] Os códigos dos entrevistados e participantes dos grupos focais ficaram da seguinte forma: G (Gestores em entrevistas), A (Articuladores da Atenção Básica). T (Trabalhadores em entrevistas), TT (Trabalhadores em grupos focais), U (usuários), UU (Usuários em Grupos Focais).

Quadro 15 – Linha de Tempo Organização da Saúde no Vale do Ribeira a partir da Pesquisa de Campo

1950 – Inauguração Hospital Regional em Pariquera, hoje chamado de Hospital Regional Dr. Leopoldo Bevilacqua.
Década de 1970 – Envio de turmas de residência médica da medicina preventiva das universidades paulistas com apoio da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.
Década de 1980 – Início do PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Projeto DEVALE); 1981 – Primeira Turma.
1989 – Criação do Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal do Vale do Ribeira e Litoral Sul (CODIVAR) que passou a gerenciar as unidades do governo de estado na região, incluindo o Hospital Regional Vale do Ribeira (hoje HRLB), Ambulatório de Especialidades (CAR) e Instituto Adolfo Lutz.
1991 – Criação do PACS.
1994 – Lançamento do PSF no Brasil.
2000 a 2004 – Início do PSF; 1999, primeira equipe do Vale, 2001 e 2002 equipes seguintes – prioridade para áreas rurais onde haviam os PARs – Agentes comunitários eram eleitos a partir do perfil.
2001 – Curso de auxiliar de enfermagem para os Agentes de Saúde do PIASS.
2000 a 2004 – Agentes comunitários eleitos com campanha.
2005 – Agentes Comunitários Concursados ou Seletivados sem Eleição.
2006 – Mudança do PSF para ESF
2013 – Limitação do CRF na entrega de medicamentos, limitação do COREN na atuação dos técnicos e auxiliares de enfermagem.
2014 – Programa Mais Médicos no Vale do Ribeira.

Organizado pela autora

8.1.1 Postos de Atendimentos Rurais (PARs) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)

"Acho que se fosse hoje para ter essa coragem eu não faria não" T2.

De acordo com os autores que pesquisaram sobre esse período no Vale do Ribeira, a instalação dos PARs se deu na década de 1980 a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. Este programa, no Vale, foi um dos pioneiros, assim como o foi no Ceará e em Minas Gerais, como descrito no capítulo 6. Os dados da pesquisa corroboraram as pesquisas anteriores no sentido de mostrar o grande diferencial que foi esse projeto no Vale do Ribeira, o que não imaginávamos era que esse impacto ainda teria sido mais profundo na vida da comunidade e na vida dos Agentes de Saúde (Dalmaso et al., 2011; Escorel et al., 2008; Silva et al., 1986).

Fausto ainda relata, para enriquecimento desta contextualização histórica, que o desenvolvimento do PIAS ocorreu no contexto da gestão do Ministro da saúde Paulo Almeida Machado, por sua equipe composta por catedráticos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Foi composto por módulos, com unidades simples para atender às necessidades de saúde em municípios de até 20 mil habitantes; previa também as ações intersetoriais e a descentralização das unidades implantadas pelo programa que passariam à responsabilidade das SES (Fausto, 2005).

No entanto, é fundamental destacar neste momento que embora em âmbito nacional o PIASS tenha iniciado na década de 1970, no Vale do Ribeira, ele teve seu início efetivo a partir de 1981 quando se elegeu e se formou a primeira turma dos ACS.

Os relatos dos entrevistados dos três segmentos foram ricos no sentido de mostrar a forma de escolha, o perfil e o trabalho do agente comunitário na década de 1980 e 1990 até o início do PSF. Vários mencionaram o trabalho com a comunidade de modo conjunto, não somente na escolha do agente comunitário, mas também para o cuidado com a Unidade de Saúde; nas atribuições do ACS, estava também a mobilização da comunidade: sendo ele um líder comunitário, esse seria o caminho natural de sua atuação. Nesse período, as visitas de médicos não eram frequentes, havia sobre os ombros dos Agentes de Saúde a responsabilidade de cuidar dos bairros, suas atribuições variavam desde a limpeza do posto ou casa onde havia atendimento, até a solicitação de exames, entrega de medicamentos, vacinas, aplicação de injeção,

suturas, e em alguns municípios faziam partos. A formação desses agentes foi densa: foram vários dias de curso, com aulas teóricas e práticas ministradas por enfermeiros e médicos, e várias turmas foram formadas a partir da primeira, que foi em 1981. Cada município participante teve ou ainda tem seu Agente Comunitário nesses moldes, no perfil escolhido pela comunidade, com dedicação exclusiva, morador e líder no bairro, a diferença é que hoje, nem de longe, sua atuação é parecida com o que era nessa época, restringindo-se às visitas domiciliares e trabalhos em grupo, como será mostrado nos capítulos seguintes.

Conta A2 sobre o tempo dos PARs:

> Nós tínhamos 7 postos rurais, PARs em Miracatu, e eu supervisionava todos eles, e assim, além de uma, não era supervisão, mais assim um contato diário com as necessidades, suprindo, o que eles precisavam para o atendimento, tinha a formação deles, então, desde a formação, nos demos formação bastante ampla, tanto é que na época, faziam parto, aplicavam benzetacil, aplicavam, faziam sutura, eu ensinei vários a fazer suturas, a fazer parto, ensinei. porque era onde não existia médico, lá naquelas distâncias e muitas áreas lá, nós tínhamos meses por exemplo com enchente, que eles ficavam ilhados então não tinha acesso, eles precisam ser resolutivos, então naquela época nós tínhamos isso, tínhamos quase todos os postos nossos tinha, horta de fitoterapia com a medicação que eles mesmos faziam chás, e usavam faziam pasta de "gelol" para machucadura, dipirona... tinha a planta da dipirona, tudo, então macerava, enfim, criavam mesmo o medicamento até ali, por conta dessa dificuldade, e nos trabalhávamos nessa linha de ter o atendimento integral mesmo daquelas pessoas eram pessoas da comunidade, que eram escolhidas ali no bairro e não só faziam o atendimento assistencial de saúde, mais prestavam também assistência psicológica, social, faziam serviços quando iam lá pra receberam orientação nossa no centro que tinha reuniões mensais, eles aproveitavam pra fazer serviços de banco, pra fazer compras pra comunidade, a comunidade se reunia pra poder carpir em volta do posto, eles compravam tinta e faziam a pintura, e faziam a manutenção, então quem era pedreiro arrumava, quem era torneiro, eletricista, cada um em sua área colaborava pra manutenção do posto.

E continua:

> E nós tínhamos uma integração muito grande, com os professores rural, que naquela época, nós tínhamos professores da comunidade, que ficavam, moravam na escola, e nos trabalhávamos muito, na questão da cobertura de vacina, então era muito integrado esse trabalho, não ficava 1 criança sem ser vacinada ou com vacinas atrasadas. (A2).

A1 ainda reforça:

> **Eu acho que o PIASS foi a melhor experiência de saúde, mais voltada para a população que eu vi até hoje**, apesar de ela tecnicamente não ser tão qualificada, mas a gente foi buscar as pessoas que cuidavam das pessoas no bairro, você entende? E melhorar o que elas sabiam fazer, o que elas já estavam fazendo, dentro do bairro. (Grifo nosso).

G3 menciona a presença de Dona Adalgisa em Cananéia, da primeira turma dos Agentes: "eles faziam tudo lá, faziam parto, faziam tudo lá, medicavam, então ela é moradora de lá, sempre morou lá, esse tipo de atendimento foi na casa dela, e aí foram para casa dela, um lugarzinho bacana foi lá".

Assim também em Cananéia, como relatou TT13 "Igual no Marujá, o líder da comunidade lá era o auxiliar de saúde, seu Ezequiel, é o cacique, ele fazia de tudo, até soro antiofídico, fazia tudo, tratava pneumonia, crianças, tudo".

UU18 E UU19 contam como foi a implantação do PAR em sua região em Cananéia: "fizeram mutirão, a gente que batalhou, fez reuniões e conseguiu quase tudo lá, o estado, na época, deu a verba e a gente conseguiu a mão de obra, a comunidade era mais unida".

Eles ainda se referem ao trabalho de Ezequiel como Agente de Saúde:

> [...] ele visitava as comunidades e passava até medicamento no posto de saúde, ele atendia no Ariri, foi época do Flavio Montoro, o remédio era lixo na comunidade, era fartura de remédio, eu ajudei a descarregar muito remédio do barco, o barco vinha pra lá, era estoque de remédio em abundância, ninguém comprava remédio na época era tudo de graça, porque tinha e sobrava pra todo mundo, hoje em dia se você não tiver dinheiro você morre. (UU19).

Fonte: Arquivo da DRS XII.

Foto 3 – PAR Quadro Vergueiro em Eldorado década de 80 ACS Zenaide

UU19 continua sua descrição:

> Ele atendia o que ele podia fazer, ele podia medir a pressão, media a temperatura, ele aplicava soro antiofídico, ele fazia as visitas nas casas, e depois ele começou a ficar mais devagar, mas no começo sim, longe ele ia, Cambriú, tudo a pé, Pontal, Varadouro ele ia, ele atendia bem, o que ele podia fazer ele fazia mesmo, passava depois o médico lá, ele aprendeu com ervas medicinais, ele passava medicamento para as pessoas.

G6 falando sobre Eldorado:

> Pelo que eu soube da época foram uns agentes comunitários do Estado, eles faziam aplicação de injeção, faziam tudo na verdade, foi desde essa época que começou, e tinha um ônibus, pois nem postinho tinha ainda, era um ônibus que parava na balsa, e tinha equipe odontológica, médico, tinha tudo, e a comunidade marcava para ser atendido, aí começou a fazer a unidade e a implantar realmente a equipe, o processo seletivo e essas coisas.

U2 lembrando do período ainda do PIASS e da implantação das primeiras unidades de saúde rurais:

> Eu não tenho a data exata, mas foi construído da primeira para a segunda gestão administrativa de Cajati, a verdade é a seguinte, o centro de saúde era na pracinha, onde foi o banco do brasil e as comunidades rurais tinham muita dificuldade, eu tinha um carrinho velho que era a ambulância, a gente vivia a disposição da comunidade, isso na década de 90. Eu acredito que foi na primeira gestão de Marino que foi construído o posto na vila tatu e na segunda gestão de Marino foi o posto da Capelinha.

T4 tem uma longa história no município de Cajati e relata boa parte do processo de gestão de saúde na época do PIASS:

> Já tinha o agente comunitário lá, Dona Estrelina, Dona Dina e Dona Missae, quando tinha médico eles iam uma vez por semana lá, elas faziam todo atendimento, a enfermeira do hospital passava a orientação, era Toxico, mas logo que eu cheguei a Toxico saiu e ficamos sem nenhuma enfermeira no município inteiro, era só regional, nas unidades básicas era só a Regional, que mandava material, até 2002, a Regional que comandava. Porque daí eu fazia o plantão a noite e de dia eu colhia papanicolaou no posto do parafuso, eu e Dora.

Fonte: Arquivo da DRS XII.

Foto 4 – Eleição Agente de Saúde Barra do Azeite – reunião da comunidade – 1991

T2 relata com precisão seu tempo como Agente Comunitária em Cajati:

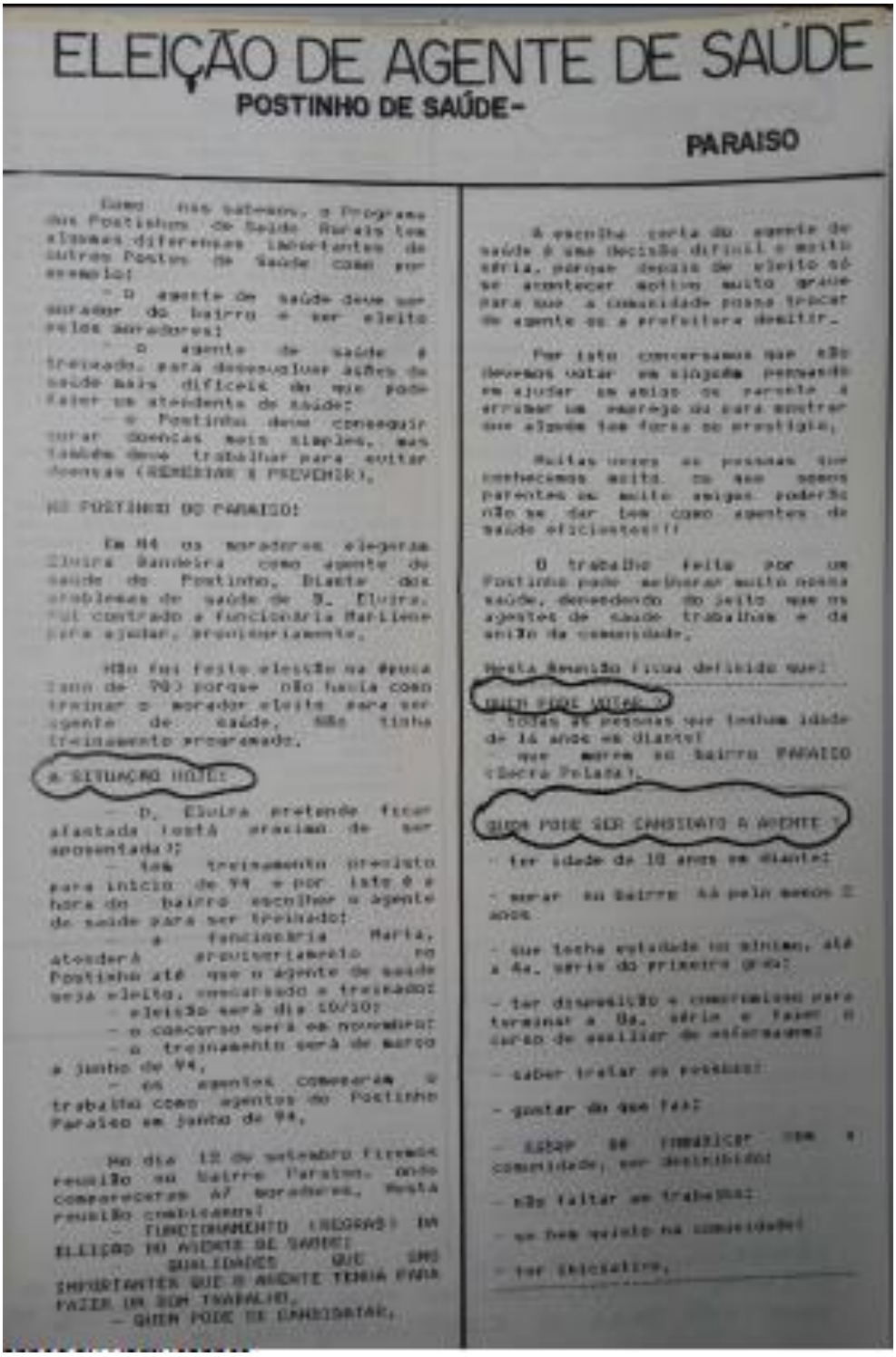
> Então, a minha história começou em 1982, eu sou da segunda turma que foi treinada porque a primeira foi formada pela Dona Dina da Barra do Azeite, a gente foi escolhido com uma reunião do bairro e depois teve o treinamento nosso em Registro, e bastante porque a escolha foi em abril e começou o treinamento em agosto de 82, o diretor na época era o Dr. Geraldo, médico. Se ele estiver vivo está bem idoso, fizemos o treinamento de 2 meses e meio, todos os dias, na DEVALE, na sala onde é agora a DRS hoje, mas na época era o DEVALE, eram 3 médicos e um enfermeiro que fazia o treinamento. Dra. Cecília Dellatorre, Dra. Lídia, Dr. Eduardo Nakamura (este foi trabalhar depois em São Paulo) e a enfermeira Mariza, depois dela a Alba de Juquiá. Temos até uma música que foi feita com o nome de todos eles. Eu ia todos os dias pra Registro, pela BR, o pessoal mais de longe dormia em Registro, eu e Dona Missae do Capitão Braz, íamos todos os dias. Da primeira turma só Dona Dina.

Fonte: Arquivo da DRS XII.

Foto 5 – Eleição Agente de Saúde Barra do Azeite – a leitura dos votos – 1991

T2 ainda relata sobre sua ação como Agente de Saúde do PIASS:

> Não era uma casa alugada, uma casa antiga de madeira com assoalho onde eu trabalhei por 7 anos, do outro lado da pista, ali foi um local bem precário, a gente fazia de tudo a gente até medicava. Era muito difícil, mas tinha lugar ainda mais difícil, nós fomos treinados a trabalhar com medicamento, a gente fazia consulta, o doente vinha, a gente avaliava, a gente fazia pedido de exame a gente liberação para tudo, e tratamento de verminose então era geral mesmo, a gente pedia par agente que tinha muita dor exame de função reumática, glicemia, hemograma que na época era só hb hct (hemoglobina e hematócrito), tinha gente que usava benzetacil na época, tinha mês que eu aplicava uma caixa com 50 benzetacil, a gente fazia o teste, e por sorte, nunca ninguém teve reação. Já estivemos conversando entre nós mais antigos, lembrando né, como que por Deus né, que a gente não teve complicação nenhuma, nenhum problema, nem luva a gente tinha, a gente muito cuidado com higiene, o local não era bom para vacina, e a gente fazia, mas nunca aconteceu nenhuma complicação.



ELEIÇÃO DE AGENTE DE SAÚDE

POSTINHO DE SAÚDE-

PARAISO

Como nos sabemos, o Programa dos Postinhos de Saúde Rurais tem algumas diferenças importantes de outros Postos de Saúde como por exemplo:

- O agente de saúde deve ser morador do bairro e ser eleito pelos moradores;
- O agente de saúde é treinado, para desenvolver ações de saúde mais difíceis do que pode fazer um atendente de saúde;
- O Postinho deve conseguir curar doenças mais simples, mas também deve trabalhar para evitar doenças (REMEDIAR E PREVENIR).

NO POSTINHO DO PARAISO:

Em 94 os moradores elegeram Elvira Bandeira como agente de saúde do Postinho. Diante dos problemas de saúde de D. Elvira, foi contrato a funcionária Marilene para ajudar, provisoriamente.

Não foi feita eleição na época (ano de 96) porque não havia como treinar o morador eleito para ser agente de saúde, não tinha treinamento programado.

A SITUAÇÃO HOJE:

- D. Elvira pretende ficar afastada (está grávida de ser aposentada);
- tem treinamento previsto para início de 99, e por isto é a hora do bairro escolher o agente de saúde para ser treinado;
- a funcionária Maria, atenderá provisoriamente no Postinho até que o agente de saúde seja eleito, concursado e treinado;
- eleição será dia 10/10;
- o concurso será em novembro;
- o treinamento será de março a junho de 99.
- os agentes começarão o trabalho como agentes do Postinho Paraíso em junho de 99.

No dia 12 de setembro fizemos reunião no bairro Paraíso, onde compareceram 47 moradores. Nesta reunião combinamos:

- FUNCIONAMENTO (DIAS) DA ELEIÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE;
- QUALIDADES QUE SÃO IMPORTANTES QUE O AGENTE TENHA PARA FAZER UM BOM TRABALHO.
- QUEM PODE SE CANDIDATAR.

A escolha certa do agente de saúde é uma decisão difícil e muito séria, porque depois de eleito só se arrepender então muito grave para que a comunidade possa trocar de agente ou a prefeitura demitir.

Por isto concordamos que não devemos votar em alguém pensando em ajudar em antes de parente e errados um emprego ou para mostrar que alguém tem força ou prestígio.

Muitas vezes as pessoas que conhecemos muito ou que somos parentes ou muito amigos poderão não se dar bem como agentes de saúde eficientes!!

O trabalho feito por um Postinho pode melhorar muito nossa saúde, dependendo do jeito que os agentes de saúde trabalham e da união da comunidade.

Nesta Reunião ficou decidido que:

QUEM PODE VOTAR ?

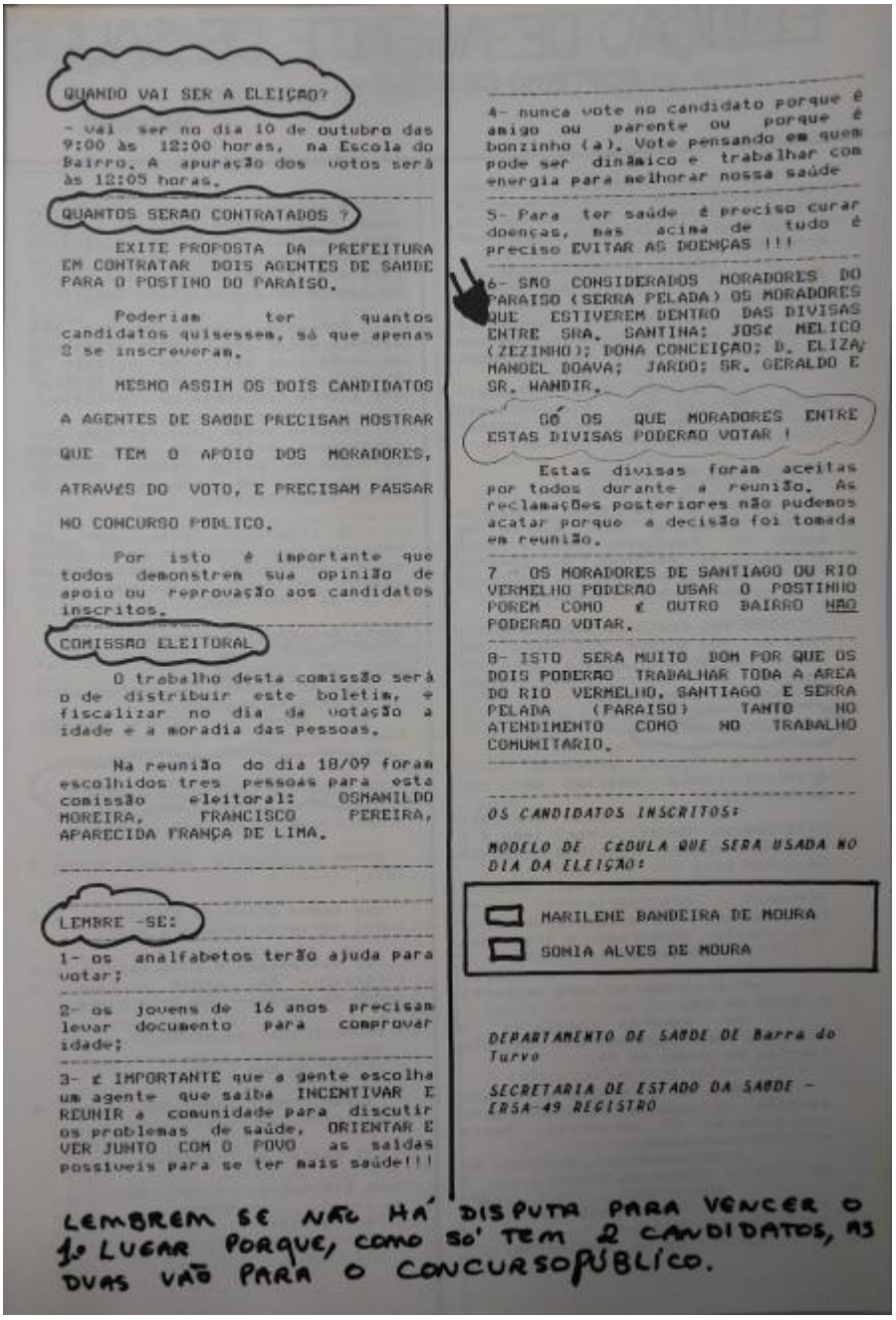
- todas as pessoas que tenham idade de 16 anos em diante;
- que morem no bairro PARAISO (Serra Pelada).

QUEM PODE SER CANDIDATO A AGENTE ?

- ter idade de 18 anos em diante;
- morar no bairro há pelo menos 2 anos;
- que tenha estudado no mínimo, até a 4a. série do primeiro grau;
- ter disponibilidade e compromisso para terminar a 8a. série e fazer o curso de auxiliar de enfermagem;
- saber tratar as pessoas;
- gostar do que faz;
- estar se relacionando com a comunidade, ser desinibido;
- não faltar ao trabalho;
- ser bem quisto na comunidade;
- ter iniciativa.

Fonte: Arquivo da DRS XII.

Foto 6 – Edital para convocação para Eleição dos Agentes Comunitários de Saúde Barra do Turvo. 1ª parte



QUANDO VAI SER A ELEIÇÃO?

- vai ser no dia 10 de outubro das 9:00 às 12:00 horas, na Escola do Bairro. A apuração dos votos será às 12:05 horas.

QUANTOS SERÃO CONTRATADOS ?

EXITE PROPOSTA DA PREFEITURA EM CONTRATAR DOIS AGENTES DE SAÚDE PARA O POSTINO DO PARAÍSO.

Poderiam ter quantos candidatos quisessem, só que apenas 2 se inscreveram.

MESMO ASSIM OS DOIS CANDIDATOS A AGENTES DE SAÚDE PRECISAM MOSTRAR QUE TEM O APOIO DOS MORADORES, ATRAVÉS DO VOTO, E PRECISAM PASSAR NO CONCURSO PÚBLICO.

Por isto é importante que todos demonstrem sua opinião de apoio ou reprovação aos candidatos inscritos.

COMISSÃO ELEITORAL

O trabalho desta comissão será o de distribuir este boletim, e fiscalizar no dia da votação a idade e a moradia das pessoas.

Na reunião do dia 18/09 foram escolhidos tres pessoas para esta comissão eleitoral: OSMANILDO MOREIRA, FRANCISCO PEREIRA, APARECIDA FRANÇA DE LIMA.

LEMBRE -SE:

1- os analfabetos terão ajuda para votar;

2- os jovens de 16 anos precisam levar documento para comprovar idade;

3- É IMPORTANTE que a gente escolha um agente que saiba INCENTIVAR E REUNIR a comunidade para discutir os problemas de saúde, ORIENTAR E VER JUNTO COM O POVO as saídas possiveis para se ter mais saúde!!!

4- nunca vote no candidato porque é amigo ou parente ou porque é bonzinho (a). Vote pensando em quem pode ser dinâmico e trabalhar com energia para melhorar nossa saúde

5- Para ter saúde é preciso curar doenças, mas acima de tudo é preciso EVITAR AS DOENÇAS !!!

6- SÃO CONSIDERADOS MORADORES DO PARAÍSO (SERRA PELADA) OS MORADORES QUE ESTIVEREM DENTRO DAS DIVISAS ENTRE SRA. SANTINA; JOSÉ MELICO (ZEZINHO); DONA CONCEIÇÃO; D. ELIZA; MANOEL DOAVA; JARDO; SR. GERALDO E SR. WANDIR.

SÓ OS QUE MORADORES ENTRE ESTAS DIVISAS PODERÃO VOTAR !

Estas divisas foram aceitas por todos durante a reunião. As reclamações posteriores não pudemos acatar porque a decisão foi tomada em reunião.

7 - OS MORADORES DE SANTIAGO OU RIO VERMELHO PODERÃO USAR O POSTINHO PORÉM COMO É OUTRO BAIRRO NÃO PODERÃO VOTAR.

8- ISTO SERÁ MUITO BOM POR QUE OS DOIS PODERÃO TRABALHAR TODA A ÁREA DO RIO VERMELHO, SANTIAGO E SERRA PELADA (PARAÍSO) TANTO NO ATENDIMENTO COMO NO TRABALHO COMUNITÁRIO.

OS CANDIDATOS INSCRITOS:

MODELO DE CÉDULA QUE SERÁ USADA NO DIA DA ELEIÇÃO:

MARILENE BANDEIRA DE MOURA

SONIA ALVES DE MOURA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE DE Barra do Turvo

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - ERSA-49 REGISTRO

LEMBREM SE NÃO HÁ DISPUTA PARA VENCER O 1º LUGAR PORQUE, COMO SÓ TEM 2 CANDIDATOS, AS DUAS VÃO PARA O CONCURSO PÚBLICO.

Fonte: Arquivo da DRS XII.

Foto 7 – Edital para convocação para Eleição dos Agentes Comunitários de Saúde Barra do Turvo. 2ª parte

T2 prossegue: “Quando começou a ter médico? Agora não tenho bem lembrança dessa data, eu comecei em 83, 7 anos na casinha, mais ou menos 88, uma

vez por mês, o pediatra, daí ele atendiam todo mundo, Dr. João Henrique e o Dr. Eduardo Luiz".

Fonte: Arquivo da DRS XII.

Foto 8 – Encerramento do VI Treinamento para Agentes Comunitários de Saúde do Vale do Ribeira – 1994

O trabalho do Agente de Saúde nessa época era de tempo integral, a comunidade possuía tamanho vínculo com o Agente que ele era uma extensão desse trabalho em sua própria casa: relata T2:

> Era para a gente morar pertinho do posto atender não tinha hora, não tinha dia, se procurasse a noite, a orientação foi essa, qualquer horário, sábado, domingo, feriado. A comunidade respeitava, mas qualquer necessidade no início corriam para cá, qualquer ferimentozinho que dava pra cuidar em casa o pessoal já vinha, uma dependência. […] Eu não tinha tempo, muito desgaste, chegava hora de almoço as pessoas desciam bem naquele horário e eu ia atender, eu perdia até a fome sabendo que tinha um monte de gente para atender, e as mães dependendo de horário de almoço. No início foi muito complicado, trabalhei muito mesmo, férias a gente não tinha pois se a gente entrava de férias o posto ficava fechado.

Fonte: Arquivo da DRS XII.

Foto 9 – Supervisão dos Postos de Atendimento Rurais em Cananéia, Santa Maria, Marujá e Pedrinhas – início dos anos 1990

Fonte: Arquivo da DRS XII.

Foto 10 – Unidade de Saúde Santa Maria – Cananéia – década de 1990

TT36 relatando seu início como Agente de Saúde em Jacupiranga:

> Em 89 iniciei, só tinha aquele postinho, aquele postinho menor, que eu comecei a trabalhar sozinho e tinha um médico que vinha atender uma vez por semana, até a gestão quando o Jessé entrou, aí que foi ampliado depois que começou atender no Pé na Serra, aí pintou essa programa da família, que eles contratam.

Falando ainda sobre suas atividades no posto de saúde: "A gente tinha autorização, e tinha o remédio, muito remédio, tinha leite assim, leite para criança

desnutrida, leite de pó, e era, por isso que o pessoal se acostumou com aquilo, dará remédio assim sem receita. [...] Fazia Benzetacil, fazia tudo aqui" (TT36).

Fonte: Arquivo da DRS XII.

Foto 11 – PAR Guaraú – Jacupiranga – 1989

G13 do município de Registro relata:

> Começaram os postos de atendimentos rurais, aqui né, foram na gestão de 86 -90 que eles criaram os postos de atendimento rural, no Arapongal aqui pro lado de capinzal, só que me parece que não só médico clínico, mas também iam o obstetra o ginecologista, o pediatra, em algumas situações eles faziam esses rodízios então já tem uma certa data, o primeiro PSF mesmo rural não sei te informar a data, que ele foi implantando não.

As descrições do trabalho do Agente Comunitário são unânimes no que tange ao seu escopo, seu compromisso e seu envolvimento com a comunidade, e neste subcapítulo não se pode deixar de honrá-los como trabalhadores incansáveis da saúde, alguns já aposentados, alguns ainda em campo. Uma delas (que não só permitiu, mas

fez questão de tirar esta foto) foi buscar em seus guardados o vestido que usou quando foi eleita agente comunitária de saúde, e não posso deixar de incluir nesta descrição.

Foto tirada pela autora e imagens cedidas pela fotografada

Foto 12 – Dona Estrelina e o vestido que usou quando foi eleita Agente Comunitária de Saúde em 1982 (segunda turma)

8.1.2 Da transição do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o Programa de Saúde da Família (PSF)

> "Me tiraram tudo, eu me sinto inútil". G12 relatando o sentimento de um dos antigos Agentes de Saúde.

A partir de 1999, mais precisamente dos anos 2000 a 2002, foi implantada grande parte das equipes do PSF das áreas rurais e as equipes das áreas urbanas. Após esse período, houve uma parada na expansão das equipes, que retornaram a crescer após o ano de 2009, com um novo pico de expansão após 2013 com a entrada do PMAQ. Esse primeiro período foi determinante no crescimento do PSF e também contribuiu em parte para o perfil de alguns agentes comunitários que ainda atuam nos municípios: o

processo seletivo utilizado nessa época passava por uma eleição no bairro, onde era feito um tipo de campanha; após esse tempo, por volta de 2004, os agentes comunitários passavam por processo seletivo sem eleição ou por concurso público, sendo essa forma determinante para a formação do perfil da maioria dos Agentes Comunitários que compõe atualmente as equipes de Saúde da Família. Em relação à Equipe de Enfermagem e ao Médico da Equipe, pouco mudou: nessa época, os municípios que conseguiam ter um médico em tempo integral de 40 horas eram exceção à regra, a equipe de Enfermagem, por sua vez, permaneceu com sua carga horária completa e, em sua maioria, tinha vínculo direto com as prefeituras.

Em ambiente rural, foi estudado o impacto do PSF no perfil epidemiológico de uma comunidade não tradicional em Minas Gerais. O estudo conduzido com 127 famílias mostrou a mudança do perfil apontando o PSF como resolutivo no sentido de forma de atuação da atenção primária no Brasil (Gomes et al., 2009).

O que chamou mais a atenção para essa fase foi a diminuição do arsenal de atividades do ACS, que trouxe consigo uma desvalorização do profissional que, após cerca de 20 anos, se viu deixado de lado e viu suas atividades, pouco a pouco, sendo impedidas pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN), o que também teve impacto na população. Os relatos também foram quase unânimes ao afirmar esse impacto (houve profissionais que entenderam ser melhor o trabalho do agente comunitário restrito às visitas, mas foram minoria nesta amostra): tanto os articuladores da atenção básica entrevistados como os diversos gestores, os trabalhadores da saúde e os usuários relataram essa fase como uma perda importante; entendem como dificuldade de acesso à saúde mesmo com a presença do médico. Atualmente, o acesso a procedimentos (vacinas, injeções e curativos) só é possível com a presença do enfermeiro, à medicação (na grande maioria dos municípios, salvo aqueles que ainda enfrentam as decisões do Conselho Federal de Farmácia), apenas com a presença do farmacêutico (profissional que não compõe atualmente a equipe da ESF), o que ficou ainda mais distante e difícil para as comunidades rurais.

Nos conta A1: “Um trauma para a população, porque a população queria aquele agente comunitário, que fazia curativo, verificava pressão, dava algumas medicações.

Foi um trauma para a população e é até hoje". Ainda se referindo ao processo de Escolha dos Agentes comunitários na época do PIASS e após:

> Eu acho que quando começou o PIASS, a escolha era da comunidade, então era eleição no bairro, tinha que ser morador do bairro, em 84, eu fiz eleição em 2 turnos, porque as vezes você percebia que de repente aquele candidato era vontade de uma família e não da comunidade, então a gente elegia, se era uma vaga, elegia 2 e ia pro segundo turno, então veja só que, politicamente estava orientado. Posterior a isso começou a ter uma pré-formação do agente comunitário, um curso de capacitação, de orientação e com uma prova final. Os bairros indicavam os nomes, para passar por esse treinamento e a classificação final, depois veio o processo seletivo e depois veio o conflito entre processo seletivo, a cada 2 anos precisava ficar trocando o agente comunitário estava familiarizado com aquele trabalho daí muda, muda toda a rotina, a população também não aceita, e daí veio a 11.350 do MS que orientou o processo seletivo por tempo indeterminado e saiu a regulamentação na constituição, se não me engano a emenda 51 da constituição que regulamentou isso e disse que seria criado uma lei específica que é a 11.350 que até hoje ainda tem conflito, existe entendimento de concurso, concurso foge ao que preconiza a estratégia e então está esse conflito, tem região que aceita, tem região que não aceita e até hoje não se tem alguma coisa certa, existe interpretação jurídica. Mas eu acho que no tempo do PIASS, o agente comunitário era mais previamente preparado do que hoje, apesar de que antes não exigia formação como hoje também não exige, eles tinham dois meses de treinamento antes de iniciar as atividades, com presencial e local, dois meses, hoje ele passa no processo seletivo, já inicia, existe o introdutório. (A1).

T4 referindo sobre a transição para o PSF em Cajati:

> Foi 2000, começou, eu saí para estudar enfermagem e voltei em 98, comecei em 94. E em 98 tinha eu, e Toxico já tinha voltado, eu na atenção básica, fui a primeira enfermeira da atenção básica, eu era responsável por todos os postinhos, eu vim em novembro de 98 até 2000 responsável por todos os bairros, depois disso começaram a chegar os enfermeiros do PSF a primeira foi Lucinéia, chegou em 2000, e Tiepo veio na verdade ele veio por conta de umas horas para cumprir do estado, ele vinha e fazia uma gestão, ele fazia uns atendimentos na Vila Antunes e fazia meio que a gestão do PSF junto com Milton Noboi.

T4 continua o relato**:**

> Aí tocamos o projeto, foi apresentado inclusive já foi apresentado com 100% de PSF, e falaram que a gente ia implantar 3 equipes iniciais, eram 8 equipes no total. Só que no início ia implantar 3, nós escolhemos zona rural porque o agente de saúde estava assoberbado, não dava conta de trabalhar sozinho, tinha crescido muito a comunidade rural, porque antes era uma vilinha e ficou que nem um bairro, elas não estavam conseguindo aguentar

> lá sozinhas, e aí tinha muita reclamação por conta de não ter médico, então foi pensado em fazer na área rural por causa da necessidade, que tinha. E daí foi por isso a decisão.

Ainda no relato de T4: **"**Em 99 foi feito um encontro com os agentes comunitários, do Vale do Ribeira inteiro, em Registro, como se fosse uma inauguração do PSF no vale, cuja a formação ficou por conta mesmo do curso de auxiliar de enfermagem voltado para o agente comunitário. Estava muito difícil de implantar porque não tinha pessoal".

A partir dos anos 2000, as equipes do PSF (iniciado em 1994 no Governo José Serra conforme relatado anteriormente) começaram a ser instaladas. Essa transição, conforme relataram trabalhadores, usuários e gestores, não foi fácil: o agente comunitário que podia fazer todo o tipo de procedimento só se manteve nessa função a partir do curso de auxiliar de enfermagem, os que não fizeram, foram aos poucos proibidos de continuar essas ações, sendo relegados à função de recepcionistas ou com as mesmas responsabilidades que os novos ACS possuíam (e isso teve grande repercussão na comunidade que estava acostumada a contar com o agente de saúde para tudo). Os relatos abaixo mostram essa realidade.

Sobre as impressões nessa transição para o PSF, relata T2**:** "No início eu me senti, muito difícil, na entrevista posso falar, foi difícil, mas acho que tive mais dificuldade com os agentes, tipo um ciúme, você fazer tudo, até suas coisinhas lá, então chega aí... graças a Deus não tivemos inimizade. Mas o jeito que eu me senti, como se de repente eu deixasse a minha casa e chegasse uma turma e invadisse minha casa, eu me senti assim".

TT2 relata sobre suas impressões sobre essa mudança e o vínculo que a Agente Comunitária do PIASS e a parteira do bairro possuíam com a comunidade: "Eu acho engraçado que as pessoas passavam no médico aqui, depois passavam lá e perguntavam tia Benedita. Olha o remédio passou isso, será que eu posso dar? Para ela e para Dona Estrelina, será que eu posso dar, será que não é perigoso? Com Dona Estrelina era mesma coisa".

TT37 relata sobre os Agentes de Saúde que ainda permaneceram na unidade após a implantação do PSF em Iguape.

> O Noel (Agente Comunitário da década de 80) tem mais ou menos um 50 e poucos anos também, então eu acredito que eles não queiram mais isso. Mais eu dou funções a ele, entendeu. Cassiano, hoje em dia é meu recepcionista, ele fica lá na frente, ele atende, ele agenda, ele também tem capacidade de fazer curativo, como Isa falou, ele trabalhou muito com isso. A parte do injetável eu não deixo, porque já são pessoas que tem dificuldade já de visualização, muito tempo sem estudar, então assim eu não gosto, porque a responsabilidade é minha. [...] Mas o curativo, uma pressão, um destro, uma visita domiciliar, entendeu. Cassiano fica ali dentro, ele é pau para toda obra, se eu precisar de uma coleta de sangue. Ele faz. Então ele faz tudo para mim ali dentro. De Noel, eu coloquei ele na rua, eu pedi pra ele fazer visita domiciliar, a gente lista, todos os meus agente comunitários, por exemplo, -"preciso que Cassiano faça controle de tal pessoa, porque está assim ou assado, não está tomando medicação, orientação essas coisas". Então ele está fazendo essa parte, então ele chega no posto, eu fiz uma bolsinha pra ele, e ele fica rodando lá, porque a gente tem visita domiciliar só 1 vez por semana, que eu e a Dra saímos do posto, e ele faz as outras coisas. Deixam uma pastinha para ele, todos os recados que os agentes têm, inclusive meus, e ele vai fazendo as visitas, anota em prontuário, eu peço pra anotar em prontuário, ele me mostra, eu carimbo tudo, que eu estou ciente daquilo, e a gente trabalha em cima disso também. Ele já levantou diversos problemas pra gente, então eu achei que foi uma função bem bacana.

G8 relatando sobre um dos Agentes Comunitários do PIASS: "Ele chegou a fazer o curso de auxiliar, ele é agente, ele fez o primeiro e segundo modulo, de agente comunitário de saúde, ele fez o curso de auxiliar de enfermagem. Mais também não paga o COREN, mais ele, assim, ele não quer exercer, eu até deixo".

TT25 relatando suas impressões sobre o trabalho do Agente de Saúde e a transição para o PSF em Juquiá:

> Às vezes é meio contraditório, porque antes do PSF, existia o PIASS, tinha tudo, então essas meninas davam o primeiro atendimento, elas podiam fazer parto, existia a feira leiga, tinha muita coisa que elas botavam mão na massa, com o evento do PSF elas ficaram algemadas, e o povo cobra delas essa ajuda e elas não podem mais, então quando eu estou aqui eu tento resolver, quando eu saio e agora, elas fazem ou não fazem, então o que que acontecem, muitas vezes elas chegam a vir aqui no posto 7 vezes pra abrir o posto pra medir pressão, pra fazer alguma coisa, ligar pra ambulância ou pro hospital, pra pedir ajuda, porque continua o velho PIASS.

T5 relata suas lembranças da organização do PSF em Miracatu:

> É... era um Posto de Atendimento rural, que tinha atendimento médico, meio período, uma vez por semana. Tinha duas agentes comunitárias, e de

> repente me vi, tendo que organizar, né...uma rotina medica, de enfermagem, médico de segunda a sexta... num lugar minúsculo, uma população imensa, que de repente, quando via um médico de segunda a sexta, pelo menos meio período, né... então a semana toda, enfermagem... aquilo explodiu no bairro... aquilo... o espaço ficou pequeno... foi bem... e assim, foi muito difícil, aa chegada, porque os agentes, até então eles faziam tudo, eles eram, médicos, enfermeiros, agentes... eles eram tudo... então assim... teve um choque da parte deles, muito grande... achei que estava aquele medo... assim né... que que nós vamos fazer... quem somos nós...

E T5 ainda relata após todo esse período: "O quê que nós vamos fazer agora... teve tudo isso aí. [...] Teve tudo isso daí... foi difícil pra eles... foi difícil pra gente... até... agente achar o nosso lugar... depois acabou ficando até mais confortável pra eles...".

Relatam os Agentes Comunitários do PIASS em Pariquera-Açu: TT29 conta de seu processo de formação e de sua atuação naquela época:

> "Mais uns três meses para estagiar, no serviço, e depois ficamos exercendo um pouco o auxiliar de saúde, o certo tudo que fizemos é como se fosse auxiliar de enfermagem, só que nós não podia fazer isso, aí nós fizemos curso de enfermagem, entramos no COREN juntos, tivemos carteirinha, tudo, e aí fizemos procedimento geral, mais garantido, e fazia de tudo, fazia visita, os procedimentos aqui...".

TT30: "E assim continuamos, agora já faz uns três anos, que a gente não pode mais exercer e tal, deu uma mudada nas leis, e paramos, mas estamos aqui sempre junto com o povo, atendendo eles, conversando, visitando, até os cachorros conhecem a gente, nem briga mais com a gente".

TT28 relata por seu ponto de vista como enfermeiro, fazendo um contraponto em relação à ação dos agentes comunitários como na década de 1980 e 1990:

> Assim, desde quando eu entrei aqui eu acho que já melhorou bastante coisa, a função que os agentes comunitários faziam os procedimentos de auxiliar de enfermagem, já não fazem mais, agora eles estão voltados só para as visitas, isso melhora, para melhorar a visita deles, para fazer essa ligação comigo, com o doutor, eu tinha só uma técnica de enfermagem que a gente rodava, então onde a gente estava ela estava, então às vezes aqui ficava, como é um posto maior ficava sem ninguém, desde janeiro já veio uma técnica para cá, agora ela dica exclusiva para cá, teve reforma do Conchal, vai ter uma sala de vacina que as crianças vão precisar ter.

Em Pedro de Toledo, também houve discussão sobre a ação dos Agentes de Saúde que antes exerciam várias funções. G12: "E a briga delas também é essa, porque

antigamente elas faziam curativo, entregava medicação, e aí elas brigam com a gente o tempo todo, ainda mais porque são mais de idade, porque elas são mais resistentes, elas brigam com a gente o tempo todo, dizem: 'me tiraram tudo, eu me sinto inútil'".

Finalizamos então com o relato de G13: "A autonomia que eles tinham esse é um ponto até hoje, né, distribuíam medicamentos, coletavam exames, aplicavam vacinas, e aí essas crescente de profissionais você acaba tendo um mundaréu de gente e o produto final que é a assistência e ainda fica faltando né, porque cada um fica só no seu quadradinho né".

G13 sumariza sobre a mudança das ações dos Agentes de Saúde do PIASS: "Um desperdício total, de conhecimento, de vínculo com a sociedade, com a comunidade".

8.1.3 Do processo de implantação das equipes rurais e urbanas

A maior parte dos entrevistados que tinham conhecimento sobre esse processo entendeu que o processo de implantação das equipes rurais foi mais tranquilo que as urbanas. Nas áreas rurais, já existia o Agente Comunitário de Saúde por conta da atuação no antigo PIASS, já existiam várias unidades de saúde já construídas – PARs. Outro ponto de vista foi relacionado com o modelo de atenção à saúde e sua facilidade de implantação nas áreas rurais. No entanto, em termos da forma como foram organizados, não houve diferença; os entrevistados concordaram que o processo de formação das equipes urbanas e rurais foi muito parecido: a maioria dos municípios organizou primeiro as equipes de Saúde da Família rurais e urbanos simultaneamente, mas alguns implantaram apenas equipes rurais, como Cajati, Jacupiranga, Iporanga e Eldorado. A maioria das implantações dos PSF se deu a partir de 2000 a 2002, quando houve as eleições para os novos Agentes Comunitários. Essas eleições, pelos relatos, foram diferentes das primeiras eleições da década de 1980, quando se desenhou o perfil do agente de saúde. As eleições seguintes tiveram campanha, em alguns municípios até algumas situações de disputa mais acirradas.

O PACS, que absorveu os antigos agentes de saúde, contribuiu fortemente para o processo de municipalização que começou a discutir a composição da equipe básica e a organização da unidade de saúde, assumindo, de fato, a gestão dela (Viana et al., 1998).

É importante destacar que a implantação do PSF por si só não configurou a mudança do modelo médico hegemônico na época e ainda vigente em vários municípios, sendo necessário retirar do centro do modelo a figura do médico, levando-o para o usuário/família/comunidade; porém não perde o efeito provocativo e definidor de medidas. A implantação tanto do PSF como do PACS abriu esse espaço de discussão: uma agenda centrada na consulta médica e no agente comunitário, havendo uma necessidade de repensar e integrar as ações. No entanto, a equipe mínima era um fator que limitou o programa (Fausto, 2005).

Os relatos que se seguem apontaram várias dificuldades de aceitação por parte da comunidade nessa transição, não só pela restrição de ação do agente comunitário (pois isso ocorreu nos locais onde havia esse personagem), mas também na atenção à saúde realizada por enfermeiro (que aparece neste cenário com a necessidade de uma forte atuação), bem como de um médico que possuía a responsabilidade de atender a comunidade de modo geral, e até então o modelo fazia uso de profissionais com foco na especialidade (nem todos especialistas), como o pediatra, o ginecologista e o clínico geral.

Seguem alguns relatos.

Como refere A1:

> A introdução da ESF urbana, acho que tem uma dificuldade de aceitação até hoje, porque tem um pronto-socorro lá que se diz melhor, ele está mais aparelhado, e se faz o atendimento com menos critérios, você está com dor de cabeça, toma um remedinho pra dor de cabeça, você está com uma luxação, você faz uma imobilização faz um raio x e tchau, diferente na atenção básica em que você faz, você trata a pessoa como um todo isso ocupa mais tempo, então as pessoas não estão familiarizados ainda, ele quer chegar e tratar daquele problema imediato, então eu sinto esse dificuldade na zona urbana, a rural está mais familiarizada com esse serviço, compreende melhor o trabalho da equipe.

Refere T1 sobre Barra do Turvo ao questionar sobre o processo de implantação em zona urbana e rural:

> Foi tudo junto, foi tudo de uma vez, houve uma discussão, onde se falava dos princípios de saúde da família, que estava integrado mesmo com a comunidade, lembro bem que até se falou que se, porventura, encontrasse o médico jongando futebol durante a semana, como o pessoal da equipe não tinha nada de errado nisso pois estaria fazendo o papel dele, interessante porque ouvi na época, que é exatamente por ser integrado com a comunidade, não participei muito, mas de algumas maneiras estive presente.

U2 narrando sobre a implantação do PSF na Vila Tatu (área rural de Cajati):

> Na Vila Tatu a gente acompanha a atividade, desde a implantação da saúde da família, quando iniciou o posto já existia, mas antes o atendimento era bem precário, com a implantação da equipe de saúde da família melhorou e a gente sempre participou através do Conselho Municipal de Saúde. Antes era precário, na década de 90, quando Cajati se emancipou, a gente pertencia a Jacupiranga, mas a nossa base era Cajati, o atendimento era no posto de saúde do Parafuso, na primeira gestão de Cajati começou a organizar os bairros e o postinho na década de 90.

G8 relata:

> Em 2005 quando eu cheguei em Iporanga. E então o COREN, proibiu tudo, aí ele vinha, o Amadeu, não lembro quem era o outro pessoal, acho que era Regina que estava vindo com ele, e aí, nesse período que eu fui contratado, fui eu o Enfermeiro de Botucatu contratado, praticamente aqui, não começamos do zero as atividades, né! Principalmente de montar sala de emergência, porque foi bem no período eleitoral, quando o prefeito saiu e entrou outro, né. O outro tinha deixado uma dívida gigante na Santa Casa de R$ 4 milhões. Foi uma fase bem difícil no começo de 2005, né. Trabalhei 6 meses sem médico, aí trabalhei não zona rural. Ai o Antônio Carlos, que era o enfermeiro de Botucatu, ele ficou no PSF urbano, e eu fiquei no PSF rural. [...] O rural já funcionava, tinha paralisado por causa do enfermeiro. Começamos novamente. O urbano faz 10 anos e o Rural uns 15.

Em Registro, a implantação ocorreu simultaneamente, e relata então G13:

> Foram os dois, tanto urbano, o serrote foram um dos primeiros que foram montados, o prédio lá é bem antigo. eu não estava, eles também não relatam muito se teve alguma dificuldade ou não, mais no rural do que aqui mas no que a gente consegue captar, na área urbana foi um pouco mais difícil por conta do conceito que a população tem de assistência né, de UBS e achar que um médico iria atender todas as especialidades até hoje é complicado né, e o que na área rural já teve outra aceitação, do modelo de assistência que estava sendo proposto mas o que foge a isso, nem de locomoção interfere um pouco para área rural.

A falta de documentos e de historiografia de todo esse processo foi uma constante durante a pesquisa. Algumas fotos foram conseguidas na DRS XII, porém os funcionários mais antigos relatam que muito se perdeu, que muitos documentos foram jogados no lixo ou queimados, havendo pouco o que usar, como se confirma também nos municípios, e então relata G8 sobre o processo de implantação em Iporanga. “Em 95 eles falaram que já tinham as primeira equipe, né, aqui em Iporanga né. Também não sei como é a modalidade que eles trabalhavam. Não tem nada histórico, não tem nada guardado de documento”.

Segundo os relatos que se seguem, essa mudança no processo e forma de contratação dos ACS teve grande impacto sobre o seu trabalho: o vínculo que havia entre os Agentes eleitos por perfil, depois eleitos por campanha e, posteriormente,

concursados, foi exponencialmente diluído. Além desse fato, boa parte dos agentes comunitários do PIASS fez o curso de auxiliar de enfermagem, a fim de permanecerem fazendo os procedimentos, com raras exceções, como em Jacupiranga. Mesmo assim, a partir dos novos agentes eleitos de 2000 a 2002, as ações dos agentes comunitários já não comportavam os procedimentos e a autonomia que tanto tiveram os agentes do PIASS.

Relata então T2 sobre a particularidade de sua eleição como agente comunitária:

> Foi diferente, porque eles fizeram uma prova, não foi escolhido pelo povo, foram lá fizeram uma entrevista no hospital, e depois teve a votação, então eles tiveram que sair nos bairros pedir voto eles iam nas casas e contavam, como nessa época de política mesmo... Na minha eleição foi diferente, foi votado o perfil, a comunidade traçou o perfil da pessoa que eles queriam que trabalhasse para eles, eles não queriam uma pessoa muito jovem ou muito velha, pessoa que soubesse tratar bem, que não fosse "boca dura", pessoa assim que as vezes atende mal.

Enfim, a implantação do PIASS na década de 1980 foi um grande diferencial de saúde no Vale do Ribeira em relação a outras áreas, tendo características diversas das demais regiões do estado de São Paulo, porém semelhantes a outras áreas de extrema carência de outros estados do Brasil.

Outro aspecto importante foi a atuação do Agente de Saúde, vinculado firmemente à comunidade, representante desta perante os serviços de saúde: ao mesmo tempo que agia como serviço de saúde, sua influência e liderança nos bairros de sua atuação perduram até hoje. Essa magnitude se faz sentir após a entrada dos outros agentes comunitários que, limitados por um processo seletivo e uma eleição por campanha, ou por processo seletivo por prova, ou por concurso público, não tiveram e não têm o mesmo vínculo com a comunidade. Ainda sobre a atuação do Agente de Saúde, e de impacto nos serviços de saúde onde eles existiam, a diminuição gradativa de seu arsenal de atuação, a exigência de que eles fizessem o curso de auxiliar de enfermagem e a separação da atuação do agente comunitário e do auxiliar de enfermagem mudaram muito sua importância dentro da equipe; o mesmo processo ocorre agora a respeito da atuação do auxiliar de enfermagem e do técnico de enfermagem, proibidos de realizar procedimentos longe dos olhos do Enfermeiro. A tendência da limitação da atuação dos auxiliares ou técnicos, dando lugar à necessidade de possuir o indivíduo com curso universitário, tem diminuído o acesso da população aos procedimentos básicos, como vacinas, injeções, verificação da

pressão arterial, verificação da glicemia capilar ou mesmo curativo, reduzindo o acesso de uma população que antes os possuía ao lado de sua casa por meio do agente de saúde.

8.2 Organização e gestão da Atenção Primária e Saúde da Família no contexto rural e urbano

Este subcapítulo da pesquisa pretende descrever como estão organizadas e geridas as ações da atenção básica no serviço da ESF tanto no contexto rural como no urbano. Como relatado no subcapítulo anterior, as equipes de Saúde da Família no Vale do Ribeira foram, em sua maioria, implantadas simultaneamente no contexto rural e urbano com algumas poucas exceções em que houve apenas a implantação em contexto rural primeiramente, aproveitando-se os PARs existentes. Após o pico de implantação nos anos de 2000 a 2002, muitos municípios ficaram estagnados na implantação de novas equipes, havendo um novo crescimento após 2009 e agora em 2013 a partir do PMAQ-AB, com novo incentivo financeiro para o cumprimento de metas de qualidade pelas equipes.

Este subcapítulo está subdividido em Composição e Atuação das Equipes, Atendimento de Demanda Espontânea e Distribuição de Medicamentos e Gestão das equipes rurais e urbanas.

8.2.1 Composição e Atuação das Equipes

> "Então, eu acho assim, que algumas coisas a gente não consegue mudar, até porque eu posso dizer 'que o ideal era se a gente tivesse um médico e um enfermeiro todos os dias em cada ponto', não vou conseguir isso" G9.

A maioria das equipes da ESF atualmente no Vale do Ribeira são equipes mínimas. O NASF ainda é incipiente no contexto do Vale, alguns municípios ainda nem os têm – o quadro abaixo mostra de cada município os que têm o NASF implantado, 4 dos 15 municípios. O território é grande com grandes áreas para cobertura no território rural, com transporte público ineficiente, com transporte da equipe muitas vezes ineficiente, pouca estrutura física (alguns municípios não conseguem construir devido ao problema das áreas de preservação), o diferencial das

equipes ribeirinhas (ou melhor, praianas) para o qual seria ideal os barcos próprios e equipados, porém o Vale do Ribeira não se enquadra na classificação de população ribeirinha, como a amazônica.

As equipes que mais se pulverizam em atividades são as que têm a atuação sobre as populações tradicionais (quilombolas e caiçaras), uma vez que as comunidades são pequenas e espalhadas pelo território, comunidades que chegam a ter menos de 10 famílias, e em grandes distâncias e com grande limitação de transporte público.

Quadro 16 – Nota Técnica dos Municípios do Vale do Ribeira quanto as ESF, ESB e outros – 2015

Municípios	equipes	teto	credenciado	implantado	valor mensal do repasse
Barra do Turvo	eSF	4	4	4	16.000,00
	ACS	19	21	20	20.280,00
	eSB - I	4	4	2	6.690,00
Cananéia	**equipes**	**teto**	**credenciado**	**implantado**	**valor mensal do repasse**
	eSF	6	5	4	16.000,00
	ACS	31	32	32	32.448,00
	eSB - I	6	4	4	10.035,00
	NASF	Tipo	Credenciado	Implantado	Valor mensal do repasse
		II	1	0	0
Cajati	**equipes**	**teto**	**credenciado**	**implantado**	**valor mensal do repasse**
	eSF	14	8	6	42.780,00
	ACS	71	50	41	41.574,00
	eSB - I	14	3	2	4.460,00
	equipes	**teto**	**credenciado**	**implantado**	**valor mensal do repasse**
Eldorado	eSF	7	6	2	8.000,00
	ACS	37	36	16	16.224,00
	eSB - I	7	6	0	0
Iguape	**equipes**	**teto**	**credenciado**	**implantado**	**valor mensal do repasse**
	eSF	15	10	7	39.885,00
	ACS	73	71	53	53.742,00
	eSB - I	15	8	1	2.230,00
Ilha comprida	**equipes**	**teto**	**credenciado**	**implantado**	**valor mensal do repasse**
	eSF	5	3	3	21.390,00
	ACS	23	23	23	23.322,00
	eSB - I	5	3	3	6.690,00

continua

Quadro 17 - Nota Técnica dos Municípios do Vale do Ribeira quanto as ESF, ESB e outros – 2015. continuação

Iporanga	**equipes**	**teto**	**credenciado**	**implantado**	**valor mensal do repasse**
	eSF	2	2	2	8.000,00
	ACS	11	12	12	12.168,00
	eSB - I	2	2	2	6.690,00
	NASF	**Tipo**	**Credenciado**	**Implantado**	**Valor mensal do repasse**
		III	1	0	0
Itariri	**equipes**	**teto**	**credenciado**	**implantado**	**valor mensal do repasse**
	eSF	8	6	4	22.260,00
	ACS	39	39	31	31.434,00
	eSB - I	8	3	2	4.460,00
Jacupiranga	**equipes**	**teto**	**credenciado**	**implantado**	**valor mensal do repasse**
	eSF	9	7	4	19.408,00
	ACS	43	41	28	28.392,00
	eSB - I	9	7	1	2.230,00
	NASF	**Tipo**	**Credenciado**	**Implantado**	**Valor mensal do repasse**
		II	1	1	12.000,00
Juquiá	**equipes**	**teto**	**credenciado**	**implantado**	**valor mensal do repasse**
	eSF	10	8	4	22.260,00
	ACS	48	49	33	33.462,00
	eSB - I	10	4	4	8.920,00
	NASF	**Tipo**	**Credenciado**	**Implantado**	**Valor mensal do repasse**
		II	1	1	12.000,00
Miracatu	**equipes**	**teto**	**credenciado**	**implantado**	**valor mensal do repasse**
	eSF	10	6	4	16.000,00
	ACS	51	38	30	30.420,00
	eSB - I	10	3	2	4.460,00
Pariquera-Açu	**equipes**	**teto**	**credenciado**	**implantado**	**valor mensal do repasse**
	eSF	9	7	7	40.520,00
	ACS	46	45	45	45.630,00
	eSB - I	9	3	0	0
	NASF	II	1	1	12.000,00
Pedro de Toledo	**equipes**	**teto**	**credenciado**	**implantado**	**valor mensal do repasse**
	eSF	5	4	4	22.260,00
	ACS	26	25	25	25.350,00
	eSB - I	5	4	2	4.460,00

continua

Quadro 17 - Nota Técnica dos Municípios do Vale do Ribeira quanto as ESF, ESB e outros – 2015. conclusão

	equipes	teto	credenciado	implantado	valor mensal do repasse
Sete Barras	eSF	6	4	3	18.260,00
	ACS	32	28	21	21.294,00
	eSB - I	6	2	1	2.230,00
	equipes	**teto**	**credenciado**	**implantado**	**valor mensal do repasse**
Registro	eSF	27	17	17	99.300,00
	ACS	136	138	103	104.442,00
	eSB - I	27	17	9	20.070,00
	Nasf I	I	1	1	20.000,00

FONTE: DAB. [citado 6 jan.2016]. Disponível em: http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php.

Nesta pesquisa, observou-se que as equipes estavam disponíveis para reduzir os déficits assistenciais advindos de uma organização diferenciada do trabalho em área rural. Nesses municípios, a equipe se desloca semanalmente para várias microáreas, o que gera um vazio assistencial como periodicidade regulada pelo próprio prestador de serviços. Vazios estes também observados em outros estudos, em conformidade com o trabalho de Uchoa e Oliveira. A inexistência das unidades de saúde em algumas localidades de atendimento e a grande distância dessas localidades até a unidade mais próxima fazem com que a equipe atenda em locais impróprios, o que também se verifica na realidade do Vale e será abordado mais à frente (Oliveira et al., 2015; Uchoa et al., 2011).

Como já relatado anteriormente, inclusive com a confecção de um quadro que mostra as equipes com suas bases complementares (BC) e locais de atendimento (LA), as grandes distâncias e pequenos povoados impõem à equipe local a necessidade de um desdobramento das ações. Nesse sentido, alguns municípios optaram por centralizar algumas delas, a fim de ter mais efetividade no cuidado, o que, de certa forma, descaracteriza a ideia de ter a atenção à saúde mais próxima das comunidades e das famílias, porém, a princípio, foi a solução gerencial do município. Por exemplo, Barra do Turvo iniciou a realização de grupos de gestantes e atendimento delas nas unidades do centro de saúde.

Com raras exceções, como Registro, a grande maioria das equipes faz seu trabalho de forma pulverizada, algumas com uma imensa gama de locais de

atendimento. TT17 relata que, a respeito da extensão do território da Barra do Turvo, ele aponta a distância ente os diversos bairros, o que determina uma pulverização importante das ações de saúde.

Além da grande extensão territorial e distância dos bairros rurais, sendo a demanda grande para as equipes, A2 refere a importância de que se faça uma priorização das ações, como relata:

> Então, a proposta é que seja um afunilamento. Então como eu estava falando com eles aqui, por mais que haja a necessidade de atender todos integralmente, pelo número de cobertura não há possibilidade, então, a questão de classificação de risco pra poder realmente atingir primeiro, questão de prioridade, pra priorizar o atendimento, não que não vai ser dado o atendimento pra todos, mais pra priorizar pra que ele, a questão da equidade então, inicialmente, usar esses instrumento, que ficou facilitado, ficou de uma forma bem simples [...].

T3 relata a organização do trabalho na área rural de Cajati:

> São dois postos, a Vila Tatu e a Capelinha. Quando entrei lá eles tinham o hábito de ter os médicos nos bairros, e a gente ia até eles, tinham os atendimentos normais na vila, alguns dias na semana e revezavam com um dia na capelinha, dois meio períodos para capelinha. Na sexta feira era rodado, Vila Carmo, nas igrejas, na escola ou alguma casa que cedia, Vila Carmo, Braço Feio e Vila Lucas. Só que aí depois teve um médico e a gente entendeu que não era saudável para a equipe, porque a gente acabava atendendo em local que não era adequado, iluminação, risco. Teve risco até de queda porque era uma casa de madeira que estava caindo, isso porque a gente pensava neles, a gente achava que estava ajudando, porque que aí eles não precisavam vir para a vila tatu e como já foi uma coisa que estava antes de entrar a gente continuou e só depois foi repensar nisso, até que chegou um médico, e disse que isso não era legal, que não era bom pra equipe. Todos esses oito anos a gente teve muito problema de médico, não tinha aquela continuidade, os médicos ficavam só um pouco, ficava uma vez por semana duas, vinha um médico, mas já saía, quem ficou mesmo foi dra. Ana Priscila e Dr. Tarley, acho que foi na época do Dr. Jairo que chamou a atenção da gente. A gente não tinha privacidade, aí na hora que a paciente chegava com uma queixa e nem dava para examinar. Mas fez muito sucesso essas nossas idas, por exemplo, papanicolaou, cheguei a fazer vários papas em casa, que as pessoas cediam, cheguei a colher vários papas de pessoas que nunca haviam colhido. As pessoas se sentiram seguras, deixaram colher ali e depois foram para a unidade, tivemos que primeiro ir atrás, mas tudo é questão de saúde. Porque eles vão pra cidade, eles vão pra comprar para receber pagamento, eles começaram a perceber que era melhor o atendimento. E como não tinha como montar agenda, acabava não sendo um atendimento de qualidade e isso não era o que que o doutor queria.

É necessário aqui abrir um parêntese para indicar uma situação. O aspecto mencionado acima, que foi realidade durante muito tempo no Vale do Ribeira, é a questão da rotatividade do profissional médico e cumprimento de 40 horas. Duas situações aconteceram no Vale que corrigiram essa situação. A primeira delas foi a

ocorrência de concurso público com salário em faixa adequada para esses profissionais, isso aconteceu em Registro e Cajati, garantindo a fixação do profissional médico em área rural e urbana (Registro já conseguiu avançar ainda mais com a garantia do Plano de Cargos, Carreiras e Salário – PCCS; Cajati, embora o salário seja superior ao de Registro, ainda não avançou no PCCS). Outra situação foi o programa Mais Médicos, citado anteriormente, que garante por 2 anos a presença do profissional, o que trouxe, de forma mais estável, a presença do profissional médico e garantiu a presença dele na equipe por 4 dias na semana, sendo inegável a presença de muitos profissionais com perfil para trabalhar com a saúde da família e da comunidade. Entre os profissionais médicos entrevistados (que não foram muitos), três eram do Programa Mais Médicos, e um era concursado.

Infelizmente, enquanto alguns municípios conseguiram melhorar a fixação do profissional, outros, na contramão do processo, contratam o agente comunitário por processo seletivo, tornando esse profissional, que deveria ser o profissional com maior fixação e história na comunidade, um temporário, o que também traz sérios obstáculos para uma atenção à saúde de forma integral e continuada.

A1 relata os entraves jurídicos e estruturais sobre o trabalho:

> Você vê pela contratação do agente comunitário, um juiz decidiu que tem que ser concurso público no município, daí você faz um concurso púbico foge ao que preconiza a estratégia, que o agente comunitário tem que ser daquele território, o concurso público você não pode exigir isso, e no concurso nem precisa morar. Mas isso daí fugiu do princípio do concurso público se o cara vem lá de Sorocaba para se inscrever para trabalhar na vila tatu ele entrar na justiça porque ele tem que concorrer.

TT37 relata sobre a organização do atendimento rural e Iguape:

> É feito um cronograma mensal. Nas segundas-feiras e sextas-feiras, ficamos fixos nas nossas unidades de CNES, porque abrange uma maior parte da comunidade, né! E nos outros dias a gente faz essa, rotatividade. A gente vai agenda em cada local, de atendimento. Então, hoje é dia do Alto do Peropava, hoje é o dia do Maria Teresa, hoje é dia do Pé da Serra, e a gente tem, como a gente vai, faz o atendimento, e depois a gente retorna pra nossa base.

TT1, que trabalha em área quilombola, refere que é importante a equipe fazer força para ter melhores condições de trabalho:

> Às vezes tem que fazer um pouquinho de pressão, porque se a equipe não faz um pouquinho de pressão não tem resultado, estive trabalhando na UBS por um mês e meio, muita dificuldade, pois não tinha consulta para garantir o atendimento da população quilombola, ali e só foi um desastre, até que eu falei, não vou fazer mais consulta na UBS, a outro dia já tinha o carro.

> Galvão, Galvão a consulta na igreja, Nhunguara consulta na igreja, quando eu fui atender na igreja eu queria sair correndo, porque minha vinda não era para fazer consulta nessas condições, mas dar a consulta no básico, e aí não dá pra fazer a consulta na igreja, a população briga conosco, toda equipe, pois não temos culpa, eu falei, nós não temos culpa. E se vocês não buscam. Em São Pedro, o atendimento era num galpão e não dou consulta e fui com o presidente do bairro, há de modificar o local, se arruma dou consulta, e arrumaram. Mas pelo menos o básico, entendes, porque é difícil.

TT37, ainda sobre a organização do trabalho em Iguape, relata:

> É agendado através dos programas, ne, porque hoje, no sistema ele dá esse, ele tem que dá esse norteamento pra gente. Tem as consultas gerais, ne, mais também agente separa os grupos de Hipertensos, diabéticos, dias de atendimento de gestantes. Entende, pra poder, pra gente poder até mesmo, ter, os números por mês, ne, de quantos hipertensos que a gente atende lá na nossa área.

G8, referindo sobre a pulverização das ações em Iporanga:

> As duas equipes, uma é relacionada junto ao Bairro Serra, né. PSF bairro Serra e a outra é Renascer urbano. Bairro Serra engloba todos esses 14 bairros, agora atualmente está sendo construído uma unidade né, nova pra abrigar como sede 11:56 então, precisamos aí, como era muito pequeno o espaço, toda a sede foi aqui, então o rural e urbano fica aqui, e diariamente eles saem pra fazer atendimento ne, então, bairro com maior população tem o maior atendimento, por exemplo bairro Serra e semanal, bairro Iunguara é quinzenal, bairro Castelhiano é quinzenal, bairro Praia Grande quinzenal, Betaria é quinzenal, Maria rosa também é quinzenal, Pilões é mensal, Porto Velho mensal, Capinzal mensal.

TT26 relata a organização do trabalho na equipe em Iporanga de Juquiá, que mostra a pulverização de ações, mas também mostra a forma do trabalho a partir de procedimentos e ações. As equipes, de modo geral, trabalham direcionadas aos programas, assim como na área urbana, a maior diferença é que precisa repetir essas mesmas ações, em vários locais na maioria das equipes (com raras exceções):

> De segunda a sexta agente trabalha nas 3 micro áreas, na segunda feira nós atendemos de manhã na micro área Corujas, a tarde nós estamos aqui no Iporanga, na terça-feira, hoje estamos de manhã no Dique, à tarde estamos aqui no Iporanga, na quarta feira estamos aqui na equipe e a tarde nós temos reunião de equipe como todos os elementos das 3 micro áreas juntas, da tarde, portanto não tem atendimento ambulatorial, porém, as emergências agente atende no decorrer dessas reuniões, na quita feira, nós trabalhamos de manhã, fazendo visita domiciliar programada, em toda a região do Pé da Serra, a tarde nós fazemos também essa reunião, essa visita domiciliar programada, com a equipe completo do médico, enfermeiro e ACS no Iporanga e no Diquê, na sexta feira de manhã nós voltamos fazer ambulatório no Diquê e a tarde estamos aqui no Iporanga também fazendo atividades de ambulatório, na parti, no caso do Fernando ele faz aconselhamento, ele faz papanicolaou, ele faz outras orientações aqui com a enfermagem, então durante a semana a gente trabalha todos os dias com este dois turnos né, só não tem atendimento na quarta-feira à tarde, por causa da reunião da equipe [...] Tem o Hiperdia, tem aconselhamento na escola pra criança e adolescente, respeitando a faixa etária e o tema que

> merece cada faixa, tem essas reuniões de comunidade que no momento estamos até em falta com a comunidade, por falta do educador físico, não sabemos porque ele tem outras atividades que não compre aqui o que tava programado pro ano né, então quem faz na verdade na prática alguma atividade de educação física. (TT26).

TT28 descreve o atendimento da região rural em Pariquera-Açu:

> A gente trabalha com agenda, segunda, quarta e sexta é Conchal, que é a minha área que tem mais famílias, terça e quinta eu revezo Simbiúva ou bairro Alto, terça no Bairro Alto, quinta Simbiúva, uma vez por semana, os outros bairros são cem famílias, então é menor, igual hoje, segunda feira, estou aqui no Conchal, a gente faz atendimento aqui, a gente passa o dia aqui, terça estamos em outro bairro. Separados, hoje o dia é só de gestante, amanhã é dia de hipertenso, resultado de exames, tudo separado, e a demanda espontânea é aberto.

Em um contexto um pouco diferente dos outros (que é uma das exceções à regra) e com uma população mais centralizada em uma vila, refere TT37:

> Eu tenho grupo de gestante, uma vez ao mês, as gestantes são intercaladas, enfermeira e a medica. A gente tem um dia de atendimento de Hipertenso e Diabético, que é o Hiperdia, aí o que a gente faz. Nesse dia, agente convoca todos os hipertensos, todos os diabéticos, e a população em geral, que quiser participar, nesse dia a gente faz, troca de receita, verifica de PA, verificação de destro, palestra, aproveitamos esse momento pra isso. Uma vez por mês, a gente tem isso. Uma vez por mês, a gente tem grupo gestante, a gente tem visitas tudo certinho, tudo programado. Faço atendimento de criança de 0 a 5, um dia eu pego de 0 a 2, outro dia pego de 2 a 5, porque, eles pede pra fazer acompanhamento de 0 a 2, como agente tem vacina até 5 anos, eu pego de 2 a 5 também. Eu deixo dias pra "puericultura" deixo dia pra hipertenso e diabético, Grupo gestante, dias de atendimento pra gestante. É tudo programado. Na verdade é mais fácil trabalhar lá Doutora, porque assim, a maior parte da minha população é centralizada. Eles estão aqui tudo pertinho. Agora tem outras a famílias, que eu te falei, das outras áreas só que são poucas. Então eu tenho uma facilidade deles tarem ali com agente. Tá o postinho ali eles estão tudo em volta. Pra eles é mais fácil o acesso, é tudo mais fácil pra trabalhar. O importante é isso...

G5 ainda relata sobre seu trabalho de articuladora em apoio às equipes e à gestão:

> Olha, da questão, dos municípios que eu tenho, a minha articulação, está sendo investido. Está sendo investido, tanto em infraestrutura, mais ainda tem uma certa dificuldade da equipe, até está sendo uma discursão da equipe mínima, por conta daquilo que a gente estava comentando, questão da dificuldade do, de chegar a medicação na área, alguns entraves, por exemplo, a enfermeira sai, pra fazer as visitas domiciliares, não está sendo mais possível, que a unidade fique aberta pra um procedimento, pra alguma coisa, mesmo que seja um técnico em enfermagem que esteja lá, ele só teria que aguardar a enfermeira chegar, pra poder fazer na presença dela, também está sendo entrave do COREN, pra questão do funcionamento. Então uma das discussões que nós tivemos até na última reunião nossa, no encontro do Articulado, foi que a equipe mínima fosse ampliada, e que realmente tivessem duas enfermeiras, por conta da questão, de toda uma burocracia que existe de preenchimento de documento, por exempli, um pré-natal bem feito, no mínimo 1 hora pra um pré-natal.

UU4, referindo o atendimento nas unidades rurais e Barra do Turvo: “Só consulta normal, é, exame e coisa e tudo fora, papanicolau na sede da barra. E aqui é só mesmo consulta normal, e os grupos, mas exame e para pegar remédio, tudo tem que ir no posto de saúde” (eles chamam de posto de saúde a unidade de saúde que fica no centro da cidade).

As equipes, então, organizam-se do jeito que conseguem compreender a região, algumas vezes até contra a gestão, ou diante da difícil compreensão por parte dos usuários que questionam o motivo de não se ter médico todos os dias em todos os bairros, equação difícil de resolver.

G9 descrevendo as dificuldades com a organização dos serviços em área rural:

> Então, eu acho assim, que algumas coisas a gente não consegue mudar, até porque eu posso dizer que o ideal era se a gente tivesse um médico e um enfermeiro todos os dias em cada ponto, não vou conseguir isso. Mas assim, eu acho que zona rural precisa trabalhar muito a questão da visita domiciliar, eu cobro isso deles, pois é na visita que você consegue estar mais próximo, consegue saber mais da realidade deles, das dificuldades, da mesma forma que a gente tem dificuldade para atender esse tipo de local, eles também tem dificuldade de vir para a unidade, acho que a principal ideia assim, seria a visita domiciliar, acho que não tem como, no envolvimento da sociedade mesmo lá, tentar fazer eles entenderem, certas coisas a gente não vai conseguir.

TT33 relatando a dificuldade de organização do serviço e sua relação com a gestão:

> A gente fazia visita domiciliar, mas daí o nosso chefe, então o nosso chefe ele não quer que faça visita, só para acamado e o domiciliado, mas tem bem poucos acamados aqui, entendeu? E só as quinze não dá não, porque a demanda depois, segunda, não é, segunda-feira abriu a agenda, semana passada e essa também. Mais para atendimento, porque ele quer mais produção, então a gente aumentou essa segunda-feira para atendimento tirando da visita domiciliar.

8.2.2 Estrutura para o trabalho

Os entrevistados mostraram várias dificuldades para a realização do trabalho em área rural. Como citado anteriormente, a pulverização das ações é uma delas, faz parte da característica do trabalho em áreas rurais no Vale do Ribeira e, ao mesmo tempo, é uma barreira para uma melhor qualidade de atenção à saúde. O não reconhecimento das bases complementares pelo Ministério de Saúde e apenas das bases que possuem o CNES é uma outra grande barreira, pois essas bases complementares representam

um melhor acesso da população ao serviço; é “chegar onde a população está”, como pilar da Atenção Básica, conforme refere Barbara Starfield. No entanto, o fato de elas não constarem na relação dos estabelecimentos de saúde impede a compra de equipamentos, os projetos de melhoria física, as avaliações por parte dos auditores do Ministério uma vez que são invisíveis a ele. Outra barreira para uma melhor atenção à saúde nessas áreas é a “maratona” antes de partir para a zona rural: exames, vacinas, documentos (como encaminhamentos), relatórios, insumos, todo esse processo antes da partida é de responsabilidade das equipes rurais. Isso faz com que a equipe perca grande parte do seu tempo chegando muitas vezes em horário avançado nos locais de atendimento, além de precisarem voltar até o fechamento das Unidades Centrais, a fim de, por exemplo, entregarem as vacinas a tempo. Contudo, uma das maiores queixas por parte dos participantes foi a falta de medicação e distribuição em áreas rurais, com raras exceções de municípios que ainda ousam enfrentar as decisões do Conselho Estadual de Farmácia.

O Programa de Aceleração do Crescimento e o de Qualificação da Atenção Básica possibilitaram reformas e construção de unidades de saúde, muito embora alguns municípios, mesmo tendo recurso, não conseguem construir por causa do problema legal das terras.

Como refere G1 sobre Barra do Turvo:

> Essa parte a gente tem muita dificuldade, construir você não pode porque barra lá na documentação, aí você já não pode construir porque é parque porque não tem documento da terra. Às vezes a prefeitura até pode conseguir algum tipo de convenio para reforma, mas quando monta o projetinho cadê o documento, cadê o número de não sei do que, cadê a matricula. Você não consegue, aí o q e acontece, nós temos muito essa dificuldade. Nós temos isso aqui é bem complicado, estamos inclusive com problema no bairro Taquarão, o senhor doou a terra: Minha comunidade precisa de um local de atendimento, nós não conseguimos locar a casa, a casa que tava locada, nossa você não acredita, era rombo na parede, o chão assim, sabe, sem condições, até do próprio médico fazer atendimento lá, de colocar as pessoas num local daquele sabe. Péssimo e estava se pagando o aluguel deste local. Mas aí a vistoria do mais médicos exige que os profissionais tenham uma certa... e tem que ter né, vamos falar né que trabalhar num ambiente horrível também não dá, e a gente foi lá no local e realmente a gente viu que não tinha a menor condição de fazer o atendimento naquele local, aí a gente foi, fez uma conversa, com a comunidade, e conseguimos o atendimento feito no salão comunitário, mas conseguimos uma parceria, a comunidade na verdade chamou a gente para uma conversa, o agente de saúde veio, a gente estava em uma reunião da câmara, e ela me chamou, chamou o secretário e propôs que a comunidade queria uma conversa para fazer uma pareceria para construir um local que

> fosse dele, a gente foi no dia 24 agora e a comunidade realmente se propôs a construir, a fazer, aí o fazendeiro já ergueu a mão, doou o terreno, foi tudo muito rápido, claro que tem uns dois três lá que depois que soube agora já está atrapalhar o meio de campo mas, pelo menos, vão até o fim, no Taquarão, é BR já do rural 2. Então a gente vai nessa situação, mas a gente tem vários locais em que estão atendendo em escola, desativada, reformamos alguns locais de atendimento que estavam péssimos.

U2 referindo-se ao trabalho da equipe da Vila Tatu em Cajati:

> Na verdade, eu utilizo da Capelinha vinculado à equipe da vila tatu, atualmente melhorou bem, o atendimento lá a gente tem a equipe, os agentes, o enfermeiro, o médico tem ido semanalmente o que está precário lá é o prédio, inclusive a gente já fez uma reclamação sobre isso. O da vila tatu foi reformado, a gente discutiu na conferência, que ele foi reformado sem adequar à legislação, fica complicado, mas tem melhorado o atendimento tanto na capelinha como na vila tatu. Eu ainda assim, porque paro pouco lá, o que a gente nota ainda é a questão das visitas dos agentes comunitários, parece que eles se prendem muito no trabalho burocrático e poucas visitas, acho que se houvesse essa interação funcionava até melhor. As outras atividades coletivas: u2estão acontecendo, aquela proposta da conferencia, do conselho local ainda não aconteceu, o atendimento no fim de semana para as pessoas que trabalham isso tem acontecido, mas ainda não pude participar. O médico vai, a equipe completa.

As equipes que atendem a população ribeirinha (caiçara) possuem dificuldades extras, como já citado. G3 relatando a estrutura em Cananéia:

> A infraestrutura, isso a gente tinha que melhorar muito, a gente fica preso, quando a gente depende de alguém, a gente não consegue fazer as coisas, a gente precisa de um barco para trabalhar que seja da prefeitura, isso prende nós, é, a gente estava quase conseguindo um barco pelo Ministério da saúde, não sei se você chegou a conhecer a doutora Carolina, ela com o marido dela, ela faz parte do Mais Médicos lá de Campinas, ela estava tentando mandei um outro e-mail para ela, começamos a conversar por e-mail, sobre a população ribeirinha passei todos os dados para ver se ela conseguia, a doutora tentou e não conseguiu. Eu passei para ela todas as vilas que tem ribeirinha, sendo que no município de Cananéia, desde que você saia do Pier, é você passar do Piririnha onde você foi, aí você vai para o Marujá, vai para o Ariri.

G3 continuando:

> Eles (o Ministério da Saúde) não aceitaram como ribeirinha. Para nós, se a gente conseguisse um barco seria maravilhoso. Para nós aqui o que mais amarra nós é a dificuldade para chegar em cada vilarejo, você depende de muitas coisas, você depende do barco, depende do tempo, depende da maré, você marca hoje quinta feira, você estraga todo o seu cronograma, a logística é ruim, se fosse só barro, você vai de boa, como o carro você faz tudo, mas essa área específica do ariri é ruim. Acho que aqui no Vale do Ribeira, Cananéia, assim não sei se em todo lugar.

Reforçando a questão do reconhecimento das Bases complementares e da necessidade da estrutura adequada, nesse aspecto, não dá para deixar de dar a devida importância aos profissionais que trabalham sob essas condições: sua coragem,

disposição, interesse, dedicação, envolvimento com a comunidade são condições fundamentais para se manter nessas equipes. TT37 relata:

> Então assim, essas outras três áreas, que eu tenho, uma o local de atendimento foi construído pela população. Uma é uma escola antiga que agente pediu pra prefeitura arrumar e a gente tá usando lá, e o Prelado agente atende em casa de moradores. Então assim, não temos verba, não sei se é verba ou o que que é isso, a gente não tem respaldo pra essas coisas, tipo, em relação a material, essas coisas assim, porque não tem, se pra ele existe ou não existe, como a gente vai justificar?

TT38 reforça sobre a estrutura: "Tentar... então, viver sem o improviso, chegar já está tudo estruturadinho, ter uma salinha que a gente possa fazer o atendimento adequado à saúde da mulher, né, pra que elas não se sintam tão constrangidas né".

G11 descrevendo a estrutura das unidades rurais;

> Outra coisa que eu acho muito ruim e sou briguenta nesse sentido, tenho brigado com meus colegas enfermeiros e agora tenho brigado com (diretor de saúde) porque quero que isso aconteça, é o cumulo, pois as coisas mais básicas que é ter a vacinação, ter a vacina lá. As pessoas saírem de lá para tomar vacina, as vezes chega aqui o funcionário não está aqui, está na hora do almoço ou teve um piripaque a sala fica fechada, então assim, cada equipe, a 3 a 7 eles têm uma unidade sede, base deles, que é a unidade maior construída pelo município, construída nova e não aquela pequeninha com 2 cômodos que era o PAR antigamente. Para ter dentista lá, ainda não tem mas tem que completar, já tem a sala para odonto, essas duas equipes, as duas bases são adequadas para isso lá, com sala de vacina, já tem ar condicionado instalado, já tem a geladeira de vacina, tá os últimos detalhes para a vacinação estar lá, e a população ao invés de vir lá da boa vista até aqui, vai até onde é mais pertinho.

UU18 relata sobre a estrutura da Unidade de Saúde no Marujá em Cananéia:

> Tinha antes o posto, ainda tem, mas só que não tem água, está muito tempo parado, porque era já para ter arrumado, mas até agora nada, então a gente é atendimento lá no centro de visitantes né. Então lá até que é bem melhor né, do que no posto de saúde... Porque lá tem água, é limpo lá, mas lá no posto já não tinha nada, também está tudo bagunçado, precisa de uma boa reforma lá.

TT1 descreve a dificuldade em se providenciar todo o material que necessita para ir para a zona rural, essa mesma dificuldade foi encontrada em vários outros relatos:

> Eu penso que o que traz preocupação para a população seja a hora de chegada, lá, para atendimento as vezes que são dois bairros no mesmo dia e terminamos as vezes 6 alguns dias e até a noite, tudo isso depende de muitas coisas, primeiro garantir um transporte seguro, e fixo, nós não temos, entendeu, garantir uma atividade no trabalho da parte de agendamento, laboratório, porque quando chegamos cedo, 7 e chegamos 8 e meia, esperando que chegue laboratório, que chegue farmácia, que chegue vacinação, e tanto, isso que faz a população não entende, porque existe o problema real mas não é culpa nossa.

G11:

> O que acho que precisa melhorar é da nossa parte, para eles, melhorar a infraestrutura para o atendimento, ambiente de trabalho da equipe, volta e meia tem saído cursos a gente oferece para o pessoal que está lá, são os que mais procuram e pedem, até urgência e emergência, a gente tem agentes comunitários que são técnicos em enfermagem, então a gente tem feito o curso o pós-tec, gente da zona rural que tem trabalho publicado que saiu na revista do COREN. Então assim, tem essa resposta, daí foge da saúde, a parte de comunicação, mais linha, as telefônicas, mais linhas de transporte.

A literatura corrobora esses achados, citando Oliveira, que confirma os depoimentos a respeito da estrutura para funcionamento das unidades de saúde e locais de atendimento: "Houve insatisfação em relação ao aspecto organizacional, remetendo a tudo que ainda está insuficiente, precário ou inexistente nas comunidades (Oliveira et al., 2015, p. 901).

8.2.3 Atendimento da Demanda Espontânea e Emergência

> "A estrutura é uma maca, e um torpedo de oxigênio. E muita fé" TT38.

As equipes rurais se dividiram ao referir sua atuação em relação à demanda espontânea. Houve aqueles que disseram que só fazem atenção à prevenção e não atendiam mesmo os pacientes em agudos ou não agendados, outros atendem dentro de suas possibilidades, tentando controlar o número de atendimentos mesmo em demanda espontânea, e outros ainda atendem tudo o que podem dentro de sua estrutura. O que foi percebido em algumas poucas equipes é a diferença de percepção entre os trabalhadores da saúde (que disseram atender a demanda espontânea) e os usuários (que disseram não serem atendidos em suas necessidades), no restante, houve semelhança dos relatos.

A falta de continuidade da presença da equipe nos locais dificulta esse vínculo para atenção da urgência e emergência, efeito esperado pela equipe e pela gestão.

UU18 e UU19, relatando o atendimento no Marujá em Cananéia: "É que lá é o seguinte, esse médico atendeu semana passada, e agora vai atender, dia 5 no Marujá, tem que marcar, só 15 pessoas, só com consulta agendada, se não agendar não é atendido".

T4 se referindo ao sistema de agendamento e atividades de atenção à saúde da sua equipe;

> Quando eu cheguei lá tinham os dias de agendamento, ficava um monte de gente no agendamento, com 5 ou 6 cartões para agendar, aí, o que acabava acontecendo, só quem morava perto conseguia vaga, quem morava longe não conseguia, então a gente tinha que pensar diferente, pois eram sempre os mesmos que passavam. Não era justo para quem mora longe, então a gente começou a fazer vários grupos, os próprios grupos agendavam, ficou vaga para o agente comunitário, a gente dividiu por dia de bairros para agendamento para poder melhorar o acesso.

TT38 relata o atendimento das urgências em Iguape:

> Atendimento de urgência, é assim, passou mal e tal, a gente faz o atendimento mediato, ne, mais já comunica o pronto-socorro, pra poder, porque não temos estrutura. A estrutura é uma maca, e um torpedo de oxigênio. E muita fé, ne. A gente tem cânula de guedel, lá, tem, mais muitas vezes o médico que é de ambulatório, ele não vai saber usar.

G11 descrevendo o atendimento de Urgência nas unidades de saúde rurais:

> Nós não temos isso, mas estamos montando agora, tipo 192, que cada unidade tenha o básico, mas que também não basta ter, tem que saber usar, o Ivan que responde pelo 192 está para a gente fazer esse treinamento com todo mundo, de comprar o que falta, e algumas coisas a gente já tem, para equipar essas unidades, porque a gente já teve óbito na unidade com agente de saúde sozinho, o cara infartou, morreu lá, lá no Boa Vista, não sei se a senhora conhece, é o mais distante, na barra de Jacupiranga.

E ainda como ponto de vista do usuário UU19: “essas coisas assim de emergência não adianta pensar em médico rural não”.

Segundo Mendes, o reconhecimento dos perfis de demanda na APS torna-se essencial para uma boa organização e gestão. Ele refere que há um desequilíbrio entre a demanda existente e a oferta, gerando um grave problema que deve ser superado pela construção social da APS. Refere ainda que, na prática, opera-se com uma estrutura de demanda limitada que desconhece essa diversidade, cobrindo-se os eventos agudos, a demanda programada (estruturada por programas), as administrativas, as de atenção preventiva e as demandas por visitas domiciliares, e esse descompasso é um dos componentes da crise na APS. O autor sugere então que a solução para essa crise é agrupar as demandas em que existem perfis de oferta semelhantes e ampliar o perfil da oferta em função desses fluxos, adensando tecnologicamente a APS (Mendes, 2015).

8.2.4 Distribuição de Medicamentos

> Você faz a sua receitinha você prescreve a medicação e o **paciente vai fazer o chá da receita**. Você não tem o remédio para entregar naquele momento, porque que vai lá, não tem lógica. (G1, grifo nosso).

A discussão sobre a distribuição de medicamentos em áreas rurais foi levantada logo no início da pesquisa de campo. Ao que parece, foi por volta de 2011 que o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF) começou a proibir, ou efetivou a proibição de haver estoque de medicamentos nas unidades de saúde sem que houvesse o farmacêutico para supervisioná-lo e fazer a entrega dos medicamentos. Além das multas do CRF, o COREN tem solicitado aos enfermeiros que não dispensem medicamento, não sendo função da enfermagem a realização dessa dispensação, o que tem limitado ainda mais o acesso à medicação. A grande maioria dos municípios não possui número de farmacêuticos suficientes para realizar tal tarefa, e o processo foi a interrupção da entrega de medicamentos na grande maioria dos municípios, com exceção de Registro, que possui um farmacêutico para cerca de 3 a 4 unidades de saúde e faz a distribuição com o pessoal da enfermagem, Juquiá, que optou por ter um motoboy que leva a medicação sob receita nas casas dos pacientes de área rural, Iporanga, que a despeito das multas impetradas pelo CRF ainda leva medicação com a equipe, alguns outros municípios não o faz de modo sistêmico (dependendo da articulação do enfermeiro) e outros não o faz de modo algum. Todo esse contexto faz uma quebra da atenção à saúde desde o acesso a ela por parte do usuário, que muitas vezes não possui o recurso para ir até o centro da cidade, a fim de buscar a medicação, até o impedimento de ações de atenção aos casos agudos, como no caso da primeira dose do antibiótico, de outras urgências, injeções etc.

Um estudo qualitativo baiano mostrou dificuldades nas atividades logísticas da assistência farmacêutica, de modo específico em relação à programação, aquisição e distribuição de medicamentos. Havendo também problemas com o desabastecimento, interferindo diretamente na assistência à saúde do usuário devido às implicações de caráter econômico, refere que a dificuldade de acesso a medicamentos em área rural se dá devido à distância para acesso à unidade de saúde em área rural, dando a entender que o medicamento é distribuído na unidade (Alencar et al., 2013).

Outro estudo sobre acesso a medicamentos para doenças crônicas mostrou uma diferença ligeiramente maior do acesso quando comparado à zona rural, porém foi apontado no mesmo estudo que essa diferença pode existir entre a prevalência às enfermidades estudadas, uma vez que não se tratou de acesso a todos os medicamentos (Katrein et al., 2015).

TT16, referindo-se à distribuição de medicação por parte do enfermeiro: "É a questão da falta de medicação, o COREN não quer que levemos até os bairros, é certo né".

Sobre a dispensação de medicação na equipe do Marujá em Cananéia, G3:

> Quando a enfermeira vai para zona rural ela leva sim as medicações de base, hipertensão e diabetes, antibiótico leva pouca coisa, então mais assim, o que mais leva é para o Hiperdia, mesma coisa no Porto Cubatão em Itapitangui, é a doutora atende lá, eu pego uma caixinha, separo toda a medicação que pedem mando eles me devolvem a receita, mas assim medicação não.

G1 relata sua dinâmica sobre medicação na Barra do Turvo:

> Eu tenho o cronograma de todos os bairros, e as equipes se reúnem aqui, a gente abastece o carro e eles vão para os bairros. A equipe toda sai daqui, é montado os quites para a farmácia e levam, eu não sei até quando vai te perna para aguentar isso, está complicando e o COREN também, acho que mais o COREN, o COREN está pegando mais, então e não sei, tem uma ou outra está meio assim, mas tem aquelas que pensam no bem dos pacientes que estão lá e acabam levando. Eu acho que pouco tempo, não sei se vai chegar ao final desse ano. Para que eu tenho uma equipe lá, sem a mínima condição, como essa pessoa vai vir aqui, pagar uma passagem, já não tem acesso, como que faz, aí você vai lá, você faz a sua receitinha você prescreve a medicação e o **paciente vai fazer o chá da receita**. Você não tem o remédio para entregar naquele momento, porque que vai lá, não tem lógica. (Grifo nosso).

TT19 relatando sobre a distribuição de medicação na área rural de Cajati:

> Olha a medicação, não vem medicação mais, o que temos é o que temos de antes, o que tinha aqui era o que já tinha antes, o que eu pedi esses dias, que era o que tiraram foram os anticoncepcionais, porque para nós no parafuso não ia nada, mas aqui, errado eu não, eu acho assim, esse povo aqui para descer lá na cidade para pegar, é importante que se tenha aqui para mulher não engravidar, quando chega na sexta feira a mulher precisa fazer a injeção amanhã ou no domingo, eu forneço, essa medicação agora a gente aqui. No Parafuso foi tirado tudo. Lá na cidade tem que pegar a receita, ir à farmácia e voltar para aplicar a injeção. Agora a medicação dos dm e has, o doutor faz a receita, eles passam no grupo e eles lá liberam a medicação para três meses, e eles pegam a medicação para um mês.

TT21 enfatiza: "a maior dificuldade que a gente está tendo hoje é medicação".

TT33 ainda refere sobre a estrutura de trabalho e entrega de medicação:

> Depende do paciente a gente busca, ás vezes, porque a distância, tem um senhor aqui que ele é deficiente visual, então quando eu vou para cidade passam para mim eu trago, e a gente vai lá e leva para ele, então é assim que e feito, que nem Pé da Serra, eu acho um absurdo não tem medicamento lá, e fazerem eles irem até a cidade para buscar medicamento, nós já tivemos reunião sobre isso aí, foi posto em pauta, mas não chegamos em nenhum acordo, não chego e nenhum acordo, foi falado até em motoqueiro, de motoqueiro entregar...

G10 relata como está a entrega da medicação em zona rural de Juquiá:

> PSF tudo ia para lá, então a gente resolveu, como a gente não tinha um prédio disponível da prefeitura, a gente resolveu alugar um prédio, e hoje a gente tem uma farmácia central, como tem uns casos de zona rural, por exemplo, ah, você passa com um médico, o médico vê que você precisa de um antibiótico, e o antibiótico é uma coisa para ser usada rápido, o que ele faz, eles trazem a receita, quando eles chegam na zona rural eles sempre chegam antes da cinco, eles deixam a receita lá na farmácia, o motoboy pega essa receita, ele já dispensa a medicação, e o motoboy já vai e leva a medicação para a zona rural, na casa do paciente, não leva para o postinho, leva para a casa do paciente, porque ele já está orientado de como ele vai tomar aquela medicação, então assim, a dispensação zona rural é feita pelo motoboy, ao não ser aqui na cidade que as pessoas vão lá na farmácia central, não tem medicação nas unidades.

G11 sobre a dispensação de medicação:

> Tem uma linha com dois horários só. É ruim nesse sentido, porque a gente não tem farmácia, não tem farmacêutico disponível, o que tem trabalha com alto custo e medicação controlada, não tem uma farmácia satélite nos postinhos então a população é atendida lá e tem que buscar a medicação na unidade, a gente está tentando, negociando poder voltar ao que já existia um dia, pegar as maletas, os kits e a equipe levar, se alguém se responsabilizar pelo que está entregando e prestar informação.

G12 discorre sobre a organização dos serviços e a influência dos conselhos profissionais sobre eles:

> Então as rurais elas fazem atendimento, todas as duas rurais, elas têm um posto fixo, falando de três bairros que é a equipe que gente está, e de Nobrega elas têm um posto fixo, a Camila aqui das Três Barras fazem atendimento médico nos postos volantes que são os mais longes, tem posto que faz atendimento uma vez por mês, e as visitas também. Hoje eu vejo que na parte da saúde na parte rural, o nosso maior problema está sendo o que, esse impasse do CRF e do COREN quando a entrega da medicação.

TT40 ainda descrevendo a dificuldade com os conselhos profissionais:

> Muita, muita. Até igual da questão da medicação, quando a gente parou que veio o CRF, enquanto a fiscal vinha e dava as multas que dava para a prefeitura, todo mundo entregava normal, aí quando passou para o COREN e a fiscal do COREN veio, aí a gente conversou com a doutora, a doutora não, pode deixar que vou entregar, aí chegou uma parte que ela falou que ela não ia entregar mais, aí foi que a gente entregou as medicações, fica com uma amostra grátis, mas a gente anda com uma bolsinha quando a gente vai para o atendimento, está com um pico hipertensivo, está com uma febre, alguma coisa, a gente dá as medicações, anda com Captopril, Anlodipino, Paracetamol, Dipirona.

8.2.5 A gestão da Saúde nas áreas rurais e urbanas

A respeito da gestão nas áreas rurais e urbanas, não há diferença, a mesma equipe gerencia ambas. Mesmo o município de Registro que é um pouco maior e tem mais estrutura não diferencia a gestão das áreas urbanas e das áreas rurais, o que traz alguma dificuldade para a equipe uma vez que já discutimos a diferença das ações e da necessidade de suporte para uma melhor atenção à saúde nessas áreas.

G8 conta a forma de gestão da saúde rural em Iporanga:

> A gente tem ali praticamente eu e Andreia, praticamente fazendo a parte, diariamente, dependemos muito do setor de compra, contabilidade, setor jurídico e aí acaba travando totalmente o sistema, eu acho que isso daí é uma grande dificuldade que a gente tem nessa parte administrativa, porque, automaticamente se falta um gaze, acaba causando, né, dando impacto na equipe né. A Equipe começa a reclamar, e é assim por diante né. Eu acho que isso daí dificulta bastante, a falta de comunicação entre a Secretaria de Saúde e a Prefeitura. E a Prefeitura dá um suporte maior, porque a parte de funcionamento das unidades, farmácia e da fisioterapia eles funcionam normalmente, abre todo dia, atende, não temos dificuldade nessa parte, o que tá atrapalhando um pouco mesmo, acho que é, essa questão de transporte que a gente precisa ter, pra melhorar mesmo, tem uma responsabilidade, que eu vejo que outros setores, não tem responsabilidade que agente trata, eu e Andreia, eu como enfermeiro e Andreia também como enfermeira, e ela também como secretaria. Agente da uma importância grande, mais aí chega na situação política, acaba prejudicando o sistema de saúde grandemente, tanto de opinião nossa assim, junto o próprio prefeito, às vezes não quer dar muito assunto. Por exemplo, tivemos uma dificuldade aí, um exemplo básico, lá no Capinzal. Capinzal e um bairro que eu fui lá semana passada, da 2 horar e 30 min, pra chegar lá, bem longe daqui, tem que atravessar 2 cidades, esse bairro está sem agente comunitário...

G8 continua contando da dificuldade da gestão:

> Mas a troca de gestores foi um grande problema no município né. Tivemos a Sibele, a psicóloga que trabalhou pelo menos 1 ano na outra gestão, fazendo uma retrospectiva de 10 anos. Ela trabalhou 1 ano bem, aí foi mandado embora, né. Aí entrou o Antonio Carlos quer era esse enfermeiro trabalhou também 7 meses, também foi mandado embora, por motivos políticos, aí entrou o irmão do prefeito, esse conseguiu ter um tempo maior de trabalho, mais já não era técnico já não tinha noção de trabalho, 35:10 35:13 nem formado em alguma área era, nem tinha nem curso superior. Esse daí trabalhou 2 anos e meio, bem sargentão, a equipe foi perdendo.

Discorrendo ainda sobre a gestão do rural e urbano: T2

> Sim são as mesmas pessoas que fazem a gestão da urbana, da rural e das mistas. [...] Eu acho que essa gestão é um pouco não suficiente, é uma pessoa para tomar coisa de todos os postos, nós temos essa deficiência de recursos humanos, uma pessoa só para cuidar de 6 equipes da estratégia de

> saúde da família e uma equipe de atenção básica, sem condições. Administrar uma situação de duas equipes em uma mesma unidade de saúde, principalmente depois de uma reversão de modelo em uma comunidade mais carente e de maior vulnerabilidade social é complicado (ele fala da equipe da Vila Antunes que são equipes mistas e coabitam na mesma USF, recém organizada). Então você não consegue centrar seus esforços em tudo, você precisa de mais pessoas pra isso. Sou a favor sim da ideia de gerente da unidade, mas nenhum município aqui tem condições disso. Eu acho que os municípios não têm condições ainda e acho que isso deveria vir do ministério da saúde, temos o articulador da atenção básica que só vem no município cobrar: taxa de mortalidade infantil isso e aquilo. Mas parceria mesmo, vir, para dizer que aquela unidade está precisando mais de apoio vamos sentar e discutir junto, vamos planejar muito isso não existe.

Sobre o apoio institucional às equipes, a maioria delas relatou um bom apoio, defendendo os gestores imediatos em seu esforço de prover condições adequadas de trabalho que, infelizmente, esbarram na vontade política e nas condições de repasse e financiamento da saúde municipal. Poucas equipes se queixaram de seus coordenadores relatando dificuldades no relacionamento e se sentindo abandonadas no sentido prático.

Alguns gestores fizeram grandes queixas em relação à própria estrutura para acompanhar o trabalho das equipes, tendo que lidar no dia a dia com vários problemas burocráticos, sobrando menos tempo para estar, de fato, com a equipe, apoiando em seu planejamento, dando a elas as ferramentas necessárias para realizar o trabalho com tranquilidade. Dessa forma, o desgaste é grande tanto da gestão imediata quando das equipes.

É de fundamental importância que a gestão defina uma metodologia mais estratégica para a organização interna do serviço, com funções claras e específicas dentro do departamento de saúde, a fim de que as equipes tenham um menor desgaste para sua logística – esperar que a equipe se organize com tantos preparativos para ir para o campo é desumano tanto para ela quanto para a comunidade que a espera. Dentro do processo de planejamento, a gestão municipal precisa ouvir o profissional e a comunidade, levar em conta as especificidades locais desde as condições de transporte público, moradia, desenvolvimento econômico local, cultura, bem como o perfil da equipe, levando em consideração suas afinidades, a fim de aproveitá-las ao máximo e, ao mesmo tempo, fortalecendo seus pontos fracos.

8.3 Integração e integralidade do serviço municipal e a Regional de Saúde

Foram entrevistados os dois articuladores da atenção básica, a fim de discutir a articulação entre a Regional de Saúde e os serviços municipais. O articulador da atenção básica deve ser um servidor do estado de São Paulo, com grande experiência na área de abrangência que lhe será proposta. Essa função foi iniciada em 2009, e os dois atuais articuladores estão nessa função desde então.

Segundo Andrade e Castanheira, o programa Articuladores de Atenção Básica representa a política de apoio para os municípios prioritariamente com menos de 100 mil habitantes, auxiliando os gestores municipais e fortalecendo esse nível de atenção no sistema público de saúde (Andrade et al., 2011).

Esse capital humano foi em parte resgatado a partir de 2009, com o Programa Articuladores de Atenção Básica. O Programa representa uma política de apoio da SES-SP para os municípios, priorizando aqueles com população inferior a 100 mil habitantes, com o objetivo de auxiliar os gestores municipais na qualificação dos serviços de Atenção Básica e fortalecer esse nível de atenção no sistema público de saúde. Como citado no capítulo da Atenção Básica, seu papel é fundamental nessa integração (Andrade et al., 2011).

Mendes aponta para a fragmentação do sistema de atenção à saúde quando a ESF não está estruturada para dar conta da coordenação em relação à atenção especializada e rede de cuidados. Assim, tanto os generalistas quanto os especialistas atuam em "silos" que não se comunicam, sendo uma cadeia de atenção impessoal e burocrática, sem diretrizes clínicas baseadas em evidências, sem estratificação de risco na ESF que permitam que esses encaminhamentos sejam efetivos. Há possiblidade de um mesmo paciente ser referido em tempos diferentes, a diversos especialistas de uma especialidade e para um mesmo problema. Não há relação entre os médicos de família e os especialistas, não emitindo um trabalho continuo, não há sistema de referência e contrarreferência estruturado, não há apoio efetivo das pessoas nos momentos de transição e não há territorialização para o trabalho dos especialistas (Mendes, 2015).

Este subcapítulo irá apresentar as considerações dos articuladores sobre sua atuação, fazendo o *link* entre municípios/regional/estado e as impressões de

trabalhadores/usuários e gestores a respeito dessa relação, compondo o que se tenta intitular como rede de atenção à saúde.

Referindo ao processo de escolha e contratação do articulador, A2 referiu:

> Eles solicitaram que fossem pessoas já, que fossem concursadas anteriormente pelo estado, e tivesse uma história, tanto é que, o currículo analisado foi, a primeira avaliação foi encima do nosso currículo durante é... todos os anos, desde que fomos admitidos, então, o que era pré-requisito para esse função, era que fôssemos pessoas que já estivesse atuado na gestão, já conhecêssemos o funcionamento dos programas, de como estaria adequadamente funcionando o Município através, depois da municipalização, que ficou gestão plena, e todos os procedimentos de gestão, que o Município necessita.

Na Regional de Saúde XII, são 15 municípios; 8 desses ficaram com um articulador: Pedro de Toledo, Itariri, Miracatu, Registro, Sete Barras, Iguape, Juquiá, Ilha Comprida. Os outros 7 municípios ficaram com o outro articulador: Pariquera-Açu, Cananéia, Jacupiranga, Cajati, Iporanga, Eldorado e Barra do Turvo.

Os articuladores participam de formação a cada 2 meses, ambos têm métodos diferentes de trabalhar com os municípios, um tende a estar mais com a gestão e o outro mais próximos às equipes.

Como referiu A2:

> Olha, a questão, né, pra o trabalho como gestor e que haja integralidade com a especificidade, com a diversidades com a população vulnerável, e nós estamos atuando agora num projeto piloto pra que posso ser detectado realmente com classificação de risco dentro da comunidades, a questão das vulnerabilidades, então o trabalho voltado pra vulnerabilidade, seja a população que for, a questão da vulnerabilidade é, utilização de droga, por exemplo, naquela comunidade, vai ser independente de que população seja.

Quanto às diferenças da atuação sobre as equipes rurais ou urbanas, referiu A1:

> Não temos uma ação direcionada à população rural, logicamente pela vivência da gente, a gente procura compreender como a população está dentro daquele território, não para intervir, mas sim intervir na equipe, orientar, nortear a equipe quanto à demanda daquela população. Normalmente a gente faz essas reuniões, escolhe um local onde eu reúno os sete municípios, para discutir alguns temas específicos, principalmente financiamento, para que o gestor se aproprie do conhecimento de como o dinheiro entra e como deve ser gasto, confesso que a compreensão deles é difícil, mas muda muito gestor, quando você pensa que está organizando o serviço, muda o gestor, muda a equipe.

A2 relata sobre o processo de municipalização e de relação e articulação com a Regional de saúde: “Então muitas vezes, como passou a ser pleno a gestão municipal, ficou um certo tempo descolado a atuação da Regional. Teve essa aproximação maior

agora depois da criação do articulador, que nós começamos a estar praticamente todo dia dentro do Município".

E ainda A2:

> Nós estamos atuando agora com o "DISEIs", né, mais de perto, porque antes era muito descolado, e agora nós estamos tendo várias propostas, muito por conta da comente de mortalidade materno-infantil, em questão de óbitos indígenas, na questão de quilombolas também, os programas mais voltados, por exemplo, hipertensão, né, que tem esse olhar voltado, mais especifico, para as populações mais vulneráveis.

A1 relata sobre sua atuação nessa articulação, referindo-se às barreiras para o trabalho:

> Não, são as pessoas, é a dinâmica implantada no município, a gestão, nós fizemos um trabalho, foi solicitado pra gente um trabalho, sobre uma proposta de implementação das ações, um plano de ação, e eu fiz esse plano de ação um jornal, mas na apresentação eu tive uma fala que nós temos um grande problema nosso que é de gestão, e quando eu falo gestão, não falo gestão municipal só não, gestão estadual, gestão federal, você entende, eu acho que não existe uma capacitação de quem organiza o trabalho, eu vejo, na secretaria um trabalho que eu considero de relevância essa do articulador, porque ela escolheu entre 700 candidatos, escolheu 90, pela formação, pela experiência, tivemos uma capacitação e temos uma capacitação mensal, tem 2 dias no mês que nós estamos reunidos, discutindo experiências, trocando experiências, o que é feito aqui, como é feito em outro local, aprimorando essas experiências e com envolvimento especialmente com a universidades, então todo o nosso encontro sempre tem uma pauta com a universidade, a Unicamp, a USP, a Unesp, nós temos monitores das universidades, da USP, da Unesp e da Unicamp, são monitores que acompanham e avaliam nosso trabalho, então acho que assim, isso foi uma ideia brilhante da doutora Marta, na secretaria, hoje ela não está mais, está o Dr. Arnaldo, este deu sequência ao trabalho dela, pelo menos não desvirtuou o trabalho dela, acho que a grande falta que tem na gestão é que ninguém sabe tudo, eu falo que eu tenho 34 anos no Vale do Ribeira, eu tenho quase que a totalidade na atenção básica, e eu aprendo todo o dia com todos, eu aprendo todo o dia com a população com o gestor experiente, com o gestor inexperiente, porque a gente aprende as coisas que deve e o que não deve fazer, só estar aberto para isso.

G2 sobre a efetivação da rede de atenção secundária e terciária no vale;

> Eu acho que o que estragou tudo isso foi o CONSAÚDE, foi o órgão que tirou o vínculo entre município e estado, que tomou para si todas as responsabilidades do estado e a responsabilidades de média complexidade do município. O nosso município não pode receber recurso de média e alta complexidade porque vai para o CONSAÚDE. O CODIVAR foi um dos primeiros consórcios como prestador de serviço da secretaria de saúde, iniciado na época do sanitarismo. Hoje quem comanda o Vale é o CONSAÚDE. A Regional não tem tanta força como o CONSAÚDE, estamos em época de estudo das redes de atenção à saúde, rede de atenção às urgências na RAS7, a impressão que dá como município é de que está tudo morto aqui. Enquanto nas outras macrorregiões estão em outro nível.

Os gestores, de modo geral, entendem que o engessamento do processo que deveria funcionar em Rede termina por limitar a ação municipal em termos de atenção secundária, uma vez que o CONSAÚDE é praticamente o único órgão a receber a verba da média e alta complexidade. Os municípios que intentam ter algum atendimento nesse nível, o faz com recursos próprios, ao mesmo tempo, nem todas as especialidades são devidamente contempladas pelo atendimento do CONSAÚDE, ou são de forma insuficiente, como relataram os gestores, como, por exemplo, a urologia e a neurologia.

G2 discorre suas impressões a respeito do trabalho em Rede de Atenção à Saúde:

> Daí assim, o termo saúde virou uma coisa tão abrangente. Saúde é tudo, bem-estar físico, mental, social quiçá espiritual. Trabalhar em rede hoje é essencial, não tem pra onde correr ou você consegue trabalhar em rede ou vai parar no tempo. Coisas que as equipes não têm conhecimento, que a gestão não tem conhecimento e não tô falando só da gestão das equipes, a regional não vem fazer essa articulação entre as equipes, não existe. Fala-se muito da rede municipal, mas vamos falar das redes estaduais, federais, existe uma junção da assistência social, educação federal, e saúde. Existe na estadual?? Hoje a gente entendo que estão desarticulados.

Em relação ao contato com a Regional de Saúde, que, de modo geral, tem se mostrado insatisfatória aos olhos dos gestores, havendo muita cobrança e pouco apoio, o que anteriormente era uma ação contínua e presente nos municípios, antes de todo esse processo de municipalização, agora ocorre um distanciamento. É interessante observar que o trabalho do articulador depende do seu perfil: enquanto um está mais próximo ao gestor e é com ele suas reuniões e ações, o outro tem uma ação também com algumas equipes.

TT25 descreve a relação com a Regional e com o Ministério:

> Eu tenho observado Monica que isso que o enfermeiro falou e quando eu disse também que não temo um apoio central, eu tô me referindo a administração municipal do nosso município, mas também não temos estadual, a DRS tá completamente parada, nos últimos 5 anos, se eu fui convidado pra alguma coisa ali, fui convidado esse ano pra hanseníase e tuberculose, mas que o ministério obrigou a eles a fazer isso, se não, eles não tinham chamado a gente, então a gente não tem aquelas oficinas que tínhamos antigamente, aqueles encontros que nós reconhecemos, hoje não tem mais...

TT25 continua sua descrição:

> Não tem mais nada, então a própria nossa diretora de saúde do município, também desanimou, porque ela não tem apoio também gera algo que seria do estado, e não tem a pratica com o tempo, não veio desenvolver nada, e a gente fica aqui trabalhando nessa nosso mundo, sem ter uma comunicação

> maior, os custos que a gente tem que fazer tem que ser pago, se eu tenho que melhorar alguma coisa pra ficar aqui, então não nem consultório, e pra cá eu tenho q paga não é, nós não temos um CAPS e registro não recebe um paciente, nos encaminha pra psiquiatria né, mas assim o CAPS nós não temos, daí assim nós temos que ir pra São Paulo, pra fazer curso pra estudar, pra aplicar aqui né, então não temos esse apoio, e a própria gestão da saúde poderia chegar junto do prefeito de alguns vereadores, mais tem um vereador lá que é enfermeiro, tem coisa melhor do que um vereador enfermeiro?

Do ponto de vista dos usuários, UU21 relata sua impressão sobre a articulação da rede de assistência e o itinerário dos que dependem dela, valorizando o atendimento em Pariquera, por ter melhores condições de cuidado do que no município.

> Comigo já aconteceu duas vezes, porque eu já sei minha jogada, me atenderam rápido, mas aconteceu com os pais dela, aconteceu assim deles atenderem meio descontente porque dizem que tem médico aqui então não é para ir lá, só que aí é errado porque as vezes o médico está aqui mas se precisar de remédio, eles são o principal lá que tem que ter né, atender a gente, mais confortável lá, em Pariquera, então não acho muito bom essa assistência assim não, mas antigamente no tempo de meu pai e meus tios, naquele tempo não tinha o que tem agora, parecia era tuberculose, então passando no médico aqui e mandavam para Lins, para santos, para se tratar, sem saberem, hoje isso é tudo à parte, se a pessoa é de eldorado e passa no médico eles mandam embora, olha, nem um soro não dá pra uma pessoa, quer dizer que ele é desse tipo aí, a pessoa está doente e sofre, porque não põe aparelho na pessoa pra sondar né, tem que *ponhar* né.

8.4 Envolvimento da gestão com a comunidade rural (ação e percepção)

Boa parte dos gestores já conhecia ou até mesmo pertencia à comunidade antes de serem gestores, como o caso de uma ex-agente comunitária de área rural em um dos municípios, de enfermeiros que nasceram ou foram criados no município. Isso confere uma proximidade maior à equipe e à comunidade, porém, devido à exiguidade da equipe de gestão e apoio, com poucos componentes, eles acabam se afastando das atividades na equipe e na comunidade, que referiu sentir falta dessa proximidade. Dessa forma, a maneira mais prática da comunidade se aproximar da gestão algumas vezes é por intermédio do vereador local, do representante daquela comunidade no conselho, ou da equipe por meio do agente comunitário de saúde (principalmente dos remanescentes do PIASS que exercem ainda a função dentro da unidade ou na comunidade; estes mantêm essa ponte da comunidade com a equipe/gestão).

G3 descrevendo seu envolvimento com a comunidade rural em Cananéia:

> Eu sou cananense, nasci aqui, meu envolvimento é assim, pelo menos uma vez por mês eu vou em todas as equipes do PSF, na zona rural é mais

> complicado a gente ir, mas do Ariri principalmente a gente tem uma dificuldade do carro, nós ficamos 3 meses sem carro, então sempre que possível a gente vai fazer reunião com a população, conversa a gente se desloca a todas as vilas, na medida do possível a gente se envolve bem, a gente tenta fazer o possível para tentar agradar, tentar ehhh, sanar dúvidas deles.

E prossegue falando da importância da ação da equipe para fazer esse *link*:

> É assim, é quando a (enfermeira) vai, ela traz o problema pra gente, ela fala: o pessoal está reclamando isso, o pessoal quer isso. A gente tenta resolver, mas quem traz mais aqui para nós é (enfermeira), a técnica de enfermagem que mora no Ariri e o (médico) que também mora no Ariri, eles que trazem muita coisa para gente.

G3 ainda prossegue falando da organização da comunidade caiçara e quilombolas em Cananéia. Ele descreve que a comunidade caiçara está bem organizada em associações de moradores, todos os bairros com associação, essa organização facilita o contato da gestão com a comunidade com contato direto via telefone com o gestor:

> Tem associação de moradores, todos os bairros têm associação, o Ariri, o Marujá, o Pontal, eles cobram muito da gente, eles cobram demais o pessoal lá do **Marujá. N**ós temos uma base no Itapitangui, Porto 300 350 famílias, a comunidade do ariri é fechada, são eles próprios quando cresce uma família e o membro da casa, tem que morar lá, mas para aumentar família lá não pode. Quem toma conta é o parque, você tem que ter permissão para entrar, época de carnaval tem um limite de pessoas para entrar, limite da pousada, limite de barraca, mas eles cobram muito, cobram muito da gente... Eles cobram mais assim em torno de visita médica, atendimento médico, se a gente marca para ir lá, e não dá pra ir, eles não querem saber o que aconteceu, eles querem, se virem, nós estamos sem barco, não queremos saber, eles não brigam por causa de nada, independente de ele não ter nada para fazer, eles querem que tenha a presença do médico, que a equipe do PSF, dos agentes comunitários, mas reunião mesmo, da associação é muito difícil.

G1 sobre o envolvimento em Barra do Turvo: “Eu tenho o maior contato com a população aqui do urbano, claro que a gente vai muito para a reunião, festas na comunidade e tal assim, tem esse envolvimento também quando tem reuniões de bairro, a gente sempre procura frequentar, é um bom relacionamento eu acho assim”.

G6 refere o contato com a comunidade como Gestor. Como alguns outros, foi membro da equipe em zona rural de área quilombola por anos antes de ser gestor. Conta ele:

> A gente cria um vínculo na verdade, no começo é complicado tipo eles são bem resistentes mesmo, mas depois começa conversar até hoje, a gente passa eles dão tchauzinho, eles procuram, crianças das quais a gente fez o pré-natal eles conhecem você, a criança estava na sala, cerca de 5 anos, e disse: eu não tomo mais vacina sabia? Ah é, afinal eu fiz o pré-natal e todas

> as vacinas fui eu que fiz na verdade né, aí tipo é legal ver o andamento do trabalho, o pessoal reconhece mas se não estou mais lá em cima o pessoal pergunta. Mas sempre estou indo nos bairros, a gente cria um vínculo mesmo eu não estando lá mais como enfermeiro a gente cria o vínculo, são restritos na verdade, mas depois que começam a criar aquele vínculo a gente consegue trabalhar bem legal com eles, então tem gente que entrou depois, eles têm aquela confiança na verdade, sabendo conversar eles são resistentes, a comunidade tradicional é complicada, mas depois que a gente começa trabalhar, é bem gostoso, o pessoal é bem interessante.

G8 relata sua relação com as comunidades rurais, conta que os quilombos, como comunidade organizada, têm relação com a gestão por meio dos conselheiros de saúde. Relata então:

> Como eu faço parte do conselho, sou suplente da (diretora de saúde), eu tenho contato direto, né. Porque tem o Quilombo Porto Velho, que é o (uu5), presidente do Conselho, ele sempre passa as demandas. Temos o Andorinhas, né é do (uu6) também que ele sempre passa as demandas. Não tenho muito contato local, em bloco...diminuiu bastante. Agora semana que vem, quarta-feira, amanhã começa novamente a pré-conferência de saúde, eu vou em todos os bairro. Eu já fiz em 2011 isso aí, mais tá, a gente tem a porta aberta pra toda a comunidade ali, né! Em si não estou indo muito na comunidade.

E continua:

> Então a comunidade até espera muito das equipes, e como tem esse cronograma corrido diariamente, ne, eles não fazem muita ação tipo de conversa com as comunidades não. Não faz. Daí e difícil, agora a gente vai conferencia na conferência que a gente faz agora, mais aí já caba na gestão.

Ainda G10 descreve a atuação da equipe como responsável pela interação entre comunidade e gestão:

> Essa proximidade é mais a equipe mesmo que sente essa necessidade, não é tanto a comunidade, a comunidade às vezes nem se atenta, lógico que sabe que tem chefia, mas assim, quem sente mais essa necessidade de a gente estar mais próximo é a equipe mesmo, de ver a realidade deles, o que eles estão passando. Mas assim, eu tenho uma visa já de PSF, então assim, como eu já trabalhei, então assim, quando eu vim para a coordenação eu estava num setor ali no centro de saúde trabalhando como auxiliar técnica de enfermagem, então eu tinha uma visão de como que o funcionário é, quais as necessidades de um funcionário, aí de repente eu fui para a coordenação, quando eu fui para a coordenação eu fiz toda uma mudança lá fora, então aí quem estava como coordenadora falou para mim, que era a (outro gestor) na época, nossa eu não enxergava isso, que precisava disso, porque todo mundo gostou, porque, eu tinha uma visão, né, então assim, e agora como coordenadora do PSF assim eu vejo muito lado do agente de saúde, porque assim, eu já fui uma agente de saúde, então assim, tem tudo isso também.

G11 refere que essa relação ainda está longe do ideal devido à visão equivocada da comunidade sobre a função da equipe de saúde e destaca o fato de a comunidade

precisar perceber mais corretamente as instâncias de reclamação do município. E continua sobre a ação da gestão x comunidade:

> Pelo menos que me procurem aqui como coordenação, tem a ouvidoria, quando tem algo que se relaciona à ESF ela me chama, para tomar ciência, ou alguma coisa ela já resolve, às vezes ao mal-entendidos, falta de informação adequada, então resolve lá, mas muitas coisas não resolvem lá. Depende da reclamação porque o usuário foi lá, às vezes não é nada, ou a gente já percebeu, está ligando por coisa particular, morador antigo, rixas que não têm nada a ver com o sistema, tem muito isso também, aí vai buscar e descobre.

9 Pesquisa de Campo – Práticas da Atenção Primária e participação popular Rural/Urbano

A sequência de subcapítulos da análise de conteúdo dos resultados da pesquisa deverá se fixar nas diferenças em termos de práticas, participação da comunidade, do perfil dos profissionais e competência cultura, dos conceitos de rural e ruralidades embutidos nesse processo de organização das equipes rurais e de práticas de saúde não relacionadas às equipes de saúde da família rurais. Tem o objetivo de caracterizar mais especificamente a forma das ações de saúde dentro desses cenários.

9.1 Diferença das Práticas da Atenção Primária e ESF rurais e urbanas (*Modus Operandi)*

Como relatado no subcapítulo de Organização dos serviços, a equipe de saúde rural tem várias características peculiares em relação ao seu atendimento. Este subcapítulo tentará mostrar as impressões dos gestores/trabalhadores/usuários a respeito das diferenças das práticas entre as equipes urbanas e rurais.

Reforçando o que já foi descrito e acrescentando outras facetas, podemos resumir como se segue: as distâncias entre os bairros e consequente pulverização de ações foram colocados como determinantes nessa diferença; a periodicidade das ações em cada bairro (algumas até mensais), prejudicando a sequência do cuidado e delegando a outros (como, por exemplo, as unidades de saúde centrais do município ou mesmo o pronto-socorro) a incumbência de cuidar dos pacientes crônicos, limitando as ações da equipe no âmbito de promoção da saúde e prevenção primária; a falta de estrutura para o atendimento foi igualmente marcante, o acesso a procedimentos e medicamentos, o perfil da população (marcadamente de mais fácil manejo e relação).

G1 fala sobre as diferenças entre as ações das equipes urbanas e rurais:

> Muda, é porque daí o cronograma é assim, segunda e terça, manhã e tarde atendimento normal, nas quartas-feiras eu tenho Hiperdia, e o atendimento de puerpério, na quinta a gente, aí toda semana é uma rotina diferente, nas quintas na primeira semana visita no lar, na delegacia, e no lar dos idosos e delegacia e alguma outra visita que se fizer necessário acamado, enfim,

> aí na outra quinta outros locais, aí nas quintas também atendimento de gestantes manhã e tarde, todas as gestantes em um único dia. o rural também mas tipo, no urbano eu consigo ter isso mais fechado uma agenda certinha, e no rural a gente tem um pouco mais de dificuldade por que aí não dá pra fazer ou eles fazer em um período ou fazem em outro.

TT17 relata que não tem diferença em relação ao atendimento, mas em relação ao agendamento de consulta:

> Na cidade é melhor, por exemplo eu médico trabalho em um bairro, hoje tem uma consulta de alguém com uma pressão descontrolada, e estamos fazendo um acompanhamento por dia, mas eu não posso porque não estarei aqui todos os dias, só daqui a 15 dias, mas na cidade sim, trabalha um colega nosso, atende os diabéticos descompensados e pede retorno para amanhã, isso é melhor.

TT16 reforça que o acesso às consultas em área urbana é melhor: "Na cidade porque a gente não tem tempo de marcar um pré-natal só com o Reginaldo, por exemplo, não tempo não tem local, nem estrutura, pois não tem balança ou lugar para ver grávidas. Se a gente tivesse o tempo a gente tinha que ter estrutura".

E reforça, porém, agregando a questão da diferença em outro país a respeito da estrutura e do perfil da população: TT17:

> Que mais falta é a estrutura, nos bairros, como eu falei ficam muito longe, e a frequência de atendimento, não dá pra fazer um bairro agora e outro só daqui a um mês, para poder trabalhar melhor, tem que trabalhar todo dia com agendamento, mas aqui não dá pra fazer. aqui perto da barra por exemplo, tem como ser mais acessível, e tem parte do bairro, para chegar até ali, nós médicos estamos acostumados a trabalhar e já trabalhamos em um bairro muito pior, na favela, mas eram bairros grandes mas cada bairro tem um consultório médico com infraestrutura, para dar um atendimento para ele, tinha medicação, um programa muito bom, nós trabalhávamos Venezuela, uma área que não é consultório, mas tem um centro ideal de atenção básica, há condições para fazer, tínhamos ortopedista, raio x, mas aqui o atendimento é muito longe, porque se chega um Paciente de uma cardiopatia isquêmica, mas aqui o PA não tem condições de fazer uma trombólise, tem que ter mais condições. Em relação a outras coisas Barra do Turvo é um paraíso, já trabalhamos em lugar com grande violência e que não aceitavam o trabalho dos médicos cubanos, aqui é muito bom.

A1 expõem sua visão sobre a diferença entre o rural e urbano não pelo seu contexto, mas pelo perfil da equipe: "Eu não vejo diferença da urbana e da rural, eu vejo diferença dos profissionais que compõem a equipe, você entendeu? O profissional consciente, sabedor de seus compromissos, o desejo de realizar ele é bom em qualquer lugar".

G1 relata suas impressões sobre as diferenças entre as equipes rurais e urbanas no aspecto da atuação do agente comunitário de saúde:

> Eu acho que o agente comunitário de antes, ele tinha maior comprometimento, eu acho que eram mais comprometidos, deveria existir uma lei que amarrasse a situação que é daquela área que tem que ser cumprido, que mora naquele lugar, que tem que morar, tem que trabalhar lá, e eu acho que lá no sítio faz toda diferença aquele agente comunitário de antigamente que fazia um dextro, que podia verificar uma pressão, eu acho que faz toda uma diferença, porque hoje em dia ele está lá, mas é só realização de visita, mas na realidade, na nossa realidade, acaba que claro que tinham alguns que extrapolavam, pois até medicação forneciam né, que não é o papel deles, mas acabava que acontecia isso, mas acho que de repente verificar uma pressão, fazer um dextro, acho que poderia ser algo que podia ajudar muito, a areia branca, no Indaiatuba.

O acesso à medicação e à atenção de urgência e emergência também é um importante diferencial, uma vez que a medicação não tem sido levada para as comunidades. Na grande maioria das comunidades e municípios, é claro que a proximidade das farmácias municipais torna as áreas urbanas privilegiadas, assim como o acesso à urgência e emergência. A presença dos profissionais cinco dias na semana nas equipes urbanas faz toda diferença em relação a essa atenção e consequente ação em Rede de Atenção. A questão dos procedimentos tem, igualmente, a mesma relação, uma vez que a equipe de atenção básica está sempre nas mesmas unidades, como no caso das equipes urbanas.

TT14 relata que:

> Não pode né, não pode (realizar procedimentos), como o médico está lá, as vezes aparece alguma coisa que não é pra se fazer e é feito, até por conta da distância, é um procedimento necessário, até ele chegar aqui para fazer, é longe, é uma estrada de chão cheia de buracos, quando você chega totalmente quebrada, entendeu então é assim a situação, daí eu não posso fazer, se fosse pertinho como o porto Cubatão, atravessou está aqui em Cananéia.

Um problema que surgiu em ambiente rural é a forte influência religiosa. Esta influência, unida ao fundamentalismo religioso, pode diminuir o acesso da população às consultas, como relatam UU2 e UU1. Eles referem que os evangélicos locais não aceitam entrar na igreja católica para participar das palestras e ações de saúde.

A1 reforça que a estrutura precária em várias equipes rurais compromete a qualidade do trabalho, diferentemente das equipes urbanas:

> A estrutura acaba comprometendo a qualidade do trabalho, por melhor que a pessoa seja, por mais bem intencionado que ele seja, quanto melhor intencionado, quanto mais focado, mais ele sofre com essa realidade, porque as vezes ele não vê o trabalho dele concluído, imagine você ter que cobrir um território imenso, tem município que tem essa dificuldade de acesso, você tem que chegar lá, você tem uma hora para atender e voltar correndo porque senão escurece e você não volta, tem pontos de

> atendimento, por exemplo, em Iporanga, que em linha reta daria uns 50 km, mas ele tem que andar 120 porque ele não consegue andar em linha reta porque não tem acesso, então essa equipe por melhor que ela seja por mais bem intencionado que seja o profissional, o tempo no local, perceber os problemas daquela população, de conversar, de visitar de ver é muito curto, então, a qualidade compromete, já na área urbana você não tem essa dificuldades, mas daí depende do profissional de quem comanda a equipe, tem equipe na área urbana no asfalto que o vizinho nunca recebeu visita.

Outro ponto destacado na pesquisa relaciona-se com a rotatividade dos profissionais da equipe. G1 destaca que em meio rural essa rotatividade não é tão percebida em relação aos agentes comunitários, e com o advento do Mais Médicos, alguma fixação (de dois anos) foi mais observada na maioria dos municípios. Segue o relato:

> Eu vejo uma dificuldade bastante grande, a rotatividade dos agentes comunitários, tem uma rotatividade. do rural não é tanto pelo fato deles acabarem tendo pouco mais de dificuldade em sair para fazer faculdade então é meio que acaba prendendo um pouquinho mais, mas não é muito, porque o que acontece é muita rotatividade, eles saem muito, o processo seletivo ele é acabou que hoje em dia não tem mais aquela parte aquela avaliação psicológica antes do início porque na verdade o agente comunitário precisa de um emprego para concluir uma faculdade ou para iniciar uma faculdade ou para ter uma coisa melhor. Essa é uma das dificuldades, e a outra dificuldade hoje, os profissionais médicos nem tanto mas a gente tinha uma rotatividade incrível, porque é muito longe é muito difícil, médico aqui é uma dificuldade muito grande, agora não, com o MM deu uma melhorada muito, tem as dificuldades que as vezes algumas pessoas não entendem o que eles estão falando, assim, pouco, um ou outro, mas ainda tem, mas a maior dificuldade é a questão do investimento, a questão dos locais de atendimento que deveriam e ter um investimento maior, ser melhorado, ter uma qualidade maior de estrutura, mais equipamentos porque o que você tem é o básico do básico.

TT14 menciona suas frustrações em relação à estrutura na área rural, da necessidade de a equipe cobrar uma melhor gestão:

> Eu já fiz muita coisa do PSF, por gostar, por prazer, mas parei de tudo, na minha opinião tem muita carência, é completamente diferente do que deveria ter e a gente não tem, isso desanima muito a equipe. Mas na realidade é bom você ouvir a comunidade, mas a falta é muito grande, as vezes eu me torno chata, eu peço tanto, que quando ele me olha já me olha assim, porque e já vou pedindo. Mas vamos levando trabalhando com o que tem, porque sou assim se tem um pau pra trabalhar eu uso, se só tem duas metades, eu junto os dois... Pego lá e enrolo no pau, porque quem sou eu, mas sou esse tipo de pessoa, se eu conseguir um pouco para deixar de ser impossível eu faço, por isso gosto do PSF, adoro, amo, vou sair, todo dia eu choro, por não querer deixa, porque eu amo aquele povo, meu deus como eu amo, aquilo ali não precisa nem se ter dinheiro, o coração fica pulando de alegria, mas eu sinto muita falta, mas eu não vou cair, eu vou ficar em pé, daí toca o barco, eu já perdi uns 3 pares de tênis no mangue, e eu tenho medo de caranguejo me morder, no Cambriú eu e ela passamos onda na barca de 10 andares, ninguém tinha coragem, segura as duas, o barco fazia assim, na barra, foi sem onde e voltou sem onda porque o tempo mudo, daí

> eles passavam um rádio da base, venham embora urgente, vamos, entra dentro do mar, a água por aqui, coisa mais linda o Cambriú aí a gente entrou no barco a gente estava pipocando, onde morre muita gente, meu marido morreu lá.

G6 descreve as diferenças das práticas nas equipes rurais enfatizando ainda o fato da comunidade ser quilombola:

> Bem diferentes, os quilombolas são bem mais organizados e tem centros, discutem o problema, já trazem a problemática mais formada, e passam pra gente, como tal coisa, e já vem com uma proposta de trabalho, atualmente temos um coordenador da saúde quilombola que tem dado um apoio para a gente, o André, que é um cargo que foi criado que é um coordenador de assuntos quilombolas, e como ele tem a visão geral de tudo, o que eu não estou vendo e ele está vendo ele me procura. Pois ele é do bairro, ele ajuda e dá ideias para a mudança na gestão, porque através desse coordenador é possível articular outras ações por suas particularidades, por exemplo, o atendimento no André Lopes, pudemos dividir da ponte pra cá e da ponte pra lá por conta dos horários de ônibus eles acharam ótimo a divisão e facilitou o atendimento. Acharam maravilha. Ficaram felizes com as mudanças, e agora tem o André que é coordenador deles.

T4 ainda reforça a diferença dessas práticas no meio rural:

> A diferença é que o pessoal da cidade, a cultura do especialista é bem mais forte da área rural, peguei uma equipe cuja área já teve de tudo, gineco, pediatra, psiquiatra, é difícil trabalhar na cabeça deles que a estratégia de saúde da família é diferente, mas não é pior. Ahh não tem mais pediatra, não tem mais ginecologia. Essa é a dificuldade que eu acho maior, eles não se cuidam, eu não sei se o acesso à informação é maior e eles acham que sabem mais que a gente. Na barra, a força é dívida por vários lugares de atendimento, na urbana geralmente só um posto, como é isso?

T4 relata:

> Se por um lado é bom porque está todo mundo junto. Na realidade, eu não sentia essa dificuldade porque sempre estava junto de (médico da equipe), sempre juntos, era ruim de locomoção, porque as vezes precisavam da gente lá em Jacupiranguinha e a gente não tinha carro, então a gente falava: aguenta aí uns 40 minutos que era o tempo que a gente levava para ir a pé até lá, tinha muita dificuldade, não tinha carro só para gente, o carro único foi agora na gestão de Denis, em 2009, porque antes era tudo dividido, primeiro tinha um carro depois tinha 2 carros, faltava muito material a gente tirava ponto gilete, a gente não sabia se era que não tinha ou só de sacanagem com a gente. Não sabia se era isso, a gente via faltar muita coisa, mas só que a gente ia, eu fazia muita visita, depois que eu saí, esses tempos que eu fiquei fora do PSF (na gestão e na vigilância epidemiológica), eu percebi muito que o enfermeiro ficou com essa história do consultório e é complicado porque a população já entende você daquele jeito agora, se você sai para fazer o grupo é capaz de achar que a gente está vagabundeando, a diferença é mais por aí, e eu ainda acho que quando foi montado o PSF da zona rural teve reunião com a comunidade, reunião com a escola, explicando como seria feito, mas a implantação das áreas urbanas não teve né. Mas foi avisado.
>
> Outra coisa é assim, pelo número de pessoas que a gente atende, a unidade é horrorosa (estrutura física), quando o gestor vai lá ele não enxerga isso, ele não tem noção, quando ele chega está vazio, no centro tem como intercalar os horários, mas na zona rural não, o povo vai estar lá no mesmo

> horário, não temos lugares adequados para atividades coletivas, a escola está sendo usada nesse horário e essa coisa de medicamento de urgência emergência, seria interessante, porque lá não tem nada. Não tem nada, quando tinha um pouquinho já era assim imagina crise hipertensiva, tem que enxergar diferente. **Um olhar diferente, um novo olhar.** (Grifo nosso).

A cultura da população rural também acarreta o diferencial da atenção à saúde prestada a ela, como relata T2:

> Das pessoas eu achei que seria muito diferente, das rotinas, dos costumes, é muito parecido, no geral são pessoas simples, carentes, aqui o pessoal está muito carente de atenção de carinho, me chama muito atenção. Eles estão muito assustados, o que estou oferecendo para ele eles estavam sentindo falta do carinho, o olhar e escutar e parar um pouco, dar um beijo um abraço, ahh que bom que você está aqui. Mas das práticas o que muda, vamos ver se vou chegar lá, a quantidade de paciente é muito grande, tem muito acamado, tem uma população idosa muito grande aqui, até as complicações da idade, muito paciente com sonda com fralda, aqui é o dobro de famílias, e aqui e tudo mais próxima, antes a gente tinha que se preocupar como iam buscar o remédio. Eu era muito mãezona, muitas vezes até preocupada com isso, falava, você vai sair daqui, vai pegar que ônibus, você tem como pegar esse remédio? Tentava dar um jeito porque esse remédio tinha que chegar na pessoa. E aqui mesmo assim eu pergunto, você mora aqui pertinho? Você vai fazer como? E aqui é tudo muito fácil, é próximo, é só ir na farmácia, não precisa pegar ônibus.

G2 diferencia as práticas devido à atuação da população e seu envolvimento:

> Ah sim, acho que na gestão das urbanas, há um grande diferencia que é assim, a falta de conhecimento, de empoderamento de controle social, é mais complicado nas urbanas, é mais aceitável dentro das equipes rurais, as pessoas vêm conversar, questionar determinadas coisas, são um pouco mais complexas no sentido que você tem que ter uma pouco mais de conhecimento para passar para as pessoas de zona rural, mas equipe maior aceitação. Se as equipes trabalhares de forma correta.

Refere ainda discorrendo sobre a comunidade:

> Muito mais próxima, na realidade a comunidade até ajuda as equipes rurais, nas urbanas, não, na verdade é o inverso, a população urbana ataca a equipe, diferente da rural que auxilia. Existem certas dificuldades também, mas de cunho administrativo mesmo, dificuldades nossas enquanto gestão, mas aí são pra todas as equipes.

Assim, retomamos a questão das bases complementares como diferencial: G2:

> O Ministério não reconhece as unidades complementares, acho que ele poderia reconhecer as bases complementares e dispor de uma equipe mínima com horário diferenciado, complementar, acho que isso ficou meio colocado com o Melhor em Casa, entendeu, mas acho que tinha que ser específico, tipo uma equipe auxiliar para as equipes rurais que tem uma extensão territorial muito grande para cobrir. Temos a unidade do Capitão Braz que tem cerca de 1.500 famílias, 1.600 famílias, numa extensão absurda, não tem como tirar, mesmo que a base complementar esteja a 10 ou 12 quilômetros dali, não dá pra tirar. Porque as pessoas conseguem caminhar 12 km, temos que pensar nas pessoas que estão nas divisas né. Que vai ter que caminhar grandes distancias.

Um ponto importante que as equipes mencionaram foi a receptividade da população. Refere TT22: “A gente um pouco dessa experiência na cidade na época que foi se formar o posto do parafuso e a TT20 na Vila Antunes. Meu pai do céu! Coitado de quem pegar as áreas, na chuva, não chama para entrar, aqui a gente entra direto pra cozinha”.

TT19 refere que:

> As pessoas da zona rural são mais receptivas, elas aceitam mais o que você fala, mais as orientações, recém em casa, essa e uma diferença muito grande, aceitam e procuram fazer, na zona urbana, eles se acham e não adianta as vezes você explicar, as vezes eles nem abrem a porta para você entrar.

UU5 refere acerca da diferença que perpassa sobre a utilização do carro para levar os pacientes para o pronto-socorro no centro da cidade. Relata ainda a dificuldade de avaliação se o paciente necessita mesmo ou não do transporte, outros usuários também relataram essa dificuldade e até referiram que os usuários perderam essa parceria com a gestão da saúde por falta de bom senso no uso do transporte, como, por exemplo, em Cananéia. Aqui relata o usuário a experiência em Iporanga na área dos quilombos.

TT25 faz importantes considerações sobre o modelo de atenção à saúde em áreas rurais no que tange à continuidade do cuidado:

> É então ele bota culpa na gente as vezes quebra até um pouco da nossa relação médico-paciente, porque o paciente já está revoltado com a demora da equipe, e a demora não é nossa, a demora é estrutural né, então a gente não tem esse apoio central lá dessa responsabilidade, do motorista está aposto na hora certa, o carro tá preparado e tal. Outra coisa que pega também é a falta de medicamento, pra tirar dor de cabeça, a febre o vômito da criança, que a gente precisa ter ali a mão pra pelo menos dar tempo de chegar na cidade ou o motoqueiro trazer no final da tarde, não é? Então fica assim o dia inteiro só com dor de cabeça e febre, vomitando porque não tem, e eu também não posso mandar qualquer coisa boba pro pronto-socorro que eu recebo de lá uma cartinha do meu colega que tá até aqui de serviço, coitado né, naquele fervo, não vou poder mandar pra fazer uma dipirona um buscopan, alguma coisa, então a gente fica mesmo muito complicado essa relação com o paciente que precisa melhorar daquilo ou pra voltar pra casa ou pra ficar em observação, até o seu medicamento chega, muitas vezes o medicamento não chega, porque tá faltando na rede, e agora o que fazer, o paciente tá doente, não pode trabalhar, na rede não tem, as vezes recorre a equipe mesmo, a gente faz uma cotinha aqui, uma vaquinha e compra o remédio.

Resumindo essas diferenças nas práticas que giram em torno do perfil da equipe, das condições de trabalho (estrutura), do distanciamento dos locais de atendimento e consequente seguimento dos usuários em suas demandas, do perfil da população, os entrevistados não mencionaram os aspectos específicos da atenção em áreas rurais (doenças de maior incidência, como, por exemplo, a Leishmaniose, ou acidentes ofídicos, ou intoxicação por agrotóxico) provavelmente porque não são doenças que passam necessariamente pelas equipes rurais, pois terminam por ser atendidas nos serviços de especialidades ou emergências, provavelmente também porque sua incidência não tem uma importância na dinâmica das equipes rurais. Os entrevistados, portanto, detiveram-se mais nas questões estruturais e de funcionamento das equipes, bem como ao aspecto cultural da comunidade.

9.2 Perfil da Equipe e Competência Cultural

Competência cultural pode ser conceituada como o fato de se propor ações em saúde por parte da equipe que sejam significativas sobre a vida de uma determinada comunidade. Deve ser uma alternativa de transcendência à visão e à postura acadêmica em que se valoriza a forma de agir e a história das comunidades, incorpora ao conhecimento biológico as dimensões culturas e sociais. Essa atitude, diante de uma comunidade e de sua vida, pode legitimar o trabalho, sendo vivenciado por uma relação de iguais entre comunidade e profissionais (Oliveira et al., 2015, p. 909). Este subcapítulo pretende fazer uma análise do conteúdo das entrevistas e dos grupos focais no sentido de identificar aspectos de competência cultural dos trabalhadores das equipes de saúde de família rurais e seu perfil para o trabalho nesse contexto.

Em um passado não muito distante, um grupo em Barra do Turvo chegou a fazer algumas intervenções no processo de escuta, a fim de tentar qualificá-la tanto do trabalhador para o usuário como o inverso. G4 nos contou um pouco como foi esse processo:

> Foi muito positivo, uma pena que dispensaram aquela psicóloga, ela lá foi um dos municípios que tinha uma mortalidade infantil alta e a gente não sabia porque, você ia olhar os indicadores, você tinha 92% das gestantes cadastradas no sistema, dessas, 80 a 81% com 7 consultas ou mais, e a mortalidade alta, ai que a gente teve ideia com essa psicóloga dela ficar na saída dos consultórios, da farmácia, do agendamento para saber o que as pessoas tinham entendido da informação que tinham recebido e a agente

> percebeu que o entendimento era nenhum, acompanhamos uma consulta com o ginecologista, uma gestante com 35 semanas, com exame de laboratório, com ultrassom, ele fez uma consulta fantástica, orientou ela então, tudo que ele falou ela não entendeu, tudo que ela falou ele também não entendeu, os quilombolas têm um jeito próprio, e a gente fez um projeto assim, aprendendo a conversar, entre os profissionais, chamamos lideranças dessas comunidades, e conciliamos a participação especialmente da gestante, datas específicas, onde a equipe vizinha vem ajudar, uma quarta-feira em cada equipe, atendimento a mulher e nessa quarta-feira a equipe vizinha vinha compor a equipe original daquela base, e o agente comunitário ia participar da consulta para ser o tradutor, mortalidade.

A grande maioria dos entrevistados, tanto gestores como trabalhadores ou usuários, teve pouca dificuldade com as comunidades. Alguns dos médicos e enfermeiros estrangeiros ou de outros estados, no início de seu trabalho, tiveram dificuldade com o "dialeto" local, porém de pouca intensidade, como no relato a seguir de A1:

> Eu tenho percebido um cuidado muito grande deles (dos médicos estrangeiros) de entenderem a população e de se fazer entender, tenho percebido uma preocupação muito grande deles, e eles de modo geral têm se esforçado bastante e estão tendo uma satisfação da população muito positiva, porque eles são mais presentes, por exemplo, onde você vai achar um médico que se propõe a ir morar no Ariri, tem que ser para eles mesmo que não têm família aqui e está bom. Então ali o que ele faz, a gestante sai de alta, ele vai visitar na casa e já faz uma avaliação da família toda, da mãe, do bebê do pai, dos irmãozinhos, orientar a todos como ter o cuidado do bebê, então isso cativa muito a população, tem uma comunidade próxima ao Ariri, que eles captavam água de um riacho, que alguns pontos recebiam esgoto, então ele mobilizou os empresários e conseguiu canalizar 3 km de água, lá onde não tem morador, na nascente e fez um sistema que eu já tinha feito aqui em Pariquera lá na barra do Jacupiranga, que aproveitava a água do rio, 3 caixas d'água em um nível diferente, uma com brita bem grossa, outra com brita mais fina, e outra com brita fininha e areia, argila, então a água vem fazendo a limpeza e cai numa quarta caixa onde é clorada, essas coisas em que ele acaba tendo tempo para fazer isso, pois se dedicam só àquilo porque gosta, não são todos viu, mas a maioria deles tem um foco na prevenção, muito forte na prevenção, eu no meu território eu procurei acolhe-los bem, se é o que nós temos, não vou lutar contra o que temos, vou compor com o que nós temos e ver se sai alguma coisa boa, o ser humano é humano.

T1 prossegue falando sobre a necessidade de transcender o conhecimento acadêmico e dos conselhos profissionais:

> Eu acho que veja assim que melhorou em alguns termos pois o serviço de saúde é mais profissionalizado, antes como tinha mais dificuldade, algumas ações até é permitido que fizesse até a própria dra aqui, o COREN autorizava como eu, quando entrei no serviço, andava com a carteirinha que autorizava fazer ações básicas, aplicar injeção eu aplicava, hoje profissionalizou muito mais e com isso, houve assim, no meu ponto de vista, mas houve algumas perdas também, aquela coisa do cuidado, do carinho com o paciente que o próprio sistema, o COREN, é da gente não criar muito vínculo com o paciente, quando eu fiz o curso de auxiliar de

> enfermagem eu aprendi que não deve assim, criar muito para não, tratar ele como paciente como profissional e antigamente o agente comunitário foi treinado para ter essa relação de amizade. Houve essa mudança, não sei se é bom ou ruim.

TT14: “Mas são pessoas carentes, bom de trabalhar, não me arrependo, adorei estar em Cananéia todos esses anos, vou sair daqui com muita tristeza chorando até, porque foi uma aula de aprendimento, porque foi minha primeira experiência em zona rural. Muito boa”.

TT14 relata sobre o início do seu trabalho em área rural caiçara:

> Umas vezes eu ficava sem entender, na época de perguntar o que estava sentido, muitas vezes ela me orientava, então essas barreirazinhas, quando ia dar palestra, sobre doença sexualmente transmissiva, aí o pessoal ficava rindo achava que estava rindo da minha fala, eu passei essa barreira de sotaque, mas superei, hoje eles não ligam, entendo tudo, mas a linguagem que Rose me falou tudo, às vezes até na escrita, (técnica de enfermagem) e isso aqui, então ela é da cidade né, é filha de Cananéia.

UU18 refere sobre o início do trabalho do médico do Programa Mais Médicos: “A gente ficou assim meio, eu não entendia, muito o que ele falava, perguntava, o que, o que doutor. Tinha que perguntar duas ou três vezes para ele, agora a gente entende”.

TT8 conta de uma experiência: “É que nem um dia a doutora falou assim, todo mundo planta rosa aqui? Eu falei não doutora todo mundo trabalha da roça”.

T3 relata sua experiência:

> Quando eu cheguei eu fiquei um pouco mexida com a diferença deles cuidarem da saúde. Eu achava que cuidar da saúde no geral era a forma como eu aprendi na faculdade. Medicamento, prevenir gravidez, eu achava que tinha que ser com anticoncepcional, eles me mostraram uma outra cultura, tinha um pessoal que lidava muito com ervas, com tratamento alternativo, e eu cheguei com um pouco de prepotência: tem que ser assim!!! E eles me mostraram que não precisava ser assim, e eu percebi que eu é que tinha que respeitar muito mais eles. Porque a bagagem eu tinha que entender para poder entrar ali. Por um tempão eu falava em colocar anticoncepcional, mas não era bem assim. Eu pensava, mas pra que tanto filho? Eu achava que eles passavam fome, quando eu fui ver eles eram muito bem de vida, eles eram felizes e eu achava que aquilo ali era uma tristeza, um monte de filho. Por que não toma anticoncepcional? E eu naquela prepotência. E eu achava bonitinho porque antes de chegar em mim eles sempre tentavam as ervas, eram várias famílias assim. Eles eram todos ligados. Isso foi o que eu percebi de diferença quando eu cheguei lá.

E não só médicos estrangeiros sentem essa diferença, mas também os de outros estados. Lembra TT19:

> Hoje em dia já não tenho mais essa dificuldade, quando vim de Florianópolis, para o Vale, o vocabulário deles eu perguntava, o que

> significa tal coisa. Uma vez eu perguntei uma vez para uma senhora: "e seu esposo faz o que? Ele é embarcado". Era pescador, ia para o mar pescar, vivia daquilo. E assim umas coisinhas assim, hoje já não tenho mais essa dificuldade.

TT37:

> Associação de moradores, a gente tem bastante contato, lá, nós temos um grupo de mulheres que chama COFEM, que agente bem bastante contato também, e a igreja católica, igreja presbiteriana, quando a gente tem algum convite, alguma coisa, a gente passa, pra eles, eles passam durante os cultos, as missas, e lá tem associação de moradores que é agora, graças a Deus está tudo certinho, e eles estão junto com a gente também.

TT37 relata o linguajar caiçara: "Na verdade assim, a gente tem um palavriado muito diferente, nos trocamos as coisas. É porque é pequeno, não, grande. Miúdo é uma coisa pequena, pra gente é uma coisa grande. Então assim, existe muito trocadilhos".

Outro trabalhador do mesmo município ainda continua: TT39:

> Então, mais assim, ela (a médica estrangeira) tem muita boa vontade assim sabe, de poder entender, ela não faz, se tiver qualquer dúvida ela vai pesquisar, ela poder fazer com segurança aquela prescrição pra aquele paciente, então ela não, ela é uma boa medica, e os paciente já estão acostumando com ela, já estão já fazer as brincadeiras com ela, sabe, a gente fica imitando ela, e ela ri.

O usuário relata sobre o entendimento acerca do que o profissional médico estrangeiro fala: UU11 "Eu acho que não, eu não consigo, eu falo que sim, mas eu não sei direito".

TT25 relata sobre os profissionais de nível universitário: "Às vezes assim até por conta dessas, de toda hora tá num lugar diferente, as vezes agente em uma palestra, a gente fala um termo muito técnico, mas aí os colegas até corrigem a gente né, uma linguagem mais adequada pra compreensão deles". E continua:

> Então tem uns termo que a gente fica meio assim, mas a gente aprendeu muita coisa com eles e teve também com muito jeito traduzir de uma forma que fica-se meio universal nossa conversa né, o que vemos aqui alguns colegas que esqueceram de traduzir, aquele conhecimento que ele aprendeu, pro popularzão, pra poder da a mensagem né, então no final da palestra eu estava cansado de falar e eles estavam aqui sem ter entendido nada... (TT25).

Sobre a linguagem, T5 lembra de algumas palavras, como Cunhém (que quer dizer de lado), e ainda conta: "As coisas que eu perguntava muito, tinha que perguntar. Quando falavam alguma diferente, eu 'o que que é isso?' aí pronto, já me explicavam...

então... vou te falar, teve dificuldade? Não, porque eu sempre fui muito de perguntar, o que que é".

G12 relata sobre o aspecto mais educacional do que cultural da população rural:

> Assim, porque aqui na zona rural às vezes você pega o paciente assim que eles são mais, assim não são tão esclarecidos, você tem que explicar bem, conversar, falar tim por tim, às vezes você precisa atender umas dez vezes, dez é pouco, entendeu? Aí eles ficam com aquela cara assim, você vê que ele não entendeu, você explica de novo, muita gente analfabeta que não sabe ler e escrever, aí tem dificuldades, já teve paciente uma vez aqui na coleta eu acho que veio no dia, aí depois ia marcar, eu falei, por que a senhora faltou, aí minha filha e que eu não sei ler, não tinha ninguém em casa, então eu acabei perdendo a data da coleta de exame, pessoal aqui assim é mais... Não tem tanto acesso.

9.3 Conceitos de rural e de ruralidades aplicados

Como na revisão de literatura a respeito da tipificação do rural foi discutido que a definição do que é rural atualmente no Brasil é mais uma decisão do gestor quando organiza o Plano Diretor municipal, esse plano possui a delimitação das áreas rurais e urbanas do município e não possui critérios claros para realizar essa delimitação.

Nesse sentido, foi perguntado aos articuladores e aos gestores, devido ao seu maior envolvimento com o gestor municipal e à história deles nos diversos municípios do Vale, como é essa compreensão dos conceitos de rural e de ruralidades, e então seguem os relatos:

G1 relata a relação da própria população com a condição de ser rural ou não:

> Tem, tem um pezinho no rural, não tem como, tem um bairro aqui que seria rural que se encaixaria melhor no rural, mas por enquanto ele continua fazendo parte do urbano, a gente tirou um recentemente, estão em fase de adaptação, está sendo bem difícil essa aceitação pela comunidade, sabe sim, eles não estão aceitando eles querem vir para a cidade, tem uns casos que até na verdade eles têm razão porque acaba facilitando para eles vir para a cidade do que estar lá, e fazer o atendimento lá, para eles é mais prático aqui.

A1 nos relata sobre os conceitos de rural e ainda sobre as políticas de saúde para essas áreas.

> A política de saúde nacional e estadual é construída em cima de uma visão de grandes centros, não existe uma política de saúde destinada a municípios pequenos com equipamentos básicos, hoje eles discutem em cima de grandes estruturas. Então as coisas vêm sendo adaptadas de acordo com a boa vontade da gestão local. Então existe muitas queixas das distâncias, do acesso, mas não existe isso formalizado, até porque nós temos realidades

> muito diferentes, por exemplo Cananéia que é um município imenso, acima de 900 km^2 que tem 92% da população urbana, você tem alguns pontos nas ilhas e nos continentes de isolamento, enquanto barra do turbo você tem 75% da população rural, e aí a gente vê, como que diz a política de saúde, o que esse município tem de infraestrutura? Daí você vai lá no sistema de informação e você vai ver que barra do turvo tem 100% de lixo coletado, 100% de coleta de esgoto, 100% de água tratada encanada, mas só em 30% da população. Então quando você vai ver esses dados, vai falar puxa a população da barra do turvo tá ótima, mas tem 70% da população que está longe disso, que não tem água que não tem esgoto. A política de saúde não você isso, não visualiza, a gente tem que visualizar isso, esse é nosso trabalho, quando você leva essa discussão a nível central eles se assustam. e mesmo né.

G4 prossegue:

> Estive discutindo isso semana passada com a equipe de Campinas, eu acho que esses grandes centros discutem o jardim, temos que discutir o entorno. Barra do Turvo temos áreas de difícil acesso, mata atlântica em que o povo mora no meio daquilo lá, mas produz o alimento, tem uma água de nascente, será que ele está pior do que quem mora na periferia de Campinas em uma favela, que toma água de reuso? Entendeu. eu gosto de pontuar essas questões. Quando teve um encontro em Santos para discutir a RAS, teve um médico daqui que apresentou um trabalho do Vale do Ribeira, sem conhecer o Vale do Ribeira e falou um monte de besteira. A Jeguelância. Enquanto que santos mostrou a orla da praia, não mostrou a favela no mangue, palafitas, não mostrou o lado esquerdo da rodovia, então de repente tem gente escondendo problemas, e nós não temos que esconder problemas, problemas tem que ser escancarados, tem que ser mostrados, eu fui em uma unidade de atendimento em Iporanga que você caminha por trilhas por 4 horas para chegar, é uma população isolada, e lá você tem o posto de atendimento de pau a pique coberto de palha. Então, ahh mas o gestor é negligente de deixar uma situação dessa, talvez, mas lá não pode entrar material manufaturado, não pode entrar cimento, e lá tem uma comunidade quilombola, e qual a característica dos quilombolas? O isolamento. E eles estão extremamente felizes lá não querem sair de lá. Então a gente tem que saber enxergar isso, o que a população quer e o que ela precisa. E a gente tenta.

G13 reforça a determinação do que é rural pelo plano diretor.

> Então foi do plano diretor, e ali é uma área de crescimento grande tem um conjunto residencial recém-construído e foi para lá, e está vindo agora um de 800 casas, está para inaugurar ano que vem então não está sendo considerado rural, o Arapongal e Arapongal Oeste, fechou cinco.

9.4 Práticas Não Oficiais e Complementares

Os relatos obtidos durante a pesquisa de campo foram de pouco conhecimento acerca das práticas não oficiais dentro do território rural. A grande maioria dos usuários, trabalhadores e gestores nega ou desconhece a existência dessas práticas atualmente, muito embora afirmem que houve um tempo em que essas práticas, como

a de parteiras, de benzedeiras e outras relacionadas à saúde, porém não vinculadas às equipes, pudessem ter existido e que houve uma importância na comunidade.

Magdalena refere em seu livro que a importância histórica e cultural dessas parteiras tradicionais tem pouco ou quase nenhum reconhecimento pelos órgãos e instituições municipais, a não ser pelas iniciativas iniciadas em 2010 com apoio de algumas organizações não governamentais, além das questões relacionadas com o parto. A autora também expõe em seu livro narrativas sobre uso de ervas, rezas e benzimentos (Magdalena, 2011).

Refere ainda nesse livro que, no Inventário de Referências Culturais (IRC) de Comunidades Quilombolas do Vale do Ribeira, foram mencionadas as comunidades que ainda tiveram ou ainda têm parteiras presentes, e nelas estão os quilombos de Iporanga, Eldorado, Cananéia e Iguape (Magdalena, 2011).

Seguem os relatos dos participantes: TT17: "Alguns pacientes falam que usam erva medicinal, mas na prática não é frequente, mas nós também falamos do tratamento não farmacológico da doença".

UU3 relata sua experiência no seu autocuidado com os chás: "Eu sou diabética, já vim tomando insulina de lá, por causa da minha perna, e já perdi gente da família por causa da diabetes. E antão a gente tem essa receita de pomada, ensinam muita coisa, eu tinha colesterol e triglicerídeos e curei só com o chá caseiro".

UU2 conta sobre a parteira: "Tinha antes, mas há dois anos não tem mais, dona Antonia era parteira, levava lá para a barra".

UU19: "Minha mãe era parteira", e a UU18 "tia Maria também". E UU19:

> Todas as minhas irmãs naceram de parteira, só que eu não sei não, antigamente as pessoas tinham mais saúde, as pessoas não tinham problemas de diabetes não tinham nada, as pessoas morriam por volta de 90 anos, sem ir no médico, né, eu conheci uma senhora que morreu com cento e poucos anos, cento e vinte anos, e nunca foi no médico e nunca teve um problema de nada, problema tinha de coluna, porque hoje em dia vocês têm problema de saúde parto é coisa séria, porque tem que fazer um pré-natal completo, ainda mais a gente que mora naquele lugar e que tem que morar ali à noite e depende para trazer. Se o tempo estiver bom beleza, se o tempo estiver virado, eu espero em Deus que as coisas melhorem, que o governo apoie as pessoas, os agentes de saúde, as pessoas né, mais médicos nesse país, que tenham mais assistência para as comunidades mais desertas, espero que as coisas melhorem, pois pior não pode ficar né.

T2 refere: “Tinha uma senhora que era uma benzedeira, mas ela teve agora um problema de Alzheimer e que perdeu tudo agora. Mãe de uma agente comunitária, o que eu achava bonitinho é que mesmo os evangélicos tinham um respeito por ela porque era muito respeitada por eles. Agora ela adoeceu né”.

Ainda relatando sobre as práticas nessa região, alguns trabalhadores relataram: TT22: “Aqui no Queimados tem uma mulher que faz (fitoterapia), tanto que o filho dela nem passa conosco, faz xarope”. E ainda TT21: “tipo assim, ensina banho. Principalmente da mulher que tem dores que ganharam neném, essas coisas. Para bronquite”. Relata que vem gente de fora passar em atendimento com essa pessoa.

TT21 relata: “A mãe de (Agente Comunitária) fez mais de 100 partos, a parteira oficial era dona Benedita”. E prossegue dizendo que ela não faz mais porque ficou doente, mas que não foi guardado nada do que ela fez. TT18 refere que ela possuía um caderno com muitas receitas fitoterápicas, mas que ficou com o enfermeiro.

TT18: “fazia uma massagem para a criança encaixar direitinho, eu nasci gêmea, ela fez o meu parto, aí ela perguntou para mulher se ela queria dar uma das crianças, a mulher disse que sim, nem, e como tinha menos meninos então era para dar mulher, que ela tinha mais”.

Já em Miracatu, T5 relata: “[...] aqui tem... tem... temos no bairro, benzedeiras, é forte aqui ainda”.

Outra prática de saúde que não está diretamente relacionada com as unidades de saúde e que tem um impacto internacional é a pastoral da criança. Infelizmente, o trabalho em área rural já teve épocas áureas, e poucos bairros rurais ainda permanecem com o movimento forte. Mesmo assim, alguns municípios ainda relataram: TT12: “Esse trabalho da pastoral que eu participo faz acompanhamento do peso das crianças, acaba sendo muito auxilio na saúde, das crianças de baixo peso, elas fazem um sopão,

Em outro município: TT10:

> O Sapatu é um local que tem, inclusive eu fiz curso de liderança da pastoral, aí pesava as crianças, na pastoral, mas eu também tinha que fazer o trabalho como agente, mas elas começaram a desanimar, e algumas coisas que aconteciam lá acabou competir com meu trabalho de agente, a frequência começou a diminuir e aí parou.

U2:

> Eu acho que se existe é muito pouco, mais o trabalho da pastoral da criança e existia na vila tatu a dona Benedita que fazia o atendimento com as crianças, remédio caseiro, se me recordo teve ela como parteira também, nessa linha tem no braço feio um senhor que trabalha com remédio, mas é mais pro lado do espiritismo e uma senhora que acho que já é falecida que fazia garrafada. O mais é conhecimento popular que todo mundo acaba usando.

Essa usuária é líder da pastoral e compartilha: U1:

> Como líder da pastoral uma vez por mês a gente sai para visita a gente começa pela gestante e acompanha essa criança até os 6 anos, a gente visita, socorre da maneira que a gente pode, a gente indica se a mãe não tem conhecimento de médico, alimentação no caso, a gente acompanhava, o me papel de sair para fazer a visita não é fácil, eu tenho 7 filhos, mas a gente é em 3 líderes, uma vez por mês a gente tem essa reunião no Cajati e uma vez no mês a gente tem a pesagem em que a gente fornece uma coisa nutritiva, a gente ensina para as mães com que faz, para prevenir a saúde é só alimentação saudável e higiene. Só que a consciência do nosso povo ainda não chegou nesse ponto, porque as vezes a gente chega na casa tem o miojo, uma bolacha o pão, come doce antes do almoço, nem todos chegaram nessa consciência, a nossa ideia e conseguir chegar lá, o primeiro passo, meu é cuidar da minha casa, dos meus, porque uma hora alguém vai olhar em mim e ver que tenho alguma diferença. Esse meu filho de 12 anos não conhece o que é médico, esse um que é especial, ante de conhecer esse trabalho, eu conheci esse trabalho com minha vó que começou aqui na vila, quando eu tive ele, a comida fora do horário, aí depois que eu tive ele, foi uma luz pra mim, abriu os meus olhos e demorou 6 anos, e eu aprendi, como esse especial eu não saia do médico, mas com esse conhecimento, foi a pastoral que me ensinou porque quando eu levava ele no médico eles diziam que ele não ia andar, não ia falar, só que hoje, ele não fala, porque ele está com 18 anos, precisa do esforço dele, mas tem capacidade para falar. Através da diferença que a pastoral fez em mim quero passar para os outros, porque na nossa reunião você vai contar sua história, uma vez por mês também tem esse de Cajati, que vão todos os bairros.

Além dessa, há ações isoladas ligadas às universidades, mas já são práticas convencionais; TT11:

> [...] o pessoal da Unesp tem o projeto piloto esse projeto piloto, estão em 2012, e daí eles vêm uma vez por mês, primeiro fizeram toda uma preparação, fizeram uma oficina, aí fizeram treinamento com algumas pessoas da comunidade para serem auxiliares, para fazer entrevista, aquela coisa toda e depois eles vêm todo mês, para fazer atendimento, fazem extração restauração, e esse projeto é da Unesp e eles estão vindo, inclusive agora dia 20 vieram no bairro São Pedro se não me engano.

9.5 Participação da comunidade no processo saúde e gestão da saúde em contexto rural (articulação entre o local e o municipal)

Mendes fala de Regulação democrática das redes de cuidado, sendo estas existentes a partir de quando os cidadãos, organizados em instituições formais e apoiados em uma ambiência democrática, participam das decisões políticas da saúde

e de sua implementação e avaliação, mas como entes externos ao aparelho de Estado. Nesse modelo de regulação, supõe-se que cada cidadão tenha o direito e a responsabilidade de influenciar as decisões sociopolíticas e as ações do sistema de atenção à saúde no interior da sociedade (Mendes, 2015).

Em consonância com estudos de caso sobre os aspectos participativos, a equipe local é a fonte de estímulo para essa discussão em comunidade. Para além da ação dessa equipe, especificamente sobre o aspecto clínico, é fundamental seu envolvimento para empoderamento da comunidade, bem como para a elaboração de planejamento que esteja realmente voltado para a realidade desta (Oliveira et al., 2015; Preston et al., 2010).

Trazer a comunidade para perto de si no sentido do planejamento e envolvimento da comunidade na tomada de decisão é, de modo geral, dependente do perfil da equipe como apontou este trabalho. Mesmo a comunidade sendo participativa (e isso foi observado nos relatos sobre a participação no conselho de saúde), no âmbito local, é primordial que a equipe faça essa aproximação, de outra forma, a população ficará buscando um meio de fazer essa interação seja através do vereador local, ou por meio de lideranças locais, ou por meio desse ou daquele agente comunitário mais ligado à comunidade, porém não chega a ser uma participação que leve à mudança na política pública local de saúde. Os relatos obtidos na pesquisa de campo mostram isso claramente.

Especificamente em termos de saúde local, em 2009, foi organizado o primeiro conselho local de saúde no Vale do Ribeira. Este foi organizado em área rural de Cajati como comunidade não tradicional. Na sequência, organizou-se o conselho local do Parafuso (área mista – rural e urbana) nesse mesmo município, mas em área urbana. Registro foi o município que se destacou pelo envolvimento do gestor nesse processo organizando conselhos locais de saúde em todas as unidades de saúde, da família ou tradicionais, o qual deixou claro que o envolvimento da equipe é condição *sine qua non* para seu funcionamento adequado. Posteriormente a isso, em 2014, foi organizado o conselho local de saúde em outra área no município de Cajati, mas a população com características mistas (urbano e rural – rururbana) (Lima, 2011).

UU4 relata a participação no conselho municipal de saúde:

> Eles falam a avaliação, e têm duas pessoas que não deixam a gente falar, e o rapaz que faz a reunião com nós, o (secretário de saúde), pede licença pra ele falar, mas a gente vai bem, faz projeto, a gente assina. Porque eu acho que tem gente que reclama tanto do prefeito da saúde, as pessoas vão lá, eu andei passeando na casa das pessoas, e elas não tomam o remédio, guardam. Eu falo: "não está precisando tomar, leva para o hospital, porque é errado, pegar o remédio e não tomar!". E tem gente que tem que ver. Eu sou do tempo que fazia caixão em casa quando morria a pessoa, a mulher fazia parto em casa".

UU1, que foi conselheiro, também relata:

> Olha a saúde, por exemplo, eu acompanhei um pouco quando estava no conselho, agora eu não sei, sei que o conselho, mas só falavam dos projetos, mas o resto eu não sabia, aprovar as coisas. Mas aqui tem o pessoal que trabalha com a saúde aqui, da minha parte acho que está mais ou menos, não é bom, porque bom só o pai do céu, mas acho que está mais ou menos.

G1 diferencia a participação da comunidade Quilombola:

> Eu creio que o que é mais organizado é a associação dos quilombos, esse grupo é realmente unido, eles têm eles viajam, participam de congresso, são realmente mais unidos, mas tem duas associação de bairros, mas não são aquelas associações mais participativas, mas os quilombos são organizados, tem uma associação no Pedra Preta, tem a do Reginaldo e se não me engano tem no Cedro, mas o seu (ex-gestor) te informa bem direitinho, e eu tenho um contato lá no Reginaldo que de repente a gente tem um lugar lá. Eles têm cadeira no conselho e eles chamam a gente, às vezes para conversas nos procuraram aqui quando tem alguma reunião lá mesmo que seja DRS eles acabam avisando o (secretário de saúde) participa muito. Então a gente acaba se reunindo mais na reunião de conselho mesmo, então, na maioria das vezes é assim, ou então quando eles têm alguma reunião lá no bairro aí eles avisam, quando um não pode o outro lá, mas o único calendário fixo é do conselho municipal.

TT17 fala sobre a interação da comunidade quilombola com o secretário de saúde: "Ela tem uma associação quilombola, com atividades culturais, por exemplo, reuniões e muitas vezes participamos nós. O nosso secretário de saúde também faz atividades com eles".

UU19 relata de forma objetiva que a comunidade organizada pode fazer a diferença na política pública de saúde local e lembra com saudade essa união da comunidade caiçara em Cananéia:

> Fizeram mutirão, o estado na época deu a verba e a gente conseguiu a mão de obra, a gente que batalhou, fez reuniões e conseguiu quase tudo lá, a comunidade que fez, que batalhou, que discutiu, a comunidade era mais unida, hoje é menos, bem desunida, naquela época, a comunidade era bem católica, no domingo, ninguém participava de nada sem começar pela igreja, nem bar abria, depois do culto que abria o bar, então todas as pessoas da comunidade participava da igreja, então a comunidade superunida, hoje em dia a metade é unida, metade não. Menos da metade participa da igreja.

A1 relata de modo geral no Vale do Ribeira como é essa participação da comunidade nas ações de políticas públicas locais:

> Muito incipiente, eu não sei se a população não está conscientizada da importância disso daí, porque se ela ajudar a planejar ela vai ter o que ela precisa, ou se a população está na confiança de quem está lá ocupando o poder deixando eles planejarem que eles vão pensar em tudo que precisa, não dá pra entender isso dá. Mas a participação da comunidade no planejamento hoje eu vejo uma coisa muito incipiente e o planejamento em saúde também é incipiente, das próprias equipes e da própria gestão, porque onde que começa o planejamento da saúde, porque onde começa o planejamento da saúde, começa pelo planejamento financeiro e o que eu tenho visto é que muitos gestores não conhecem isso ou não lhe é permitido a participação nisso, eles acham que quem faz o planejamento financeiro é a finança do município, daí a gente vê aquelas dificuldades na informação financeira e para compreensão do conselho como que o conselho vai compreender aquele recurso que é planejado num pacote só num elemento de despesa só, a saúde preconiza que você faça o planejamento por gavetas, atenção básica, média alta complexidade, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, hoje tem gestão de saúde, e investimento. O que é a pasta de gestão de saúde, por exemplo, não existe conselho com despesa zero, se o conselho tem uma impressora, tem um telefone, tem um computador, tem uma sala de reuniões, tem despesa para manutenção disso, onde está informada essa despesa? Seria na pasta de gestão da saúde, só que isso tem que planejar lá no começo, na PPA (Plano Plurianual de Saúde) a LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias) e a LOA (Leio de Orçamento Anual) você vai distribuir esse recurso, e o gestor de saúde não tem essa participação.

Os trabalhadores TT13 e TT14 referem que os caiçaras são uma população organizada – Marujá, Ariri, Pontal, Enseada, Vila Rápida, Piririnha, Retiro, Cambriú, Barra, Santa Maria, Taquari – e se somam seus relatos aos usuários de Marujá. UU19 refere que tem associação da comunidade, porém ela não está tão atuante quanto ele gostaria, que havia reuniões e se cobrava mais em termos de saúde, mas agora nem tanto.

UU19 continua o relato:

> A gente tem associação de moradores que também está meio devagar, porque hoje em dia, mais está devagar, não temos reuniões mensais, e só tem essa associação de moradores, que pode ser útil quando tem as reuniões do pessoal do conselho do parque, que vem essas, sobre o pedido de uma área... mas a associação de coisa, tá largada, associação tipo de um sindicato de pescadores, também é pouco participativo, as pessoas, não marcam faziam assembleia, e outras áreas de pesca, é a saúde pra nos lá tá bem largado.

G8 se referindo à organização da população e sua relação com a saúde:

> Temos, tem sim... Aqui no município de Iporanga tem bastante. Aqui no Bairro Serra, por exemplo, temos 3 associações de moradores: Inhungara, temos 1 de Quilombo, em Castelhando tem 1 também de quilombo ... Maria Rosa e Pilões têm 1 comunidade, associação junto, Porto Velho também

> tem. Bairro Bombas também tem, associação. Então essa parte a população e bem organizada, né. Eles se organizam bem, principalmente por causa que eles vêm. Eles conseguem captar bastante recuso, e têm muitas histórias aqui que lá então o pessoal tenta manter o básico de associação. Uma coisa que vejo aqui, é que os bairros entre si, ele são muito ligado, cada bairro pensa do lado deles. Só que saber da comunidade deles, dai, né.

UU5 relata sua experiência como líder da comunidade quilombola:

> Então, eu o meu envolvimento é bastante grande, eu sou da diretoria da associação, e a nossa associação ela tem... O objetivo maior dela é zelar pela boa vivência das pessoas, desde a área de moradia até a área de saúde, e da área social também, cuidar da geração de renda das pessoas da comunidade, como a gente tem esse objetivo foi por causa disso que eu entre para participar do conselho. [...] Precisa ter mais compromisso, porque não adianta o cara ficar falando que não tem recurso, que tem recurso, não adianta também você querer só tratar a doença, prevenir, eu falo para eles, olha, se vocês pensarem assim, vamos tentar fazer um trabalho de prevenção, é lógico aqui, quatro ou cinco anos a gente vai perrenguear, mas daqui cinco ou dez anos você vai ver o resultado disso, é isso que você tem que pensar, agora não, o que o pessoal quer? Meu mandato vence o ano que vem, vou catar tudo agora, e o resto depois quem pegar que se ferre, aí que está o problema, nós temos um orçamento de 17 milhões por ano, coisinha assim, dá para fazer muita coisa com 17 milhões.

UU6 menciona que a comunidade quilombola não tem se envolvido como estava esperando e relata:

> Muito lento ultimamente, já esteve melhor, igual o que eu estava falando, a população não sabe cobrar, infelizmente não sabe cobrar, você marca uma audiência que vai divulgar o gasto não vai uma pessoa, eu ia sempre ali, mas não tem condições, eu falo, pessoal, Iporanga, olha, eu não sei se vai entrar alguém capaz de melhorar isso.

G10 falando sobre a comunidade rural de Juquiá:

> Alguns bairros têm associação, algumas funcionam, outras eu não sei como é que está, e geralmente assim o líder dessa associação procura conselho de saúde, procura agente, ou eles procuram vereadores do bairro, isso já é costume, nós temos os vereadores, é oposição ou é posição, eles vêm aqui, a gente se relaciona bem. A gente faz esse relatório, a gente vai alimentando, vai colocando no sistema, então a gente vai vendo aquilo que a gente não conseguiu esconder para a gente procurar responder aquela queixa, e procurar resolver, não é, ah, tem uma queixa, mas vai ficar no ar, não, a gente procura sempre dar uma satisfação para quem veio.

G11 refere que, como gestora, insiste para que a participação da comunidade ocorra nas suas áreas, uma vez que percebe que parte da população tem se colocado mais à esquiva desse processo; relata também que essa participação se dá de acordo com o perfil da equipe:

> Tem uma equipe, depende das profissionais que estão trabalhando lá, tem grupo da 3ª idade, marcam evento, está bem constituído, outra a gente não

> sente isso, eu tenho unidades que constantemente sofrem depredação pela população, daí a gente pede, o que acontece? O postinho está por conta de vocês, para o uso de vocês, pegar o postinho desse jeito, todo rabiscado, quebrado, é assim é uma briga contra o agente de saúde, não quero essa unidade, vou ter que fechar a unidade vai passar por reforma, mas ano passado já acontecia e continua acontecendo. Vocês não querem? Não precisam dela? Porque assim, é uma coisa que é de vocês, é para uso de vocês está aqui só porque vocês precisam da saúde mais perto, eu vejo assim, não querem, se mobilizam conversam, ah não porque tem o torneio aqui o pessoal que vem de fora que quebra, mas os outros bairros têm torneio e isso não acontece, daí vai, vai, vai, é adolescente dali mesmo, tem que cuidar.

TT28 conta que o vínculo com a Agente de Saúde é forte e ela acaba por fazer esse papel na gestão: "Eu acredito que sim, mais eles trazem as queixas para a Santina, que a Santina é a mãe do bairro. Eles (os moradores) param ela atoe no caminho para casa. Ela não consegue chegar em casa, que todo mundo, Santina é o filtro".

Em Registro, como mencionado, houve um movimento por parte da gestão na organização dos conselhos locais de saúde em todas as unidades. Relata o gestor G13:

> Agroxá, por exemplo, que a equipe inteira está imbuída na causa meu, assim vai que vai, eles já participam do conselho municipal de saúde, eles vem para trazer as demandas, e onde tem essa dificuldade com a equipe que a gente tá penando um pouco mesmo, porque assim, é difícil ter algum conselho que a população assuma também isso muito né, até por desconhecer o que é a função e como ele trabalharia então depende muito da equipe... acho que a gente está bem, parte da questão do conhecimento, como eles devem agir, o que eles têm que fomentar ali nas reuniões, e se fez uma proposta que o conselho municipal de saúde fazer um adaptado da capacitação do conselheiro municipal de saúde, e assim a gente transmitiu essa necessidade para os conselheiros que estavam ali, e trouxe eles para participarem do processo e nem essa devolutiva a gente teve, a gente precisa sempre estar cutucando, sempre conversando sabe, acho que a dificuldade maior é essa é a você apropriar eles, do que eles têm que fazer realmente.

10 Conclusão

> Um desafio teórico-prático que temos é avançar na compreensão desta rede de serviços tal como usada por pessoas, a rede produzida pelos gerentes e trabalhadores, pelos usuários e por tantos outros atores e interesses nem sempre imediatamente visíveis. Compreender a rede real no que ela produz de bom, mas, também, o quanto ela se afasta espantosamente de muita coisa que idealizamos. (Cecílio, 2012, p. 283).

A ESF é hoje a política pública escolhida pelo governo federal como o instrumento-chave de ampliação da cobertura da APS no Sistema Único no Brasil. Seus parâmetros já estão descritos, e muitos estudos foram feitos para mostrar sua resolutividade nesse papel. Apesar disso, tanto a sua descrição das ações em zona rural como as considerações em torno dessas ações, perpassando pela participação do usuário, precisam ser mais bem estudadas, e por isso esta presente tese, que não pretendeu, de forma alguma, esgotar o assunto, mas mostrar as várias nuances sobre o tema que precisam ser mais aprofundadas.

A atenção básica, ou melhor, a atenção primária, deve trazer em seu escopo de ações um movimento para a resolutividade, deve ocorrer mais próxima à população e atendê-la na maior parte de suas necessidades, diferentemente do que se preconizava como um pacote mínimo de ações de saúde.

No contexto rural, seria de fundamental importância a tipificação dessas áreas, com vários estudos sobre esse assunto. Resta, no Brasil, a consideração do que é rural ou não mediante a decisão do gestor considerado por intermédio do Plano Diretor, tendo relação, em sua maior parte, ao distanciamento do centro da cidade do que às condições socioculturais/econômicas e geográficas.

O Vale do Ribeira, é uma região de riquíssimo potencial, tanto no seu aspecto geográfico como ambiental, bem como seu aspecto humano, levando em conta a riqueza das culturas tradicionais quilombolas e caiçaras e das culturas não tradicionais rurais e urbanas. Formado por 15 municípios da área de abrangência da DRS XII e por parte da RAS 7 organizada por volta do ano 2012, ainda carece de melhorias no aspecto gerencial Regional e Municipal. A base do funcionamento em rede de atenção à saúde, conforme preconizada por estudos internacionais e com base nas propostas de Eugênio

Vilaça Mendes, deve ter como coordenação a atenção básica. Nesse aspecto, há muito ainda que aprimorar nessa região de saúde.

Um dos aspectos históricos que mais chamaram atenção neste trabalho e que foi um marco no desenho das ações que existem hoje em área rural foi o projeto PIASS e sua transição para a ESF da forma como existe hoje em zona rural, principalmente no que tange à forma de escolha dos Agentes de Saúde, hoje ACS. Indubitavelmente, seu vínculo, compromisso e trabalhos na comunidade foram fortemente influenciados pela forma desses agentes.

Seguindo a linha da gestão para a estrutura e organização do trabalho, chama atenção as grandes diferenças entre as equipes rurais e urbanas em alguns municípios, muito embora a gestão seja sempre realizada pelo mesmo gestor, e o financiamento de modo algum se diferencia entre as equipes, pois, mesmo que antes do advento do Mais Médicos houvesse um repasse diferenciado para os municípios com áreas e quilombolas, o repasse era igualmente rateado para utilização na atenção básica como um todo, reforçando as hipóteses iniciais deste trabalho. Outros aspectos que podem ser destacados e que merecem atenção especial são: o fato de haver uma pulverização das ações de saúde na grande maioria dos municípios, as equipes se desdobram em até 18 locais de atendimento, o que impossibilita a continuidade do cuidado e monitoramento da saúde local. O não reconhecimento das bases complementares por parte do Ministério da Saúde é um contrassenso, pois retira a possibilidade de qualificar esses locais, levando as ações de saúde para mais perto da população; igualmente, o não reconhecimento por parte do Ministério da Saúde das peculiaridades da atenção à saúde rural no Vale do Ribeira, como as populações quilombolas e caiçaras, também dificulta o quadro atual. Nesses termos, o financiamento específico que havia (modalidade da ESF) modificado com a entrada dos Médicos do Programa Mais Médicos é de longe um ponto no oceano para a resolução dessas dificuldades. A falta de dispensação de medicamentos em áreas rurais e a falta de estrutura para atendimento das urgências e emergências comprometem a resolutividade e acesso da população à qualidade da atenção que necessita.

No que tange à participação social, definitivamente, ela acontece nas áreas em que a população se reconhece como comunidade, porém, mesmo nessas áreas, ela

depende do engajamento e perfil da equipe. A compreensão dessa comunidade a respeito da importância e necessidade dessa participação é condição *sine qua non* para que ela exista.

No aspecto de Competência cultural, tanto os usuários como os trabalhadores relataram poucos transtornos de compreensão para a ação em saúde. Alguns referiram uma dificuldade introdutória ao início do contato, sejam os trabalhadores de outros estados ou os estrangeiros, mas, de modo geral, descreveram pouca dificuldade. No entanto, esse aspecto necessita de uma abordagem mais específica e direcionada, a fim de detectar prováveis distorções na percepção de ambos os lados.

De caráter incipiente, ficaram as práticas não convencionais de saúde nessas comunidades, de certa forma desconhecidas pela própria população e pela equipe de saúde da família, com poucas ou nenhuma parteira, alguma prática de benzimento e alguma prática fitoterápica. Assim como é incipiente, na análise do Vale como um todo, a participação da comunidade nas políticas públicas de saúde locais, sendo altamente dependente da ação da equipe local e do seu perfil de atuação.

Enfim, a saúde rural no Brasil encontra-se atualmente no cenário das políticas públicas, e sua importância traz para a arena de discussão vários aspectos organizacionais, gerenciais, filosóficos e sociológicos. Se anteriormente possuíam acesso a medicamentos e procedimentos por meio dos Agentes de Saúde, acesso à equipe de saúde, em especial ao médico próximo à sua casa, mesmo que com dificuldades estruturais, hoje esse acesso está restrito às ações ambulatoriais, sem continuidade, pouco ou nenhum acesso à atenção às urgências, pouco ou nenhum acesso à medicação no ato de sua consulta médica e de enfermagem. Ao que parece, o cenário rural teve um recrudescimento em sua importância, e esperamos que este trabalho jogue um pouco de luz para que essa visibilidade ocorra. **"É preciso um olhar diferente para o rural"** (T4, grifo nosso). É de fundamental importância a consideração da saúde rural como aspecto específico da ação gerencial e técnica, de outra forma, a saúde rural fica invisível, assim como são invisíveis os usuários rurais. Igualmente importante é o caráter estratégico do planejamento, é preciso levar em consideração as características de cada região, dos aspectos geográficos, históricos e

culturais da comunidade, as características da equipe (aproveitando os pontos fortes de cada trabalhador e equipe e fortalecendo seus pontos fracos).

11 Anexos

11.1 Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Saúde Rural: A organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira - SP

Pesquisador: Moisés Goldbaum

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15252713.1.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 295.893

Data da Relatoria: 29/05/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto está bem redigido e com metodologia e objetivos bem detalhados. Os sujeitos da pesquisa estão bem definidos. A introdução ressalta a importância desse trabalho será útil para se levantar a história e atual organização e práticas assistenciais entre as comunidades rurais tradicionais no Vale do Ribeira, podendo se tornar uma base para o planejamento do trabalho em saúde com essas comunidades.

Objetivo da Pesquisa:

encontra-se definido e detalhado visando compreender as especificidades da organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira-SP (municípios pertencentes à DRS XII) ; Compreender o contexto da formação e organização social das comunidades rurais (tradicionais, remanescentes de quilombos e caiçaras) ; Analisar o contexto da implantação das políticas oficiais de saúde nestas comunidades (Estratégia de Saúde da Família) ; Compreender as práticas assistenciais não convencionais existentes nestas comunidades; Analisar a participação social na saúde dentro das diferentes comunidades e Descrever a estrutura da assistência à saúde nas comunidades.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8004 **E-mail:** cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 295.893

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador não existem riscos previstos e como benefícios espera-se que o resultado do projeto possibilite levantar a história e atual organização e práticas assistenciais entre as comunidades rurais tradicionais no Vale do Ribeira, podendo se tornar uma base para o planejamento do trabalho em saúde com essas comunidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Por se tratar de um estudo de caso onde a partir de uma matriz descritiva, as entrevistas deverão ser analisadas isoladamente e em grupo comparando as comunidades tradicionais em seu contesto, não há nenhum comentário a realizar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

SAO PAULO, 06 de Junho de 2013

Assinador por:
Paulo Eurípedes Marchiori
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8004 **E-mail:** cep.fm@usp.br

Página 02 de 02

11.2 Roteiro para entrevistas

11.2.1 Diretores da Regional de Saúde XII

1. Qual sua função na Regional? A quanto tempo exerce seu cargo?
2. Qual a atuação da Regional atualmente no apoio à gestão municipal de saúde no que tange à população rural? Há alguma ação específica?
3. Em Relação à Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, quais têm sido as ações da Regional no Vale do Ribeira? Há alguma orientação Estadual para essas ações?
4. Como foi o processo de implantação das equipes rurais? Houve diferença em relação à implantação das equipes urbanas? Em que sentido?
5. Como a Regional de saúde percebe a atuação das equipes rurais x equipes urbanas?

11.2.2 Gestores municipais e locais

1. Qual sua função? Qual sua formação? Há quanto tempo é gestor da saúde? Qual seu envolvimento com a comunidade?
2. Como foram organizadas as equipes rurais do município? E como foram organizadas as equipes urbanas? Houve diferença?
3. Quais são as equipes rurais do município e suas características? (tamanho da população adscrita, composição da equipe, forma de contrato).
4. Quais as diferenças nas rotinas e práticas de trabalho entre as equipes rurais e as urbanas?
5. Quais são as características da gestão (incluindo financiamento) das equipes rurais e urbanas? (São as mesmas pessoas que fazem a gestão de ambas?) Como se relaciona com a direção central?
6. Quais as características das populações de cada uma das equipes rurais? – tamanho, composição, organização social (possuem populações tradicionais?).
7. Como a comunidade se relacionou e se relaciona atualmente com a gestão da saúde local?
8. Como o gestor entende a participação da comunidade na saúde?
9. Como o gestor sente a participação nos locais em que ela ocorre?
10. A gestão faz pesquisa na comunidade para conhecer seus problemas de saúde com que frequência?

    ( ) sempre ( ) esporadicamente ( ) raramente ( ) nunca
11. A gestão convida membros das famílias de área rural para participar do conselho local de saúde com que frequência?

    ( ) sempre ( ) esporadicamente ( ) raramente ( ) nunca

    De que forma?

    ( ) convites pessoais ( ) rádio ( ) boletins

11.2.3 Usuários (líderes de associações e sindicatos, conselheiros locais de saúde, líderes da comunidade apontados pela equipe de saúde local)

1. Há quanto tempo reside no local? Como é seu envolvimento com a comunidade?
2. Qual a história da comunidade?
3. Como a comunidade é organizada?
4. Como é organizada a atenção à saúde na Unidade de saúde local?
5. Há práticas em saúde da comunidade não ligadas às unidades de saúde? Como são? Quem as realiza?
6. Houve algum momento no passado em que a comunidade participou da gestão da saúde e da discussão desses problemas? Isso ainda acontece?
7. Como a comunidade se relaciona com a gestão da saúde e a discussão dos problemas locais?
8. Como a comunidade se relaciona com a equipe de saúde local?
9. Como a comunidade se relaciona com o conselho municipal de saúde e com a gestão municipal?
10. Você acha que o médico/enfermeiro entende quando você conta suas queixas ou pergunta sobre sua saúde?
11. O médico/enfermeiro responde às suas perguntas de maneira que você entenda?

VINHETAS PARA GRUPO FOCAL DE USUÁRIO

Sobre itinerário terapêutico

a) Maria e José são um casal que mora em área de ESF rural. Maria tem 30 anos e iniciou um quadro de vômitos e dor abdominal, passou a noite inteira com dor. Qual serviço de saúde Maria procura primeiramente pela manhã? Como esse serviço vai atendê-la?

b) José é hipertenso e tem tido uns picos de pressão alta. Qual o serviço ele procura para discutir esse aumento da pressão? Como esse serviço vai atendê-lo?

c) O filho menor desse casal não tem comido adequadamente, e há algumas dúvidas sobre a melhor forma de cuidar da alimentação dele. Quem o casal procura para aconselhamento em matéria de saúde?

Participação na tomada de decisões

a) A comunidade em que a equipe atua tem tido um problema sério em relação a uma série de casos de diarreia. Como esse problema é discutido na comunidade? Como esse problema é discutido com a equipe de saúde e com a gestão de saúde do município?

b) A comunidade também começou com um problema em relação ao atendimento da recepcionista na unidade de saúde rural; ela anda estressada e tem sido rude durante o atendimento. O que a comunidade faz? Como esse assunto é discutido com a equipe e com a gestão de saúde do município?

c) Um dos usuários frequentes na unidade de saúde percebeu que uma das paredes do posto está com uma rachadura enorme, colocando em risco todo o prédio, esse é um comentário geral na comunidade também. Como esse assunto é discutido com a equipe de saúde e com a gestão do município?

11.2.4. Profissionais da saúde: (médico, enfermeiro, odontólogo, agentes comunitários e técnicos ou auxiliares de enfermagem)

1. Função na equipe.
2. Tempo de atuação nesta área.
3. Tempo de experiência anterior em área rural.
4. Qual envolvimento de cada membro da equipe com a comunidade e o envolvimento da equipe como grupo?
5. Qual a característica da população da área e se possuem populações tradicionais? Quais são?
6. Qual o tamanho dessas comunidades tradicionais e como estão organizadas socialmente?
7. Como está organizada a atenção à saúde na comunidade? Práticas assistenciais e rotinas.
8. Como é realizada a gestão das Equipes de Saúde da Família?
9. Quais práticas assistenciais realizadas na comunidade são distintas das práticas em comunidades urbanas no município?
10. Qual a história da formação da equipe de saúde local? A comunidade foi consultada? Houve eleição dos agentes comunitários?
11. Como são escolhidos os agentes comunitários atualmente?
12. Como são formadas as equipes atualmente?
13. Há práticas em saúde da comunidade não ligadas às unidades de saúde? Como são? Quem as realiza?
14. Vocês acham que o usuário é compreendido em sua linguagem quando conta suas queixas ou pergunta sobre sua saúde para o profissional médico/enfermeiro?
15. Vocês acham que o médico/enfermeiro responde às perguntas, orienta as questões de saúde dos usuários de maneira que ele entenda?

VINHETAS PARA GRUPO FOCAL TRABALHADOR

Sobre itinerário terapêutico

d) Maria e José são um casal que mora em área de ESF rural. Maria tem 30 anos e iniciou um quadro de vômitos e dor abdominal, passou a noite inteira com dor. Qual serviço de saúde Maria procura primeiramente pela manhã? Como esse serviço vai atendê-la?

e) José é hipertenso e tem tido uns picos de pressão alta. Qual o serviço ele procura para discutir esse aumento da pressão? Como esse serviço vai atendê-lo?

f) O filho menor desse casal não tem comido adequadamente, e há algumas dúvidas sobre a melhor forma de cuidar da alimentação dele. Quem o casal procura para aconselhamento em matéria de saúde?

Participação na tomada de decisões

a) A comunidade em que a equipe atua tem tido um problema sério em relação a uma série de casos de diarreia. Como esse problema é discutido na comunidade? Como esse problema é discutido com a equipe de saúde e com a gestão de saúde do município?

b) A comunidade também começou com um problema em relação ao atendimento da recepcionista na unidade de saúde rural; ela anda estressada e tem sido rude durante o atendimento. O que a comunidade faz? Como esse assunto é discutido com a equipe e com a gestão de saúde do município?

c) Um dos usuários frequentes na unidade de saúde percebeu que uma das paredes do posto está com uma rachadura enorme, colocando em risco todo o prédio, esse é um comentário geral na comunidade também. Como esse assunto é discutido com a equipe de saúde e com a gestão do município?

11.3 Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Saúde Rural: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP

Pesquisadora Responsável: Monica Correia Lima

Professora Orientadora: Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável e a Professora Orientadora: Faculdade de Medicina – USP

Telefones para contato: (13) 3854 1325 e (13) 9161 9069

Nome do voluntário(a): _____

Idade: _____ anos: _____ R.G.: _____

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa: Saúde Rural: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP, de responsabilidade da pesquisadora Monica Correia Lima.

LINHA DE PESQUISA: Política, Planejamento, gestão e avaliação em saúde. Subárea: Gestão da saúde.

OBJETIVO GERAL:

- Compreender as especificidades da organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP (municípios pertencentes à DRS XII).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever a organização do trabalho e as práticas assistenciais existentes nas comunidades rurais em comparação às práticas e organizações nas equipes urbanas.

- Discutir os conceitos de rural e de ruralidades e sua implicação na gestão e ações de saúde locais.
- Descrever a participação social na saúde dentro das diferentes comunidades e sua relação com a gestão municipal.

Para isso, serão realizadas entrevistas com profissionais envolvidos na implantação e treinamento do PIASS e do PSF, posteriormente ESF, bem como usuários indicados como informantes-chave nesse processo. A técnica utilizada será a da realização de entrevistas abertas e grupos focais.

Finda a pesquisa, os entrevistados e o DRS XII receberão o resumo dela, bem como os Departamentos de Saúde dos Municípios incluídos na pesquisa, que também receberão cópia completa.

A participação é voluntária, não havendo reembolso financeiro para essa participação, bem como não haverá qualquer ônus financeiro por parte do voluntário ao responder a entrevista. O nome do entrevistado será ocultado se ele assim o desejar, bem como os dados que ele recusar divulgar.

São Paulo, ____ de _____ _____.

_____

Monica Correia Lima

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito.

_____

11.4 Solicitação de liberação dos profissionais para entrevistas e documentos – DRS XII

_____, ____ de _____ de 2013.

Prezado Sr. Diretor DRS XII

Venho por meio desta solicitar ao senhor Diretor da DRS XII a liberação de arquivo documental para pesquisa, bem como dos profissionais, funcionários da DRS XII, elencados como informantes-chave para o projeto que se segue:

Título do Projeto: Saúde Rural: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP

Pesquisadora Responsável: Monica Correia Lima

Professora Orientadora: Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável e a Professora Orientadora: Faculdade de Medicina – USP

OBJETIVO GERAL:

- Compreender as especificidades da organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP (municípios pertencentes à DRS XII).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever a organização do trabalho e as práticas assistenciais existentes nas comunidades rurais em comparação às práticas e organizações nas equipes urbanas.
- Discutir os conceitos de rural e de ruralidades e sua implicação na gestão e ações de saúde locais.
- Descrever a participação social na saúde dentro das diferentes comunidades e sua relação com a gestão municipal.

Para isso, serão realizadas entrevistas com profissionais envolvidos na implantação e treinamento do PIASS e do PSF, posteriormente ESF. A técnica utilizada será a da realização de entrevistas abertas ou grupos focais.

Finda a pesquisa, os entrevistados receberão o resumo dela, e a DRS XII receberá cópia completa.

Na certeza de que essa pesquisa trará benefícios para a região e para o Departamento no sentido de ampliar a visão acerca da inclusão do cidadão nas decisões locais de saúde, despeço-me.

Atenciosamente,

Monica Correia Lima

11.5 Solicitação de liberação dos profissionais para entrevista – Departamentos Municipais de Saúde

Prezado Sr. Diretor de Departamento Municipal de Saúde de _____ (Município)

Venho por meio desta solicitar ao senhor Diretor do Departamento Municipal de Saúde de _____ (Município) a liberação de arquivo documental para pesquisa, bem como dos profissionais, funcionários do Departamento Municipal de Saúde ou empresas terceirizadas pelo Departamento, elencados como informantes-chave para o projeto que se segue:

I. Título do Projeto: Saúde Rural: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP

II. Pesquisadora Responsável: Monica Correia Lima

III. Professora Orientadora: Dra Ana Luiza D'Ávila Viana

IV. Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável e a Professora Orientadora: Faculdade de Medicina – USP

V. OBJETIVO GERAL: Compreender as especificidades da organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP (municípios pertencentes à DRS XII).

VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

a. Descrever a organização do trabalho e as práticas assistenciais existentes nas comunidades rurais em comparação às práticas e organizações nas equipes urbanas.

b. Discutir os conceitos de rural e de ruralidades e sua implicação na gestão e ações de saúde locais.

c. Descrever a participação social na saúde dentro das diferentes comunidades e sua relação com a gestão municipal.

Para isso, serão realizadas entrevistas com profissionais envolvidos na implantação e treinamento do PIASS e do PSF, posteriormente ESF, profissionais atuantes na ESF e gestores municipais. A técnica utilizada será a da realização de entrevistas abertas e grupos focais

Finda a pesquisa os entrevistados receberão o resumo dela, e o Departamento de Saúde receberá cópia completa.

Na certeza de que essa pesquisa trará benefícios para a região e para o Departamento no sentido de ampliar a visão acerca da inclusão do cidadão nas decisões locais de saúde, despeço-me.

Atenciosamente,

Monica Correia Lima

11.6 Liberação dos profissionais para entrevista e acesso a documentos – DRS XII

_____, ___ de _____ de 2013.

Atendendo à solicitação das Pesquisadoras Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana e Dra. Mônica Correia Lima, responsáveis pela pesquisa: "Saúde Rural: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP", vinculadas ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, venho, por meio deste instrumento, liberar a realização da pesquisa documental nos arquivos da DRS XII São Paulo, bem como os profissionais funcionários da DRS XII para as entrevistas que se fizerem necessárias.

Atenciosamente.

_____

Diretor DRS XII – Nilson Rezende Lara.

11.7 Liberação dos profissionais para entrevista

_____, _____ de _____ de 2013

Atendendo à solicitação das Pesquisadoras Dra. Ana Luiza D'Ávila e Dra. Mônica Correia Lima, responsáveis pela pesquisa: "Saúde Rural: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira – SP", vinculadas ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, venho, por meio deste instrumento, liberar a realização de entrevistas entre os profissionais funcionários do município lotados no Departamento Municipal de Saúde.

Atenciosamente.

_____

Departamento Municipal de Saúde de (Município)

11.8 Identificação do entrevistado e liberação de uso de fotos

PESQUISA:

SAÚDE RURAL: A ORGANIZAÇÃO, PRÁTICAS ASSISTENCIAIS E PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE DAS COMUNIDADES RURAIS, REMANESCENTES DE QUILOMBOS E COMUNIDADES CAIÇARAS DO VALE DO RIBEIRA – SP

( ) ENTREVISTA ( ) GRUPO FOCAL

( ) GESTOR ( ) TRABALHADOR ( ) USUÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA/GRUPO: ARQUIVO GRAVAÇÃO _____

ARQUIVO TRANSCRIÇÃO _____

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: _____

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: _____

_____

TELEFONE PARA CONTATO: _____

E-MAIL: _____

FORMAÇÃO (ESCOLARIDADE): _____

FUNÇÃO/OCUPAÇÃO ATUAL: _____

TEMPO DE ATUAÇÃO NESTA ÁREA (REGIÃO): _____

TEMPO DE EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM ÁREA RURAL: _____

PARA ONDE ENVIAR O RESUMO DA PESQUISA APÓS FINALIZADO?

( ) e-mail ( ) endereço de correspondência ( ) para unidade de saúde

( ) para departamento de saúde ( ) outro:

_____

ESTÁ DISPONIBILIZANDO FOTOS E AUTORIZA INCLUSÃO? ( ) SIM ( ) NÃO

ASSINATURA PARA CESSÃO DE FOTOS:

_____

12 Referências

Abramovay R. *Funções e medidas da ruralidade no desenvolvimento contemporâneo*. IPEA. [Online] Janeiro de 2000 [citado 6 out. 2013]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4121.

Aguiar RAT. *A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema ùnico de Saúde no Brasil.* [Dissertação Online]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 2003. [citado 25 abril 2016]. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-76RHW7/raphael_augusto_teixeira_de_aguiar.pdf?sequence=1].

Alencar TOS, Nascimento MAAN, Alencar BR. Assistencia farmacêutica na estratégia saúde da família: uma análise sobre o acesso. *Rev. Bras. Farm.* 2013;94(3):219-226.

Almeida AP. A História e a Cultura Caiçara de Cananéia. In: Magdalena BC, Nascimento JS. *O uso de Plantas Medicinaias por Comunidades tradicionais caiçaras de Cananéia.* Londrina: Idealiza Gráfica e Editora; 2009.

Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2011;29(2):84-95.

Ando NM. Atuação da Medicina de Família e Comunidade nas populações ribeirinhas. *PROMEF Ciclo 6 Módulo 2.* Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2011.

Ando NM et al. Declaração de Brasília "O conceito de Rural e o Cuidado à Saúde". *Rev. Bras. Med. Fam. Com.* 2011;6(19).

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos et al. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo - Rio de Janeiro: Editora Hucitec e Editora Fiocruz; 2007.

Andrade MC, Castanheira ERL. Cooperação e Apoio Técnico emtre Estado e Municípios: a experiência do Progrma Articuladores da Atenção Básica em São Paulo. *Saude soc.* 2011;20(4):980-990.

Backes DS et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saúde.* 2011;35(4):438-442.

Baldin N, Munhoz, EMB. 2011. *Snow ball (bola de neve):uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária.* Curitiba: s.n.; 2011. Artigo de Seminário.

Bauer MW. Análise de Conteúdo Clássica. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som.* Petrópolis: Vozes; 2008.

Bezerra ML, Bacelar T. Introdução. In: Miranda C, Silva H. *Concepções das Ruralidades Contemporâneas:* as singularidades brasileiras. Brasília: IICA; 2013, Vol. (Série Desenvolvimento rural sustentável: v: 21), p. 476.

Biernacki P, Waldorf D. Snowball Sampling: Problems and tchniques of chain referral Sampling. *Sociol Methods Res.*1981;10(2):141-163.

Brasil, Ministério da Saúde. 2011. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União* (DF). 2011.

Brasil, Ministério da Saúde. 1994. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.* Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1994.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2008. *Síntese do Relatório do I Encontro nacional de Saúde das Populações do campo e da Floresta.* Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2008.

Brasil, Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de apio à Gestão Participativa;. 2013. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.* 1. reimp. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2013. p. 48 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 2006b. *HumanizaSUS:* documento base para gestrores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2015. *Programa mais médicos - dois anos:* mais saúde para os brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015. p. 128.

Brasil. Ministerio da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alm-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978. [Online] 2001. [Citado 5 maio 2013]. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf.

Brezzi M, Dijkstra L, Ruiz V. *OECD Extended Regional Tupology:* The economic performance of remote rural regions. Paris: OECD Publishing, 2011. OECD Regional Development Workin Papers.

Busquet G. *Political Space in the Work of Henri Lefebvre:* Ideology and Utopia. Paris: s.n., 2012-2013.

Caccia-Brava MCG, Mattos ATR, Rocha JSY. Atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Rocha JSY. *Manual de Saúde Pública & Saúde Coletiva no Brasil.* São Paulo: Editora Atheneu; 2012.

Cajati – Prefeitura Municipal. [Online] [Citado 10 set. 2013]. Disponível em: www.cajati.sp.gov.br.

California Childcare Health Program. *Salud y Competencia Cultural.* North Caroline, USA: University of California, San Francisco School of Nursing, Department of Family Health Care Nursin, 2006.

Campos GWS. *Os médicos e a política de saúde.* São Paulo: Hucitec; 1988.

Campos GWS et al. *Tratado de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Hucitec Editora Fiocruz; 2007.

Candia Baeza D. Propuesta metodológica para una difinicón funcional de ruralidad. In: Dirven M et al. *Hcia una nueva difinición de "rural" con fines estadísticos en América Latina.* Santiago de Chile: CEPAL; 2011.

Cecílio LCO. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? *Saude soc.* 2012;21(2):281-289.

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública.* 1997;13(3):469-478.

Cepal. *Hacia una nueva definición de “rural” con fines estadísticos en América Latina.* Santiago do Chile: CEPAL, 2011.

Chomitz KM, Buys P, Thomas TS. *Quantifying the rural-urban gradient in latin amaerica and the caribbean.* s.l.: World Bank, 2005. Research-Working Paper 3634.

Cohn A. Políticas de Saúde: Implicações e Fatos. In: Campos GWS et al. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec/Fiocruz; 2006.

Cortes SV. *Participação e Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

Cortes SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: consehos e conferências no Sistema ùnico de Saúde. *Sociologias.* 2002;(7):18-49.

Cotta RMM et al. A Satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Sci Med.* 2005;15(4).

Dalmaso ASW et al. O Vale do Ribeira entre 1970 e 1990: saúde, educação, plítica e participação de sujeitos. In: Mota A, Marinho MG. *Práticas Médicas e de Saúde nos Municípios Paulistas: A história e suas interfaces.* São Paulo: USP Faculdade de Medicina/CDG Casa de Soluções e Editora; 2011.

Delgado NG et al. Tipologias de ruralidades em agências multilaterais e organismos internacionais selecionados. In: Miranda C, Silva H. *Concepções da ruralidade contemporânea:* as singularidades brasileiras. Brasília: IICA; 2013, Vol. (Série Desenvolvimento Rural Sustentável; v. 21), p. 476.

Diegues AC. A História Caiçara de Cananéia. In: Chiquinho CR. *Saberes Caiçaras:* A cultura Caiçara na História de Cananéia. São Paulo: Páginas das Letras Editora e Gráfica; 2007.

Diegues AC. *O Mito Moderno da Natureza Intocada.* São Paulo: Hucitec; 1998.

Diegues AC. *O Vale do Ribeira e Litoral de São Paulo:* meio ambiente, história e população. São Paulo: s.n.; 2007. Texto originalmente preparado para o CENPEC.

Escorel S, Bloch RA. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: Lima NT et al. *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008a.

Escorel S. Saúde: uma questão nacional. In: Teixeira SF (org.). *Reforma Sanitária em busca de uma teoria.* 3. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2006.

Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima NTL. *Saúde e Democracia:* história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Fausto MCR. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema ùnico de Saúde:* uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.

Ferranti D et al. 2005. *Beyond the city: The Rural Contribution to Development.* Washinton DC: World Bank, 2005. Vol. III Series.

Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* 2a ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

Fleury S. *Reforma sanitária:* em busca de uma teoria. 3a ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde coletiva; 2006.

Fontenelle LF. Mudanças Recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise Crítica. *Rev. Bras. Med. Fam. Com.* 2012;7(22).

Gaskell G. Entrevistas Individuais e Grupais. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com Texto, Imagem e Som* - Um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2008.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

Giovanella L et al. Atención primaria de salud en Suramérica: Reorientación hacia el cuidado integral. In: Giovanella L (Org.). *Atención prkmaria de salud en Suramérica.* Rio de Janeiro: ISAGS: UNASUR; 2015, p. 298.

Giovanella L et al. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras. Nota técnica 05/2015. [citado em março/2016] disponível em http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf

Giovanella L et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* 2a ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 1100.

Giovanella L et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciên. Saúde Coletiva.* 2009;14(3)783-794.

Gomes KO et al. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, no muncípio de Paula Cândido (MG), 1992-2003. *Ciên. Saúde coletiva.* 2009;14(supl1):1473-1482.

Hartley D. Rural Health Disparities, Population Health, and rural Culture. *Am J Public Health.* 2004;94(10).

Hochman G, Arretche M, Marques E. *Políticas Públicas no brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 398.

Ibanez N et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciên. Saúde coletiva.* 2006;11(3):683-703.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico;* 2010.

Kageyama A. Desenvolvimento Rural: conceito e media. *Cad. Ciên. Tecnol..* 2004;21(3):379-408.

Katrein F et al. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública.* 2015;31(7)1416-1426.

Kayser B. *La renaissance rurale. Sociolgie des comapagnes du monde occidental.* Paris: Edtion A. Colin; 1990. p. 316.

Kitzinger J Grupos Focais. In: Pope C, Mays N. *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.* 3a ed. tradução de Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Lago ERL, Cruz RB. Atención Primaria de salud y medicina general integral y medicos de familia. In: Sintes RA. *Medicina General Integral. Salud y medicina.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

Levolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do Grupo Focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enf USP*. 2001;35(2)115-121.

Lima MC. *Cartilha a Estratégia de Saúde da Família e a Organização dos Conselhos Locais de Saúde.* Pirassununga: Lawbook, 2011.

Lima MC. Saúde de Populações Quilombolas. In: Augusto DA, Umpierre RN. *PROMEF Ciclo 6 Modulo 3.* Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2011.

Lima NT, Fonseca C, Hochman G. A Saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: Lima NT et al. *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Magdalena BC. *Parteiras Caiçaras: relatos e retratos sobre parto e nascimento em Cananéia, SP*. Londrina: Idealiza Gráfica e Editora; 2011. p. 64.

Marques MIM. O conceito de espaço rural em questão. *Terra Livre.* 2002;19:95-112.

Marschner W. Lutando e ressignificando o rural em campo: notas epistemológicas. *Interações (Campo Grande).* 2011;12(1):41-52.

Masanet E, Hernández-Plaza S, Padilha B. Competência cultura dos(as) médicos(as) latino-americanos (as) na prestação de cuidados de saúde em Portugal: Algumas notas preliminares. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadania.* 2012;1(1).

Mello GA. Revisão do Pensamento Sanitário foco no Centro de Saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Mendes EV. *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.* Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; 2015.

Miranda C, Silva H. *Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras.* Brasília: IICA; 2013. p. 476 p. 21 x 21 cm. Vol. (Série Desenvolvimento Rural sustentável; v. 21).

Nunes ED. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: Campos GWS et al. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Hucitec/Fiocruz; 2006.

Oliveira EM et al. 2015. Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. *Saúde Sociedade.* 2015;24(3):901-913.

Pagliuca LM, Maia ER. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. *Rev. Bras. Enferm.* 2012;65(5)849-55.

Penn LD. *Report on the Future Provision of Medical and Allied Services.* 1920.

Pereira AMM et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. *Saúde debate.* 2012;36(94)482-499.

Pope C, Ziebland S, Mays N. Analisando dados qualitativos. In: Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.* Tradução de Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Artmed Editora S.A.; 2009.

Postai OJ. O Sistema de Saúde no Brasil. In: Duncan B. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência.* Porto Alegre: Artmed; 2004.

Prates LA et al. A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. *Cad. Saúde Pública.* 2015;31(12):2483-2492.

Preston R et al. Community participation in rural primary health care: intervention or approach? *Aust J Prim Health.* 2010;16(1):4-16.

Ribeiro MCSA, Barata RB. Condições de Saúde da População Brasileira. In: Giovanella L et al. *Políticas e sistema de Saúde no brasil.* 2a ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Cebes; 2012.

Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005;13(6):1027-34.

Sampaio LFR, Mendonça CS, Lermen Júnior N. Atenção Primária à saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e comunidade:* princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012.

Santana ML, Camagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saude e soc.* 2001;10(1):33-53.

Schmidt MLS, Neves TFS. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho.* 2010;13(2):225-240.

Silva AL, Kern FA. Atenção primária à saúde em áreas de assentamentos. In: Augusto DK, Umpierre RN. *Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade.* Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora; 2006, Vol. Ciclo 7 vol 1, p. 160.

Silva A. Medicina de Família em Assentamentos. *PROMEF Ciclo 7 Modulo 1.* Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2012.

Silva CR, Gobbi BC, Simão AA. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Orgn. rurais agroind.* 2005;7(1):70-81.

Silva JA, Gonçalves RBM, Goldbaum M. *Atenção Primária de Saúde:* avaliação da experiência do Vale do Ribeira. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria Geral, Secretaria de Ciência e Tecnologia; 1986.

Silveira RP. Indígenas: por uma atenção diferenciada. In: Augusto DK, Umpierre RN. *Programa de Atualização em Medicina e Família e Comunidade (PROMEF).* Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora; 2006, Vol. Ciclo 7 vol 2, p. 168.

Starfield B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde, uma nova proposta. *Saude soc.* 2011;20(4):927-934.

Targa LV. Área Rural. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família.* Porto alegre: Artmed; 2012.

Targa LV. Medicina de Família e Comunidade em áreas rurais. *PROMEF - CICLO 6 - MÓDULO 1.* Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2011.

Targa LV. Intercultural Competence in Rural Medical Practice. In: Wonca. *Wonca Rural Medical Education Guidebook.* Bankok: Wonca, 2014.

Targa LV et al. Declaração de Gramado pela saúde rural nos países em desenvolvimento [on-line]. *Rev. Bras. Med. Fam. Com.* 2014;9(32)292-294 [citado dia mês ano]. Disponível em: http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/982>

Uchoa AC et al. Avaliação da Satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis.* 2011;21(3):1061-1076.

Vasconcellos MPC. Reflexões sobre a saúde da família. In: Mendes EV. *A organização da Saúde no nível Local.* São Paulo: Hucitec; 1998.

Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistma Único de Saúde. in: Campos GWS (org.) et al. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz; 2006.

Veiga JE. *Cidades imaginárias:* o Brasil é menos urbano do que se calcula. Campinas: Autores Associados; 2002.

Viana ALD'Á, Dal Poz MR. A Reforma do sistema de Saúde no brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis.* 1998;8(2):11-48.

Volochko A. Quilombos e Saúde no Estado de São Paulo. In: Volochko A, Batista LE. *Saúde nos Quilombos.* São Paulo: Instituto Saúde; 2009.

Wonca. *Working Party on Rural Practice Policy on quality and Effectiveness of rural Health care.* Monash Univiersity Scholl of Rural Health. Traralgon, Victoria: s.n.; 2003.

Wonca. World Organization of family Doctors. *Training for rural General Prectice.* College of Family Physicians Singapore. Singapura: s.n.; 1995.

Yin RK. *Estudo de caso planejamento e métodos.* 3a. ed. Porto Alegre: bookman; 2005.