UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Processos de apropriação da prática na construção do cuidado em saúde, sob a perspectiva de usuários do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento/MG.

EDWARD MEIRELLES DE OLIVEIRA

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2009

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Processos de apropriação da prática na construção do cuidado em saúde, sob a perspectiva de usuários do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento/MG.

EDWARD MEIRELLES DE OLIVEIRA

MARCO ANTONIO DE CASTRO FIGUEIREDO

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

RIBEIRÃO PRETO - SP

2009

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Edward Meirelles.
Processos de apropriação da prática na construção do cuidado em saúde, sob a perspectiva de usuários do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento/MG. Ribeirão Preto, 2009.
160 p.: il.; 30 cm

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação.
Orientador: Figueiredo, Marco Antonio de Castro.

1. Programa de Saúde da Família. 2. Saúde Coletiva. 3. Comunidades Rurais. 4. Metodologia Qualitativa.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Edward Meirelles de Oliveira

Processos de apropriação da prática na construção do cuidado em saúde, sob a perspectiva de usuários do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento/MG.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia

Aprovado em: _____/ _____/ _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. (a)_____

Instituição: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. (a)_____

Instituição: _____Assinatura: _____

Prof. Dr. (a)_____

Instituição: _____Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Célio Rodrigues de Oliveira e Zulena Alves Meirelles, que apesar das dificuldades da vida, me ensinaram os verdadeiros valores do ser humano, fundamentais na direção da solidariedade e responsabilidade pessoal e social.

À Alyne Lorys Amaral Santos, com quem tenho aprendido muitas formas de amar e que trouxe para minha vida, um tanto de doçura, carinho e cumplicidade, formas sutis e refinadas de sabedoria; muito obrigado pelo acolhimento de minhas ansiedades, intolerâncias e ausências, durante o período de produção dessa dissertação.

A toda minha família, "elementos" indispensáveis na minha vida.

A todas as famílias da zona rural de Sacramento. Este trabalho pertence a vocês.

AGRADECIMENTOS

Ao professor Marco Antonio de Castro Figueiredo, querido Marquinho, amigo-orientador e orientador-amigo, que algumas vezes também me desorientou, que confiou e confia em mim mais do que o necessário e a quem espero ter correspondido pelo menos em parte.

Aos meus irmãos, Edilson Meirelles de Oliveira e Zuceila Meirelles de Oliveira, pela torcida e apoio. Vocês são muito importantes em minha vida, que DEUS os abençoe.

À Vilmara e Luiz, por cuidarem de meus irmãos e acreditarem em mim.

À Bianca Meirelles, minha sobrinha, que com apenas nove meses me traz enorme alegria.

Aos amigos, Elisangela Aparecida Felipe, Samira Alessandra Reis, Haroldo da Silva Santana, Bergson Evangelista dos Santos, Diolinda Maria Pereira, Ivana Candida Leite Cunha, Isabel dos Reis Camargo e Patrícia Magnabosco, pela amizade, compreensão, ensinamentos, incentivo e apoio incondicional durante todo o percurso desta difícil caminhada. Muito obrigado por me acolherem e acreditar!

À Dona Luci Amaral e Julinho Santos, pelo exemplo de superação e força de vontade, também pelo carinho e respeito com que me acolheram em sua família.

À Ana Roberta Lopes Freire Ferreira, a quem quero expressar agradecimentos, mas para os quais não encontro palavras. As marcas que ficaram em mim de nossa convivência me impõem transformações. Agradeço a oportunidade de convivência e aprendizado do viver à vida, com alegria, coragem e entusiasmo de uma criança que vibra intensamente cada momento.

À Ana Carolina Lopes Freire Ferreira e Dona Tatiana, pelo incentivo, apoio e carinho incondicional.

Às queridas Maria José Bistafa Pereira e Maria Suely Nogueira, pelos ensinamentos, amizade e carinho. Ter vocês como amigas e professoras é realmente uma grande honra.

Ao amigo, mesmo distante, mas sempre presente, Samuel Sá Marques.

Ao Centro Universitário do Planalto de Araxá, pelo apoio financeiro durante o cumprimento dos créditos. A todos os amigos da família Uniaraxá, em especial à querida Viviane Ayumi Leite Agari da Silva pelo companheirismo e acolhimento de minhas ansiedades.

A todos os docentes da pós-graduação e funcionários da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Aos membros da banca de qualificação, Profª. Drª. Maria José Bistafa Pereira e Prof. Dr. José Marcelino de Rezende Pinto, que aceitaram avaliar o meu trabalho e agregaram imenso valor a ele, com suas valiosas sugestões.

Aos amigos, Lícia, Lupércio, Marina, Rosana e Dário, pelo carinho, orientações, amizade e companheirismo.

Aos amigos, Ederson Bisinoto, Tatiane Mota, Romina, Roberta, Flavinho e a todos os funcionários da Superintendência Municipal de Saúde de Sacramento, pela acolhida e confiança.

Ao Ederson Bisinoto, pela amizade, revisão e sugestões.

Aos amigos, Dr. Pedro Teodoro Rodrigues e Wesley de Santi de Melo, pela confiança, respeito e por acreditarem que as mudanças podem ser pra valer!

Aqui, gostaria de tecer um agradecimento muito especial à Elisangela Aparecida Felipe e a Ivana Candida Leite Cunha, primeiro, por acreditarem e defenderem juntamente comigo que com compromisso e vontade política o SUS é viável, segundo, pelo carinho, companheirismo e solidariedade nos momentos finais de execução desta dissertação, terceiro, pelo privilégio e oportunidade de partilhar com vocês o aprendizado contínuo na luta pela constituição de um serviço público de saúde em defesa da vida dos usuários. Vocês têm me ensinado a ser mais persistente em nossas lutas e em "minhas lutas"...

Penso ser importante agora não nomear pessoas nesse espaço de agradecimento, aproveitando para agradecer a todos que direta ou indiretamente participaram desta construção.

A todos, muito obrigado!

RESUMO

OLIVEIRA, E. M. **Processos de apropriação da prática na construção do cuidado em saúde, sob a perspectiva de usuários do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento/MG.** 2009. 160f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

Implantado em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF), vem buscando garantir o acesso equânime à saúde a partir de um modelo que tem como princípios básicos: a integralidade, hierarquização, territorialização, equipe multiprofissional e o caráter substitutivo do modelo de assistência à saúde. A tradução destes princípios na prática, nem sempre efetiva, tem sido discutida, principalmente no que diz respeito ao seu caráter substitutivo. Nesse sentido, o presente estudo, enquadrado no campo da saúde coletiva, foi realizado junto aos usuários de famílias adscritas a uma equipe rural do PSF de Sacramento/MG. O objetivo foi identificar elementos para sistematizar determinantes do processo de apropriação pela comunidade, sobre o trabalho conjunto de profissionais de saúde, no contexto do atendimento junto ao PSF. Os dados foram obtidos em grupos focais compostos por representantes das famílias de três comunidades rurais – microáreas – da área de abrangência do PSF Rural. A análise das entrevistas grupais foi processada via identificação de conteúdos *ex post facto*, agrupados em categorias temáticas, relacionadas ao processo de apropriação do trabalho oferecido pelo PSF. Tais resultados foram analisados à luz do referencial teórico da saúde na comunidade. Quatro categorias temáticas agruparam alguns determinantes ligados ao objetivo do trabalho: A) *Disponibilidade*, em que foram reunidos os conteúdos sobre a quebra de barreiras para o atendimento e acesso aos serviços prestados, tendo o *Rapport* como facilitador do vínculo com o usuário. B) *Acesso a Recursos*, crenças e representações voltadas à avaliação dos elementos necessários à atenção primária à saúde e com a garantia de serviços secundários e terciários. C) *Condições Materiais*, relacionadas à vulnerabilidade social e processos de anomia frente à manutenção das conquistas, dada à falta de organização e depreciação dos espaços coletivos para promoção da saúde. D) *Movimento Social*, relacionado à politização/apropriação do trabalho coletivo e à legitimidade do convívio entre a equipe e a comunidade. Considerando as crenças e representações identificadas, observamos que a compreensão da práxis é balizada pela vinculação do trabalho com os componentes históricos, políticos, ideológicos e culturais que a determinam. O enfrentamento do processo saúde-doença pela comunidade aliada à Equipe de Saúde da Família envolve outros elementos além do conhecimento técnico, o que determina uma simetria no vínculo profissional-paciente, viabilizando a construção conjunta das condições do trabalho em saúde. Assim, a sistematização da aprendizagem informal decorrente da atuação conjunta representa uma alternativa à superação do modelo hegemônico em saúde e de reorientação do ensino em saúde no sentido de favorecer a atuação profissional voltada para os aspectos psicossociais do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família. Saúde Coletiva. Comunidades Rurais. Metodologia Qualitativa.

ABSTRACT

OLIVEIRA, E. M. **Appropriation processes of practice in health care construction, under the user's perspective of the Rural Family Health Program from the city of Sacramento, state of Minas Gerais, Brazil.** 2009. 160f. Dissertation of Master's degree – Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, Brazil, 2009.

Established in 1994, the Family Health Program (PSF), today called Family's Health Strategy (ESF), is trying to guarantee an equal access to health through a model that has as basic principles: the integrability, hierarchization, territorialization, multiprofessional group and the substitutive character of health assistance. The translation of these principles in practice, not always effective, has been discussed, especially in what concerns to its substitutive character. In this sense, the present study, comprehended at the field of collective health, was accomplished close to the users of families inscribed on a rural group of the PSF from the city of Sacramento, state of Minas Gerais, Brazil. The aim was to identify elements to systematize causal factors of the appropriation process by the community, over the joined work of the health area professionals, attending at the Family Health Program (PSF). The data were got in focused groups composed by family representatives from three rural communities – microareas – from the Rural Family Health Program scope. The analysis of the grouped interviews was processed by *ex post facto* contents identification, gathered in thematic categories, related to the work appropriation process offered by the Family Health Program. These results were analyzed according to the theoretical reference of health at community. Four thematic categories gathered some determinants joined these work aims: A) *Availability*, in which were gathered contents about the breaking barriers of attendance and access to health services, having the *Rapport* as a facilitator of the bond with the user. B) *Resource Access*, beliefs and representations toward to evaluation of necessary elements to primary health care and with guarantee of secondary and tertiary services. C) *Material Conditions*, related to social vulnerability and anomie before the maintenance of the conquests, due the absent organization and depreciation of the public spaces of health promotion. D) *Social Movement*, related to politicization/collective work appropriation and the legitimacy of the relationship between the professional group and the community. Considering the beliefs and representations identified, it's observed that the practice comprehension is oriented by the work entailment with historical, political, ideological and cultural components which determine them. The community facing of the health-disease process combined to the Family Health Group involves other elements besides the technical knowledge, what determines an entailed symmetry between the professional and the patient, making feasible the conjunct construction of the work in health conditions. Thus, the informal learning systematization resulting from the conjunct labor represents an alternative to the overcome of the health hegemonic model and reorientation of the health teaching in the sense of facilitate the professional actuation faces to psychosocial aspects of the health care.

Keywords: Family Health Program. Collective Health. Rural Communities. Qualitative Methodology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Dados Gerais do Município de Sacramento 56

Quadro 2 - Êxodo Rural em Sacramento 61

Mapa 1 - Município de Sacramento com a localização da cidade, microáreas e povoados onde o estudo foi realizado 63

Quadro 3 - Distância entre os povoados e a cidade 64

Mapa 2 - Mapa esquemático da comunidade Santa Bárbara 71

Figura 1 - Genograma ampliado..... 72

Figura 2 - Ecomapa da equipe em 15/09/2004..... 74

Figura 3 - Organograma da Categoria I – Disponibilidade 94

Figura 4 - Organograma da Categoria II – Acesso a Recursos 102

Figura 5 - Organograma da Categoria III – Movimento Social 108

Figura 6 - Organograma da Categoria IV – Condições Materiais..... 116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das Microáreas/locais de atendimento, estrutura, número de famílias e pessoas atendidas pelo PSF Rural de Sacramento/MG, 2008..... 65

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO – Fugindo aos protocolos 25

1. INTRODUÇÃO – O despertar para o problema: um paradigma a ser superado na procura de um modelo anunciado 35

2. OBJETIVOS 47

3. MATERIAL E MÉTODOS 51

3.1. Local do estudo 53

3.1.1. Aspectos históricos 53

3.1.2. Características geográficas e demográficas 56

3.1.3. Características sócio-econômicas 57

3.1.4. Manifestações culturais 58

3.1.5. Na educação e na religião 59

3.1.6. Os povoados da zona rural 60

3.1.7. A infra-estrutura do serviço de saúde 62

3.2. O contexto do estudo 62

3.2.1. Os povoados como microáreas 62

3.2.2. A caracterização de uma das microáreas 66

3.2.3. A equipe do PSF rural: uma equipe ampliada 67

3.2.4. A rotina de trabalho da equipe 69

3.2.5. Os instrumentos de trabalho da equipe 70

3.2.6. Os Aliados 75

3.2.7. A Vivência Rural 76

3.2.8. Agenda da Saúde 78

3.3. Delineamento do estudo 78

3.4. Coleta de dados 79

3.4.1. O grupo focal como técnica de coleta de dados 80

3.4.2. Os participantes do estudo 81

3.4.3. A composição dos grupos, quantidade e número de encontros 82

3.4.4. A organização dos encontros e a moderação dos grupos 85

3.4.5. O guia de discussão 86

3.5. Tratamento dos dados 87
3.6. Questões éticas para a realização do estudo 88

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 91
4.1. Categoria I – Disponibilidade 94
4.2. Categoria II – Acesso a Recursos 102
4.3. Categoria III – Movimento Social 108
4.4. Categoria IV – Condições Materiais 116

5. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS 123

REFERÊNCIAS 129

APÊNDICES 139

ANEXOS 149

APRESENTAÇÃO

Fugindo aos protocolos.

"Se alguém pergunta o porquê do se fazer, responde-se o porquê do perguntar. O tecer não tem um porquê, enquanto ato de entrelaçar".
Além de Olinda – José Eduardo Gramani.

Permitam-me, inicialmente, relatar como cheguei a esta dissertação e o que me moveu como pesquisador em direção ao objeto da presente pesquisa. Falarei, portanto, do meu desejo, de como ele surgiu e se transformou ao longo de minha, ainda curta, vida profissional.

Um começo para tudo? Em 2002, quando cursava o último ano da graduação no curso de enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP / USP), deparei-me com uma dúvida que com certeza, sua resposta, direcionaria por caminhos diferentes toda a minha vida profissional.

Fazer ou não mestrado no Departamento de Bioquímica, Parasitologia e Imunologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP)? Esse seria o caminho mais lógico após dois anos de trabalho como bolsista de iniciação científica neste departamento, ora inoculando solução fisiológica (salina), *Leishmanias* selvagens e *Leishmanias* tratadas com lactacistina em camundongos em um estudo de caso controle; ora realizado a dosagem do cálcio intracelular através da espectrofluorometria na transformação da forma trypomastigota (extracelular) do *Trypanosoma cruzi* para a forma amastigota (intracelular) em meio isento de células; ou ainda nas monitorias de imunologia aos alunos de graduação do curso de enfermagem. Tudo, sob a orientação exigente e atenta do professor e amigo Dr. Francisco Juarez Ramalho Pinto, como ele gostava de dizer: "meu pai em ciência", com o apoio e amizade incondicional da professora Maria Suely Nogueira e cuidados zelosos da "nossa" querida técnica de laboratório Denise Brufato Ferraz.

Concomitante aos trabalhos de imunologia no Departamento de Bioquímica e a convite da Professora Maria José Bistafa Pereira (carinhosamente, Zezé), aproximei-me do

Departamento Materno Infantil e Saúde Pública (MISP), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), participando como entrevistador na pesquisa de "Práticas Alimentares no Primeiro ano de Vida" da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

Aproximando-me deste departamento foi possível participar de discussões acaloradas em relação à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua defesa; sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia de operacionalização da APS; também era foco de discussões a gestão dos serviços de saúde; as reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e os "combates" entre usuários, governantes, funcionários e representantes dos prestadores de serviços ao SUS. Desde então, passei a nutrir com esse departamento uma estreita relação, em especial, com a querida Zezé Bistafa.

Como já é possível ao leitor desta dissertação deduzir, não fiquei com a bioquímica/imunologia e nem com a pesquisa quantitativo-analítica, deixei para traz o laboratório, as *Leishmanias*, os *Trypanosomas cruzi* e a espectrofluorometria para mergulhar na Saúde Pública.

Desisti do ingresso direto no mestrado para trabalhar como enfermeiro, em Sacramento - MG, minha terra natal, onde assumi em 2003 a função de Coordenador da Seção de Vigilância Epidemiológica após aprovação no concurso público realizado no final do ano de 2002.

Em Sacramento, com muita disposição para iniciar minha vida profissional, fui acolhido e apadrinhado pela querida Isabel dos Reis Camargo, enfermeira e gestora do SUS daquela cidade, que me atribuiu total autonomia e confiança para recomeçar um trabalho de reestruturação da Seção de Vigilância Epidemiológica, iniciado por outra enfermeira, Ivana Candida Leite da Cunha, que naquele momento estava encarregada da estruturação do serviço de Saúde Mental no município, ambas, exemplo de profissionalismo e competência técnica, com quem teci minhas primeiras parcerias no serviço. Aqui não posso deixar de citar dois grandes amigos e apoiadores na tarefa de reestruturação da vigilância, o educador em saúde

Bergson Evangelista dos Santos e a fiscal sanitária, Diolinda Maria Pereira, graças a eles o nosso trabalho frente à Vigilância Epidemiológica de Sacramento foi reconhecido, por três anos consecutivos, pela Diretoria Regional de Saúde (DRS) de Uberaba.

No mesmo período, vieram para Sacramento dois outros profissionais, da mesma forma que eu, com muito entusiasmo e mil idéias na cabeça. Um era o Dr. Haroldo da Silva Santana, médico, com várias experiências comunitárias em seu currículo, que experimentava e me permitiu experimentar a saúde como define Wong-Un (2002), "uma forma de criação poética, uma transcendência e uma oportunidade constante de aprendizados meta-racional". Santana, impulsionado por conhecimento e intuições, faz do seu atuar profissional como médico o exercício terno da criação de emoções positivas e conhecimentos engajados junto aos denominados "Outros Comunitários", tão diversos, tão ricos e tão pouco reconhecidos. A outra profissional era Elisangela Aparecida Felipe, assistente social, que se tornou uma grande amiga e companheira de luta no Conselho Municipal de Saúde de Sacramento. Com seu conhecimento e empenho pelas causas sociais, me ofereceu uma visão mais abrangente, inspirada em uma atuação em nível dos determinantes da saúde ou determinantes de vida das pessoas, me enriqueceu e me permitiu um distanciamento da arrogância do saber biomédico, apesar de muitas e constantes recaídas.

Com esses dois profissionais mais que uma parceria, construímos uma aliança, nosso primeiro trabalho em conjunto foi uma análise do perfil de saúde baseado no Sistema de Informação sobre Mortalidade em Sacramento. Surgiu, então, a idéia da constituição de um grupo de estudos, onde uma vez por semana nos reuníamos pra discutir outros trabalhos e temas da sociologia, antropologia, ciências sociais, etc.

Logo em seguida, Santana assumiu a sua função como médico do PSF rural, afinal esse era o propósito da gestão ao trazê-lo para Sacramento. Após o reconhecimento da área e microáreas que compunham o PSF, nos propôs um trabalho a exemplo da "Saúde no

Mato", projeto executado em Carbonita (MG), que se iniciou quando ele atuava como médico naquela cidade e que consistia em que alunos do Internato em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), também conhecido como Internato Rural, fossem para determinada comunidade rural e lá permanecessem por 3 a 6 dias visitando todos os domicílios da comunidade e promovendo assistência à saúde aos que encontravam.

Sem dúvidas, Elisangela e eu aceitamos prontamente o desafio e dessa forma, mas com uma formatação diferente, surgiu a "Vivência Rural", naquele primeiro momento contávamos com o apoio de Jaqueline Demeterco, enfermeira da equipe rural do PSF, mas que por suas razões não permaneceu conosco nas atividades da zona rural e passou a atender em uma das equipes urbanas do PSF. Para seu lugar, aprovada em concurso, assumiu a enfermeira Samira Alessandra Reis, com ela, formamos o que alguns apelidaram de "Quarteto Fantástico" – com bastante exagero, é claro! Vale destacar que Samira se mostrou, além de grande amiga e companheira nesta caminhada, mais um exemplo memorável de competência técnica, de amor à profissão, aos usuários do SUS e ao próprio SUS.

Mas, para o que estava por vir faltava o tempero especial e esse nos foi dado pelo empenho e aliança com as agentes comunitárias de saúde que conseguiram fazer com que as comunidades rurais, em número de seis, coincidentes com as microáreas, nos reconhecessem como iguais. Com certeza, sem Dona Maria das Graças, Sandra, Vicentina, Ana Maria, Dona Maria Batista, Lúcia e Rosana a "Vivência Rural" não teria acontecido.

Na Vivência Rural, que falaremos um pouco mais a frente, a equipe de saúde da família visitava todas as casas, percorrendo a pé e pernoitando nas comunidades de Santa Bárbara, Bananal, Quenta Sol, Jaguarinha, Desemboque e Sete Voltas, convivendo em cada comunidade por três a sete dias. Tratava-se de manter corações e mentes abertos à realidade, dispostos a entender, a partir da reflexão e do debate interno à equipe, mas também da

interação e da discussão com a comunidade, o modo de andar a vida daquelas pessoas e a relação com o adoecer.

A atuação na Vivência demandou um enorme esforço por parte de toda a equipe de saúde: médico, enfermeiros, assistente social, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, posto que os limites de nossas formações não concebem o cotidiano das pessoas, com suas linhas de fuga e relações com a saúde, como elemento na atuação das equipes; a voz, o espaço de expressão e a ação conjunta com os usuários abriu a oportunidade para a elaboração de novas prioridades, como a busca por uma compreensão mais integrada das necessidades humanas, com seus desdobramentos familiares e comunitários.

Os resultados deste trabalho não demoraram a aparecer! Além de reconhecido pela população o trabalho foi duas vezes premiado, uma pelo Pólo de Capacitação Permanente da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com o prêmio de Qualidade na Atenção Básica e outra pelo Ministério da Saúde com o prêmio David Capistrano, da política nacional de Humanização do SUS, este último, destinando 50.000 reais à Secretaria de Saúde de Sacramento para investimentos na Vivência Rural.

Infelizmente, toda esta nossa atuação na Vivência acabou nos tornando visíveis, inclusive, em um ambiente que nós não freqüentávamos, o da política partidária. Em 2005, instaurou-se pelo candidato vencedor das eleições realizadas no ano anterior, um processo de desmobilização do trabalho e perseguição dos profissionais, o que nos levou (Elisangela, Samira, Santana e eu), um ano após a posse deste prefeito, a pedirmos demissão de nossos cargos e seguir novos caminhos fora de Sacramento.

Particularmente, comecei a ministrar aulas para o curso de enfermagem no Centro Universitário do Planalto de Araxá, a 78 km de Sacramento, concomitantemente Santana e eu ingressamos no mestrado, ele no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP e eu no Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de

Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da mesma instituição. Em nossas dissertações, optamos por trabalhar com os moradores da zona rural de Sacramento que haviam participado da Vivência Rural e que reivindicavam a continuidade do trabalho. Tal situação nos levou, agora sim, a freqüentar e atuar no ambiente da política partidária de Sacramento. Nesse sentido, filiei-me no Partido Verde (PV) que apoiou o candidato do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), que poucos meses antes das eleições contava apenas com 9% das intenções de votos, mas que, em campanha memorável, deslocara as oligarquias que ocupavam o poder local havia décadas.

Neste processo participei ativamente como candidato a vereador, apoiado por Santana, Elisangela, Patrícia Magnabosco, Samira e Ivana; não ganhei como vereador, mas após as eleições fui convidado a assumir a Superintendência de Saúde de Sacramento, cargo que assumi dia primeiro de janeiro de 2009, juntamente com a ansiedade em terminar meu mestrado e em relação aos desafios que estavam por vir. É claro! Que para essa empreitada convidei Santana, Samira, Elisangela e Ivana, mas por motivos diversos apenas Elisangela e Ivana aceitaram, assim, iniciamos nossa gestão com muitas expectativas e esperanças, sendo a principal a “revitalização” do PSF e o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde na cidade de Sacramento.

Minha dissertação! Já é hora de falarmos um pouco dela. Fundamenta-se na síntese de vivências realizadas, no plano da saúde, enquanto profissional de enfermagem, junto a um Programa de Saúde da Família instalado na zona rural de Sacramento, uma pequena cidade do interior do estado de Minas Gerais. Falar em saúde, após estas vivências, passou a não ser mais falar apenas da enfermagem, mas de suas bases materiais de manutenção e seus desdobramentos para um plano geral do conhecimento, embasado no trabalho realizado dentro de perspectivas que vão além dos paradigmas especializados de uma profissão.

As armadilhas para a realização deste trabalho nos espreitam a cada instante, pois que exige um duplo movimento, o de pesquisador e também sujeito do processo em estudo seja como enfermeiro, seja como trabalhador daquela equipe de Saúde da Família.

Entendemos que o pesquisador não é neutro. Para Weber[1] (1974 apud PEREIRA, J., 2005, p. 156) "a qualidade de um acontecimento está condicionada pelo interesse do conhecimento do pesquisador e por isso ele destaca da imensidade absoluta um fragmento ínfimo a ser analisado". No entanto, esse processo traz mais riscos, pois falamos do sujeito implicado: "o analista é também o analisado" (MERHY, 2004, p. 22).

Em resumo, como nos traz Wong-Un (2002), ao ter uma postura ética e existencial solidária com nossos objetos, as coisas se complicam para conseguirmos uma boa abordagem científica. Como ser cientista e objeto? Como ser parte dos "Outros" e ao mesmo tempo estar separado?

Na verdade, trata-se de um desafio, o de atuar com zonas de cegueira, não alcançando o difícil e desejado espaço da imparcialidade, que para muitos é requisito fundamental de uma boa pesquisa.

Assim, devo esclarecer ao leitor que me coloco, nesta pesquisa, não apenas como o pesquisador ou o observador externo. É bem verdade que tentei, mas logo percebi que minha vinculação ao objeto de estudo era profunda demais para querer apenas observá-lo com "distanciamento crítico". Nesse sentido, como no trabalho de Wong-Un (2002), meu texto não reflete apenas o que vê um pesquisador, mas registra também a visão e até mesmo as práticas de um *ator* do processo que descrevo.

[1]WEBER, M. A objetividade do conhecimento nas ciências sociais e na política. In: **Sobre a teoria das ciências sociais.** Lisboa: Editorial Presença, 1974.

1 INTRODUÇÃO

Nesta seção, tratarei de alguns aspectos sobre o trabalho em saúde e a articulação com alguns conceitos do referencial teórico metodológico da saúde coletiva. Com apoio no materialismo histórico argumentarei em prol de uma nova relação com os sujeitos alvos da atenção ou cuidado em saúde e de uma abordagem ampla das suas vivências e reais necessidades de saúde ou de vida.

1.1. O despertar para o problema: um paradigma a ser superado na procura de um modelo anunciado.

É inegável que no campo das políticas públicas, o setor saúde tem se destacado pela capacidade propositiva de mudanças. Nesse sentido, pode até mesmo ser considerado aquele que mais avançou em termos de reformas administrativas, políticas e organizativas, com a constituição de um modelo de provisão de serviços e ações, em que se destacam instrumentos gerenciais, técnicos e mesmo de democratização da gestão. No entanto, este conjunto de realizações ainda não foi suficiente para garantir a melhoria qualitativa e irreversível do setor, fazendo com que a saúde permaneça à frente das demandas sociais e à mercê de políticas partidárias e interesses particulares. Situação no mínimo paradoxal, onde garantias legais, avanços na mobilização social, na cultura administrativa e na prática gerencial não se traduzem necessariamente na rotina diária dos serviços de saúde (BRASIL, 1996).

Para Levcovitz e Garrido (1996), o setor saúde vem, nos últimos anos, aprimorando o diagnóstico sobre a crise em que se encontra e, com muito menos prodigalidade, apontando algumas perspectivas de saída. Num terreno de conflitos acirrados por discordâncias ideológicas, profissionais e até mesmo éticas, em um ponto o consenso se estabelece, ao menos entre as pessoas de boa vontade: *"é preciso mudar nosso modelo de atenção à saúde"* (pág. 03, grifo nosso).

É crescente a consciência de que a crise da saúde nada mais é que expressão fenomênica de causas mais profundas que têm raízes no modelo de atenção médica vigente, estruturado pelo paradigma flexneriano (MENDES, 1996; CAPRA, 1982).

Para entendermos este paradigma temos que entender que o avanço científico ocorrido a partir do final do século XIX descortinou para a ciência médica uma perspectiva de intervenção inteiramente distinta do passado. A voga do empirismo, da tentativa e erro, passa a ser substituída pelo método científico, no embalo da memorável contribuição de Descartes à ciência. Nesse contexto de grandes descobertas científicas e suas aplicações, observa-se intensa proliferação de práticas assistenciais, o que suscitou um processo de contenção regulamentada das mesmas. Com esse intuito, no início do século XX, nos Estados Unidos, a American Medical Association encomendou uma pesquisa nacional sobre as escolas de medicina com o objetivo de dar a esse ensino uma sólida base científica. Vale observar que se destaca como objetivo paralelo desta pesquisa a canalização gigantesca de verbas de fundações recém estabelecidas – especialmente as concedidas pelas fundações Carnegie e Rockefeller – para algumas instituições médicas cuidadosamente selecionadas (CAPRA, 1982).

Na época, para realizar esta pesquisa, foi comissionado o médico Abraham Flexner, que publicou em 1910, o célebre Relatório Flexner, que promoveu nos Estados Unidos uma profunda reavaliação das bases científicas da medicina, que resultou na redefinição do ensino e da prática médica a partir de princípios tecnológicos rigorosos, que ainda hoje são seguidos. Com sua ênfase no conhecimento experimental de base subindividual, provenientes da pesquisa básica realizada geralmente sobre doenças infecciosas, o modelo conceitual flexneriano reforça a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo (RODRIGUES NETO, 1979[2] apud PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; CAPRA, 1982; MENDES, 1996).

[2] RODRIGUES NETO, E. Integração docente-assistencial em saúde. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP].

É neste contexto que surgem as primeiras escolas de saúde pública, inicialmente nos Estados Unidos e em seguida em vários países, inclusive na América Latina, contando com pesados investimentos de organismos como a Fundação Rockefeller e grande afinidade com as bases positivistas da medicina flexneriana (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; FINKELMAN, 2002; CAPRA, 1982). Dessa forma, consolida-se o paradigma da medicina científica, que orientou o desenvolvimento das ciências médicas, do ensino e das práticas profissionais em toda a área da saúde ao longo do século XX e agora também no início do século XXI.

Vale destacar que o contínuo desenvolvimento científico e tecnológico, com conseqüente diversificação de possibilidades propedêuticas e terapêuticas, conduziu à glória e, paradoxalmente, também à limitação do modelo que hoje apelidamos de flexneriano. A mistificação da conduta médica pela população, a valorização do especialista, a crescente expansão dos gastos pela incorporação de tecnologias associado ao consumo de mais e mais possibilidades de diagnósticos e tratamentos, em contraste com a finitude de recursos para seu custeio, principalmente no caso dos países pobres ou em desenvolvimento, explica esse aparente paradoxo (MENDES, 1996; BARATA, 1997; BERTOLHI, 2002; FINKELMAN, 2002).

Não há dúvidas de que as deformidades e crises do modelo assistencial de saúde são indicadores da presença ou permanência das rigorosas diretrizes do modelo flexneriano, que no Brasil, foram incorporadas principalmente pelo que denominamos de modelo médico-assistencial privatista, hegemônico, com ênfase na medicina curativa, centrado na ótica da doença, do hospital e das formas privadas e predatórias de organização da assistência médico-hospitalar (CORDEIRO, 1996; MENDES, 1996; MATUMOTO, 2003; BERTOLHI, 2002; FINKELMAN, 2002). Levcovitz e Garrido (1996) destacam: “neste modelo hegemônico podemos perceber um processo de objetivação do indivíduo, que se torna passível de atuação basicamente medicalizada e individual” (p. 05).

Como podemos observar essa não é uma crise conjuntural, pois se inscreve na ordem de um processo auto-reprodutivo de uma singular concepção e prática dos serviços de saúde, tratando-se, pois, de uma crise estrutural e que só poderá ser resolvida mediante transformação da prática hegemônica (MARQUEZ; ENGLER, 1992[3] apud MENDES, 2001).

Assim, em nosso entendimento, e em contraposição a esta prática hegemônica, concordamos com a necessidade em deslocar o foco da produção de procedimentos do atual modelo de saúde para a produção de cuidados como nos demonstra Merhy (2002) e este nos parece ser também o ponto central daquilo que o Ministério da Saúde denomina como mudança do objeto de atenção (MATUMOTO et al., 2005).

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo adotada, na história recente de diversos países, para organizar os recursos do sistema de saúde para responderem de maneira apropriada às necessidades de suas populações.

Starfield (2002), autora que constitui referência obrigatória em tal tema, nos traz que em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembléia Mundial de Saúde instou todos os paises membros a definir e pôr em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar a meta de "Saúde para Todos" no ano 2000. Esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da Atenção Primária.

Mas, é em 1978, na Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, sob o patrocínio da Organização Mundial da Saúde - OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância – *Unicef*, que se dá a catalogação da Atenção Primária à Saúde como doutrina universal. Esta conferência definiu também como elementos essenciais da APS à educação sanitária; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e dos danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a

[3] MARQUEZ, P. V.; ENGLER, T. Crisis y salud: reto para la década de los 90. Méd. Sal., v. 24, p. 7-26. 1992

promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização da medicina tradicional (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002). O consenso alcançado nesta Conferência foi confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde em sua reunião subseqüente, em maio de 1979. Em termos textuais, em livre tradução do original, a APS foi conceituada como:

> Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo e atenção continuada à saúde (OMS, 1978, p. 13).

No entanto, são várias as interpretações, concepções e propostas da atenção primária à saúde, que convivem e até mesmo divergem entre si (VASCONCELOS, 1999; MENDES, 2002; GOULART, 2002). Tais variações se explicam, ademais, pela história de como se gestou e evoluiu esse conceito e pela ambigüidade de algumas de suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais, pelo uso diferenciado que fazem do termo atenção primária à saúde algumas escolas do pensamento sanitário e pela tentativa de se instituir uma concepção positiva do processo saúde-doença em momento de nítida hegemonia de uma concepção negativa da saúde (MENDES, 2002; GOULART, 2002).

Diante de tais elementos, e com a preocupação de sistematizar nosso trabalho, utilizaremos neste texto, a interpretação da APS como *estratégia de organização do sistema de serviços de saúde*. Nesta interpretação, de acordo com Mendes (2002), APS significa:

> Uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (p.10).

O mesmo autor nos dá os elementos para justificar nossa escolha, quando diz:

> [...] esta "é a interpretação mais correta do ponto de vista técnico; é a mais ampla, podendo conter, dentro de sua significação estratégica, as outras concepções mais restritas; é perfeitamente factível e viável no estágio de desenvolvimento do Brasil e com o volume de gasto público em serviços de saúde que, aqui, se despende. Agregue-se a isso o fato de que o Ministério da Saúde propõe como política nacional de atenção primária à saúde a Estratégia de Saúde da Família (ESF), denominado Programa de Saúde da Família (PSF). (Ibid., p. 11)".

Certamente, no Brasil, o PSF, lançado em 1994, representa a proposição de mais largo alcance para a organização da Atenção Primária à Saúde já posta em prática.

A estratégia de saúde da família (ESF) foi proposta como forma de resposta à crise da saúde e tentativa de quebrar a lógica tradicional de prestação de serviços médico-centrada, biologicista e com ênfase na produtividade. Propõe uma prática assistencial em equipe, centrada nas necessidades da população, considerando-a como partícipe do processo de produção de ações em saúde, suportada por um conhecimento originado na participação social (MATUMOTO, 2003).

Esta estratégia tem sido seguida por inúmeros municípios brasileiros e atingiu em 2007, de acordo com o Ministério da Saúde[4], a existência de 27.324 equipes de Saúde da Família implantadas, num total de 5.125 municípios, representando uma cobertura de 46,6% da população brasileira.

Para o Ministério da Saúde o PSF visa à reversão do modelo assistencial vigente. "Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do *objeto* de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em *novas bases e critérios*." (BRASIL, 1998, p. 8, grifo nosso).

Nesse sentido, o PSF é uma proposta substitutiva de reestruturação do modelo, onde se pretende tratar do indivíduo como sujeito integrado no seu entorno, a partir de ações

[4] http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#numeros acesso em 12 de outubro de 2008.

que valorizem essa dimensão mais globalizante. A importância estratégica do PSF está justamente no fato dele conseguir substituir a porta de entrada do sistema por uma outra interface, que não seja isolada do restante deste sistema (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

Portanto, a Saúde da Família é colocada como uma estratégia concebida para promover mudanças no atual modelo de atenção à saúde do país, possibilitando, efetivamente, colocar em prática os princípios éticos e operacionais que norteiam o SUS, como: integralidade da assistência, universalidade, eqüidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito e humanização do atendimento. E ainda, elege como ponto central o estabelecimento de vínculos, a criação de laços de compromisso e responsabilidade entre os profissionais e a comunidade; propondo-se a trabalhar na perspectiva da vigilância à saúde, com responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998).

Segundo Crevelim (2005), um aspecto central desta questão diz respeito à necessidade de construção de um projeto de cuidado em saúde com a participação da comunidade, representada pela integração do serviço à comunidade e a relação dos profissionais com os usuários, privilegiando na organização do trabalho da equipe a compreensão das particularidades da comunidade atendida.

Entretanto, uma dificuldade vista como a mais importante para a consolidação e ampliação dessa estratégia é a inexistência de profissionais formados com competências e habilidades necessárias. Como afirmam Levcovitz e Garrido (1996), “para uma nova estratégia, um novo profissional” (p. 5).

A esse respeito, uma das alternativas aos profissionais de saúde seria o resgate da sensibilidade social na relação com o paciente/usuário, a partir da compreensão das determinações históricas da atenção à saúde e da construção em conjunto com os

usuários/comunidades, das condições de atendimento e enfrentamento do processo saúde-doença.

Assim, para a produção de cuidados é necessário que o profissional – produtor de procedimentos no atual modelo – tenha consciência e sensibilidade social para perceber as necessidades do paciente em cada momento do processo de construção do cuidado – "modelo que pretendemos". No entanto, a subdivisão do saber caracterizado pela especialidade técnica elimina a competência social do profissional na relação terapêutica.

Neste contexto, Figueiredo (2003) aponta que:

> A atuação em Saúde, de um modo geral, carrega consigo contradições determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade, que baniu e vem gradativamente eliminando o componente humano do trabalho, desvitalizando a relação profissional-paciente/família. O avanço tecnológico não deixa alternativas para o profissional de saúde; a objetivação do tratamento é o reflexo da dicotomia entre o conhecimento técnico e a competência social, comum na formação e que coloca o profissional frente às questões características de sua especialidade. A racionalidade desvitaliza o tratamento, transformando o homem doente numa questão técnica a ser resolvida. A formação profissional, direcionada por esta lógica objetiva, prioriza a competência técnica em detrimento da sensibilidade social e neste universo reificado a racionalidade clínica prevalece (p. 01).

Para Camargo Júnior (1992), a racionalidade clínica nega a subjetividade do paciente no processo terapêutico – a relação do sofrer com o saber é bastante paradoxal – sua relação se dá com a doença, onde o paciente é mero canal de acesso a ela. Dessa forma, no modelo atual de atenção à saúde, a única realidade concreta é a doença, enquanto expressão de uma lesão, de um sinal empiricamente observado.

Com predomínio na clínica atual, a objetivação científica na prática profissional em saúde compõe-se de fundamentos das ciências biomédicas e da epidemiologia clínica, do que decorre da redução, tanto da complexidade dos sujeitos alvos da atenção, quanto da interpretação sobre quais, de fato, são suas necessidades em saúde e de como apoiá-las (MANDÚ, 2004). Além disso, interpretam necessidades e alternativas de resolução dos

problemas de saúde basicamente através da ciência e suas técnicas (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

Esse reducionismo que não é inerente apenas à visão das ciências biomédicas, também se encontra presente na adoção de outros enfoques disciplinares – da psicologia, sociologia e de outras disciplinas das ciências sociais e humanas – sobretudo quando eles assumem orientações positivistas, normativas, exclusivistas ou de caráter apenas agregador àquela visão (MANDÚ, 2004; ROZEMBERG; MINAYO, 2001). Dessa forma, desarticulam-se a saúde e a doença do contexto social, comparando o corpo humano com uma máquina, podendo ser analisado ou cuidado por partes, como peças de um mecanismo (CHIRELLI; MISHIMA, 2003; CAPRA, 1982).

Entretanto, a complexidade da vida e as questões que as pessoas têm demandado aos serviços de saúde desafiam os trabalhadores, a buscar modos de lidar e produzir saúde. Os trabalhadores, formados sob a ótica do paradigma flexneriano, predominam no território referencial biologicista da divisão por especialidades e disciplinas, perdendo a noção de totalidade do ser humano, com dificuldades para incorporar a imprevisão e a incerteza como parte do processo, não contando com instrumental coerente para agir (MATUMOTO, 2003).

Quadro que se torna ainda mais claro na medida em que a Estratégia da Saúde da Família prevê a atuação direta no território vivo das pessoas. O trabalhador sai da esfera protegida das unidades de saúde e se depara com situações para as quais não tem encontrado ferramentas de ação em sua formação, sentindo-se impotente ou insistindo em usar aquelas mesmas habituais, sem se dar conta da subjetividade de cada atendimento (MERHY; FRANCO, 2002).

Ayres (2000 apud MANDÚ, 2004) afirma que “nessa perspectiva, é substancial a criação de um ‘espaço relacional’ que extrapole e sobreponha o saber-fazer científico – tecnológico, no sentido de sua arrogância, ainda que nele se estabeleçam apoios” (p. 667).

A prática tem demonstrado que o PSF pode concretizar esse espaço relacional. Nessa direção, destaca-se o valor do diálogo com o conhecimento e práticas populares em saúde, que podem favorecer a expressão e a identificação de demandas/necessidades que são comumente excluídas do processo saúde-doença e que abarcam questões relativas às condições sociais, grupais, familiares e a aspectos da subjetividade (conflitos, sofrimentos, questões psico-afetivas, sexuais, discriminações, etc.), não traduzidos primariamente como necessidades, problemas ou demandas de cuidados específicos, consequentemente consideradas não satisfeitas pelas vias científicas tradicionais (MANDÚ, 2004).

Atender a essas necessidades de vida deveria, então, significar tomar o conceito radical da determinação social do processo saúde-doença, reconhecendo o processo de construção conjunta da saúde – profissionais e população – centrada em intervenções na base material da saúde e da vida, apoiando-se ainda no fortalecimento do cuidado, na ação intersetorial e na crescente autonomia das populações em relação à sua própria saúde (FEUERWERKER, 2000).

Muito do que aqui está sendo proposto, em contraposição ao modelo hegemônico vigente, tem representação e expressividade nas vivências junto à equipe rural do Programa de Saúde da Família de Sacramento/Minas Gerais que concebeu, de maio de 2003 a dezembro de 2005, um trabalho exclusivo em extensa área rural (3.071 km²) daquele município. A equipe desenvolveu estratégias de atuação sobre a base material do processo saúde-doença, buscando no cotidiano da população usuária a inspiração e os recursos para uma nova forma de intervenção em saúde.

Duas atividades desenvolvidas pela equipe podem explicitar essa intervenção. A *Vivência Rural* e *Agenda da Saúde*.

A Vivência Rural ocorria quando a equipe permanecia durante alguns dias (três a sete) em uma das seis comunidades de sua área de abrangência, visitando a pé todas as

famílias do lugar. Na visita, a conversa abordava a vida da família, os afazeres diários e suas dificuldades, as expectativas sobre o futuro, a situação social e a de saúde das pessoas da casa. A conversa era conduzida por qualquer um dos profissionais ou às vezes por todos, como em uma conversa habitual. A idéia principal era conhecer todas as famílias, o ambiente doméstico e de trabalho, as relações sociais e o espaço geográfico para prover uma assistência à saúde de forma mais adequada e humanizada.

A Agenda da Saúde era elaborada em reunião com a comunidade e composta por demandas suscitadas pelos moradores. Buscava democratizar o espaço público com o incentivo ao exercício do controle social dos serviços públicos e a construção de sujeitos autônomos, enquanto coletividade organizada na luta por seus direitos. A Agenda era apresentada ao Poder Público, para as providências necessárias, e acompanhada pela comunidade organizada em associações comunitárias.

Estas atividades possibilitaram o enfoque dos significados existenciais, culturais, políticos, psicológicos, biológicos e simbólicos da saúde e da doença, tanto para a equipe quanto para a comunidade/usuária e na relação entre ambos. A expectativa inicial de diagnóstico e intervenções puramente biológicas foi modificada ao longo do processo de atendimento da equipe que tinha função terapêutica de ampliar a compreensão da experiência para fora dos limites da "objetivação científica". Dessa forma observamos que, em muitos momentos, os processos de "aquisição" da saúde acabavam tendo seus pontos de resolução em outros níveis como: na Previdência Social (INSS); parcerias com o Sindicato Rural; EMATER, no programa Minas Sem Fome e Luz Para Todos; nas Secretarias de Assistência Social, Agricultura e Obras, na conquista de benefícios como: o Benefício de Prestação Continuada (BPC)[5], na disponibilidade de tratores para o arado da terra, na construção e

[5] O BPC é um benefício da Assistência Social que foi instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Desvinculado de contribuição à Previdência Social, trata - se do pagamento de um salário mínimo a idosos acima de 65 anos e a pessoas portadoras de deficiência física ou mental, que não tenham condições de prover sua própria subsistência ou de tê-la provida por sua família.

reforma de casas para prevenção do barbeiro transmissor da doença de chagas, na manutenção das estradas, pontes e mata-burros; na reativação das Associações Comunitárias; na participação tanto da equipe quanto dos usuários nos Conselhos de Saúde, de Assistência Social, da Criança e do Adolescente e de Desenvolvimento Rural ou até mesmo no poder judiciário.

A atuação neste processo demandou um enorme esforço por parte de toda a equipe de saúde: médico, enfermeiros, assistente social, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, posto que os limites da formação não concebem o cotidiano, com suas linhas de fuga e relações com a saúde, como elemento na atuação das equipes; a voz, o espaço de expressão e a ação conjunta com os usuários abriu a oportunidade para a elaboração de novas prioridades, como a busca por uma compreensão mais integrada das necessidades humanas, com seus desdobramentos familiares e comunitários.

Assim, compreender os determinantes históricos atribuídos às vivências de cuidado no Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento, foi objeto de nosso estudo e pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias que venham ampliar o contexto de assistência e cuidados às pessoas; e construir um conhecimento compartilhado que possa "subsidiar a reorientação da atuação do profissional de saúde no sentido de poder sistematizar e aproveitar a aprendizagem informal, acumulada pela experiência no trato com o paciente" (FIGUEIREDO, 2000, p. 86).

2 OBJETIVOS

2.1. Gerais

- Identificar, dentro de um Projeto desenvolvido pela equipe rural do PSF de Sacramento, no período de 2003 a 2005, os significados relevantes para a apropriação de vivências relacionadas à atenção em saúde, focando aspectos psicossociais, tomados como elementos essenciais à superação da visão biomédica das ações em saúde.

2.2. Específicos

- Compreender o ponto de vista dos usuários em relação aos cuidados recebidos, fora do campo biomédico, junto à equipe rural do PSF de Sacramento.

- Identificar algumas bases teórico-metodológicas, necessárias à manutenção da saúde no enfrentamento do processo saúde-doença no trabalho da equipe rural do PSF de Sacramento.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Antes de iniciar esta seção, aqui cabe uma observação: a da articulação, ou melhor, o atravessamento entre esta dissertação e a de Haroldo da Silva Santana - *Compreensão da prática médica na perspectiva de usuários do PSF Rural de Sacramento/MG.* Com certeza são, uma e outra, imanentes entre si. Nossas dissertações foram produzidas a partir de um projeto desenvolvido com as famílias das comunidades rurais atendidas pela equipe rural do PSF de Sacramento, do qual fomos atores do processo que descreverei abaixo e que também faz parte da dissertação de Santana.

Assim, encontrei, nesta seção, espaço para explorar alguns aspectos mais encobertos pelo dia-a-dia, da dinâmica das relações dos trabalhadores da saúde com os usuários dos serviços, uma experiência da equipe rural do PSF, vivida com os usuários, que focou os aspectos interacionais, socioculturais e psico-afetivos como dimensão essencial na construção de uma nova relação com os sujeitos alvos da atenção em saúde e que se tornou base material de nossos estudos.

Também abordarei neste espaço a caracterização do município de Sacramento, o método utilizado e os aspectos éticos para a pesquisa.

3.1. Local do estudo

3.1.1. Aspectos históricos

Nas primeiras décadas do século XVIII, descobriu-se o ouro Goiano e, já em 1722, estava aberta a estrada que ficou conhecida pelo nome de Anhanguera, por ter sido este bandeirante um dos primeiros a penetrar aquelas remotas paragens. O caminho abre espaço para o afluxo de levas de aventureiros, atraídos pela possibilidade da riqueza fácil propiciada pela posse do precioso metal (PONTES, 1978).

Por volta do ano de 1743, foi fundado um núcleo populacional chamado Arraial do Rio das Abelhas, que pouco depois recebeu o nome de Desemboque, teve como orago Senhor Bom Jesus e que mais tarde mudou para Nossa Senhora do Desterro. Desse núcleo partiram muitas bandeiras a desbravar o sertão. Em 1766, Desemboque foi elevado à categoria de julgado que "[...] abrangia o Triângulo Mineiro atual e todo o sul de Goiás, menos o julgado de Santa Luzia" (PONTES, 1978, p. 55).

O Arraial floresceu nesse período, porém à medida que se aproximaram as últimas décadas do século, já se faziam sentir os sinais de decadências das lavras auríferas. A ruína da mineração trouxe o esvaziamento gradativo da povoação que se estabilizara, adotando a alternativa da agricultura e da criação de gado, a exemplo dos demais núcleos mineradores da região central.

Organizaram-se expedições para exploração de novas terras para a lavoura e criação de animais, que resultaram no estabelecimento de novos arraiais nas primeiras décadas do século XIX. A fertilidade do solo, a abundância de águas, a variedade de fauna e flora atraiu habitantes de longínquas regiões, tornando propício o assentamento de grandes contingentes populacionais, povoados que deram origem a Uberaba, Uberlândia e outros municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba (TEIXEIRA, 1970).

A velha povoação do Desemboque, porém, não conseguiu retomar e consolidar seu desenvolvimento, passando, durante o século XIX, por situações de instabilidade administrativa, civil e eclesiástica.

De acordo com Mattos (1979), Desemboque, em 1831, poderia ser descrita como um templo paroquial e cinqüenta e oito casas. O mesmo autor aponta a atividade de criação de gado como a principal fonte econômica do povoado, que indica o total declínio da mineração. Cinco anos depois, o julgado foi suprimido, sendo seu território incorporado ao de Araxá. Em

1848, através da lei n° 429, de 19 de Outubro a paróquia foi também suprimida, para logo depois ser restaurada.

Durante todo este período, destaca-se o memorável *Padre Hermógenes Cassimiro Brunswick*, vigário de Desemboque por mais de 40 anos. Seu papel no desenvolvimento do Arraial e na colonização efetiva da região merece destaque e o coloca como figura de importância capital na história do Triângulo Mineiro (PANAZZOLO et al., 2005).

Reza em documentos que o cônego, preocupado com as pessoas que viviam entre Desemboque e a Capela de Santo Antônio e São Sebastião de Uberaba, fundou na fazenda de seu pai, exatamente no ponto divisor, um oratório doméstico, o qual pediu ao Bispo de Goiás que pediu ao Rei D. João VI para autorizar a transformação do oratório em capela curada e do qual recebeu ordens e foi transformada aos *24 de agosto de 1820*, iniciando assim a atual cidade de *Sacramento* (Ibid., p. 26).

Portanto, Sacramento está localizado no "vasto território, atualmente denominado Triângulo Mineiro, do Estado de Minas Gerais, mas que, até poucos anos era conhecido por – Sertão da Farinha Podre" (SAMPAIO, 1971, p. 121). Pertenceu à Comarca de Paracatu do Príncipe, da antiga Província e Bispado de Goiás tendo sido desmembrada em 1816 e anexada à Província de Minas Gerais. (Ibid., p. 122).

O nome de "Sertão da Farinha Podre" advém de um fato curioso e folclórico que marcou para sempre estas paragens. Um saco de farinha deixado como reserva para a volta de uma expedição exploradora por volta dos finais do séc. XVII ou início do séc. XVIII, que encontrado estragado, tornou conhecida esta grande mesopotâmia hoje nosso Triângulo Mineiro (PANAZZOLO et al., 2005).

3.1.2. Características geográficas e demográficas

Sacramento fica localizado na região do Alto Paranaíba do Triângulo Mineiro do estado de Minas Gerais, com extensão de 3.071 km², faz divisa com o estado de São Paulo, a 180 km de Ribeirão Preto e 490 km de Belo Horizonte. Com população estimada em 22.159 habitantes (IBGE, 2007), em sua maior parte concentrada na zona urbana, 74,5% e 25,5 % na zona rural (IBGE, 2000), região em que se realizou esse estudo. Alguns dados gerais do município podem ser observados no quadro abaixo.

MUNICÍPIO: Sacramento	
Fundação: 24 de agosto de 1820 – Freguesia de Sacramento. **Emancipação:** Criação do município: 13 de setembro de 1870. Elevação à vila: 06 de novembro de 1871. Criação da cidade de Sacramento: 1876. **Área total do Município:** 3.071 km².	**Microrregião:** Alto Paranaíba. **Altitude máxima**: 1371m. **Local**: Chapadão da Zagaia. **Altitude mínima**: 582m. **Local**: represa de Jaguara.
População total: 21.334 habitantes (IBGE 2000).	**População**: **Homens**: 10.789 hab. **Mulheres**: 10.545 hab. **Densidade Demográfica**: 7,22 hab/km². População Urbana: 15.890 hab. (74,5%). População Rural: 5.444 hab. (25,5%).
Distrito sede: Sacramento.	**Povoados**: Jaguarinha, Quenta-Sol, Bananal, Santa Bárbara e Sete Voltas. **Distrito**: Desemboque.
Principal atividade econômica: agropecuária, agricultura, indústria de transformação e extração, serviços.	
Bacia e componentes hidrográficos: **Bacia do Rio Grande**: principais rios: Ribeirão Borá, Ribeirão Canabrava, Ribeirão Rifaina, Ribeirão do Castelhano. **Bacia do Rio Paranaíba**: principais rios: Rio Araguari, Rio Claro, Ribeirão do Rolim, Ribeirão do Inferno, Ribeirão da Prata, Córrego do Lajeado, Córrego da Parida.	
Propriedades rurais: 2.373 cadastradas pela Superintendência Municipal de Desenvolvimento Rural, sendo que historicamente são grandes propriedades que nos últimos anos foram sendo subdivididas, muitas possuindo somente pequenas construções, recentemente construídas, para serviços e funcionários.	

Fontes dos dados: IBGE – Censo 2000 – PANAZZOLO et al., 2005.

Quadro 1. Dados Gerais do Município de Sacramento.

3.1.3. Características sócio-econômicas

As principais atividades econômicas sempre foram a agricultura e a pecuária. O arroz e o café eram os principais produtos exportados pela estrada dos bondes elétricos até o estado de São Paulo, a produção e beneficiamento do café continuam como uma das principais atividades econômicas do município (PANAZZOLO et al., 2005).

Com a desativação dos bondes elétricos a cidade passou por poucas transformações, mas foi crescendo devagar no ritmo lento das pequenas cidades mineiras. Em 1964, foi fundado o Laticínio Scala, importante indústria na cidade, gerando empregos e vendendo seus produtos para todo território nacional, principalmente para grandes indústrias alimentícias, como a Sadia e a Perdigão (Ibid., p. 70). O Laticínio Scala nasceu de um empreendimento do Sr. Leonildo Cerchi que começou comprando queijos nas fazendas e revendendo-os para grandes cidades. Depois, passou a comprar o leite dos fazendeiros e fazer o queijo como a mussarela, prato, minas, parmesão, requeijão e manteiga. Após seu falecimento seus filhos continuam os negócios, expandindo e diversificando, como por exemplo, com a implantação da Indústria de ração para gado.

No final do século XX chegaram novas indústrias como as madeireiras e a fábrica de bolsas Sak’s, com vendas em todo o país. A Sak’s começou como uma pequena empresa no final da década de 80 e hoje está expandindo suas instalações com nova e moderna indústria no bairro João XXIII e também com uma filial em Pedregulho – SP.

A área reflorestada na década de 70 pela Reflorestadora Sacramento S. A. – RESA, com pínus e eucalipto, hoje é parte industrializada pela própria empresa e por algumas serrarias, que vêm se expandindo no município, a parte não industrializada é destinada à exportação.

Recentemente, começa a entrar na esfera econômica do município a indústria do álcool, sendo autorizado em 2006 a implantação da primeira Usina de álcool na região de Jaguara.

3.1.4. As manifestações culturais

As manifestações culturais do município sempre estiveram presentes através de Bandas, Fanfarras, Conjuntos Musicais, Grupos de Teatro, Folia de Reis, Congos e Moçambiques, Capoeira, Desfiles de Blocos e Escolas de Samba no carnaval e nas comemorações de 1º de Maio, onde se realiza a tradicional cavalgada.

As Folias de Reis realizam suas festas durante o ano como o Encontro Regional de Folia de Reis no terceiro domingo de maio e o Encontro Municipal de Folia de Reis no terceiro domingo de outubro (PANAZZOLO et al., 2005).

O Encontro Regional de Congos e Moçambiques acontece no quarto domingo de outubro, reverência N. Sra. Do Rosário e São Benedito, reunindo grupos de Minas e de São Paulo, em uma festa de muita religiosidade, tradição e cultura.

Os tradicionais desfiles carnavalescos contam com as escolas 13 de Maio, Tradição, Beija Flor, Unidos do Areião e do já tradicional Bloco do “Vai Quem Quer”.

O desfile em primeiro de Maio, em comemoração ao dia do trabalhador, tem início no Parque de Exposições Hugo Rodrigues da Cunha com a Padroeira da cidade e o santo padroeiro dos trabalhadores São José, acompanhado por cavaleiros, carros de boi de várias comunidades rurais, tratores, ônibus, motos, caminhões e demais veículos.

3.1.5. Na educação e na religião

De acordo com Panazzolo et al. (2005), na educação e na religião, Sacramento teve nomes proeminentes como Eurípedes Barsanulfo, fundador do centenário Colégio Allan Kardec e Padre Vitor Coelho de Almeida, que trouxe para a cidade os redentoristas, que posteriormente fundaram o Seminário do Santíssimo Redentor, através de ampla campanha coordenada pelo Padre Antonio Borges de Souza. Hoje o local abriga os Freis Franciscanos com um trabalho voltado às crianças e adolescentes. O padre Victor Coelho de Almeida era filho de Sacramento e foi um missionário redentorista, sendo um dos maiores da Congregação exercendo um papel de grande importância para sua cidade natal. Faleceu em 1987 e está sepultado dentro da Basílica Nacional de Aparecida, onde trabalhou por muitos anos. Poderá vir a ser um dos santos brasileiros canonizados pela Igreja Católica.

Eurípedes Barsanulfo foi um grande educador e missionário, fundador do primeiro Colégio Espírita do Brasil, educou e evangelizou muitas crianças e adolescentes. O Colégio juntamente com o Grupo Espírita Esperança e Caridade foram fundados nos primeiros anos da primeira década do século XX. No ano de 2005 comemorou o centenário de sua fundação. Esta obra atrai turistas religiosos de todo país, representando para a cidade uma atração histórica e religiosa de grande importância.

Atualmente, estão em funcionamento na zona urbana as escolas estaduais Cel. José Afonso de Almeida, Dr. Afonso Pena Júnior, Barão da Rifaina, Tancredo de Almeida Neves. Na zona rural temos oito escolas municipais atendendo primeiro e segundo grau completo, como algumas comunidades são distantes da escola, ficam os alunos obrigados a saírem de madrugada, quatro, cinco da manhã, para depois de trajetos de até duas horas e meia iniciarem as aulas, o translado é oferecido pela prefeitura por meio de peruas e a volta para a casa não é menos cansativa. A educação infantil é atendida por várias entidades

assistenciais e pela Escola Municipal de Educação Infantil Professora Silvia Vieira. A rede particular de ensino regular é formada pelo Colégio Rousseau e pela Escola XX de Outubro.

3.1.6. Os Povoados da zona rural

O Município de Sacramento em seu vasto território possui vários povoados (Quenta-sol, Jaguarinha, Desemboque, Bananal, Sete Voltas e Santa Bárbara) e comunidades (Pinheiros, Tatus, Vitorinos, Caxambu, etc.) com potencial indiscutível nas dezenas de cachoeiras que vêm sendo divulgadas pelas autoridades locais e associações de municípios. Mas, além dos recursos naturais, esses povoados e comunidades têm no seu patrimônio histórico e cultural uma potencialidade expressiva ainda praticamente inexplorada e desconhecida. Passando pelas antigas estradas de tropeiros, pelas estradas de terra e rodovias de asfalto uma diversidade cultural se estende e se perde à nossa frente, tanto quanto a qualidade de vida dos moradores das centenas de pequenas propriedades rurais do município. Índios e quilombolas, bandeirantes e colonizadores, imigrantes vindos de tantas partes do mundo, todos podem ser reconhecidos na família do agricultor que teima em não abandonar sua terra, suas raízes, sua reza, seu fogão a lenha, as prosas em volta da mesa com um bom café, um queijo fresco e os quitutes preparados com o polvilho e ovos do quintal.

Entretanto, esses pequenos povoados vêm passando por um processo de desocupação, como demonstram as estatísticas oficiais. No quadro 2, podemos observar um resumo das estatísticas do município de Sacramento, demonstrando o baixo índice de crescimento e o processo acelerado do êxodo rural.

Área do Município – 3.071 Km^2			
IBGE	**1970**	**2000**	**2007**
N° de habitantes	**22.711 hab.**	**21.334 hab.**	**22.159 hab.**
Perda pop.	**De 1970 a 2007 = 2,44%**		
Crescimento pop.	**0,5% a.a. de 2000 a 2007**		
População Rural	**59,59%**	**25,52%**	**_**

Fontes: www.ibge.com.br - PANAZZOLO et al., 2005.

Quadro 2. Êxodo Rural em Sacramento.

A zona rural de Sacramento foi colonizada na segunda metade do século XVIII e consolidada no século XIX, principalmente com as fazendas de criação de gado e plantação de café e arroz. Esta ocupação se estendeu até as décadas de 60 e 70 do século passado quando um projeto de reflorestamento - RESA e a implantação do Parque Nacional da Serra da Canastra modificaram este cenário. Os pínus substituíram o cerrado e as sedes das antigas fazendas foram derrubadas, restando suas histórias e lendas.

Em função das mudanças ocorridas com o avanço do capitalismo no campo, as relações sociais de produção mudaram e muitas famílias desenvolvem outras atividades que não são agrícolas, ou desenvolvem outras atividades além das agrícolas, fenômeno que se chama pluriatividade.

As mudanças ocorridas no campo alteram a estrutura das famílias. Como afirma Balsadi (2001): as alterações fazem com que a família rural deixe de ser nucleada e orientada

segundo uma estratégia única baseada na agricultura. Com isso, as fontes de renda das famílias são múltiplas e a agricultura é apenas uma delas, em muitos casos, nem sequer é a mais importante. O fundamental a destacar aqui é que, com a liberação da mão-de-obra familiar para as atividades não-agrícolas, muitos dos antigos membros familiares não-remunerados acabam ocupando-se na condição de empregados. Tal situação dificulta a permanência dessas famílias no campo, o que os leva a vender suas terras que são novamente colonizadas pelos "bandeirantes paulistas" que compram essas terras, provocando a perda de referências culturais pela saída das famílias do local.

3.1.7. A Infra-estrutura de serviços de saúde

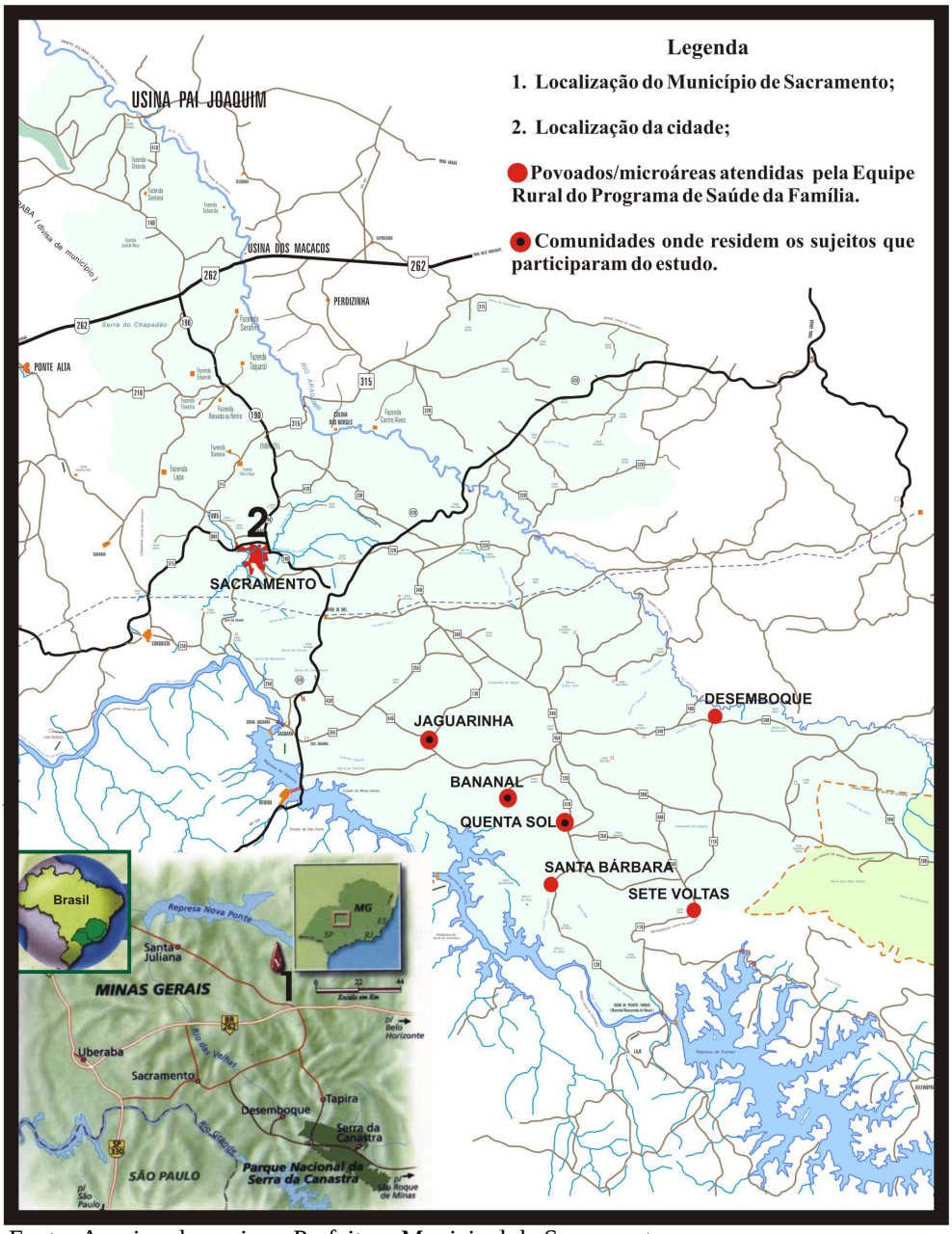
O município encontra-se habilitado, segundo a NOB/96 e desde julho de 1998 na Gestão Plena do Sistema Municipal, tendo seu sistema de serviços de saúde organizado por nível de complexidade crescente. Atende os níveis de atenção primária e secundária, referenciando para Uberaba, a 78 km, a atenção terciária. Conta apenas com um hospital filantrópico com 60 leitos SUS. O PSF em Sacramento não é substitutivo e convive com a atenção básica tradicional, dividindo o mesmo espaço físico onde ocorre o atendimento médico tradicional; a cobertura do PSF no município é de 76%. São seis equipes, uma com atuação exclusivamente rural (SANTANA, 2009).

3.2. O contexto do estudo

3.2.1. Os povoados como microáreas

Em Sacramento, no período de 2003 a 2005, havia uma equipe de saúde da família cuja atuação era exclusivamente rural, composta por aproximadamente 700 famílias,

2.436 pessoas, distribuídas em seis microáreas (Mapa 1). Cada microárea representa um povoado e seus núcleos não detêm mais que 20% das famílias da microárea. Em função das distâncias, dos seis locais iniciais de atendimento (sede dos povoados) passou-se a doze, localizados em áreas distantes da cidade e entre si, sendo que, alguns desses locais desta nova divisão para o atendimento ficavam a mais de 30 km do posto de saúde mais próximo. A intenção era facilitar o acesso da população, historicamente relegada a segundo plano.



Fonte: Arquivo da equipe - Prefeitura Municipal de Sacramento.

Mapa 1. Município de Sacramento com a localização da cidade, microáreas e povoados onde o estudo foi realizado.

Cada povoado tem um posto de saúde; nos outros locais, o atendimento podia ser feito em igreja construída pela comunidade, na casa de algum morador, ou em barracão comunitário, como demonstra a Tabela 1.

A microárea mais próxima dista 42 km, a mais distante 82 Km (Quadro 3). As estradas são todas de terra. Alguns locais de atendimento da equipe ficavam a 90 km da cidade. O tempo de deslocamento varia de 50 minutos a 2 horas dependendo das condições das estradas. A maioria das famílias espalham-se por fazendas muito distantes umas das outras (algumas a 10 km da fazenda vizinha, média de 3 km). Portanto, qualquer atividade a ser desempenhada pela Equipe de Saúde da Família precisava ser pensada, inicialmente, em função das distâncias a serem percorridas e do tempo gasto nos trajetos e atividades (Santana et al., 2005a).

Povoados	**Distância da Cidade**	**Nº. de famílias**
Desemboque	68 km	173
Bananal	54 km	40
Jaguarinha	42 km	239
Santa Bárbara	70 km	42
Sete Voltas	82 km	96
Quenta-Sol	56 km	123

Fonte: SIAB.

Quadro 3. Distância entre os povoados e a cidade.

Tabela 1 – Distribuição das Microáreas/locais de atendimento, estrutura, número de famílias e pessoas atendidas pelo PSF Rural de Sacramento/MG, 2008.

Comunidades / Locais de atendimento	Estrutura para o Atendimento	Famílias Atendidas	Número Pessoas atendidas	Proporção de Pessoas por família
1. Desemboque	Posto de Saúde			
Pinheiros	Igreja da comunidade	173	657	3,8
Caxambu	Fazenda			
2. Sete Voltas	Posto de Saúde	96	343	3,6
3. Quenta Sol	Posto de Saúde			
RESA[1]	Posto de atendimento	123	420	3,4
Faz. Olhos D'água[2]	Residência			
4. Santa Bárbara	Posto de Saúde	42	119	2,8
5. Bananal	Posto de Saúde	40	122	3,0
6. Jaguarinha	Posto de Saúde			
Vitorinos	Barracão comunitário	239	775	3,2
Tatu	Barracão comunitário			
Total	12	713	2436	3,4

1- Reflorestadora Sacramento S. A.
2- Assentamento dos Sem Terra.
Fonte: SIAB, Sacramento, 2008.

3.2.2. A caracterização de uma das microáreas

Santa Bárbara é uma das menores, em número de famílias, dos povoados/microáreas do PSF Rural e dista cerca de 70 km da cidade. Em uma descrição sucinta podemos dizer que é uma comunidade pouco articulada do ponto de vista de organização da comunidade e de baixa renda. A comunidade dispõe de escassos serviços públicos. O serviço de saúde, antes do trabalho da equipe, dispunha da ACS, do atendimento quinzenal de um médico e uma enfermeira. Os alunos em idade escolar estudam em outra comunidade e são buscados pelo transporte escolar. Há um telefone público, que na maioria das vezes não funciona, os celulares não captam sinal na região.

Das 42 famílias, 52,6% são compostas por marido/esposa e filho (a/s**)**, em 21% há somente um morador, em 18% somente o casal sem filho (por não tê-los ou mudança do mesmo devido a estudo ou trabalho). São 119 pessoas, sendo que 10,2% são menores de cinco anos, e 16,2% são maiores de 60 anos, o que sugere o envelhecimento da comunidade.

Em 36% dos domicílios a renda per capta ao mês é de até meio salário mínimo (SM= R$ 240), em 33% de meio a um SM, em 23% de 1 a 2 SM e em 7,7% de 2 a 6 SM.

A maioria das famílias é composta por pequenos produtores rurais, sendo que 37,5% são proprietários de terras. Todavia, uma parcela dos moradores é trabalhador rural – não proprietário de terra - recebendo por dia trabalhado (valor: R$ 5 a 15 ao dia trabalhado). Exceção existência de trabalhador com carteira assinada. Na maioria dos casos, as mulheres trabalham com os maridos nas atividades da lavoura, plantio e colheita do café, e na produção do leite.

No caso dos trabalhadores diaristas, as esposas cuidam das atividades domésticas e dos filhos, exercendo seu tradicional papel na reprodução da força de trabalho. O serviço público (educação, saúde e construção de moradias – programa de melhoria habitacional

vinculado ao controle da Doença de Chagas) emprega atualmente 6 pessoas que têm seus direitos trabalhistas assegurados.

A produção do leite é levada até o resfriador – mantido pela Cooperativa na comunidade de Quenta Sol – que vende o produto a um laticínio existente na cidade. A maioria produz até 100 litros/dia, e raros de 300 a 600 l/dia. O custo de produção está em torno de 50% do valor final do produto, cerca de R$ 0,54/l. Os produtores que não resfriam o leite têm valor de venda reduzido.

O café é outra importante fonte de recursos para os que têm terra para plantar. Na comunidade são somente 10, e a colheita dá-se, principalmente, no mês de junho, podendo estender-se até agosto. É o período onde pode haver trabalho para os assalariados; em alguns casos, há permuta, entre as próprias famílias, do trabalho na colheita.

Em certa medida, muitas dessas características se reproduziam em outros povoados e se tornavam a base do trabalho da equipe.

3.2.3. A equipe do PSF rural: uma equipe ampliada

A equipe do PSF rural de Sacramento era composta por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um motorista, um médico e seis agentes comunitárias de saúde – ACS. Cada comunidade tinha uma agente comunitária, das seis agentes comunitárias, quatro eram também por formação auxiliares de enfermagem, mas mantinham vínculo empregatício como agentes comunitárias, ou seja, não podiam, por lei, exercer atividades de auxiliares de enfermagem, todas trabalhavam e residiam com suas famílias no povoado/microárea há pelo menos 12 anos. O médico, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem e o motorista se deslocavam da cidade até as comunidades diariamente.

Faziam parte da equipe ainda que de modo não oficial e definitivo, mas presentes em todos os momentos de maior mobilização e trabalho: a assistente social da saúde, lotada na Unidade Básica de Saúde (UBS) – Aracy Lopes Pavanelli e eu, na época enfermeiro-coordenador da Vigilância Epidemiológica e Centro de Controle de Zoonoses.

A assistente social, além das atribuições específicas como profissional do setor saúde, se engajou voluntariamente no trabalho do PSF Rural após ter participado da primeira Vivência Rural ocorrida na comunidade de Santa Bárbara. O trabalho da assistente social, enquanto base de apoio fundamental do trabalho do PSF rural consistia na articulação técnica e política na cidade, seja na Secretaria de Saúde, ou junto a outros órgãos da Prefeitura e do Poder Público. Também participava de todas as reuniões de equipe e contribuía como facilitadora na construção do processo de trabalho da equipe; participou ativamente de todo o processo de mobilização das comunidades, seja na Vivência Rural, na Agenda da Saúde, por ocasião da IV Conferência Municipal de Saúde e na formação das Associações de Pequenos Produtores. Era membro dos Conselhos Municipais da Saúde, da Assistência Social e da Criança e Adolescente.

No meu caso, além de enfermeiro coordenador da Vigilância Epidemiológica e do Centro de Controle de Zoonoses, também me engajei voluntariamente no trabalho da equipe, possibilitando assim criar uma segunda base de apoio fundamental ao trabalho rural no que se referia às questões de articulação técnica e política na cidade, dividindo com a assistente social tais funções. Também participava de todas as reuniões de equipe e contribuía com a ampliação dos horizontes de atenção e da intersetorialidade, facilitando a resolutividade da assistência prestada; participei ativamente do processo de mobilização das comunidades, inclusive na Vivência Rural da Jaguarinha e Sete Voltas, na construção da Agenda da Saúde das comunidades, por ocasião da IV Conferência Municipal de Saúde e na formação das

Associações de Pequenos Produtores. Era também membro do Conselho municipal de Saúde, exercendo neste a função de primeiro secretário.

A nossa participação foi fundamental como base de apoio para a equipe, na elaboração dos genogramas, mapas, caracterização das comunidades e organização da rede no sentido de um atendimento mais equânime, integral e resolutivo.

3.2.4. A rotina de trabalho da equipe

Diariamente a equipe se deslocava até as comunidades rurais de acordo com o calendário de atividades, elaborado pela equipe e divulgado através das escolas municipais e unidades de saúde da família, bem como pelos líderes comunitários, pela rádio AM local, e pelo jornal (Jornal Rural) elaborado e publicado pela equipe com participação da comunidade. Os povoados com maior número de famílias eram atendidos semanalmente, os com menor, a cada quinze dias, e as localidades com até 20 famílias uma vez por mês. Era habitual o atendimento em duas comunidades menores em um mesmo dia.

O atendimento era de porta aberta e não havia recusa de atendimento a nenhum usuário que procurasse a unidade. O atendimento propriamente dito começava em torno de 9 horas e se encerra em torno de 14 horas. Não havia filas de espera durante a madrugada. A equipe permanecia na área rural até às 16 horas; às vezes, podia-se ir até às 18 ou 22 horas se houvesse reunião com a comunidade ou visita domiciliar.

As atividades de rotina eram como as de qualquer outra equipe, em dias de atendimento, as agentes comunitárias organizavam o agendamento de consultas e juntamente com a enfermeira e auxiliar de enfermagem, faziam vacinas, injetáveis, inalações, curativos, orientações, recolhimento de solicitação de exames, dispensação de medicamentos e visitas domiciliares programadas. Quando havia tempo, realizavam atividades de educação em saúde,

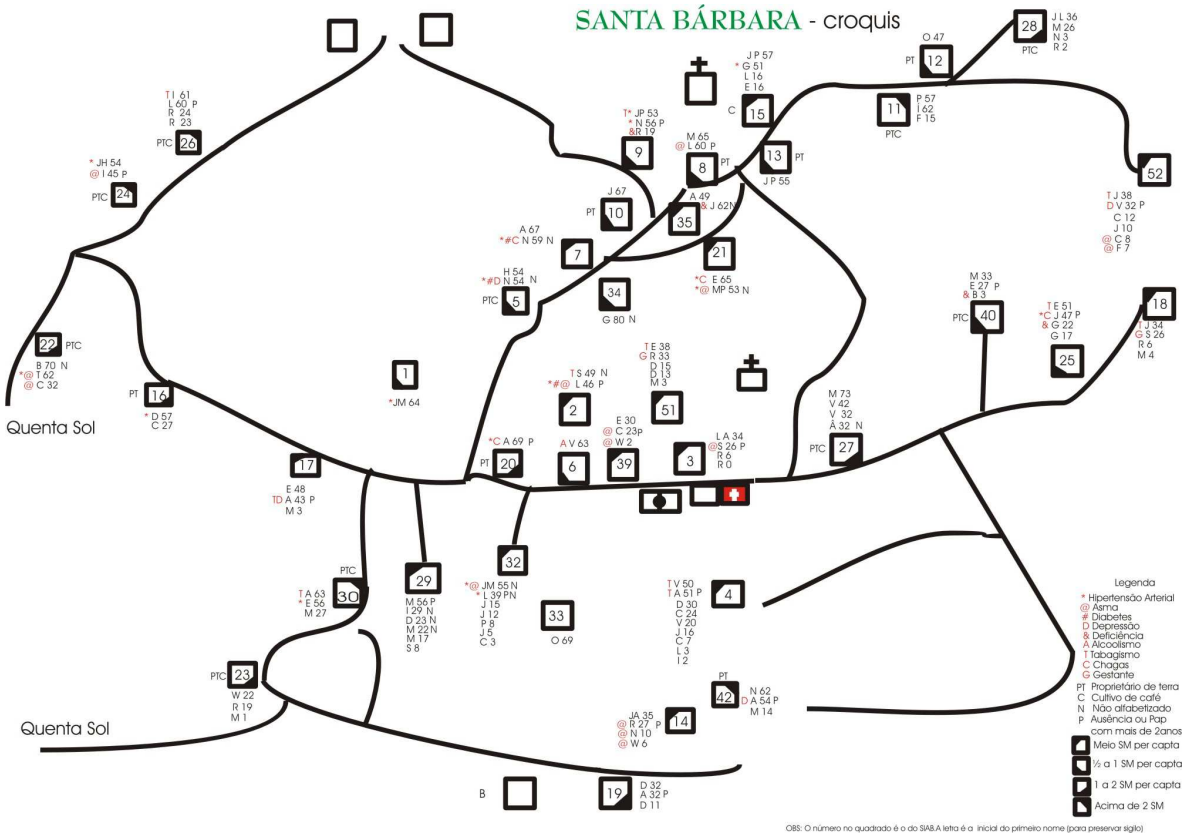
nas “salas de espera”. Pequenas cirurgias ambulatoriais de urgência eram também realizadas. O trabalho da enfermeira era intenso durante a permanência na unidade. As visitas domiciliares ficavam para o final do dia e podiam ser realizadas pela enfermeira e/ou médico, caso este já tivesse terminado as consultas.

Havia uma reunião mensal da equipe que discutia os problemas da cada área e definia de acordo com as necessidades de cada comunidade a política de saúde para a região. Após alguns meses de trabalho, a reunião da equipe passou a ser coordenada por duplas de trabalhadores definida em sorteio ocorrendo que as agentes dirigiam a reunião freqüentemente. O trabalho era sempre na direção de constituir relações horizontalizadas entre os trabalhadores da saúde.

3.2.5. Os instrumentos de trabalho da equipe

As dificuldades encontradas na rotina da equipe exigiram que fossem elaborados instrumentos que pudessem auxiliar o trabalho (SANTANA et al., 2006). Esses instrumentos foram avaliados pela experiência e sujeitos a constante reelaborações por parte da equipe, a saber:

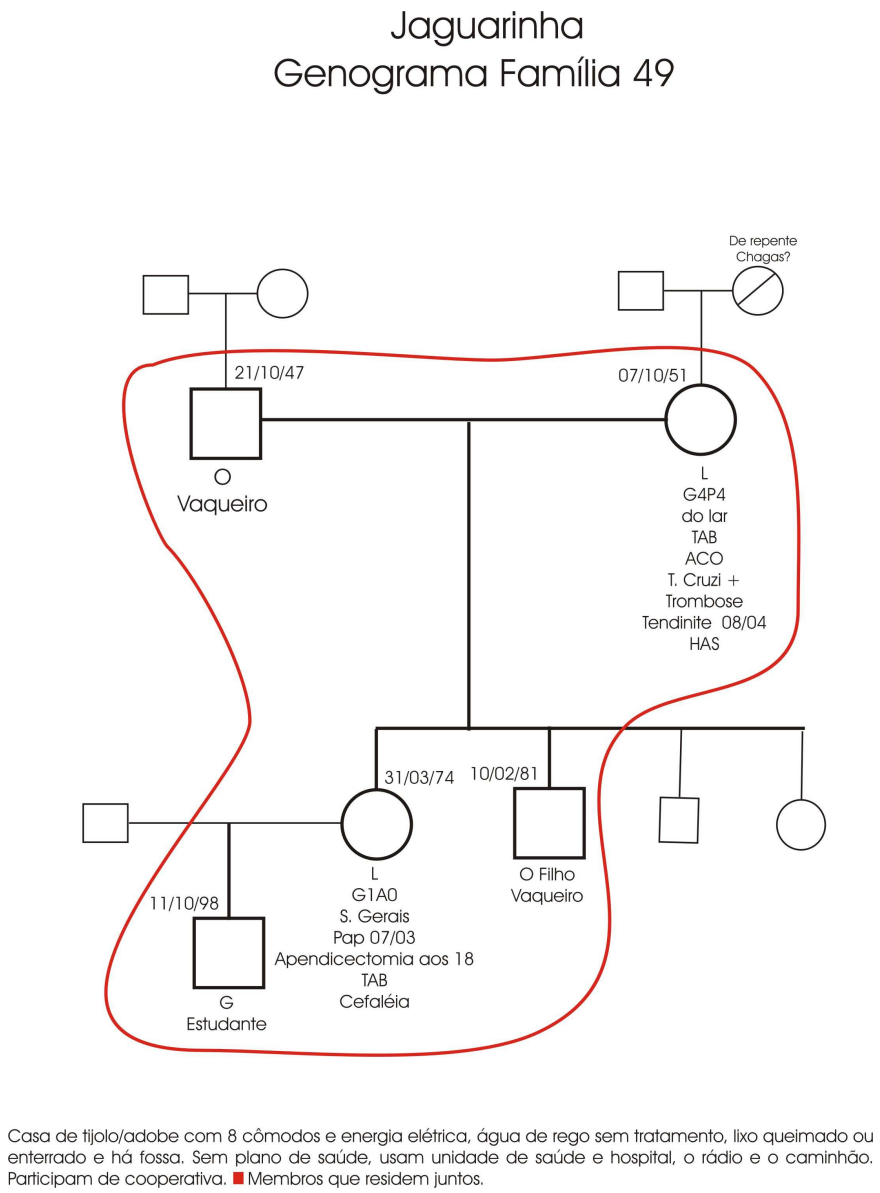
O mapa da comunidade (Mapa 2) era o desenho com todas as famílias de cada microárea constando nome e idade de todos os membros da família, além de agravos como hipertensão arterial, diabetes, epilepsia e outros definidos pela equipe. No mapa, usado em cada consulta, eram anotados exames solicitados e encaminhamentos que serviriam para “acompanhar” o usuário.



Fonte: Santana (2009).

Mapa 2. Mapa esquemático da comunidade Santa Bárbara.

O genograma ampliado (Figura 1) consistia no desenho esquemático de uma árvore familiar com uma ou duas gerações acima da família em foco. Constavam nomes e idades além da história de internação, cirurgia, uso de remédios e diagnósticos mais relevantes realizados. Há ainda alguns rastreamentos como o tabagismo, citologia oncótica uterina, uso de contracepção, dentre outras informações. Também constavam alguns dados da situação social como moradia, renda e escolaridade. O genograma ampliado era consultado e atualizado a cada consulta.



Fonte: arquivo da equipe.

Figura 1. Genograma ampliado.

O cadastro informatizado foi uma necessidade para ultrapassar os tradicionais recortes limitados dos problemas de saúde-doença encontrados nos atuais sistemas de informação como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Em que pese o SIAB ser um sistema de informação que permite acompanhar a situação global das famílias adscritas, não dá conta de ser o apoio à construção do conhecimento sobre a saúde tendo por base o processo saúde-doença.

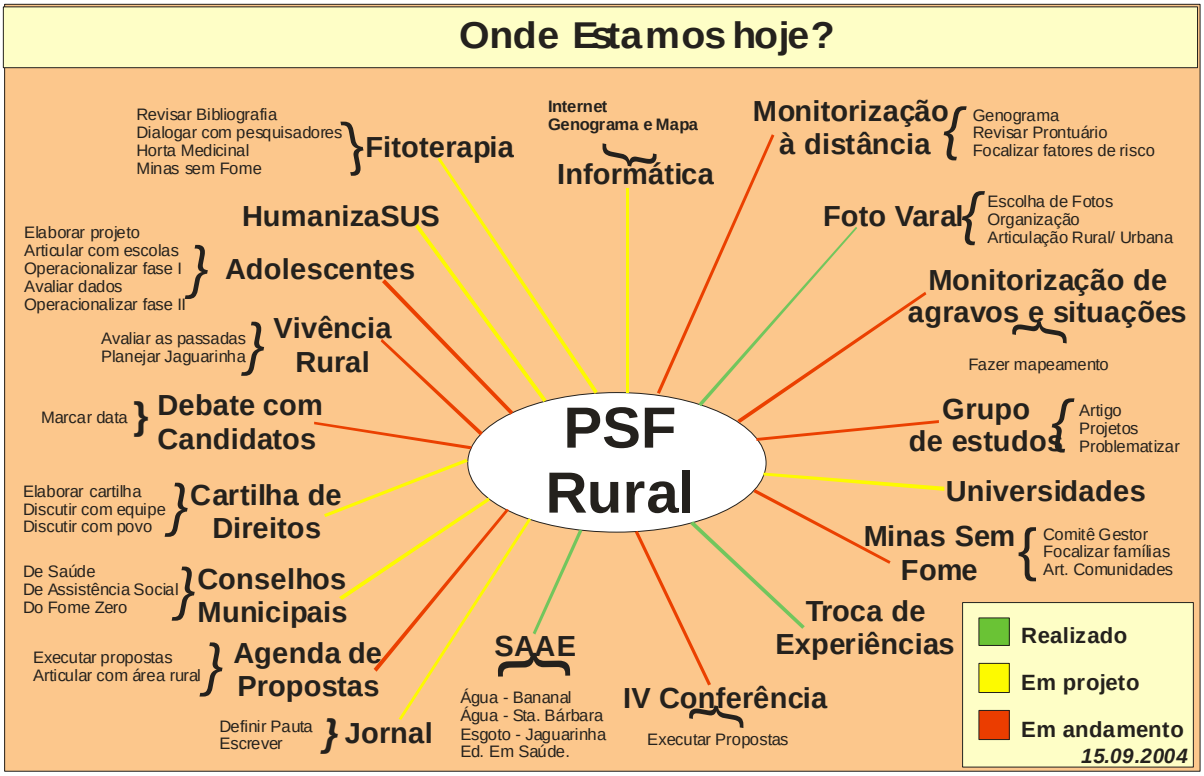
O Sistema de Informação elaborado em Sacramento pretendeu potencializar o trabalho da equipe do PSF. Permitia a elaboração de listagem dos habitantes por microárea, sexo, idade ou qualquer outra condição – social ou de saúde. Por exemplo, permitia listar os portadores de hipertensão, ou os de asma brônquica, ou ainda as mulheres em idade de realizar o exame de rastreamento da citologia cérvico-vaginal e a situação atual (realizado/ não realizado). Permitia ainda, listar os diagnósticos feitos no atendimento médico por indivíduo, por família ou por microárea e relacioná-los à situação social.

Por fim, o Sistema de Informação tornava possível acrescentar qualquer situação/ informação relevante não prevista no desenho inicial, tornando-se importante ferramenta de trabalho e instrumento de vigilância e de seguimento da situação de saúde, individualizada, e adaptável a qualquer realidade do país.

Utilizou-se para a elaboração deste cadastro o Epi info 2000, que é uma série de programas para o Windows 95, 98, NT, e 2000 da Microsoft para uso por profissionais de saúde pública para conduzir investigações epidemiológicas, administrar bancos de dados para vigilância em saúde e outras tarefas e, aplicações gerais de bancos de dados e estatísticas. É distribuído gratuitamente pelo endereço www.cdc.gov/epiinfo e é uma marca registrada do Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC).

O Ecomapa, outra importante ferramenta de trabalho da equipe, era um diagrama das relações entre a equipe e suas várias atividades e parcerias, que ajudava a avaliar o andamento e desdobramento das mesmas, os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela equipe, sendo, portanto, dinâmico.

No ecomapa, a equipe aparecia no centro. Os contatos, projetos e atividades eram representados externamente ao redor da equipe, sempre com alguma recomendação ou observação. A cor da linha indicava o tipo de conexão: em verde realizado; em amarelo em projeto e em vermelho em andamento (Figura 2).



Fonte: Santana (2009).

Figura 2. Ecomapa da equipe em 15/09/2004.

O Jornal (ANEXO A) era uma publicação dirigida à população rural, tinha por objetivo noticiar eventos ocorridos na área rural de Sacramento, além de dar voz aos problemas vividos pela população. Nesse sentido, não era um jornal da equipe de saúde da família, mas da comunidade. Era uma iniciativa para somar esforços com as comunidades rurais, com as associações comunitárias, para lutar pela melhoria da vida da população. Nele, divulgavam-se as festas das comunidades; os graves acidentes de trabalho; o problema do lixo e poluição dos rios nas comunidades, do esgoto na Jaguarinha, da água no Bananal (imprópria ao consumo humano); as eleições municipal, estadual e federal; bem como notícias da saúde, dentre outros assuntos.

As comunidades também escreviam, publicavam notícias, receitas, músicas compostas por seus moradores, histórias, enviavam recados, divulgavam seus produtos e os responsáveis assinavam a matéria divulgada.

3.2.6. Os aliados

As questões rurais sempre moveram a equipe em direção ao fortalecimento de alianças. Com a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural - EMATER – implementou-se os programas “Luz para Todos” e “Minas sem Fome”; no primeiro, tratava-se de cadastrar moradores sem energia elétrica e acompanhar o processo junto aos órgãos municipais e estaduais – gestores do programa. No segundo, tratava-se de desenvolver projetos para geração de renda ou alimentos; além disso, debatíamos o diagnóstico de situação já realizado por aquela entidade – refazendo-o à medida que o trabalho era desenvolvido.

Com o Sindicato dos Trabalhadores Rurais a equipe realizou a campanha de divulgação dos benefícios previdenciários à gestante/nutriz trabalhadora rural, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Aposentadoria Rural.

Com as Associações Rurais a equipe atuou na reestruturação das que estavam desativadas, organizou reuniões, atas, estatutos, chapas e as eleições, também participou na regularização das contas bancárias das associações e a situação das mesmas junto à receita federal e estadual.

Esta condição era fundamental para que a comunidade voltasse a ter direitos perdidos pela inatividade de algumas associações, como o empréstimo, pela prefeitura, do trator para arar a terra, que só era permitido às comunidades que mantinham suas associações ativas. Também, para que fosse possível discutir/elaborar projetos – junto às comunidades – de desenvolvimento social como os resfriadores de leite, que permitiriam mais autonomia e menos prejuízo aos produtores, beneficiando toda a comunidade.

As escolas também foram aliadas, principalmente nas questões que interessavam diretamente ao corpo discente e docente, como sexualidade, higiene, dentre outros.

3.2.7. A Vivência Rural

A Vivência consistia em percorrer as estradas, os morros, e os atalhos pelo meio do mato para visitar cada família da comunidade. O percurso era feito todo a pé, como os próprios moradores usualmente faziam. Era assim que a Equipe de Saúde da Família (ESF) - o médico, a enfermeira, a agente comunitária de saúde, a assistente social e eu, desenvolvíamos a Vivência Rural (LIBÓRIO et al., 2005; SANTANA et al., 2005a).

A idéia principal era conhecer todas as famílias, o ambiente doméstico e de trabalho, suas relações sociais, o espaço geográfico onde residem aquelas famílias para prover uma assistência à saúde de forma mais adequada à realidade e humanizada.

A Vivência era planejada com dois a três meses de antecedência. A comunidade era toda mapeada, com o nome dos componentes das famílias colocados no mesmo. A trajetória das caminhadas e as casas a serem visitadas eram discutidas pela equipe, definido o trajeto, a agente comunitária articulava o pernoite e as refeições com os moradores. Nas semanas que antecediam a Vivência, a comunidade era avisada das visitas da equipe e esperavam com ansiedade. Alguns não acreditavam no que estava por acontecer.

Para a parte da equipe que não ia diariamente da cidade à zona rural, neste caso, Elisangela e eu, cabiam outras tarefas como articular o carro para a ida e a volta, o desenho do genograma de cada família, incluindo a revisão do prontuário de cada morador, e a organização dos genogramas, no feitio de um caderno, conforme o trajeto definido.

Também era alimentado o banco de dados no Epi Info com o nome e idade de cada morador, e em branco ficavam os espaços para preencher as pendências e demandas verificadas em cada visita. Esse banco de dados era preenchido parcialmente antes da Vivência, e era trabalhado na Vivência à noite, em cada pouso. Também eram preparados os

cartões que seriam preenchidos pelos moradores durante a reunião, no final da Vivência, era a construção da Agenda da Saúde.

As visitas eram iniciadas pelas residências mais distantes para aproveitar que o carro ainda estava na comunidade. Depois, ele voltava para a cidade e só retornava no final da Vivência para buscar a equipe, durante o trajeto não contávamos com nenhum tipo de comunicação, uma vez que os celulares não funcionavam. E essa era a real condição da maioria das comunidades.

Na visita, após os cumprimentos e apresentações iniciais, a conversa enfocava a vida da família, os afazeres diários e suas dificuldades, e em determinado momento, discutia-se as condições sociais e de saúde das pessoas da casa. As questões a serem resolvidas eram anotadas no genograma e colocadas no banco de dados mais a noite.

A visita era conduzida por qualquer um dos profissionais, e às vezes por todos, como em uma conversa habitual. As famílias convidavam para sentar à sala ou à cozinha e, invariavelmente, serviam o que tinham: o cafezinho, o queijo, os doces [...] Na despedida convidávamos a família para a reunião ao final da Vivência, era a Agenda da Saúde (LIBÓRIO et al., 2005).

Percorrer todo o trajeto a pé permitiu perceber as dificuldades de acesso aos serviços públicos e adentrar pelos espaços do cotidiano por onde flui a vida dos moradores, o que nos aproximava de alguns dos seus referenciais cotidianos, facilitando a redução de certas barreiras simbólicas existentes entre equipe e população.

Através da Vivência, criaram-se novos espaços de comunicação favorecendo a ação emancipatória dos grupos sociais envolvidos, valorizando a ação política ao estabelecer outro nível de relação com essa população.

3.2.8. Agenda da saúde

Na reunião, no último dia da Vivência à noite, todos eram cumprimentados pelos membros da equipe, e após serem dadas informações gerais, havia explicação sobre a Agenda. As pessoas eram divididas em grupos; para cada pessoa eram distribuídos alguns cartões para que escrevessem os problemas que a comunidade apresentava e como deveriam ser resolvidos. No final, cada cartão era exposto na parede para ser visualizado sendo lido e discutido pelos presentes. Os problemas e as sugestões de solução compunham a Agenda da Saúde daquela comunidade (SANTANA et al., 2005b).

A agenda mostrou ser possível que o cidadão seja o centro do processo do fazer saúde e que a equipe do PSF pode ser o parceiro privilegiado nesse processo e desencadeadora de um modelo de atenção em saúde não mais centrado na racionalidade biomédica e sim a partir do meio social, físico e cultural nos quais as pessoas vivem e trabalham. Em anexo podemos observar a agenda da saúde das comunidades Quenta-sol, Bananal e Jaguarinha (APÊNDICE A).

3.3. Delineamento do estudo

A busca da compreensão do objeto em foco foi baseada em uma abordagem qualitativa. Portanto, um estudo de natureza descritiva sobre as concepções dos usuários em relação à construção do cuidado baseado em estratégias de atuação sobre algumas questões materiais do processo saúde-doença em conjunto com a Equipe Rural do Programa de Saúde da Família de Sacramento.

De acordo com Pope e Mays (2005), os métodos qualitativos têm muito a oferecer aos que estudam os serviços e estabelecimentos de atenção à saúde, estando em crescente

utilização nesta área. Os autores também afirmam que a pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e como as pessoas compreendem esse mundo. Tenta, portanto, interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc.) em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem. Para Bauer e Gaskell (2002), a compreensão dos mundos da vida dos entrevistados e de grupos sociais especificados é a condição *sine qua non* da entrevista qualitativa. Pope e Mays (2005) completam ressaltando que um dos pontos fortes da pesquisa qualitativa é estudar as pessoas em seu ambiente natural, em seu próprio território e da interação entre elas, em sua própria língua, com seus próprios termos.

O presente estudo é coerente nesta direção, uma vez que a temática e o objeto de investigação são frutos da vivência e interação da equipe rural do Programa de Saúde da Família com a comunidade em seu próprio território. O trabalho desenvolvido enfatiza a relação entre o profissional e a família como estratégia eficiente para garantir a defesa das necessidades de vida da comunidade, subsidiado na análise do cotidiano como suporte para ação profissional.

Dessa forma, encontramos na pesquisa qualitativa o caminho para desenvolver esta investigação, na medida em que tal perspectiva dá abertura à apreensão da complexidade presente nas relações sociais. Permite trabalhar o objeto deste estudo com fundamentos que exigem a incorporação do significado e da intencionalidade dos atos, nas relações e estruturas sociais (PEREIRA, 2001, 2004).

3.4. Coleta de dados

Foram tomados depoimentos dos moradores de três - das seis - comunidades da zona rural de Sacramento da área adscrita ao Programa de Saúde da Família Rural, sendo as comunidades escolhidas, em virtude da acessibilidade, Quenta Sol, Jaguarinha e Bananal.

3.4.1. O grupo focal como técnica da coleta de dados

Utilizamos como procedimento para a coleta de dados, o grupo focal que, segundo Morgan (1997) é uma técnica de investigação que tem por objetivo extrair dados descritivos de um subgrupo populacional com base na interação grupal, a qual se dá durante a discussão sobre um determinado tópico, de interesse do pesquisador.

É claro que antes de optarmos por esse método passamos pelo problema de decidir entre entrevistas individuais e grupais. Embora muitos pesquisadores tenham articulado muito bem as razões de quando e por que se deve empregar um ou outro enfoque, a literatura de pesquisa sobre o problema é bastante diversa e "não há um consenso sobre quando um método tem probabilidade de ser mais eficaz" (MORGAN, 1996[6] apud BAUER; GASKELL, 2002, p. 77).

Contudo, as vantagens do grupo focal sintetizadas por Bauer e Gaskell (2002) são completamente coerentes com nossos objetivos, fazendo com que acreditássemos na adequação da metodologia ao estudo. Essas vantagens, a saber, são:

> [...] orientar o pesquisador para um campo de investigação e para a linguagem local; explorar o aspecto de atitudes, opiniões e comportamentos; observar os processos de consenso e divergência; o tratamento de assuntos de interesse público ou preocupação comum; sujeitos não pertencentes a origens tão diversas que possam inibir a participação na discussão do tópico (p. 78).

Nesse sentido, os dados da pesquisa foram obtidos a partir do grupo focal, que também é conhecido como entrevista em grupo ou discussão de grupo, que se faz em reuniões com um pequeno número de informantes e um moderador que busca focalizar e aprofundar a discussão.

[6] MORGAN, D. L. Focus Groups, Annual Review of Sociology, 1996, 22: 129-52.

Segundo Westphal et al. (1995[7] apud PEREIRA, 2001),

> "[...] os grupos focais permitem o pensar coletivo de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas; conhecer o processo dinâmico de interação entre os participantes; observar como as controvérsias se expressam e são resolvidas; possibilitar a reprodução de processos de interação que ocorram fora dos encontros grupais. Dados esses possíveis de serem obtidos através do grupo focal, em curto espaço de tempo (p. 71).

O grupo focal, portanto, faz uso da interação grupal para produzir e coletar dados e apreender fatos que poderiam ser menos acessíveis sem a interação encontrada no grupo ou numa entrevista frente a frente (POPE; MAYS, 2005; MORGAN, 1997; PEREIRA, 2004; CALDERÓN et al., 2000).

De acordo com Catherine Pope e Nicholas Mays (2005),

> "O trabalho em grupo também auxilia os pesquisadores a perceber as muitas formas diferentes de comunicação que as pessoas usam na interação do dia-a-dia, incluindo piadas, histórias, provocações e discussões. Ter acesso a tal variedade de comunicação é útil porque o conhecimento e as atitudes das pessoas não estão inteiramente encapsulados em respostas racionais a perguntas diretas. As formas cotidianas de comunicação podem nos dizer sobre o que as pessoas sabem ou experimentam ou até mais. Nesse sentido, os grupos focais alcançam os elementos que os outros métodos não podem alcançar, revelando dimensões da compreensão que comumente permanecem despercebidas pelas técnicas mais tradicionais de coleta de dados"(p. 32).

3.4.2. Os Participantes

Foram sujeitos do estudo pessoas com mais de 18 anos de idade**,** residentes nas comunidades rurais há pelos menos dois anos, usuários do Programa de Saúde da Família no período de maio de 2003 a dezembro de 2005 com motivação e disponibilidade para participar do mesmo.

[7] WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C.; FARIA, M. M. – Grupos focais: experiências precursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil. São Paulo, 1995/mimeografado.

3.4.3. A composição dos grupos, quantidade e número de encontros

Morgan (1997 apud PEREIRA, 2001) e Bauer e Gaskell (2002) fazem algumas recomendações práticas para se compor um grupo focal. Primeiro, observam que não há um tamanho fixo ideal; cada caso deve ser avaliado pelo próprio pesquisador que decidirá o número de integrantes adequado ao desenho geral da pesquisa. Algumas variáveis que podem influir no recrutamento para composição do grupo são: o fato de serem pagos ou não para participarem, qual o local da reunião do grupo para a coleta dos dados, e quem são os participantes. Conforme os objetivos da pesquisa, tais variáveis e outros fatores orientarão o pesquisador para a composição numérica e qualitativa do grupo. Qualquer que seja a situação recomenda-se selecionar um número de integrantes maior que o do idealmente necessário. A regra comum é recrutar, em média, vinte por cento a mais, pensando nas eventuais ausências de integrantes selecionados. Combinando as considerações práticas e substantivas e especificando uma variação de seis a dez integrantes, alertando que abaixo de seis pode ser difícil sustentar uma discussão e acima de dez pode ser difícil controlar uma discussão. Observa-se, no entanto, que mesmo essa definição de seis a dez integrantes não é obrigatoriamente a ideal. É o próprio pesquisador que terá de usar sua capacidade de discernimento e avaliar momentos ou situações para alteração dos quadros definidos tecnicamente. Não há necessidade do pesquisador aprisionar-se dentro de limites estipulados sob uma perspectiva técnica ideal. Para alguns tópicos, tais como aqueles em que os participantes têm um nível relativamente alto ou relativamente baixo de compreensão ou envolvimento, poderá haver uma alteração na composição numérica para menos de seis ou mais de dez integrantes do grupo.

Nesse sentido, foram constituídos três grupos, que representam o discurso de 50% da população atendida. Um em cada uma das três comunidades escolhidas, compostos por doze pessoas, definidas pela disponibilidade de horário e motivação em participar do estudo.

A seleção dos sujeitos ocorreu por sorteio de 20% (para efeito de proporcionalidade) das famílias cadastradas de cada uma das comunidades escolhidas; após o sorteio era realizada uma eleição ou indicação por consenso pela família de uma pessoa da residência em questão que atendesse aos critérios de inclusão.

Caso não houvesse, na família sorteada, indivíduos com disponibilidade, ou que não desejassem participar, ou ainda não preenchessem os critérios de inclusão deste estudo (ser maior de 18 anos, residente na zona rural a pelo menos 2 anos e ter utilizado o PSF no período de 2003 a 2005), um novo sorteio seria realizado até que fossem obtidos pelo menos 20% de representantes das famílias cadastradas para cada povoado escolhido. Entretanto, não foi necessário realizar novo sorteio para atingir os 20% de representantes das famílias cadastradas para cada povoado. Esse procedimento nos garantiu cerca de 10% a mais de integrantes para suprir prováveis ausências dos mesmos.

Além dos sujeitos da pesquisa, o grupo contava com um coordenador/moderador e um observador/relator. O moderador tinha como função criar um ambiente amistoso, onde os participantes se sentissem livres para expressar suas opiniões sem se preocuparem se as outras pessoas do grupo, ou o próprio coordenador, concordam ou discordam, com suas idéias. O observador tinha a função de observar o grupo e registrar os aspectos não verbais e a dinâmica de interação entre os participantes, complementando o registro sistematizado de cada sessão através de gravações (áudio-gravadas), com consentimento dos integrantes. Ao final de cada sessão, o observador ajudava o coordenador a elaborar a síntese do encontro, que ficava a disposição do grupo.

Em relação ao número de encontros, de acordo com Simão (2006)[8], o número a ser realizado é um aspecto ligado aos objetivos do estudo. Um determinante importante para que se estabeleçam quantos encontros serão necessários para satisfazer as metas propostas é o número de diferentes subgrupos sob investigação. Outro aspecto a ser considerado no momento de propor a quantidade de encontros refere-se aos recursos, tanto financeiros quanto de tempo, disponíveis para a realização do trabalho. Quanto mais homogêneo é o perfil da população a ser analisada, menor será o número de encontros necessários. Entretanto, vale ressaltar que, com apenas um encontro de cada subpopulação, correr-se-ia o risco de estar observando apenas a dinâmica daquele único conjunto de participantes.

Em geral, de acordo com Morgan (1997) o objetivo é realizar somente o número de grupos necessários para se obter a resposta para a questão apresentada no estudo. O mesmo autor também acrescenta que o critério da saturação deve ser considerado quando se avalia o número de grupos a serem realizados. De acordo com esta regra, grupos focais com participantes de um mesmo perfil devem ser feitos até que as informações comecem a se repetir e as novidades a respeito do tema em questão sejam mínimas.

Westphal, Bógus e Faria (1996) reforçam não haver um padrão rígido no número de sessões, há casos em que um ou dois encontros, com cada grupo, são suficientes, há outros em que são necessários mais encontros para que os objetivos sejam atingidos. Na realidade ele varia de acordo com a complexidade da temática e o interesse da pesquisa (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

Assim, para cumprir as exigências temporárias desse processo acadêmico, determinamos, a priori, o número de dois encontros com cada grupo, com duração definida em torno de duas horas, podendo ocorrer, dependendo, basicamente, da quantidade e qualidade dos dados produzidos mais um ou dois encontros. Procedimento que não foi necessário.

[8] Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu – MG – Brasil, de 18 a 22 de setembro de 2006.

3.4.4. A organização dos encontros e a moderação dos grupos

Foram realizados entre julho e dezembro de 2007 dois encontros com cada subgrupo, correspondente a uma comunidade, num total de seis encontros, com freqüência, aproximadamente, quinzenal, duração de 120 minutos, sendo que na Jaguarinha e no Bananal os encontros aconteciam nos barracões comunitários, já no Quenta-sol, na casa de oração. Por consenso, em cada comunidade, o horário de início das atividades, escolhido em todos os grupos, era às 19 horas.

A duração recomendada para os encontros tanto por MINAYO (2000) quanto MORGAN (1997) é de um período de uma hora até uma hora e meia para cada sessão. Já para Bauer e Gaskell (2002) e Ressel, Gualda e Gonzáles (2002), o período preconizado é de até duas horas. Nesse intervalo de tempo a população mostra-se acessível e interessada em participar. Períodos superiores podem ocasionar cansaço e desgaste mental prejudicando o alcance dos objetivos e dos resultados (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996; ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004).

Nesse caso, adotamos a duração de 120 minutos para cada encontro, prevendo um tempo para apresentação, reencontros entre amigos ou parentes que não se encontram com freqüência, enfim reservar um tempo para se estabelecer um clima mais agradável, mais favorável à interação dos integrantes.

Para garantir a qualidade dos trabalhos, chegávamos sempre trinta minutos antes do horário marcado para o início do grupo a fim de organizar o local de encontro e rever o roteiro. Diferentemente do encontrado na literatura, o lanche acontecia depois do grupo focal e era oferecido pelos participantes.

A moderação dos encontros foi realizada pelo próprio pesquisador, que contou com a colaboração do aluno do curso de Mestrado em Medicina Social, Haroldo da Silva Santana, para anotar, observar e registrar os encontros.

É difícil apresentar, em um único esquema, como os grupos aconteceram, pois a evolução de cada um deles variava, de alguma maneira, em função de sua composição e de sua dinâmica, mas de maneira geral ocorriam da seguinte forma:

As cadeiras eram dispostas em círculo, ao redor de uma mesa, onde ficavam os gravadores. Todos os encontros foram gravados com a permissão dos participantes. No início de cada grupo, o moderador se apresentava, informava da presença do observador e do seu papel, e pedia para que cada participante se apresentasse de maneira breve. Após esta breve apresentação, o moderador agradecia a presença de todos, fazia uma breve explanação sobre o objetivo do encontro e explicava, de forma sintética, o que era um grupo focal. Nesta fase, ressaltava-se a questão do anonimato, da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, da importância da participação de todos e que não havia respostas certas ou erradas, que estávamos ali para uma conversa. Nesse momento era elaborado um contrato de trabalho reforçando a duração do grupo de até no máximo duas horas, aproveitava-se também para agendar a próxima reunião do grupo.

3.4.5. O guia de discussão

Durante as reuniões com os grupos, foi usado um roteiro de entrevista, ou Tópico-guia como também é conhecido. Considerado vital no processo de pesquisa com grupos focais, o Roteiro continha poucas questões e era o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação (BAUER; GASKELL, 2002).

Foi estruturado com base nos objetivos da pesquisa e era composto de três questões para facilitar a dinâmica grupal e permitir um aprofundamento progressivo da discussão, fornecendo insumos significativos para a análise dos fatores associados à apropriação de vivências relacionadas à atenção em saúde na perspectiva do atendimento das necessidades de vida e construção conjunta do cuidado, usuários e Equipe do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento.

Fizeram parte do tópico guia os seguintes pontos:

1. O atendimento prestado pela equipe rural do Programa de Saúde da Família.

2. Diferenças entre o atendimento dessa equipe e o das outras.

3. Mudanças nas condições de saúde das comunidades com o trabalho realizado.

3.5. Tratamento dos dados

Este estudo partiu da análise de conteúdos dos depoimentos dos participantes emitidos nos grupos focais, que foram áudio-gravado e transcritos integralmente, preservando todas as características dos depoimentos dos participantes.

Algumas pesquisas qualitativas utilizam categorias analíticas para descrever e explicar fenômenos sociais. “Essas categorias podem ser indutivamente derivadas, isto é, obtidas gradualmente a partir dos dados ou usadas dedutivamente, no início ou decorrer da análise, como uma forma de abordar os dados” (POPE; MAYS, 2005, p. 89).

Este processo envolve a identificação de um tema e tentativa de verificar, confirmar e qualificá-lo ao pesquisar por meio dos dados. Uma vez que todos os dados que pertençam àquele tema tenham sido localizados, o pesquisador repete o processo para identificar temas ou categorias adicionais. O processo para análise de conteúdo e tratamento dos dados seguiu os passos conforme apêndice B.

Sucintamente as entrevistas foram transcritas literalmente e na íntegra. Foi então, realizada uma série de leituras das discussões dos grupos iniciando a fase de marcação dos trechos significativos e pertinentes aos objetivos do estudo (FIGUEIREDO, 1998; FIGUEIREDO; MOYA; SOUZA, 2007). Os trechos marcados nas entrevistas foram recortados e organizados em quadros, por comunidades/povoados, a fim de compor um material de fácil leitura conforme anexo B.

Nesta etapa da análise de conteúdo foram realizadas notações marginais, baseadas em sistema interpretativo, para cada uma das unidades de registro, com o objetivo de compreensão das falas e explicitação dos significados das crenças e representações dos participantes sobre os temas abordados.

Após leituras sucessivas dos trechos selecionados e suas respectivas notações, os Eixos Temáticos foram identificados e inscritos nas questões abordadas durante as discussões do grupo, permitindo a identificação das representações que posteriormente foram agrupadas segundo a convergência de conteúdos.

Dessa forma, as Unidades Temáticas foram definidas segundo a similaridade de significados das representações. Os resultados obtidos por Unidades Temáticas permitiram uma análise em conjunto dos significados atribuídos, organizados em Subcategorias Temáticas e discutidos com base nas representações relacionadas ao processo saúde/doença.

3.6. Questões éticas para a realização do estudo

Ressaltamos que, pelas características do presente estudo seguiu-se todas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na resolução do CNS 196\96 e suas complementares.

O projeto de pesquisa deste estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES C e D) foram submetidos e autorizados pela Comissão de Normas Éticas da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, USP. Também foi avaliado e aprovado pelos presidentes das três Associações Comunitárias das comunidades participantes (APÊNDICES E, F e G).

É importante frisar que a participação dos membros das comunidades rurais foi voluntária e como tal, cada membro teve ampla liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização ou prejuízo algum ao mesmo. Vale ressaltar que nenhum sujeito sorteado e selecionado para participar do estudo recusou-se a participar ou retirou seu consentimento durante qualquer fase da pesquisa.

O sigilo da identidade dos membros da pesquisa foi garantido, não sendo usados iniciais de nomes, número de cadastro ou qualquer outra forma de nomeação que permitisse a quebra da privacidade e do anonimato dos sujeitos.

Os depoimentos tomados durante o grupo focal foram identificados apenas na transcrição inicial; este fato deveu-se a necessidade de identificarmos as falas de cada sujeito caso algum quisesse retirar o seu consentimento e conseqüentemente a sua contribuição ao estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dar voz ao usuário não tem sido uma prática tão freqüente no setor saúde, mesmo com a constituição das instâncias de controle social no SUS. Portanto, introduzir e desenvolver pesquisas que analisem, avaliem e interpretem suas demandas, necessidades, crenças e representações é imprescindível para implementar os princípios da universalidade, integralidade, equidade e controle social do SUS, uma vez que ouvir e acolher o usuário são também formas de garantir o seu direito à saúde e cidadania (PEREIRA, 2008).

Assumindo o compromisso com os rumos das políticas de saúde e com a garantia dos princípios do SUS, neste espaço se propõe compreender os determinantes históricos atribuídos às vivências de cuidado no Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento, e quem sabe contribuindo, de certa forma, para o desenvolvimento de estratégias que venham a ampliar o contexto de assistência e cuidados às pessoas.

Nesse sentido, a síntese das crenças e representações obtidas com base na análise de conteúdos dos grupos focais foi elaborada via identificação *ex post facto* de 43 unidades de conteúdos, 12 na comunidade *Quenta Sol*, 13 em *Bananal* e 18 em *Jaguarinha*, organizadas em 15 Unidades Temáticas, concentradas em 4 *Categorias:* ***Disponibilidade***, ***Acesso a Recursos, Movimento Social*** e ***Condições Materiais***, dispostas em fluxogramas, apresentadas e discutidas abaixo:

4.1. Categoria I – Disponibilidade

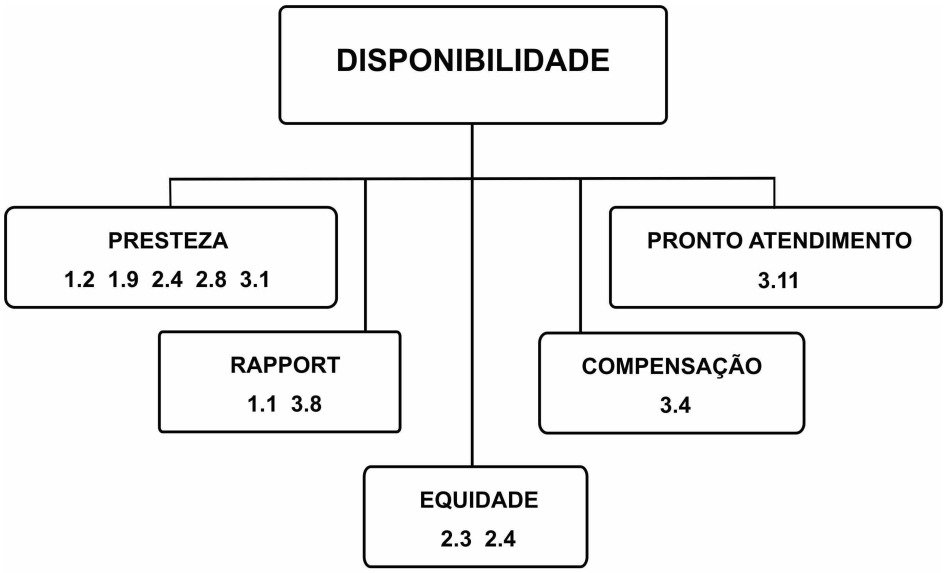


Fig. 3 - Categoria I - Disponibilidade.

Nesta categoria foram reunidos os conteúdos referentes à relação entre a comunidade e a equipe do Programa Saúde da Família Rural, bem como a ampliação de recursos conforme demanda da população.

A disponibilidade "*se caracteriza pela predisposição em aceitar as solicitações do mundo exterior. Tal definição nos remete ao conceito de solicitude, ou seja, zelo em prestar qualquer tipo de assistência"* (SANTANA, 2009, p. 64). Nesse sentido, a compreensão da prática da equipe foi marcada pela concepção da *presteza e do pronto atendimento,* para atender a demanda das pessoas e como características facilitadoras do acesso aos serviços, conforme podemos observar nos relatos abaixo:

> [...] a enfermeira também é muito boa, a Dona X (ACS) do postinho nem se fala de tão boa que é até de noite meia noite a gente vem aqui e ela atende de qualquer jeito a gente [...] (1.2).
>
> Funciona bem, porque a pessoa vir até o posto não é tão difícil [...] e a pessoa às vezes ta passando mal lá e tem que vir no posto e tem como vir [...] ele já vem cá e sabe que tem recurso para ele, tem uma enfermeira [...] algum recurso de remédio então é mais fácil (3.11).

Estes depoimentos permitem identificar certo grau de satisfação dos usuários em virtude da *presteza e pronto atendimento* à suas demandas, facilitando desta forma o vinculo e a ação em saúde da equipe do Programa de Saúde da Família.

De acordo com os relatos foi possível, também, perceber a disponibilidade da equipe as necessidades dos usuários, mesmo com o usuário fora da área de abrangência de sua microárea, realizando o acolhimento e a criação de vínculo independente de limites burocráticos. Essa ação reforça a teoria da presteza e do pronto atendimento, enquanto componentes do processo de acolhimento, da facilitação da criação de vínculo e do processo terapêutico.

> [...] Mas a gente tano com o jornal que a própria equipe fornece pra gente vê: que hoje ela ta aqui, amanhã ta em tal lugar, qualquer lugar que cê procurar eles atendem a gente com a máxima atenção [...] (3.1).

Assim, podemos ratificar uma informação bastante comum e demonstrada por Bosi (1994) e Bosi e Afonso (1998), que para os usuários, sem dúvida, o importante é ser atendido.

Para Chacra (2005) o vínculo é a ligação efetiva entre dois sujeitos, que na maioria das vezes estão colocados um diante do outro em posições assimétricas e que precisam estabelecer, entre si, uma comunicação efetiva; implica aceitação do outro, responsabilidade e respeito pela autonomia de cada um dos envolvidos. De acordo com Campos (1997), o vínculo entre profissional/usuário/comunidade estimula a autonomia e a cidadania, promovendo sua participação durante a prestação do serviço.

Para Figueiredo (2003) a sistematização da prática informal, no processo de trabalho, enquanto conhecimento pode dar mais autonomia aos profissionais e também aos usuários e torná-los sujeitos ativos no processo de trabalho da equipe e no enfrentamento do processo saúde-doença.

Desta forma, verifica-se uma estreita relação entre organização do processo de trabalho e a possibilidade de concretização do acolhimento e vínculo. Conforme atestam Merhy et al., (1997), acolhimento e vínculo dependem do modo de produção do trabalho em saúde.

Para Carvalho e Campos (2000), o acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir o acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los, se necessário. Entretanto, é preciso haver *disponibilidade* da equipe para acolher e vincular, produzindo a responsabilização clínica e sanitária, bem como a intervenção resolutiva tão almejada pela Estratégia de Saúde da Família.

Assim, observa-se na *disponibilidade* a maneira de regular o acesso por meio do acolhimento de ações e serviços mais adequados à realidade do processo saúde-doença, contribuindo para a satisfação do usuário e a criação de vínculo. A *disponibilidade* consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilização por todos os problemas de saúde de uma coletividade.

Há que ressaltar, que a *disponibilidade* não é protocolar e não se trata apenas de cortesia ou educação para com o outro, uma vez que é parte constitutiva do processo de interação e, portanto, um elemento coadjuvante do processo terapêutico e da constituição do acolhimento via *Rapport*.

> Acho que o principal que eles têm é essa atenção, esse atendimento 100% é porque [...] eles vivem o dia a dia na zona rural, então, eles tão conhecendo assim [...] todos os nossos problemas [...] (3.8).

> [...] Com essa equipe a gente se sente num consultório particular, sem pressa, assim [...] tem aquele tempo pra conversar sobre os problemas familiares, os problemas de saúde [...] (1.1).

O acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre depois de ultrapassada a etapa do acesso. Durante o *Rapport* entre profissionais e usuários, dá-se uma negociação, visando à identificação de suas necessidades e a busca pela produção de vínculo.

Pode-se dizer que só existe acolhimento quando há *Disponibilidade* para o diálogo, escuta e envolvimento com a queixa do outro na resolução dos problemas apresentados pelos usuários. Assim, uma resposta negativa pode ser acolhedora, se houver a disponibilidade para escutar e procurar dar o encaminhamento adequado ao caso, percebendo as necessidades do usuário na situação.

De acordo Merhy (1997a), o acolhimento e o vínculo podem ser identificados no encontro do trabalhador com o usuário durante o trabalho vivo em ato, que em nosso estudo pode ser concretizado no *rapport*. O trabalho vivo é o trabalho em ação, que está em processo de construção. Durante o trabalho vivo em ato, o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, dentro do objetivo que se pretende atingir.

Na introdução, ao enfocar o percurso da formação dos profissionais da saúde e do modelo de atenção à saúde, abordamos questões do modelo médico-centrado e sua incidência sobre a divisão do homem em seguimentos, fazendo com que se perdesse a noção de totalidade do paciente, contribuindo para a perda do processo de integralização das necessidades humanas, com desdobramentos familiares e comunitários.

Por outro lado, para superar este modelo médico centrado, em 1994, o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, partindo da organização da atenção básica, com vias para o *"estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população"* (Merhy, 1997b, p. 7).

Mas, como afirmam Levcovitz e Garrido (1996), “responsabilidade e vínculo não se garantem por decreto” (p. 4). Devem ser construídos e, nesse sentido, a *presteza*, o *pronto atendimento* e o *Rapport* tornam se elementos indispensáveis para essa construção.

Ainda em relação a categoria *disponibilidade*, foram identificadas representações a respeito da *equidade* e da *compensação* como princípios de justiça social.

É fato, que a temática da equidade vem ocupando lugar de destaque na discussão das políticas sociais principalmente nas duas últimas décadas. No campo da saúde, a conceituação de eqüidade tem sido objeto de amplo debate, englobando várias dimensões e estimulando a discussão sobre sua operacionalização, seja para a busca dos determinantes das desigualdades em saúde, seja para formulação de políticas e prioridades a serem implementadas com vistas tanto à diminuição do impacto dos diferenciais sociais na saúde, como para a elaboração de instrumentos e indicadores para o monitoramento dos processos de reforma dos sistemas de saúde (ALMEIDA et al., 1999 apud SENNA, 2002).

Para Whitehead (1990), o termo eqüidade se refere às diferenças desnecessárias e evitáveis, além de consideradas injustas, fato este observado nos depoimentos abaixo:

> [...] para começar [...] a partir do atendimento do nosso postinho [...] a agente de saúde [...] ela não pode ter “discriminação” de certas pessoas [...] e a primeira coisa [...] tem que ter ética profissional [...] o que não existe com nossa agente de saúde [...] Eu acho que isso ai é uma das coisas mais graves que ta tendo [...] é a falta de ética profissional [...] aqui na comunidade não existe, e isso é uma coisa seriíssima (2.2).

> [...] o primeiro termo de responsabilidade que ela assina que é o da ética profissional [...] é uma coisa muito séria, afasta as pessoas do atendimento [...] Muitas pessoas deixam de vir, vão a outro lugar por causa disso [...] por causa da “discriminação”, atende a pessoa de um jeito, vê que a pessoa é menos favorecida, menos esclarecida, passa a atender de outro [...] Isso ai leva até a ruína do atendimento, porque quantos passam a ir pra outra localidade [...] (2.3).

A mesma autora destaca que o termo iniqüidades em saúde assume, assim, uma dimensão ética e moral. Nessa perspectiva, se determinadas diferenças individuais ou grupais, sobretudo as decorrentes de variações biológicas naturais, não devem ser tomadas como iniqüidades, no sentido acima abordado, há certo consenso de que são desnecessárias e injustas aquelas diferenças em saúde determinadas por exposição a condições de vida e trabalho estressantes e doentias; acesso inadequado a serviços públicos essenciais, entre eles os de saúde; comportamentos que podem causar danos à saúde quanto a liberdade de escolha do estilo de vida é restrita, entre outros aspectos.

Partindo desse princípio, concordamos com Viana et al., 2003, quando dizem:

> [...] a questão central a ser tratada pelas políticas que almejam equidade em saúde é a redução ou a eliminação das diferenças que advém de fatores considerados evitáveis e injustos, criando, desse modo, igual oportunidade em saúde e reduzindo ou compensando as diferenças injustas tanto quanto possível (p. 59).

Há que lembrar que de acordo com Sisson (2007), na Constituição Brasileira, a eqüidade na saúde foi tomada como igualdade no acesso aos serviços de saúde, e seu conceito não está definido claramente na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, fica evidente a importância do desenho do modelo assistencial local para a redução das desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde, por meio da *compensação*, remetendo a discussão ao modelo de intervenção da equipe do Programa de Saúde da Família.

> [...] nós que moramos aqui [...] distante da cidade [...] tínhamos que ter a preferência de atender nós mais rápido [...] para o povo da cidade tudo é mais fácil [...] lá, qualquer hora que marcarem eles estão lá na cidade [...] agora para nós, aqui é mais difícil se deslocar daqui até a cidade [...] então melhorou em um ponto e no outro vai muito devagar (3.4).

Para Whitehead (1990), eqüidade em saúde implica, idealmente, que qualquer pessoa possa ter oportunidades justas para alcançar seu completo potencial de saúde e, na prática, que se possam evitar desvantagens no alcance desse potencial.

Starfield (2001[9] apud Viana et al., 2003), discute o conceito indicado por Whitehead e propõe a seguinte definição, por ela considerada alternativa, para eqüidade em saúde:

> "Eqüidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, demograficamente ou geograficamente. Eqüidade nos serviços de saúde implica em que não existam diferenças nos serviços onde as necessidades são iguais (eqüidade horizontal), ou que os serviços de saúde estejam onde estão presentes as maiores necessidades (eqüidade vertical)" (p. 60).

No trabalho desenvolvido pela equipe de Saúde da Família Rural no período de 2003 a 2005, foram citadas várias ações que procuraram garantir a equidade de acesso aos serviços de saúde e redução das desigualdades evitáveis, por meio da compensação. Como exemplos dessas ações temos as alianças da equipe com as comunidades, a Vivência Rural, o incentivo ao controle social, a defesa das reivindicações das comunidades junto ao poder público (A agenda da Saúde), a reorganização da rede para atender às demandas da zona rural, etc. O objetivo da equipe era garantir uma assistência mais adequada às necessidades sociais e de saúde da comunidade, *compensando*, na medida do possível, as dificuldades encontras por uma população rural historicamente relegada a um segundo plano pelas políticas públicas no Brasil, fato este relacionado ao pequeno poder político da população rural de baixo nível sócio-econômico e ao deslocamento histórico do setor produtivo no Brasil, que passou a sustentar-se principalmente nas grandes indústrias urbanas.

[9] STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. International Journal of Health Services. Inglaterra: v.13, n.3, p. 545-566, 2001.

Destaca-se aqui, a capacidade e a necessidade de integração do PSF com os demais níveis de atenção do sistema de saúde para prover uma assistência equânime, de forma a redefinir qualitativamente o modelo de atenção à saúde, demonstrando que não é uma proposta de atenção simplificada e barata para áreas pobres e rurais do país, mas sim, como nos trás Starfield (2002), "o ponto de entrada para a atenção à saúde individual, o *locus* da responsabilidade continuada pelos pacientes em populações e o nível de atenção na melhor posição para interpretar os problemas apresentados no contexto histórico e meio social do paciente". Assim, a forma pela qual é formulada para prestar os serviços e de como fazê-lo de forma adequada são componentes-chave de uma estratégia para melhorar a efetividade e a equidade dos serviços de saúde. Conforme podemos observar no depoimento abaixo:

> [...] minha filha quebrou o braço foi atendida no Pronto Socorro em Sacramento, não tinha ortopedista foi mandada para Uberaba [...] a Secretaria de Saúde tava fechada e eu não conseguiu uma guia intermunicipal, um negócio assim, [...] Era sexta feira, pediram pra voltar na segunda, às sete da manhã [...] Foi onde que eu encontrei com o pessoal da equipe do PSF, o Doutor fez a guia na hora, já resolveu [...] Depois disso, eu conseguia tudo através deles, porque senão teria que ficar a semana toda na cidade, um dia pra pegar a guia, outro dia pro ortopedista assina e na sexta feira pra ta confirmando o transporte [...] e a equipe do PSF fazia tudo isso pra mim (1.8).

De acordo com Viana et al., 2003, p. 60,

> [...] o ganho obtido com a inclusão do debate da justiça social na conformação de políticas mais equânimes é imensurável, uma vez que pressupõe tratamento desigual para os que estão em condições de desvantagem, abrindo espaço para o que se considera um tipo de "discriminação positiva", e, consequentemente, assumindo os dilemas políticos inerentes ao enfrentamento das largas desigualdades verificadas entre os diferentes grupos populacionais (grifo do autor).

Segundo este autor essas análises adquirem força no mundo contemporâneo porque as fragmentações e as diversidades de processos sociais verificados no mundo

globalizado restringem o espaço das versões homogêneas da vida social. Dessa forma, a noção de igualdade só se completa se compartida à noção de equidade.

Nesse sentido, o grande desafio das equipes de Saúde da Família seria a *disponibilidade* para a não redução dos direitos sociais a um pacote básico de ações, mas sim, a criação de uma situação de universalidade de acesso com base nas necessidades reais dos usuários.

4.2. Categoria II – Acesso a Recursos

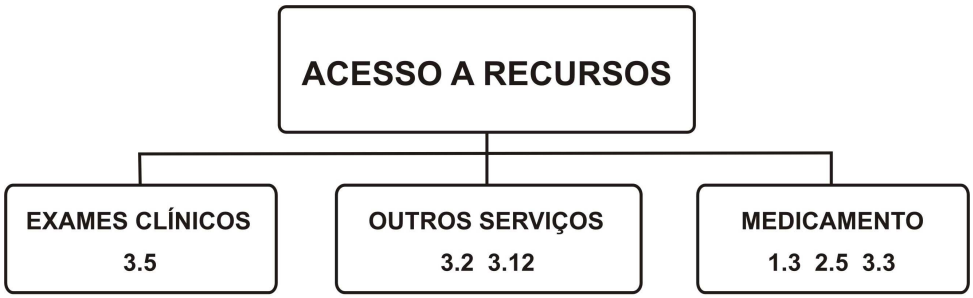


Fig. 4 - Categoria II - Acesso a Recursos.

Na *Categoria II – Acesso a Recursos,* as crenças e representações apontaram para uma avaliação dos elementos necessários e complementares à atenção primária em saúde, considerando a disponibilidade de distribuição de *Medicamentos*, agendamento e realização de *Exames Clínicos*, assim como as consultas em *Outros Serviços*, tendo como critérios comuns de avaliação a *centralização,* a *insuficiência* e a *demora* no atendimento nos níveis secundário e terciário, que levam às implicações negativas como a descontinuidade da atenção primária e o esgotamento de recursos financeiros dos usuários ligados à perda da produção financeira do dia de trabalho não trabalhado.

A discussão desta categoria exige uma definição conceitual do termo integralidade, que, poderíamos dizer, numa primeira aproximação, ser uma das diretrizes básicas do Sistema

Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade; ele fala em "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" (Brasil, 1988, art. 198).

Em que pese o termo integralidade possuir um caráter polissêmico no âmbito das políticas de saúde no país, a integralidade será assumida aqui como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde, ou seja, o componente organizacional da garantia da continuidade da assistência através da referência e contra-referência, nos diferentes níveis de densidade tecnológica, classificados como níveis primário, secundário e terciário.

Para Starfield (2002),

> A integralidade implica que as unidades de atenção primária devam fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários (p. 62).

Dessa forma, as queixas em relação ao acesso a recursos, referem-se ao aspecto organizacional e *remetem àquilo que ainda está insuficiente, precário ou inexistente*. Em todos os povoados investigados persistem dificuldades quanto ao acesso a medicamentos, agendamento de consultas especializadas e exames laboratoriais, tal como se depreende dos depoimentos abaixo enunciados:

> “[...] só que ta faltando remédio; não tem remédio nenhum aqui, nós estamos precisando de remédio e vim mais vezes por mês aqui, porque desse mês passado para cá vieram só uma vez, um mês e quinze dias, então se fosse ao menos de quinze em quinze dias melhorava para a população aqui [...]” (1.3).

> “[...] só que depois que nós deslocamos daqui para ir até a cidade lá é mais difícil para nós, às vezes marca para um prazo muito grande os exames é nós temos que esperar [...] então isso tudo fica mais difícil para nós, nesse ponto não esta bom para nós [...]” (3.2).

> "Eu acho que a dificuldade que a gente ta tendo aqui é que, quando a gente vai marcar [...] os exames demoram em Sacramento [...] a gente já tem certa dificuldade [...] a pessoa marca o exame lá, então [...] vai perde aquele dia de trabalho e fica gastando [...] quase o que ela gasta em viagem e transporte ela paga um médico particular." (3.5).

Observa-se de modo geral, que a satisfação ou insatisfação dos usuários em relação ao componente organizacional se associa grandemente à facilidade, ou em nosso caso, dificuldade de *acesso a recursos.*

Acesso refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário. O Sistema Único de Saúde (SUS), como ocorre com os sistemas de saúde de vários países europeus, orienta-se pelo princípio de acesso universal e igualitário (TRAVASSOS et al., 2006). O princípio constitucional de justiça social nos serviços de saúde pode ser traduzido na equidade do acesso entre indivíduos socialmente distintos. Dessa forma, reforçamos que a noção de igualdade da constituição só se completa se compartida à noção de equidade.

Vale ressaltar que, em nosso estudo, essas falhas no acesso/integralidade dos serviços são dependentes menos das ações dos profissionais da equipe do PSF e mais do sistema de gestão que os apóia, remetendo a questões mais amplas que envolvem toda a organização do sistema de saúde. Neste sentido, vale também ressaltar que a equipe, juntamente com a comunidade, pode ser a desencadeadora de um processo de reorganização da rede de serviços e da gestão no sentido de ampliar a resolutividade dessa rede assistencial, consequentemente garantindo acesso/integralidade de acordo com a demanda real da comunidade, bem como garantindo a satisfação do usuário.

Em relação aos medicamentos, principal queixa dos usuários em todos os grupos focais, observa-se, em vários estudos desenvolvidos nas últimas décadas, a iniquidade no acesso aos mesmos como um dos grandes problemas e entraves do sistema de atenção à saúde. Um fator agravante para as comunidades atendidas pelo PSF rural era o fato de não haver medicamentos nas unidades de saúde da zona rural, alguns medicamentos eram levados

e distribuídos pela equipe na rotina do ir e vir às comunidades, mas esses, na opinião dos usuários, eram sempre insuficientes em quantidade e variedade, forçando a comunidade a deslocar-se no mínimo 45 km para terem acesso aos medicamentos, seja na rede pública ou no setor privado.

De acordo com a OMS (1978), ainda que os produtos farmacêuticos, por si só, não sejam suficientes para proporcionar uma atenção à saúde adequada, em verdade desempenham uma importante função na proteção, conservação e recuperação da saúde dos cidadãos e se reconhece, com toda generalidade, que os medicamentos devem considerar-se como ferramentas essenciais para a assistência à saúde e para a melhoria da qualidade de vida.

Para Machado-dos-Santos (2001), a disponibilidade e efetividade dos medicamentos e dos serviços prestados na área farmacêutica atuam como fatores-chave para propiciar uma boa credibilidade do sistema de atenção à saúde. Os medicamentos fazem com que haja maior adesão e participação da comunidade nas diversas outras atividades destinadas a prevenir doenças e promover saúde.

Podemos dizer que isso ocorre em face à percepção ainda hegemônica e restrita do conceito de saúde, vinculado à ausência de doenças e do modelo de atenção à saúde, centrado no profissional médico especializado, na produção de exames e distribuição de medicamentos. Assim, a credibilidade de determinada equipe ou instituição de saúde depende, em grande parte, de sua capacidade em sanar ou controlar problemas concretos, ou melhor, da oferta ou "acesso" aos exames, consultas especializadas e medicamentos.

Podemos assim dizer que a conseqüência mais concreta do modelo biomédico e reducionista de abordagem do processo saúde-doença na vida dos indivíduos seja o que se adjetivou de "medicalização".

A "medicalização da sociedade" tem sido muito discutida atualmente, em virtude do incessante aumento da produção e do consumo de fármacos. A tentativa é conter *o lobby*

da indústria farmacêutica, de planos de saúde, médicos e pacientes que insistem em obter medicamentos excepcionais ou de alto custo se valendo de liminares na Justiça para garantir a continuidade do fornecimento, prejudicando a população carente, principal beneficiária do sistema, de acordo com a Constituição. A maioria dessas liminares tem como objetivo atender à prescrição de produtos de alto custo, muitos deles recém-lançados em outros países e ainda não disponíveis no Brasil. Essas decisões judiciais obrigam diversos gestores do SUS a fornecer medicamentos não ofertados ou até mesmo não disponíveis nas farmácias da rede pública, sob pena de serem presos e pagarem multa em caso de descumprimento.

Ao contrário do que possa parecer, este termo não se refere apenas a um processo recente, a medicalização da sociedade vem acontecendo há décadas, ou melhor, séculos durante os quais foi ganhando formas diversas, como a atual banalização do consumo de medicamentos.

O fato é que, independente da forma pela qual a maioria da população tem acesso aos medicamentos, haverá sempre um ônus financeiro a ser custeado, privado e/ou público. Torna-se claro, que em um contexto com recursos limitados frente a necessidades ilimitadas, o nível dos preços desses produtos é determinante, assumindo um papel balizador para a implementação de ações para reduzir a iniqüidade existente nessa área (MACHADO-DOS-SANTOS, 2001).

Na verdade, como descreve Barros (2002), vivemos em uma sociedade em que, para quaisquer problemas, busca-se um remédio oferecido pela ciência, a voga do empirismo da tentativa e erro, ou seja, os antigos instrumentos de dominação mágica do mundo foram substituídos por objetos técnicos. Tal como ressaltam Dupuy e Karsenty (1980 apud BARROS, 2002), em virtude das funções atribuídas aos fármacos, a expectativa é de que os mesmos tragam algum conforto moral, diminuam a sensação de insegurança, aliviem a angústia, preencham vazios, em suma, ajudem a viver.

De todo esse processo o importante é destacar de acordo com Mendes (2002) que o PSF tem sido contaminado, na sua prática, pela cultura biomédica prevalecente, tanto da parte dos gestores e profissionais de saúde, como por parte da população. Como conseqüência, estabelece-se uma relação indevida entre ações de atenção médica, mais voltada para a atenção às condições agudas, e as ações programáticas, mais voltadas para as condições crônicas.

O objeto de atenção é uma das principais questões do PSF (BRASIL, 1998). Os usuários, trabalhadores, gestores e políticos estão acostumados com a atenção médica, individual e tecnológica. É preciso construir uma cultura da atenção familiar, da atenção à saúde, da atenção cuidadora e não da atenção à doença, mesmo que no inicio se crie a expectativas de atenção médica individual e medicalização no domicílio. À medida que a equipe vai trabalhando, pode reformular gradativamente essas expectativas e o conceito do que é saúde, doença e a atenção à saúde da família (MATUMOTO, 2003).

Não discordamos, por exemplo, que o acesso a consultas especializadas, medicamentos e exames seja um problema dos serviços de saúde, que a exclusão social pode ser, por exemplo, facilmente observada no tratamento medicamentoso e que o não acesso a estes pode prejudicar o tratamento ou terapêutica, mas entendemos que sem um plano de assistência adequado aos princípios da Atenção Primária, a questão sai da exclusão ou falta de integralidade para a total medicalização, reproduzindo o modelo hegemônico de saúde que pretendemos superar.

Os depoimentos anteriores evidenciam a necessidade dos serviços de saúde dispor de recursos para resolverem o problema da integralidade das ações e serviços, mas os mesmos serão ineficientes para garantir a qualidade da assistência, se também não houver a preocupação de estabelecer uma forma de relação diferenciada do trabalhador da saúde para

com o usuário, relação esta, com *disponibilidade* para o acolhimento, com aspectos ligados ao vínculo, compromisso, responsabilização pela saúde e autonomia dos usuários.

4.3. Categoria III – Movimento Social.

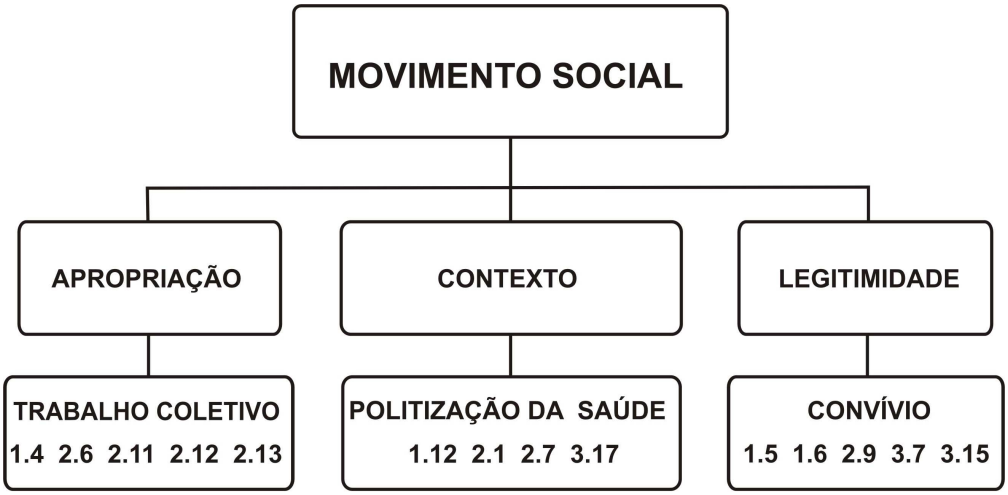


Fig. 5 - Categoria III - Movimento Social.

Na categoria ***Movimento Social*** foram sintetizadas as crenças derivadas da integração de perspectivas da comunidade e da equipe do PSF Rural, com conteúdos manifestos sobre a *apropriação* das práticas em saúde a partir do *trabalho coletivo* e construção de uma identidade junto à coletividade; da *politização da comunidade,* criando condições para a avaliação dos diferentes *contextos* de atenção em saúde e do processo de síntese de necessidades resultante do *convívio,* fazendo com que demandas e necessidades fossem visualizadas, sentidas como domínio do coletivo, formado por profissionais e comunidade, legitimando o trabalho da equipe.

Discutir a categoria Movimento Social implica em percorrermos um trajeto que vai desde a compreensão do modelo de prática sanitária que vem sendo legitimado no decorrer da história de construção da saúde pública, dos determinantes do processo saúde-

doença, da prática de participação popular da comunidade na estruturação e execução dos serviços de saúde, especialmente no âmbito local. Implica principalmente em definir como se criam os espaços de participação das comunidades junto aos serviços de saúde e qual o papel da equipe de saúde neste espaço de legitimação do poder popular.

A responsabilização da equipe pela vida da comunidade é um elemento constitutivo do processo de construção de confiança no trabalho desenvolvido no cotidiano. Tal sentimento se revela nos depoimentos, evidenciando a legitimidade do trabalho realizado pela equipe do Programa de Saúde da Família Rural no município de Sacramento.

> [...] para nós que mora num lugar muito distante da cidade e tem muita dificuldade, eu acho que é muito bom [...] O doutor que passou aqui visitando a gente em todas as casas [...] lugar difícil, andando a pé [...] é uma coisa que nunca aconteceu na região e ta acontecendo agora [...] a gente na roça já foi muito desvalorizado, mas agora já ta melhorando com a chegada do doutor e da equipe dos agentes da saúde (2.11).

É a partir da década de 70, que diversos estudos em torno da nova concepção do processo saúde-doença começam a mostrar que o ambiente social pode ter papel curativo importante, bem como, a existência de serviços confiáveis de saúde pode exercer função preventiva pelo sentimento de confiança que cria na população. Estas discussões em torno do processo saúde-doença colocam então a saúde como resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo prazeroso de “andar a vida”, seja individual, seja coletivamente. O que pressupõe determinado nível de acesso a bens, serviços econômicos e sociais (MENDES, 1996).

Desta forma, a saúde deve ser concebida pela equipe como expressão de um conjunto de necessidades sociais, que precisam ser enfrentadas oferecendo práticas que não se reduzam aos serviços médicos realizados individualmente, objetivando o tratamento de

doenças. A equipe trabalhava buscando junto com comunidade as garantias de seus direitos sociais, como podem perceber pelo relato abaixo:

> O Doutor tinha aquele é! [...] salário maternidade, beneficio que a pessoa tinha, eu mesmo não recebi porque falta de informação. O Doutor falou pra todas as mulheres que ganhou neném e todas ta recebendo, eu não recebi por falta de informação (1.12).

Implantado em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), tem como objetivo contribuir para a reorientação destas práticas em saúde, rompendo com o modelo de assistência excludente, centrado na doença, individualizado e segmentado, que prevaleceu tradicionalmente em nossa sociedade. O território definido, o acolhimento, o vínculo e a atenção voltada às famílias e comunidades, estabelecem uma relação usuário-equipe mais próxima, construindo laços de confiança que permitem um melhor conhecimento da realidade a ser trabalhada.

Neste sentido propor uma ação em saúde significa *a priori* o conhecimento e a compreensão por parte da equipe, de todo o processo que permeia a vida de determinada comunidade. O conhecimento de suas crenças, seus valores, seus modos de agir, suas concepções de saúde, enfim compreender os significados que as famílias e as comunidades atribuem às situações de saúde-doença, as situações que vivenciam em seus cotidianos.

A Vivência Rural idealizada e vivenciada pela equipe do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento, revelou o compromisso daqueles profissionais em buscar construir com a comunidade práticas de saúde, ou melhor, definindo vivências que permitissem àquelas comunidades expressar seus anseios, desmistificar o poder implícito na relação profissional/usuário, enfim, permitindo que a comunidade mostrasse seu cotidiano com todas as suas interfaces e particularidades, a partir da *disponibilidade* da equipe em realmente enxergá-lo, ou melhor, vivenciá-lo. A equipe pode sentir o modo de andar a vida daquelas comunidades. Este fato pode ser observado no depoimento abaixo sobre as visitas

feitas em todas as casas de quase todas as comunidades que compunham a área de abrangência daquela equipe.

> É verdade, nisso aí eles são muito atenciosos mesmo, eles ter saído assim andando nas casas foi bom por causa disso. Eles têm conhecimento do povo tudo aqui (2.9).

Trilhando estes caminhos, a equipe de saúde do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento, no período em que esteve trabalhando junto às comunidades rurais, transcendeu a visão e a postura puramente técnica do profissional, valorizando o discurso e a história de constituição daquelas comunidades, incorporando ao conhecimento biológico, as dimensões sociais e culturais. Esta atitude da equipe perante a vida da comunidade caracteriza a legitimação do trabalho a partir do convívio cotidiano, vivenciado a partir de uma relação de iguais entre comunidade e profissionais, conforme mostra os depoimentos abaixo:

> [...] o que eu achei interessante também é que ele quis fazer a Vivência rural não de carro, ele poderia ter feito de carro, ele fez a pé, eu achei aquilo interessante, ele quis ver a dificuldade das pessoas, a dificuldade que cada um tinha de enfrentar pra chegar até o posto de saúde, ou até a cidade, ele viu a dificuldade de cada um, a distância da casa, pela visita que ele fez com a assistente ele viu também a dificuldade que as pessoas têm [...] tipo as coisa que a pessoa precisa, eu acho que isso é muito importante, porque isso tudo é qualidade de vida (3.15).
>
> Então eu acho assim, que ele um médico assim [...] que ele é um amigo então. Ele sabe tudo, que nem eu te falei àquela hora, ele tem um mapa, que nem se o Senhor X fica doente a ACS Y liga lá pra ele e ele já sabe quem é, o que é o problema dele [...] (3.16).

Foi a partir desta postura da equipe diante da vida da comunidade que também se desenvolveu o trabalho de construção e execução das Agendas da Saúde das Comunidades. A equipe do Programa de saúde da Família Rural de Sacramento trabalhava na perspectiva de que as comunidades fossem sujeitos coletivos responsáveis juntamente com a equipe de saúde pelo processo de planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde.

Este propósito buscava ir além das ações consideradas específicas da saúde. Propondo intervenções nas condições de moradia, trabalho, saneamento básico, educação, enfim, construindo espaços de discussão e intervenção coletiva junto às políticas públicas direcionadas à melhoria das condições de vida da população. O trabalho teve como um dos seus objetivos principais melhorar as condições de vida das comunidades a partir da participação popular. O que pode ser observado no depoimento abaixo:

> Outra coisa interessante que eles levantaram aqui na comunidade também foi a associação, eu achei interessante, eles que levantaram a associação de desenvolvimento rural aqui [...] e não tinha haver com a saúde, mas eles preocupavam mesmo com as famílias (3.17).

No correr da história os movimentos sociais de cunho popular, passam a ter visibilidade na década de 70. Segundo Mutzemberg (1999), neste período destacam-se quatro aspectos que devem ser considerados, o avanço do capitalismo, a crise pós-milagre, o regime autoritário e o início da abertura política. Em âmbito geral a análise dos movimentos sociais das áreas rurais considera-os no contexto do processo de expansão do capitalismo. A base deste processo seria a subordinação dessa expansão aos blocos de capitais agroindustriais viabilizados pelo Estado através de uma série de pacotes e políticas agrárias e agrícolas que acelera a industrialização e urbanização diferencial do campo.

Ainda segundo Mutzemberg (1999), a diversidade das reivindicações no campo é expressão do modo como os trabalhadores e produtores rurais vivem e respondem às formas concretas de integração e exclusão a que foram submetidos.

Para a compreensão dos movimentos sociais, Ribeiro (1989) propõe a distinção de duas dimensões: uma *estrutural*, que se refere às necessidades e carências que lhes dão origem e que se observam tanto em nível da situação saúde-doença quanto aos serviços de saúde; outra *cultural*, relativa ao processo de conscientização que se dá a partir do

reconhecimento destas carências e através do qual vão se explicitando idéias e valores que conformam o significado cultural dos movimentos.

Nesta perspectiva entendemos que um componente essencial para suscitar na comunidade o desejo de se organizar coletivamente e criar mecanismos de participação e reivindicação junto aos órgãos competentes está no fato de que os sujeitos envolvidos tenham interesses comuns, formando um coletivo com histórias em comum.

> [...] uai, aqui da moda do outro, nos outros arraiais tudo que eu já tenho ido tem o que ta faltando aqui é um telefone, um orelhão aqui pra nóis, porque nos outros arraiais tudo que eu já fui tem (3.18).
>
> A água também ta bem fracassada aqui no Bananal. Muitos já fizeram o exame e foi detectado que a água não era de boa qualidade (2.13).

Para tanto é preciso trabalhar com a comunidade na perspectiva da autonomia dos sujeitos, entendendo por pessoa autônoma aquela a quem é dada condições de decidir entre as alternativas possíveis, podendo atuar segundo escolhas por elas feitas. Cohn (1992) coloca que a autonomia pressupõe a independência do grupo e a produção de condições de relações de vida coletiva que criem um novo campo de subjetividade social a partir da singularidade dos sujeitos.

Dessa forma, os serviços de saúde devem ter como norte do trabalho desenvolvido o respeito à autonomia dos usuários, que devem compartilhar decisões que digam respeito a sua pessoa, a sua família, a sua comunidade. É preciso garantir o direito de acesso à informação que é elemento vital para a tomada de decisão do usuário. O poder decisório deve ser redistribuído, aproximando a comunidade das ações empreendidas pelos serviços de saúde.

> [...] eles vão até as casas, né? [...] atendem a gente com uma [...] Há! Há! Há! [...] com uma, assim [...] atenção, né? Assim, dá uma oportunidade da gente ta dando umas idéias pra eles né? É um pessoal muito bom! (2.6).

Houve sempre por parte da equipe do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento, esforço em garantir uma participação efetiva das comunidades, entendendo o ato de participar, conforme define Cohn (1992, p. 106):

> [...] participar a priori não é uma tarefa inovadora no conteúdo, pois quando um indivíduo inicia um processo de participação, ele o faz segundo um sistema de regras já estabelecidas. Entretanto a simples entrada de um novo elemento muda a forma do ato participativo e, em médio prazo poderá mudar também seu caráter, pois os indivíduos não são neutros nem passivos. Todo ser humano tem uma potencialidade ativa e, portanto, ele é, em tese, transformador dos espaços onde atua, ou elemento de acréscimo de qualidades distintas.

Segundo Valla (1998), os profissionais que trabalham com a participação popular, muitas vezes têm dificuldades em perceber as avaliações da realidade das classes populares, principalmente porque o projeto dos profissionais costuma ser anterior ao contato com a população. Este tipo de participação tem como objetivo incorporar as pessoas em programas previamente elaborados pelos serviços de saúde, produzindo uma participação fetichizada correspondendo apenas aos interesses tidos como importantes e necessários na avaliação de tais serviços. O exemplo deste tipo de postura podemos citar a seguinte fala:

> Agora [...] falar do outro médico, meus menino era pequeno, eu tenho dois menino, o I e o F, eu ia lá consultar eles, era até interessante, e a gente saia daqui e hora que a gente chegava lá tinha muito menino que destampava a conversar, ai o Doutor lá falava assim: “o gente se não fizer silêncio não tem jeito de consulta ninguém não.” Saia com aquela cara que a gente até tinha medo de entra lá dentro, a gente não sentia a vontade. Ai eles dava uma revistinha pra gente vê, pra vê se ficava tudo caladinho, com aqueles meninos tudo caladinho e criança são difícil quieto, ai as mães cercava aqueles menino e, eles ficavam quietinhos [...] na hora que a gente ia consulta, ele nem olhava na cara da gente, quase que nem perguntava o que a gente tinha, a gente tinha até medo de falar (2,7).

Contrariamente a esta concepção, a equipe do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento, trabalhava a participação, a partir da compreensão do real, da vida

cotidiana associada ao seu sentido político, como base para o entendimento das necessidades das comunidades, associada ao contexto mais amplo da estrutura social e política.

> A minha opinião é que o serviço do PSF é bom, mas não vou falar que está assim 100% [...] isso ai seria até uma omissão ou dizer [...] é como [...] no país inteiro [...] ta tendo muito que desejar como um todo, não é só aqui [...] é como em todo o Brasil, a nossa saúde está muito tendo o que desejar (2.1).

O esforço da equipe era de descobrir as possibilidades de transformar o conhecimento das ciências da saúde em instrumento para a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença no âmbito do sistema capitalista, caminho oposto ao dos serviços tradicionais que buscam adaptar as pessoas e comunidades às exigências deste sistema.

No decorrer deste trabalho também foi possível definir a importância dos espaços de controle social instituídos legalmente pelo SUS. As Conferências e os Conselhos de Saúde são espaços privilegiados de participação da comunidade. Porém, sabemos que há que se criar dentro destes mecanismos, condições para que a comunidade ativa e participante se faça realmente representada. Para tanto, é necessário que o trabalho de participação popular nas comunidades ganhe força.

Durante o trabalho da equipe, houve um grande número de conselheiros representantes dos usuários moradores das comunidades rurais. A Conferência ocorrida neste período também contou com um número expressivo de usuários moradores da área rural.

O instrumento principal do trabalho da equipe do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento foi o diálogo. Buscou-se acabar com o autoritarismo e onipotência “naturalmente” presente no discurso e na postura dos profissionais, a partir da valorização do saber popular e da interação com a vida cotidiana das comunidades rurais atendidas, respeitando a diversidade e a heterogeneidade das mesmas.

> Ele veio aqui em casa, veio ele com o pessoal todo da saúde, a assistente social, a agente e a enfermeira, a gente achou que ele chegando aqui [...] a gente tinha que [...] nossa um Doutor chegando na casa da gente; O que a gente vai fazer? Ele chegou ficou a vontade e pois a gente também bem à vontade (3.7).

Nesse sentido, encerramos esta categoria com Vasconcelos (1999) quando diz: "é preciso saber ouvir o balbuciar do outro." O desenvolvimento deste trabalho com as comunidades rurais, permitiu à equipe do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento, aprender a olhar com atenção, a estar atento e ter a certeza de que por meio do diálogo com os usuários dos serviços de saúde é que os caminhos da participação popular vão se construindo.

4.4. Categoria IV – Condições Materiais.

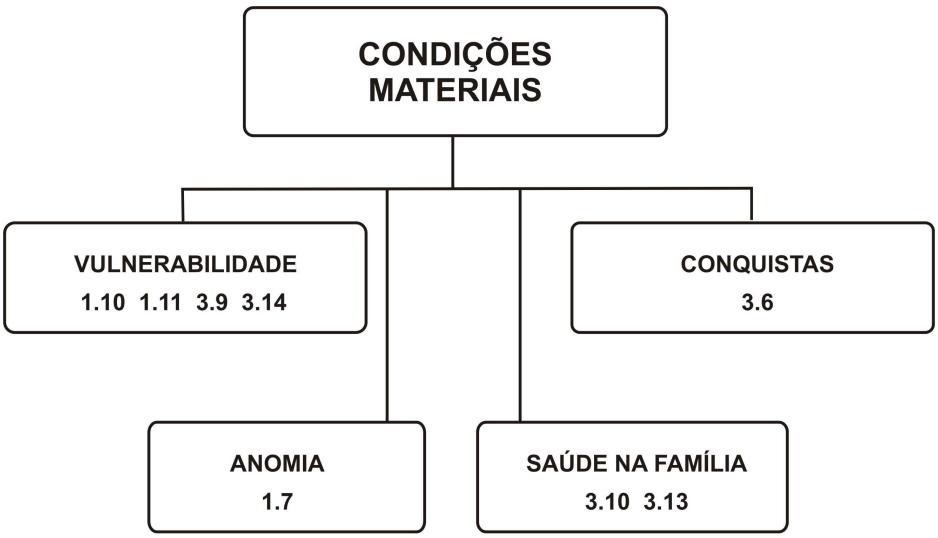


Fig. 6 - Categoria IV - Condições Materiais.

Finalizando, apresentamos na categoria *condições materiais* o conjunto de crenças e representações acerca da *Anomia* frente à manutenção das conquistas da comunidade, dada

pela falta de organização e conseqüente depreciação dos espaços e recursos coletivos para promoção da saúde.

Verificando-se a origem grega do vocábulo, que se forma da junção a + nomos, onde *a* significa ausência, falta, privação, inexistência, e, *nomos*, lei, norma, anomia significa, no caso, *falta de leis ou ausência de normas que consolidem ganhos em espaço social, por segmentos desprivilegiados.*

Do que se vê, a anomia se caracteriza, num primeiro momento, pela carência de normas reguladoras de uma determinada situação fática. No entanto, também é possível falar no instituído quando, embora exista a lei, essa não é eficaz, posto que a sociedade não lhe reconheça, pautando a sua conduta como se não houvesse norma alguma, acreditando na impunidade, conforme depoimento abaixo:

> [...] nós estamos precisando de uma reforma no postinho e fechar um muro em volta dele lá porque [...] fica gente bagunçando no telefone lá de noite [...] aquele rolo de namorada lá [...] uma sujeira danada lá [...] de noite a Dona X limpa, lava, encera e quando é no outro dia [...] ta aquela bagunça [...] (1.7).

De acordo com Meireles (2001), a anomia pode ser entendida como o resultado da ruptura entre os objetivos individuais culturalmente estabelecidos e os meios socialmente instituídos para alcançar essas metas, produzindo, como conseqüência, a decadência e a desorganização da estrutura institucional dentro de um sistema social.

O termo anomia foi, durante algum tempo, empregado para definir desarranjos de uma fase de transição histórica que toda sociedade moderna enfrentaria e que, ao final, seria resolvida. “Hoje anomia é considerada pelos sociólogos como uma patologia permanente da sociedade” (MEIRELES, 2001, p. 70).

De acordo com Durkheim (1995), a anomia pode ser reconhecida em nossos dias por meio dos bolsões de falta de conduta social e individual que a sociedade emergente pós-

moderna experimenta. Para Meireles (2001), a percepção de Durkheim, já naquela época, dirigia-se à análise crítica da economia e ao impacto que a introdução de novos parâmetros econômicos implicava, gerando sofrimento em todas as camadas sociais, tanto diante de situações de prosperidade, quanto de recessão.

Para a mesma autora, incluir esse fenômeno sociológico torna-se imprescindível em uma reflexão sobre a clínica atual, por tratar-se de referenciais mínimos e organizadores da sociedade, que resultam da dirupção dos processos determinantes da ordem coletiva. "Essa ausência de normas, do ponto de vista social, é a baliza que falta ao cidadão para definir os objetivos de sua ação" (p.70).

Portanto, a anomia incide sobre o movimento social, favorecendo a inércia e falta de autonomia da comunidade, como afirma Fernandes (1996, p. 73), "a anomia teria passado a ocupar o lugar de onde foi desalojada a autonomia". Processo este, que intensifica a *Vulnerabilidade* da comunidade frente à exclusão no processo saúde-doença, determinada pela precariedade das condições materiais de vida, que incidem sobre o acesso aos recursos de atenção à saúde, principalmente nos níveis secundário e terciário, como podemos observar pelos depoimentos abaixo:

> Telefone, aqui a gente tem um posto telefônico. É da associação comunitária que a gente tem na região e é um posto só [...] então, só tem esse telefone aqui [...] tem no Desemboque, a vinte e tantos quilômetros um telefone do outro. A comunidade é grande e depende muito do telefone (3.14).
>
> [...] há pouco tempo [...] uma cobra pegou a mãe e a menina aqui e se não tem um passando aqui com o carro elas tinha morrido as duas, não tem socorro [...] (1.10).

O conceito de vulnerabilidade denota um sentido de fragilidade social, ou seja, as características que deixam as famílias ou comunidades propensas a serem lesadas por um evento externo qualquer. Ao conceito de vulnerabilidade agrega-se o estado de risco, que se

reporta à susceptibilidade às catástrofes de diversas origens: geológicas, sociais, econômicas, estruturais, de organização de serviços, etc.

É claro que, de maneira geral, todos os seres humanos são vulneráveis a estes e/ou outros fenômenos. Porém, a susceptibilidade e o grau de risco não se distribuem ao acaso no conjunto da sociedade; consequentemente, a vulnerabilidade não é a mesma entre todos os segmentos sociais. Sem dúvida, podemos dizer que os grupos mais susceptíveis a tais catástrofes, tanto em freqüência como em magnitude, são invariavelmente os segmentos sociais mais desfavorecidos.

Assim, podemos considerar a vulnerabilidade em saúde como estados, de sujeitos e comunidades, nos quais as condições de vida são determinadas por processos históricos sobre a saúde de seguimentos sociais sem acesso a direitos reconhecidos pela Lei Orgânica da Saúde: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais.

Tal garantia de direitos inexiste na prática. Os depoimentos abaixo são exemplos do estado de anomia em que se encontram alguns dos seguimentos mais vulneráveis da sociedade.

> Eu moro em um paiol [...] e é um lugar assim quase que aberto [...] igual ela falou sobre inseto, até cobra nós já matamos dentro do paiol onde eu moro [...] embora já foi feito muitas casas e para nós, poderia melhorar mais um bocadinho [...] ver se fazia um ao menos um barraco para mim, não só para mim, vários que precisam, ta nas mesmas condições minha, morando em barraco (3.9).

> [...] agora sobre o negócio da escola a coisa que eu quero pedir é uma sala de refeição para os meninos, porque os meninos vão e senta na grama, no meio de estrume de vaca dessas coisas tudo, poeira ventania essas coisas e eles estão comendo até terra, porque vem um vento assim, cai no prato, então precisava de uma sala de refeição para os meninos [...] (1.11).

Parafraseando Lorenzo (2006), o processo de vulnerabilidade deve ser compreendido com base nos elementos históricos que determinam as condições de vida das pessoas e comunidades. Esta compreensão imprime ao conceito uma relação estreita com os estados de exclusão social.

Ao avaliarmos as últimas décadas do século XX, podemos observar várias mudanças ocorridas no plano econômico e sociocultural, pautadas no processo de globalização da economia capitalista, que vêm interferindo na dinâmica e estrutura familiar e possibilitando alterações em seu padrão tradicional de organização.

As conseqüências dessas mudanças para as famílias dos seguimentos populares se traduzem no *isolamento da família, empobrecimento, vulnerabilidade e anomia*, dado o desmantelamento das formas de organização tradicionais e protetoras.

Nesse sentido, nas últimas décadas do século passado, a preocupação com o crescimento da violência e consolidação do conceito de famílias de risco produziu uma pauta de discussão mais ampla dos problemas familiares (RIBEIRO, E., 2004). Assim, o surgimento da ESF, reflete a valorização da família nas políticas sociais brasileiras (VASCONCELOS, 1999).

É na abordagem da família pelo PSF, que identificamos conteúdos a respeito das *conquistas obtidas* e *reconhecidas como resultados da integração das necessidades das comunidades e o projeto desenvolvido,* além do reconhecimento das implicações das condições de vida dos usuários e as condições de trabalho dos profissionais da equipe:

> [...] Melhorou muito! Essas casas, mesmo [...] eu cheguei ver criança que foi criada junto com barbeiro e outros insetos e hoje a casa é nova e quem for nascer e for criado nessas casas tenho certeza que vai cria com mais saúde, porque as casas eram precárias [...] de madeira, às vezes até coberta com capim. Hoje as casas são novas de piso, de telha e é tudo melhor, tudo mais bem organizado (3.6).

> É [...] no começo eu achei que até que estava certo, mas depois de analisar porque a comunidade é grande e as casas muito longe, então poder andar toda a comunidade, não é fácil, tem lugar que nem de moto não vai [...] no caso mesmo tem que de cavalo ou a pé, então o agente não vai querer fazer isso ai porque é difícil, se também estiver chovendo então eu acho meio complicado (3.10).

> Agora, sobre o atendimento dentário [...] foi bom, mas não foi ótimo [...] as pessoas foram todas atendidas, mas, o que mais precisa eles não fazem, arranca um dente não fazem canal; e o material é de péssima qualidade. Depois cai as obturação, até os dente vem a cair também, porque fica aberto [...] eu acho que deveria melhorar nesse ponto ai [...] o material melhor (3.13).

A valorização da família como foco da Atenção Primária à Saúde pode ser destacada como um dos avanços ou conquista do cuidado em saúde. A disponibilidade da equipe, a apropriação do trabalho coletivo, a legitimidade do convívio, e as conquistas obtidas de um trabalho conjunto, possibilitam ultrapassar o cuidado individualizado, focado na doença e oferecer um cuidado que contextualiza a saúde, produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde.

Apesar do caráter excessivamente prescritivo do PSF (Merhy, 2002), não se encontra, em documentos oficiais do ministério, orientações sobre como conduzir a ação profissional frente às questões levantadas sobre dinâmica familiar (RIBEIRO, E., 2004). Este tema também não faz parte do corpo de disciplinas oferecidas aos profissionais de saúde nas universidades.

Nesse sentido, a falta de formação adequada dos profissionais e disponibilidade dos mesmos, a vulnerabilidade das famílias e comunidades, a não mobilização social, bem como a falta de apoio da gestão local, produz dificuldades de entendimento, planejamento e integralidade das ações no cuidado à saúde na lógica da Atenção Primária. Sem falar nas frustrações tanto dos profissionais quanto dos usuários pelas expectativas não atendidas.

Por fim, ressalte-se que a Estratégia de Saúde da Família requer novos olhares, que possam ser aceitos sem coações ou constrangimentos, por todos os implicados. Análises e

reflexões, sob a perspectiva dos usuários podem reparar insuficiências, preparando os caminhos para ações mais efetivas, exigidas ao se declarar a família o foco principal do cuidado profissional de saúde em atenção primária.

5. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já colocado anteriormente, este trabalho se fundamenta na síntese de vivências realizadas, no plano da saúde, enquanto profissional de enfermagem, junto a um Programa de Saúde da Família instalado na zona rural de Sacramento, uma pequena cidade do interior do estado de Minas Gerais. Falar em saúde, após estas vivências, passou a não ser mais falar apenas da enfermagem, mas de suas bases materiais de manutenção e seus desdobramentos para um plano geral do conhecimento, embasado no trabalho realizado dentro de perspectivas que vão além dos paradigmas especializados de uma profissão.

A análise dos depoimentos dos usuários, sobre a realidade específica apresentada, nos permitiu avaliar que o acolhimento dos usuários pela equipe de saúde da família revela as dificuldades enfrentadas pela população na busca em garantir o acesso aos serviços de saúde secundário e terciário, que ainda apresenta relações tensas e conflitantes, principalmente, pela baixa resolutividade no atendimento às necessidades demandadas.

Também favorecem a visibilidade do percurso enfrentado por usuários e equipe na produção de uma atenção à saúde que extrapole a prática biomédica, em diversos momentos: recepção, atendimento individual, atendimento à família, planejamento, organização da assistência e na resolução ou não do processo terapêutico.

Ao analisarmos nosso percurso na realização deste estudo, apresentamos aqui, a possibilidade de repensar o processo de trabalho das equipes de saúde da família, em especial, do médico, para superar uma prática centrada na queixa, com baixa resolutividade e que tem gerado tensões e insatisfação, tanto para os trabalhadores da área, quanto para os usuários. Há que destacar que o problema não está apenas no profissional da medicina uma vez que, apesar de “menos criticados”, os demais profissionais das equipes têm reproduzido, de forma competente, o modelo hegemônico de atuação biomédica.

Acolher e vincular na estratégia saúde da família não se garante por decreto, realizam-se com o diálogo, no momento dos encontros, em qualquer lugar, na estrada, em

uma festa de folia de reis, na cidade, por meio do trabalho em equipe, a mesa do café da manhã, nas reuniões para a construção da agenda da saúde, na reativação das associações comunitárias ou nos consultórios, configurando-se como verdadeira "teia de comunicações", tanto para os trabalhadores, entre si, como para os trabalhadores e usuários. Cada encontro é um ponto de eminente tensão ou acolhimento, que poderá, ou não, produzir o cuidado, que poderá, ou não, facilitar o vínculo, que poderá, ou não, transcender a realidade atual (SANTOS et al., 2007).

Não temos dúvida ao afirmar que a confluência dos encontros, quando acolhedores, possibilita a conquista da saúde, na sua integralidade, *sem desconsiderar as dificuldades de por em prática os princípios do SUS e garantir a saúde como "Direito de todos e dever do Estado"*.

Percebemos tensões e conflitos durante os encontros entre os trabalhadores e usuários, mas também a presença de novas possibilidades, pela *disponibilidade* em aceitar as solicitações das pessoas. Nem sempre será possível atender a todas as demandas que nos chegam, mas, na maioria das vezes é possível contribuir para amenizar o sofrimento do outro, desde que estejamos prontos a atender, sermos prestativos, escutar e acolher.

As práticas curativas acumuladas podem ser resolvidas a partir da formulação de estratégias de organização local, a partir de negociações realizadas com o usuário, criando-se, conjuntamente, critérios de atendimento nas unidades de saúde da família, com a conseqüente co-responsabilização e participação popular (SANTOS et al., 2007).

Quanto à participação popular, temos que trabalhar na perspectiva da autonomia dos sujeitos, entendendo por pessoa autônoma aquela a quem é dada condições de decidir entre as alternativas possíveis; não podemos engessar a participação apenas no instituído, os conselhos e as conferências de saúde; a participação popular deve ocorrer no dia a dia,

caminhando para a politização dos sujeitos, democratizando a gestão em saúde, de acordo com as necessidades de vida.

Ao finalizar, apenas academicamente, este estudo, fica evidente a importância da realização de trabalhos que incluam as práticas como elementos de investigação no campo da saúde. A práxis se destaca no processo de pesquisa, não como um campo de experimentação, mas como legítima produtora de conhecimento, a ser incorporado, enquanto elementos de formação, considerando a síntese ensino/pesquisa/extensão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.; TRAVASSOS, C.; PORTO, S.; BAPTISTA, T. A. Reforma Sanitária Brasileira: Em Busca da Eqüidade. **Research in Public Health, Technical Papers** 17. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde. 1999, 82p.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: Tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 117-123, 2000.

ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo focal estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, v. 6, n. 1, p. 9-14, jan./jun., 2004.

BARATA, R. B. Causalidade e epidemiologia. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 31-49, 1997.

BAUER, W. M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** Um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 516 p.

BOSI, M. L. M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 446-456, out./dez., 1994.

BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 355-365, abr./jun., 1998.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade,** [on-line], v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BALSADI, O. V. Mudanças no meio rural e desafios para o desenvolvimento rural. **São Paulo em Perspectiva,** [on-line], v. 15, n. 1, p. 155-165, jan./mar., 2001.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Cap. II, Seção II, Art. 198. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Construindo um novo modelo:** os municípios já têm história para contar. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 64 p. (Cadernos saúde da família; v.1; n.1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36 p.

BERTOLHI, F. C. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo, Ática, 2002, 71 p.

CALDERÓN, J, L.; BAKER, R. S.; WOLF, K. E. Focus Groups: a qualitative method complementing quantitative research for studying culturally diverse groups. **Education for Health**, [on-line], v. 13, n. 1, p. 91-95, 2000.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, 2000.

CAMARGO JR, K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. ***Physis,* Revista de Saúde Coletiva**, v.2, n. 1, p. 203-228, 1992.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

CAPRA, F. **O ponto de mutação:** a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982. 452 p.

CHACRA, F. C. Metodologia centrada na Primeira Pessoa na experiência do Vínculo. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa em Saúde.** Múltiplos Olhares. 1 ed. Campinas: KOMEDI/UNICAMP, 2005, p. 185-192.

CHIRELLI, M. Q.; MISHIMA, S. M. A formação do enfermeiro crítico/reflexivo no curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA**. Revista Latino - Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 574-584, set./out. 2003.

COHN, A. Conhecimento e prática em saúde coletiva: o desafio permanente. **Saúde e Sociedade**, [online], v.1, n. 2, p. 97-109. 1992.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família,** Brasília, v. 1, n. 1, p. 10-15, 1996.

CREVELIM, M. A. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 323-331, 2005.

DUPUY, J. P.; KARSENTY, S. **A invasão farmacêutica,** Rio de Janeiro, Graal, 1980, p. 89-115

DURKHEIM, E. Da Divisão do Trabalho Social. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1995, p. 3-21.

FERNANDES, H. R. Um século à espera de regras. **Tempo Social**; Revista de Sociologia da USP, São Paulo, v.8, n.1, p. 71-83, maio, 1996.

FEUERWERKER, L. C. M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate,** Rio de Janeiro, n. 22, p. 18-24, dez. 2000.

FIGUEIREDO, M. A. C. Escalas afetivo-cognitivas de atitude. Construção, validação e interpretação de resultados. In. BIAZOLI Z. M. M, ROMANELLI G. (Orgs.) **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa.** Ribeirão Preto: Legis Summa; 1998. p. 51-68.

FIGUEIREDO, M. A. C. Aids, ciência e sociedade**.** In: BOARINI, M. L. **Desafios na atenção à Saúde Mental.** Ed. Universidade Estadual de Maringá, EDUEM, Maringá, p. 79-92. 2000.

FIGUEIREDO, M. A. C. **Avaliação de um Programa de Orientação e Suporte Psicossocial ao cuidado doméstico de pessoas que vivem com HIV/AIDS.** Um estudo com base na tríade paciente/profissional/familiar. Ribeirão Preto, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, 2003. 14 p. (Relatório de Pesquisa).

FIGUEIREDO, M. A. C.; MOYA, A. L. V.; SOUZA, L. B. O cuidado em HIV/AIDS no contexto da Saúde da Família. Trabalhos completos. **8˚ Virtual Congress HIV/AIDS. AIDS Portugal, Sidanet, Associação Lusófona.** Portugal; 2007. 14 p.

FINKELMAN, J.; (Org). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328p.

GOULART, F. A. A. **Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso**. 2002. 387 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA - IBGE. Cidades-Censo 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php.> Acesso em: 11 dez. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA - IBGE. Cidades-Censo 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php.> Acesso em: 11 mar. 2008.

LIBÓRIO, P. P.; FELIPE, E. A.; OLIVEIRA, E. M.; SANTANA, H. S.; REIS, S. A.; PASSOS, I. C. F. Vivência Rural: Desconfigurando os Lugares do Saber In: XIII Encontro Nacional da Abrapso, 2005, Belo Horizonte. **Anais do XIII Encontro Nacional da Abrapso**. Belo Horizonte-MG: UFMG, 2005. p. 1 – 1.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família,** Brasília, v. 1, n. 1, p. 03-09, 1996.

LORENZO, C. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Bioética** [on-line], v. 2, n. 3, p. 299-312, 2006.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento.** 2003. 186f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003.

MATUMOTO, S.; FORTUNA C. M.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M.J.B. e DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação,** v. 9, n. 16, p. 09-24, set.2004/fev. 2005.

MATTOS, R. J. C. **Corografia Histórica da Província de Minas Gerais**. 1837. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, v. 2, 1979.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 665-675, jul./ago. 2004.

MEIRELES, M. M. **Anomia.** Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2001.110 p.

MENDES, E. V. **Uma agenda para saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996. 300 p.

MENDES, E. V. **A atenção primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001. 167 p.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO et al. (Org.) – **Acolher Chapecó. Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. 328 p.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec, 1997, p. 113-50.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa Saúde da Família: somos contra ou a favor? **Saúde em Debate,** v. 26, n. 60, p. 118-122, jan./abr. 2002.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato. In: MERHY, E. E, ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997ª, p. 71-112.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde.) In: CECILIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997b, p. 117-160.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269p.

MORGAN, D. L. Focus groups. **Annual Review of Sociology**, *v.* 22, p.129-152, 1996.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research**. 2nd ed. Thousand Oaks, London, New Delhi. Sage Publications, 1997. 80 p.

MUTZENBERG, R. Construção de sentidos pelos movimentos sociais In: FONTES, B. A. S. M. (Org.). **Movimentos sociais*:* produção e reprodução do sentido.** Recife, Editora Universitária/UFPE, 1999.

Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud – **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. Genebra**: Organización Mundial de la Salud, 1978. 91p.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva**:** uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, jun. 1998.

PANAZZOLO, D. V. et al. Inventário cultural de Sacramento. Sacramento, **Prefeitura Municipal de Sacramento**, 2005. 117 p. (Relatório técnico).

PEREIRA, J. C. M. A questão da objetividade. In: PEREIRA, J. C. M. **A explicação sociológica na Medicina Social**. São Paulo: Editora UNESP. 2005. 280 p.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem.** 2001. 256f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PEREIRA, M. J. B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008. 237f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PEREIRA, M. J. B.; FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M. Colectando datos en grupo – el grupo focal. **Revista Panamericana de Enfermería**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 54-62, 2004.

PONTES, H. **História de Uberaba e a civilização no Brasil Central**. Academia de Letras do Triângulo Mineiro. 2ª ed. 1978, 55 p.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R. M. B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. International Journal of Qualitative Methods [periódico da internet] 2002. May1(2): Disponível em: http://www.ualberta.ca/~ijqm

Ribeiro E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 658-664, jul./ago. 2004.

RIBEIRO, L. Os movimentos sociais e sua relação com a questão da saúde**. Cadernos de Saúde Pública,** v. 5, n. 3, Rio de Janeiro, jul./set. 1989.

ROZEMBERG, B.; MINAYO M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 115-124, jan. 2001.

SAMPAIO, B. **Uberaba: história, fatos e homens**. Edição: Academia de Letras do Triângulo Mineiro. Bolsa de Publicações do Município de Uberaba, 1971. 121 p.

SANTANA, H. S. **Compreensão da prática médica sob a perspectiva de usuários do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento/MG.** 2009. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2009.

SANTANA, H. S.; FELIPE, E. A.; OLIVEIRA, E. M.; REIS, S. A. Vivência Rural. In: 30º Congreso Interamericano de Psicología - Hacia una psicología sin fronteras, 2005, Buenos Aires. **Libros de Resúmenes do 30º Congreso Interamericano de Psicología**, Argentina, 2005a. p. 61-62.

SANTANA, H. S.; OLIVEIRA, E. M.; FELIPE, E. A.; REIS, S. A. Agenda da Saúde: a construção da saúde pelas comunidades e equipe do PSF Rural. A experiência de Sacramento/MG. In: III Congresso Mineiro de Epidemiologia e Saúde Pública, 2005, Belo Horizonte. **Anais do III Congresso Mineiro de Epidemiologia e Saúde Pública.** Belo Horizonte - MG: AMEP, 2005b.

SANTANA, H. S.; OLIVEIRA, E. M.; FELIPE, E. A.; REIS, S. A. Novas tecnologias no trabalho das equipes de PSF. In: VIII Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade & II Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária, 2006, São Paulo-SP. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade & II Encontro Luso-brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária**, São Paulo, 2006, p. 281-282.

SENNA, M. C. M. Equidade e políticas de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 203-211, 2002. Suplemento.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2007.

MACHADO-DOS-SANTOS, S. C. **Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição extra-preço.** 2001, 201f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior eqüidade na política de saúde. **Saúde e Sociedade** [on-line], v.16, n. 3, p. 85-91, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. 726 p.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e saúde coletiva** [on-line], v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

TEIXEIRA, T. **Bandeirantes e pioneiros do Brasil Central. História da criação do Município de Uberlândia**, Uberlândia: Gráfica Editora LTDA, V.I. 1970.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 7-18, 1998.

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

VIANA, A. L. A.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e eqüidade. **São Paulo em Perspectiva** [on-line], v.17, n.1, p. 58-68, 2003.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Panam**, v. 120, n. 6, p. 472-481, 1996.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization; 1990.

Wong Un, J. A. **Visões de comunidade na saúde: comunalidade, interexistência e experiência poética**. 2002. 166 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - **Agenda da Saúde das comunidades rurais.**

Agenda da Saúde Bananal

- Asfalto no arraial
- Programa habitacional para as famílias carentes
- Voltar as aulas para a escola do Bananal
- Falta de água
- Melhorar a qualidade água da comunidade
- Que tenha dentista na comunidade
- Falta de medicamentos
- Que tenha medicamentos nos postos
- Atendimento médico mais vezes se possível toda semana
- Arrumar um destino final para o lixo
- Melhorar as estradas
- Ter uma ficha garantida na cidade para quem for da área rural
- Os laboratórios não fazem exames depois das 10 h. As pessoas da área rural deveriam ter garantia de vagas.
- Cirurgia de hérnia – filho da Mariângela – agilizar cirurgia.

Agenda da Saúde - Jaguarinha

- Melhor manutenção das estradas
- Destino final para o lixo
- Terminar a construção da Igreja
- Rede esgoto inacabada
- Refazer o asfalto nos locais onde foi quebrado
- Ter um ginecologista para atender na área rural
- Garantir medicamentos
- Organizar o serviço odontológico
- Auxiliar na merenda escolar – esta insuficiente
- Garantir transporte gratuito para as pessoas que fazem curso de computação no Centro da juventude
- Reformar o vestiário do campo de futebol
- Que tenha policiamento no período das aulas
- Continuar o programa de reforma e construção das casas
- Construir uma praça
- Um pouco mais de atenção dos governantes para com os menos favorecidos

Agenda da Saúde - Quenta Sol

- Falta assistência policial na comunidade
- Energia elétrica oscilando com muita freqüência
- Sistema de energia trifásico
- Garantir transporte separado para dentistas e PSF
- Atendimento médico de 2ª a 6ª feira
- Atendimento médico uma vez na semanal
- Assistência de médicos especialistas
- Falta de medicamentos
- Garantia de uma ambulância para atendimento das urgências
- Posto de coleta de exames na comunidade
- Melhorar os meios de informação na comunidade – ex. utilizar o radio
- Melhorar a divulgação das reuniões na comunidade
- Providenciar um destino para o lixo
- Freqüente falta de água na comunidade
- Rede de esgoto
- Ampliação dos poços artesianos
- Esportes para as crianças nos finais de semana
- Atividades físicas
- Atividades para as pessoas da 3ª Idade
- Melhor comunicação por parte da secretaria de saúde, principalmente da odontologia
- Sistema de telefonia fixa para todos da comunidade
- Programa de hortas comunitárias e individuais
- Projeto de emprego
- Construir uma praça para passeio
- Redução das aulas durante períodos de feriado prejudicando os alunos

Propostas de melhorias

- Fazer um abaixo assinado e enviar para a Telemar - sistema de telefone fixo
- Colher os exames no dia do atendimento médico e levar para a cidade
- Que tenha um policial acompanhando os professores
- Montar um projeto que traga cooperativa
- Que os ACS orientem a população sobre o uso racional da água

APÊNDICE B – **Procedimento para análise de conteúdo e tratamento dos dados.**

Etapas da Análise de Conteúdo das entrevistas[10]

PRIMEIRA FASE* **(Sujeitos)**	**A. LEITURA INICIAL**
	B. MARCAÇÃO
	C. CORTE
	D. PRIMEIRA JUNÇÃO
	E. NOTAÇÃO
	F. ORGANIZAÇÃO
SEGUNDA JUNÇÃO (PRIMEIRA SÍNTESE)	
SEGUNDA FASE (Conteúdos)**	**G. LEITURA INICIAL**
	H. ORGANIZAÇÃO
	I. NOTAÇÃO
	J. REDAÇÃO FINAL

*** Conteúdos relacionados a várias Categorias, do mesmo sujeito ou mesmo grupo.**
****Conteúdos de vários sujeitos ou vários grupos, em uma mesma Categoria.**

Primeira Fase: Realizada sobre as transcrições das entrevistas, nesta fase a junção é feita partindo de conteúdos comuns, *dentro de uma mesma entrevista.* Compreende as seguintes etapas:

A. *Leitura Inicial:* É feita uma série de leituras em profundidade, para identificar trechos preliminares, ligados às Categorias Temáticas de conteúdos evocados.

B. *Marcação:* São selecionados alguns trechos, destacando os conteúdos inscritos nas Categorias Temáticas, além de outros, julgados significantes.

C. *Corte:* Os trechos destacados são, então, retirados do texto.

D. *1ª Junção*: Os trechos são dispostos, por pessoa, em protocolo de análise.

E. *Notação:* Observações marginais são feitas sobre cada trecho, localizando-o no contexto das entrevistas e na literatura pertinente.

F. *Organização:* Tais observações marginais devem servir como referencial para organização dos dados numa *segunda junção*, onde serão agrupados os trechos de todos os entrevistados, considerando uma mesma Categoria Temática.

Segunda Fase: Feita a partir da Segunda Junção refere se a conteúdos comuns às várias entrevistas, compreendendo etapas similares à primeira fase:

G. *Leitura Inicial:* Compreende uma série de leituras em profundidade, onde são identificados alguns trechos preliminares, agora *por Categoria Temática*.

H. *Organização:* Tais trechos são agrupados e classificados por subcategorias, ou seja, segundo conteúdos específicos na mesma Categoria Temática, em particular.

I. *Notação:* Tomando um protocolo semelhante ao da fase anterior, as notações são ampliadas e relacionadas, entre si, dentro de uma mesma Categoria Temática.

J. *Redação Final:* Baseado na segunda notação é realizado a redação definitiva.

[10] FIGUEIREDO, M. A. C. Escalas afetivo-cognitivas de atitude. Construção, validação e interpretação de resultados. In. Biazoli Z. M. M, Romanelli G.; Orgs. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa.** Ribeirão Preto: Legis Summa; 1998. p. 51-68.

APENDICE C – **Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP.**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Of.CEtP/FFCLRP-103/2006-18/12/2006

Senhor(a) Pesquisador(a):

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado **"ABORDAGEM PSICOSSOCIAL DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DE USUÁRIOS DO PSF RURAL DE SACRAMENTO – MINAS GERAIS"**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº **287/2006** – 2006.1.1764.59.1.

Aproveitamos a oportunidade para apresentar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Profa. Dra. EUCIA BEATRIZ LOPES PETEAN
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FFCLRP-USP

Ilustríssimo(a) Senhor(a)
Edward Meirelles de Oliveira
Aluno do Programa de PG do Departamento de Psicologia e Educação
Desta FFCLRP-USP

c/c.: Prof(a). Dr(a). MARCO ANTONIO DE CASTRO FIGUEIREDO

CEP-FFCLRP-USP - Fone: (016) 602-3653 - Fax: (016) 633-5015
Avenida Bandeirantes, 3900 - Bloco A - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

APENDICE D – **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

Eu, Edward Meirelles de Oliveira, enfermeiro, professor, RG: 33.964.623-8, vinculado à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, como aluno do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sob orientação do Professor Doutor Marco Antonio de Castro Figueiredo, psicólogo e professor dessa Faculdade, estamos realizando um estudo para compreender o ponto de vista das pessoas que produziram cuidados junto a Equipe de Saúde da Família Rural de Sacramento. Para isso precisamos de sua colaboração e gostaríamos de poder contar com sua participação. Para participar você deve estar ciente de que:

A. Sua participação é inteiramente voluntária;
B. As atividades dos grupos serão áudio-gravadas, sendo posteriormente transcritas;
C. As informações que você fornecer serão usadas em trabalhos científicos;
D. O seu anonimato será garantido, no momento da produção dos textos e resultados obtidos;
E. Você terá acesso a todos os dados deste estudo (gravações e trabalhos realizados com estes dados);
F. Não há nenhum risco em participar deste estudo;
G. Você estará livre para desistir da participação no trabalho em qualquer momento, por qualquer motivo, sem que isso implique em qualquer prejuízo, tendo suas informações excluídas do estudo;
H. Você ficará com uma cópia assinada desse termo de consentimento;
I. Qualquer dúvida com relação a sua participação poderá ser esclarecida com o pesquisador responsável ou com o orientador da pesquisa nos seguintes endereços:

Rua Sílvio Crema, 414. Cep. 38190-000 – Sacramento – MG. Fone: (34) 3351- 3241 ou Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – Departamento de Psicologia e Educação – Bloco 5 (C.P.A.) Av. Bandeirantes, n°. 3900 – CEP: 14040-901 – Ribeirão Preto/SP. Fone: (16) 3602 – 3726 ou 3602 – 3786.

Considerando as questões acima:

Eu, _____ estou ciente e aceito participar voluntariamente do presente estudo.

Sacramento, _____ de _____ de 2007.

_____
Assinatura do Participante

_____
Edward Meirelles de Oliveira
(Pesquisador Responsável)

Obrigado pela sua atenção e colaboração!

APÊNDICE E – **Termo de autorização da comunidade de Jaguarinha.**

Termo de Autorização para Coleta de Dados

Eu, Edna Silvério dos Reis, presidente da Associação Comunitária do Jaguarinha Sacramento/MG declaro estar ciente e de acordo com a pesquisa que será realizada na comunidade pelo aluno de mestrado Edward Meirelles de Oliveira, sob orientação do Prof. Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo com o tema "Processos de apropriação da prática na construção do cuidado em saúde na perspectiva de usuários do PSF rural de Sacramento/MG".

Declaro que tenho conhecimento sobre o projeto a ser desenvolvido e os procedimentos a serem realizados estando ciente que não afetarão o desenvolvimento das atividades normais da associação.

Por ser verdade, firmo o presente:

Sacramento, 01 de 09 de 2007.

Edna Silvério dos Reis
Presidente da Associação Comunitária

RG: 24.715.672-3
CIC: 149.539.968-01

APÊNDICE F – **Termo de autorização da comunidade do Bananal.**

Termo de Autorização para Coleta de Dados

Eu, PEDRO CÉSAR DEVÓS, presidente da Associação Comunitária do BANANAL, Sacramento/MG declaro estar ciente e de acordo com a pesquisa que será realizada na comunidade pelo aluno de mestrado Edward Meirelles de Oliveira, sob orientação do Prof. Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo com o tema "Processos de apropriação da prática na construção do cuidado em saúde na perspectiva de usuários do PSF rural de Sacramento/MG".

Declaro que tenho conhecimento sobre o projeto a ser desenvolvido e os procedimentos a serem realizados estando ciente que não afetarão o desenvolvimento das atividades normais da associação.

Por ser verdade, firmo o presente:

Sacramento, 01 de 09 de 2007.

Pedro Cesar Devós

Presidente da Associação Comunitária

RG 15373.490-8

CPF 477095106/04

APÊNDICE G – **Termo de autorização da comunidade do Quenta Sol.**

Termo de Autorização para Coleta de Dados

Eu, JOSÉ NATAL FERREIRA, presidente da Associação Comunitária do QUENTA SOL, Sacramento/MG declaro estar ciente e de acordo com a pesquisa que será realizada na comunidade pelo aluno de mestrado Edward Meirelles de Oliveira, sob orientação do Prof. Dr. Marco Antonio de Castro Figueiredo com o tema "Processos de apropriação da prática na construção do cuidado em saúde na perspectiva de usuários do PSF rural de Sacramento/MG".

Declaro que tenho conhecimento sobre o projeto a ser desenvolvido e os procedimentos a serem realizados estando ciente que não afetarão o desenvolvimento das atividades normais da associação.

Por ser verdade, firmo o presente:

Sacramento, 01 de 09. de 2007.

Presidente da Associação Comunitária

CPF - 036.167.696-04
RG - 19996140 SSP/SP

ANEXOS

ANEXO – A – **Edição Número 3 do Jornal Rural.**

Jornal Comunidade Rural

Abril de 2005 Número 03

Circula no Bananal, Caxambú, Desemboque, Jaguarinha, Pinheiros, Quenta Sol, Santa Barbára, Sete Voltas e Vitorinos.

Editorial

Foi grande a aceitação do Jornal Comunidade Rural publicado em março deste ano, o que nos deixou muito animados a continuar com a idéia.

Nesse número, relatamos a vinda a Sacramento de professores da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto para colaborar na avaliação do trabalho da equipe de saúde rural.

Também publicamos a visita de Lima Duarte ao Desemboque e a poesia de Osmaro Santos, criada e guardada na memória há muitos anos, conhecida por nós durante a Vivência Rural de novembro passado, e agora escrita para o Jornal Comunidade Rural.

Importante enfatizar a caminhada matutina realizada pelas mulheres do Bananal mostrando que quando trabalhamos em grupo, as coisas ficam mais fáceis de fazer.

Haroldo da Silva Santana
Samira Alessandra Reis

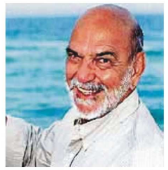
DINHEIRO DO PRÊMIO HUMANIZASUS COMEÇA A BENEFICIAR COMUNIDADES RURAIS

Os 50 mil reais recebidos pela Secretaria Municipal de Saúde começaram a ser usados pela equipe rural do PSF desde março de 2005. Com parte do prêmio Humanizasus ganhado pelo PSF Rural foi comprado, no final do ano passado, um Fiat Uno para o transporte da equipe, o que tem facilitado a permanência na área rural melhorando o atendimento à saúde, as visitas às famílias e as reuniões com as comunidades.

Foi feito um acerto com a Prefeitura para que os equipamentos e atividades do plano de gastos do dinheiro fossem fornecidos pela Secretaria de Saúde, de modo que a equipe já está com um computador portátil e outro de mesa, além de dispor de outros recursos multimídia (datashow).

Os computadores servirão para manter o cadastro atualizado com o nome de todas as pessoas da área rural (além de outras informações de cada família), para usar o genograma (história de saúde e doença de cada pessoa) e o mapa das comunidades (que se ento de cad a famíli

Carro adquirido com o dinheiro do Prêmio Humanizasus.



Lima Duarte

PROFESSORES DA USP DE RIBEIRÃO PRETO AVALIAM TRABALHO DO PSF - RURAL

No dia 5 de abril professores da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto, estiveram em Sacramento para realizar treinamento com moradores da área rural, que irão fazer as entrevistas da pesquisa de avaliação do trabalho do PSF - Rural.

No mesmo dia realizou-se entrevistas com as agentes comunitárias de saúde da equipe como parte desta avaliação.

Os entrevistadores são: Sílvia (Bananal), Darci (Caxambu), Sônia (Desemboque), Nilvânia e Bernadete (Jaguarinha), Elza (Pinheiros), Vanderlene (Quenta Sol), Ednéia (Santa Bárbara), Sandra (Sete Voltas).

Reunião dos professores da USP com moradores das comunidades.

Informações

Se você tem 60 anos ou mais de idade procure o posto de saúde mais próximo e vacine-se contra a gripe.
A campanha acontece do dia 25/04 ao dia 06/05/05.

Mercearia Gabri
Quenta Sol
Agradecemos a Preferência

A HISTÓRIA DO ATOR "LIMA DO ARTE"

Michail Patchelly
Maria Batista Araújo

Dia seis de fevereiro aconteceu em nossa região uma grande surpresa. O ator Lima Duarte veio fazer uma visita a sua terra natal. Nos surprendeu com um jeito cativante e uma alegria no olhar. Esbanjando um grande sorriso disse: O bom filho a casa retorna.

O nosso Desemboque parecia que tinha ficado tão grande quanto o ibope da Rede Globo.

Após visitar nossas igrejas e molhar os pés no rio, lembrando quando era criança, convidou a comunidade para uma foto lembrança. Depois deu autógrafos e despediu-se dizendo que vai voltar.

Música de Seu Osmaro

Seu Osmaro é esposo de Dona Efigênia e cantador de folia de reis. Durante a vivência rural cantou para nós a música aqui publicada.

Osmaro Santos

Saí de casa pra viajá
Lá em Sacramento fui embarcá
Na rodoviária eu comprei passage
Na prataforma fui esperá
Eu tomei o primeiro ônibus
Que vinha vindo de Araxá
Com destino a Ribeirão Preto
Meus filhos fui visitá

Aqui tenho duas filhas juntinho
De mim esta tenho nove netinhos
Que dá prazer agente olhá
Nós seguimos viaje, pro Estado de São Paulo fomos atravessá
Chegando em Rifaina um pouco dela eu quero falá
É uma cidade turística teve o Abrão para dela cuidá
Tem rancho pra todo lado o fim de semana
O povo vem passá

Subindo a serra distante muito desastre acontece lá
Precisamos fazer um "baixa-cinado" para aquela curva tirá
Lá no trevo de Pedregulho a direita o Cristo está lá
Ele está de braços aberto pra bom caminho nos ensiná
Rodoviária tava em construção
Naquele dia que eu passei por lá
Paramos num barzinho para um cafezinho o povo tomá
Lá eu tenho um amigo que faz muito tempo que ele vive lá
Se chama Cássio tem apelido de Cacá
Trabalha no alto escola
Atende qualquer hora aquele que te procurá
Cristais é pequenininha mas para trais não posso deixá
O pequeno também tem valor
Neles podemos acreditá
Também tem o Banco Banespa que é para o povo se movimentá

Encontramos na cidade de Franca
Na rodoviária fomos estacioná
Lá paramos cinco minutos, um pouquinho eu fui pensá
Franca é uma cidade desenvorvida
De calçado serviço pra muita gente trabalhá
E fábrica calçado bom que é pra esportá

Batatais é cidade luxosa orgulho de São Paulo está tudo lá
É lugar de gado leiteiro muitos fazendeiros reside lá
Brodosk fica retirado, lá do asfalto dá pra se avistá
Lugar de gente trabalhador
Agricultura ta tudo lá
Eles colhe de tudo pra muita gente se alimentá

Cheguei em Ribeirão Preto pra minha viaje encerrá
Lá eu desci do ônibus sem saber onde está
Eu pedi a Deus pra ele me ajudá
Peguei avenida do Café
A Padre Anchieta eu fui encontrá
Eu segui nela direto até na hora de chegá

Cheguei bati no portão
Vieram todos me comprimentá
A emoção foi grande
Que deu até pra mim chorá.

LEIA NO PRÓXIMO NÚMERO

1 - Mudança na diretoria da Associação da Santa Bárbara;
2 - Vivência Rural no Tatu;
3 - Lixão incomoda no Quenta Sol;
4 - Programa Fome Zero;
5 - Folia de Reis nos Pinheiros.

CALENDÁRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO NAS COMUNIDADES RURAIS

DIA	MANHÃ	TARDE
2 de maio	Quenta Sol	
3 de maio	Sete Voltas	
4 de maio	Desemboque	Pinheiros
5 de maio	Jaguarinha	
6 de maio	Bananal	
9 de maio	Olhos D'água	Caxambu
10 de maio	Ficar na cidade	Ficar na cidade
11 de maio	Resa	Carvoeira
12 de maio	Vitorinos	Tatu
13 de maio	Santa Bárbara	
16 de maio	Quenta Sol	
17 de maio	Sete Voltas	
18 de maio	Desemboque	
19 de maio	Jaguarinha	
20 de maio	Bananal	Santa Bárbara

ACIDENTES NO QUENTA SOL

Foram três acidentes com caminhões no Quenta sol no mês de março, todos sem vítimas: um de mercadorias e outro de batatas tombaram na estrada; um terceiro bateu em um poste e esbarrou em uma casa.

Anuncie Aqui Informações
Equipe do Programa de Saúde da Família Rural

GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA NO BANANAL

Fazer exercícios físicos evita e controla muitas doenças. Além disso, deixa as pessoas mais ágeis, independentes, com mais vontade de viver e se divertir.

Pensando assim, a agente comunitária de saúde do Bananal, Vicentina, organizou e coordena um grupo de atividade física. As caminhadas acontecem todas as segundas, quartas e sextas feiras, às 7h.

Organize você também na sua comunidade.

Mexa-se.

Expediente

Comunidade Rural é uma publicação independente, editada pelas comunidades rurais e pelos profissionais do Programa de Saúde da Família Rural.

EQUIPE:

Agentes de Saúde: Sandra (Quenta Sol), Rosana (Santa Bárbara), Vicentina (Bananal), Lúcia Helena (Sete Voltas), Maria Batista (Desemboque) e Ana Maria (Jaguarinha).
Auxiliar de Enfermagem: Maria das Graças (Quenta Sol).
Motorista: Guéri
Assistente Social: Elisangela Ap. Felipe.
Enfermeiros: Samira Alessandra Reis e Edward Meirelles de Oliveira.
Médico: Haroldo da Silva Santana.

Colaboraram nessa edição: Elisangela, Samira, Santana, Edward, Vicentina, Sandra, Maria das Graças, Maria Batista, Osmaro Santos, Francisca, Diolinda, Bergson e Michail Patchelly.
Contatos:
hsantana@sacranet.com.br
edmeirelles@sacranet.com.br
elisangela.felipe@ig.com.br
samira_enf@yahoo.com.br

ANEXO – B – **Recordes, eixo temático e notações relacionadas ao conteúdo dos grupos realizados nas comunidades.**

Quadro 1. Recortes, eixo temático e notação relacionados ao conteúdo dos grupos da comunidade QUENTA SOL.

EIXO TEMÁTICO	RECORTE	NOTAÇÃO
Disponibilidade (Rapport)	[...] com essa equipe a gente se sente num consultório particular, sem pressa, assim [...] tem aquele tempo pra conversar sobre os problemas familiares, os problemas de saúde [...] (1.1).	Os critérios para avaliação do trabalho parecem estar baseados na **disponibilidade, relacionada ao tato** para atender a demanda e no trato das pessoas.
Disponibilidade (Presteza)	[...] a enfermeira também é muito boa, a Dona X (ACS) do postinho nem se fala de tão boa que é até de noite meia noite a gente vem aqui e ela atende de qualquer jeito a gente [...] (1.2).	Os critérios para avaliação do trabalho parecem estar baseados na disponibilidade, **relacionada à presteza** para atender a demanda e no trato das pessoas.
Acesso a Recursos (Medicamento)	[...] só que ta faltando remédio; não tem remédio nenhum aqui, nós estamos precisando de remédio e vim mais vezes por mês aqui, porque desse mês passado para cá vieram só uma vez, um mês e quinze dias, então se fosse ao menos de quinze em quinze dias melhorava para a população aqui [...] (1.3).	O acesso ao medicamento é dificultado pela **centralização do controle** dos remédios, e à "**insuficiência" dos mesmos.**
Apropriação (Trabalho Coletivo)	[...] sobre a equipe medica [...] ta jóia, muito bom. O doutor ele nem pode pensar em querer sair daqui... toda equipe! E a Dona X do postinho? Vocês não vão ver outra igual não [...] (1.4).	Apropriação do **processo de construção conjunta,** caracterizando o **caráter coletivo** do trabalho realizado.
Legitimidade (Convívio)	[...] porque ela já mora aqui, às vezes já é meia noite uma hora aqui e ela atende um machucado uma coisa, e vai arranjar quem que vai ficar aqui [...] (1.5).	**Legitimação** do trabalho do **Agente Comunitário** enquanto **convívio** sob as **mesmas condições** do **contexto imediato**
Legitimidade (Convívio)	[...] queria ver se vocês conseguiam um gabinete dentário [...] porque essa dentista que esta vindo aqui é um espetáculo de gente [...] ela atende até fora de hora [...] vem na escola, pega um pratinho de comida só [...] você sempre da um jeito de dar uma comida melhor para ela [...] porque aqui tem comida boa [...] mas o problema é que ela não tem nem onde comer [...] pega um prato e vai lá para grama [...] isso ai não esta certo [...] (1.6).	**Legitimação** do trabalho da **Dentista** enquanto **convívio** sob as **mesmas condições** do **contexto imediato**.
Condições Materiais (anomia)	[...] nós estamos precisando de uma reforma no postinho e fechar um muro em volta dele lá porque fica gente bagunçando no telefone lá de noite [...] aquele rolo de namorada lá [...] uma sujeira danada lá [...] de noite a Dona X limpa, lava, encera lá e quando é no outro dia [...] ta aquela bagunça [...] (1.7).	Conteúdos relacionados às **perdas em perspectiva** de **manutenção de conquistas,** levadas pela **falta de organização.**

Quadro 2. QUENTA SOL (Cont.).

EIXO TEMÁTICO	RECORTE	NOTAÇÃO
Acesso a Recursos (Outros Serviços)	[...] minha filha quebrou o braço foi atendida no Pronto Socorro em Sacramento, não tinha ortopedista foi mandada para Uberaba [...] a Secretaria de Saúde tava fechada e eu não conseguiu uma guia intermunicipal, um negócio assim, [...] Era sexta feira, pediram pra voltar na segunda, às sete da manhã [...] Foi onde que eu encontrei com o pessoal da equipe do PSF, o Doutor fez a guia na hora, já resolveu [...] Depois disso, eu conseguia tudo através deles, porque senão teria que ficar a semana toda na cidade, um dia pra pegar a guia, outro dia pro ortopedista assina e na sexta feira pra ta confirmando o transporte [...] e a equipe do PSF fazia tudo isso pra mim (1.8).	O acesso aos outros Serviços de Saúde, localizados na cidade e fora do município, é **dificultado** em conseqüência da não garantia da **integralidade.**
Disponibilidade (Presteza)	[...] e nós estamos fazendo uma reunião aqui para nós pedirmos para vocês uma ambulância para morar aqui... lá no garimpo do bandeira perto de Frutal [...] lá tem duas ambulâncias com dois motoristas da cidade de lá mesmo [...] mora lá [...] é doença qualquer hora eles levam em Frutal traz espera e não tem problema [...] (1.9).	Os critérios para avaliação da equipe parecem estar baseados na disponibilidade, ***relacionada à presteza*** para atender a demanda e no trato das pessoas.
Condições Materiais (Vulnerabilidade)	[...] há pouco tempo [...] uma cobra pegou a mãe e a menina aqui e se não tem um passando aqui com o carro elas tinha morrido as duas, não tem socorro [...] (1.10).	Incidência das péssimas condições de acesso aos recursos Materias para a sobrevivência, denotando Vulnerabilidade às doenças, acidentes, etc.
Condições Materiais (Vulnerabilidade)	[...] agora sobre o negócio da escola a coisa que eu quero pedir é uma sala de refeição para os meninos, porque os meninos vão e senta na grama, no meio de estrume de vaca dessas coisas tudo, poeira ventania essas coisas e eles estão comendo até terra, porque vem um vento assim, cai no prato, então precisava de uma sala de refeição para os meninos [...] (1.11).	Incidência das péssimas condições de acesso aos recursos Materias para a sobrevivência, denotando Vulnerabilidade às doenças, acidentes, etc.
Contexto Saúde (Politização)	O Doutor tinha aquele é! [...] salário maternidade, beneficio que a pessoa tinha, eu mesmo não recebi porque falta de informação. O Doutor falou pra todas as mulheres que ganhou neném e todas ta recebendo, eu não recebi por falta de informação (1.12).	Os critérios para avaliação estão baseados no ***Contexto Geral da Saúde,*** que inclui as condições limitantes, na sua totalidade, o que encaminha a questão para os níveis políticos de atuação.

Quadro 3. Recortes, eixo temático e notação relacionados ao conteúdo dos grupos da comunidade BANANAL.

EIXO TEMÁTICO	RECORTE	NOTAÇÃO
Contexto Saúde (Politização)	A minha opinião é que o serviço do PSF é bom, mas não vou falar que esta assim 100% [...] isso ai seria até uma omissão eu dizer [...] é como [...] no país inteiro [...] Ta tendo muito o que desejar como um todo, não é só aqui [...] é como em todo o Brasil, a nossa saúde esta muito tendo o que desejar (2.1).	Os critérios para avaliação estão baseados no ***Contexto Geral da Saúde,*** que inclui as condições limitantes, na sua totalidade, o que encaminha a questão para os níveis políticos de atuação.
Disponibilidade (Eqüidade)	[...] para começar [...] a partir do atendimento do nosso postinho [...] a agente de saúde [...] ela não pode ter "discriminação" de certas pessoas [...] e a primeira coisa [...] tem que ter ética profissional [...] o que não existe com nossa agente de saúde [...] Eu acho que isso ai é uma das coisas mais graves que ta tendo [...] é a falta de ética profissional [...] aqui na comunidade não existe e isso é uma coisa seriíssima [...] (2.2).	Os critérios para avaliação da equipe parecem estar baseados na disponibilidade, ***relacionada à eqüidade*** atendendo, ***de forma indiscriminada***, a demanda das pessoas.
Disponibilidade (Eqüidade)	[...] o primeiro termo de responsabilidade que ela assina, que é o da ética profissional [...] é uma coisa muito séria, afasta as pessoas do atendimento [...] Muitas pessoas deixam de vir, vão a outro lugar por causa disso [...] por causa da discriminação, atende a pessoa de um jeito, vê que a pessoa é menos favorecida, menos esclarecida, passa a atender de outro [...] Isso ai leva até a ruína do atendimento, porque quantos passa a ir pra outra localidade [...] (2.3).	Os critérios para avaliação da equipe parecem estar baseados na disponibilidade, ***relacionada à eqüidade*** atendendo, ***de forma indiscriminada***, a demanda das pessoas.
Disponibilidade (Presteza)	O trabalho deles eu acho que ta cada dia melhorando mais, porque em relação há uns anos atrás não tinha médico uma vez por semana e hoje já tem médico uma vez por semana [...] De quinze em quinze dias, já até vem nas casas, atende nas casas [...] Até se precisar de carro pra [...] buscar o paciente para levar no posto de saúde, vem [...] (2.4).	Os critérios para avaliação da equipe parecem estar baseados na ***disponibilidade, relacionada ao tato*** para atender a demanda e no trato das pessoas.
Acesso a Recursos (Medicamento)	[...] agora sobre os remédios [...] falta um pouco, porque os remédios no postinho não são todos que tem pelo SUS então eu acho que, minha mãe mesmo toma metade é pelo SUS e a outra metade não é pelo SUS [...] (2.5).	O acesso ao medicamento é dificultado pela ***centralização do controle*** aos remédios, e à ***insuficiência dos mesmo.s***

Quadro 4. BANANAL (Cont.).

EIXO TEMÁTICO	RECORTE	NOTAÇÃO
Apropriação (Trabalho Coletivo)	[...] eles vão até as casas, né? [...] atendem a gente com uma [...] Há! Há! Há! [...] com uma, assim [...] atenção, né? Assim, dá uma oportunidade da gente ta dando umas idéias pra eles né? É um pessoal muito bom! (2.6).	Apropriação do ***processo de construção conjunta,*** caracterizando o ***caráter coletivo*** do trabalho realizado.
Contexto Saúde (Politização)	Agora [...] falar do outro médico, meus menino era pequeno, eu tenho dois menino, o I e o F, eu ia lá consultar eles, era até interessante, e a gente saia daqui e hora que a gente chegava lá tinha muito menino que destampava a conversar, ai o Doutor lá falava assim: "o gente se não fizer silêncio não tem jeito de consulta ninguém não." Saia com aquela cara que a gente até tinha medo de entra lá dentro, a gente não sentia a vontade. Ai eles dava uma revistinha pra gente vê, pra vê se ficava tudo caladinho, com aqueles meninos tudo caladinho e criança são difícil quieto, ai as mães cercava aqueles menino e, eles ficavam quietinhos [...] na hora que a gente ia consulta, ele nem olhava na cara da gente, quase que nem perguntava o que a gente tinha, a gente tinha até medo de falar (2.7).	Os critérios para avaliação estão baseados no ***Contexto Geral da Saúde,*** que inclui as condições limitantes, na sua totalidade, o que encaminha a questão para os níveis políticos de atuação.
Disponibilidade (Presteza)	Até hoje eu estou achando bom [...] eu acho que é vantagem, porque primeiro para você fazer uma consulta tinha que ir lá em Sacramento marca ou pagar para depois ser atendido e demorava, agora a gente vai no posto aqui pega uma guia, ai vai [...] até esses dias eu fiz uma cirurgia [...] (2.8)	Os critérios para avaliação da equipe parecem estar baseados na disponibilidade, ***relacionada à presteza*** para atender a demanda e no trato das pessoas.
Legitimidade (Convívio)	É verdade, nisso aí eles são muito atenciosos mesmo, eles ter saído assim andando nas casas foi bom por causa disso. Eles têm conhecimento do povo tudo aqui (2.9).	***Legitimação*** do trabalho da ***equipe*** enquanto ***convívio*** sob as ***mesmas condições*** do ***contexto imediato***.
Disponibilidade (Ampliação de recursos)	Eu tenho um pedido de que melhorasse um pouquinho [...] é com relação [...] a minha mãe precisa de fazer hidroginástica três vezes por semana [...] ai, não tem como você estar mudando para outra cidade para ela fazer, então eu queria que tivesse uma idéia [...] para estar montando uma lotação para levar pelo menos as pessoas que precisem de tratamento psicológico, tratamento de hidroginástica [...] levar uma Kombi para a cidade para fazer pelo menos três vezes por semana. (2.10).	Os critérios para avaliação dos Serviços parecem estar baseados na ***necessidade de disponibilizar recursos complementares*** para fazer frente à ***demandas específicas*** das pessoas.

Quadro 5. BANANAL (Cont.).

EIXO TEMÁTICO	RECORTE	NOTAÇÃO
Apropriação (Trabalho Coletivo)	[...] para nós que mora num lugar muito distante da cidade e tem muita dificuldade, eu acho que é muito bom [...] O doutor que passou aqui visitando a gente em todas as casas [...] lugar difícil, andando a pé [...] é uma coisa que nunca aconteceu na região e ta acontecendo agora [...] a gente na roça já foi muito desvalorizado, mas agora já ta melhorando com a chegada do doutor Y e da equipe dos agentes da saúde (2.11).	Apropriação do ***processo de construção conjunta,*** caracterizando o ***caráter coletivo*** do trabalho realizado.
Apropriação (Trabalho Coletivo)	[...] Não nunca vi não, eu só ouvi falar de bem da região assim Sete Voltas, Pinheiros, apesar de nunca ter indo [...] o povo ficou muito incentivado chega o médico na casa dele lá e mede a pressão tomando as informações sobre a saúde, então o povo ta muito incentivado, ta achando muito bom, coisa que nunca aconteceu [...] (2.12).	Apropriação do ***processo de construção conjunta,*** caracterizando o ***caráter coletivo*** do trabalho realizado e possibilitando a ***construção de uma identidade*** junto à Comunidade atendida.
Apropriação (Trabalho Coletivo)	A água também ta bem fracassada aqui no Bananal. Muitos já fizeram o exame e foi detectado que a água não era de boa qualidade (2.13).	Os critérios para avaliação estão baseados no ***Contexto Geral da Saúde,*** que inclui as condições limitantes, na sua totalidade, o que encaminha a questão para os níveis políticos de atuação.

Quadro 6. Recortes, eixo temático e notação relacionados ao conteúdo dos grupos da comunidade JAGUARINHA.

EIXO TEMÁTICO	RECORTE	NOTAÇÃO
Disponibilidade (Presteza)	[...] Mas a gente tano com o jornal que a própria equipe fornece pra gente vê: que hoje ela ta aqui, amanhã ta em tal lugar, qualquer lugar que cê procurar eles atendem a gente com a máxima atenção [...] (3.1).	Os critérios para avaliação da equipe parecem estar baseados na disponibilidade, ***relacionada à presteza*** para atender a demanda e no trato das pessoas.
Acesso a Recursos (Outros Serviços)	Só que depois que nós desloca daqui para ir até a cidade lá é mais difícil para nós, as vezes marca para um prazo muito grande os exame é nós temos que esperar então isso tudo fica mais difícil para nós, nesse ponto não esta bom para nós (3.2).	O acesso aos outros Serviços de Saúde, localizados na cidade, é dificultado pelo ***controle centralizado,*** pela Secretaria de Saúde do Município.
Acesso a Recursos (Medicamento)	[...] e o outro é o remédio muito caro também não tem como comprar o remédio [...] (3.3).	O acesso ao medicamento é dificultado pela ***centralização do controle*** aos remédios, obrigando o usuário a comprá-lo
Disponibilidade (Compensação)	[...] nós que moramos aqui [...] distante da cidade [...] tínhamos que ter a preferência de atender nós mais rápido [...] para o povo da cidade tudo é mais fácil [...] lá, qualquer hora que marcarem eles estão lá na cidade [...] agora para nós, aqui é mais difícil se deslocar daqui até a cidade [...] então melhorou em um ponto e no outro vai muito devagar (3.4).	Os critérios para avaliação dos Serviços parecem estar baseados na disponibilidade, ***relacionada à compensação*** considerando, ***as maiores dificuldades*** das pessoas que moram no campo.
Acesso a Recursos (Exames Clínicos)	Eu acho que a dificuldade que a gente ta tendo aqui é que, quando a gente vai marcar [...] os exames demora mais em Sacramento [...] a gente já tem uma certa dificuldade [...] a pessoa marca o exame lá, então [...] vai perde aquele dia e fica gastando [...] quase o que ela gasta em viagem e transporte ela paga um médico particular." (3.5).	O acesso aos Exames Clínicos é dificultado pela ***demora na cidade*** e os custos decorrentes da perda do dia de trabalho e os gastos com viagem e estadia.

Quadro 7. JAGUARINHA (Cont.).

EIXO TEMÁTICO	RECORTE	NOTAÇÃO
Condições Materiais (Conquistas)	[...] Melhorou muito! Essas casas, mesmo [...] eu cheguei ver criança que foi criada junto com barbeiro e outros insetos e hoje a casa é nova e quem for nascer e for criado nessas casas tenho certeza que vai cria com mais saúde, porque as casas eram precárias [...] de madeira, às vezes até coberta com capim. Hoje as casas são novas de piso, de telha e é tudo melhor, tudo mais bem organizado (3.6).	Conteúdos relacionados a ***ganhos em perspectiva*** para a ***manutenção da saúde,*** considerando os ***processos de apropriação do trabalho conjunto,*** com os ***profissionais de saúde.***
Legitimidade (Convívio)	Ele veio aqui em casa, veio ele com o pessoal todo da saúde, a assistente social, a agente e a enfermeira, a gente achou que ele chegando aqui [...] a gente tinha que [...] nossa um Doutor chegando na casa da gente; O que a gente vai fazer? Ele chegou ficou a vontade e pois a gente também bem à vontade (3.7).	***Legitimação*** do trabalho da ***equipe*** enquanto ***convívio*** sob as ***mesmas condições*** do ***contexto imediato***.
Disponibilidade (Rapport)	Acho que o principal que eles têm é essa atenção, esse atendimento 100% é porque [...] eles vivem o dia a dia na zona rural, então, eles tão conhecendo assim [...] todos os nossos problemas [...] (3.8).	Os critérios para avaliação da equipe parecem estar baseados na ***disponibilidade, relacionada ao tato*** para atender a demanda e no trato das pessoas.
Condições Materiais (Vulnerabilidade)	Eu moro em um paiol [...] e é um lugar assim quase que aberto [...] igual ela falou sobre inseto, até cobra nós já matamos dentro do paiol onde eu moro [...] embora já foi feito muitas casas e para nós, poderia melhorar mais um bocadinho [...] ver se fazia um ao menos um barraco para mim, não só para mim, vários que precisam, ta nas mesmas condições minha, morando em barraco (3.9).	Incidência das péssimas condições de acesso aos recursos Materias para a sobrevivência, denotando Vulnerabilidade às doenças, acidentes, etc.
Condições Materiais (Trabalho em Saúde da Família)	É [...] no começo eu achei que até que estava certo, mas depois de analisar porque a comunidade é grande e as casas muito longe, então poder andar toda a comunidade, não é fácil, tem lugar que nem de moto não vai [...] no caso mesmo tem que de cavalo ou a pé, então o agente não vai querer fazer isso ai porque é difícil, se também estiver chovendo então eu acho meio complicado (3.10).	***Condições materiais*** para o exercício das funções de Agente Comunitário, ***dificultando*** a realização das atividades de ***Visitas Domésticas***

Quadro 8. JAGUARINHA (Cont.).

EIXO TEMÁTICO	RECORTE	NOTAÇÃO
Disponibilidade (Pronto Atendimento)	Funciona bem, porque a pessoa vir até o posto não é tão difícil [...] e a pessoa às vezes ta passando mal lá e tem que vir no posto e tem como vir [...] ele já vem cá e sabe que tem recurso para ele, tem uma enfermeira [...] algum recurso de remédio então é mais fácil (3.11).	Os critérios para avaliação do Serviço são baseados na disponibilidade, ***relacionada a recursos*** para atender a demanda de ***pronto atendimento*** às pessoas da Zona Rural
Acesso a Recursos (Outros Serviços)	Eu acho que atendimento vai meio devagar é lá na frente [...] lá na cidade, é bem devagar [...] a gente vai marcar consulta [...] não tem jeito de marcar. Quando a gente vai fazer um exame eles dizem que não esta autorizando ai demora muito o pedido (3.12).	O acesso aos outros Serviços de Saúde, localizados na cidade, é dificultado pelo ***controle centralizado,*** pela Secretaria de Saúde do Município.
Condições Materiais (Trabalho em Saúde da Família)	Agora, sobre o atendimento dentário [...] foi bom, mas não foi ótimo [...] as pessoas foram todas atendidas, mas, o que mais precisa eles não fazem, arranca um dente não fazem canal; e o material é de péssima qualidade. Depois cai as obturação, até os dente vem a cair também, porque fica aberto [...] eu acho que deveria melhorar nesse ponto ai [...] o material melhor (3.13).	***Condições materiais*** para o exercício das atividades de ***Atendimento Odontológico***, determinando a qualidade do trabalho devido ao ***uso de material de segunda.***
Condições Materiais (Vulnerabilidade)	Telefone, aqui a gente tem um posto telefônico. É da associação comunitária que a gente tem na região e é um posto só [...] então, só tem esse telefone aqui [...] tem no Desemboque, a vinte e tantos quilômetros um telefone do outro. A comunidade é grande e depende muito do telefone (3.14).	Péssimas condições de acesso aos ***Recursos Materias*** para a sobrevivência, com Vulnerabilidade para as complicações decorrentes do atendimento tardio.
Legitimidade (Convívio)	[...] o que eu achei interessante também é que ele quis fazer a Vivência rural não de carro, ele poderia ter feito de carro, ele fez a pé, eu achei aquilo interessante, ele quis ver a dificuldade das pessoas, a dificuldade que cada um tinha de enfrentar pra chegar até o posto de saúde, ou até a cidade, ele viu a dificuldade de cada um, a distância da casa, pela visita que ele fez com a assistente ele viu também a dificuldade que as pessoas têm [...] tipo as coisa que a pessoa precisa, eu acho que isso é muito importante, porque isso tudo é qualidade de vida (3.15).	***Legitimação*** do trabalho da ***equipe*** enquanto ***convívio*** sob as ***mesmas condições*** do ***contexto imediato***.

Quadro 9. JAGUARINHA (Cont.).

EIXO TEMÁTICO	RECORTE	NOTAÇÃO
Apropriação (Trabalho Coletivo)	Então eu acho assim, que ele um médico assim [...] que ele é um amigo então. Ele sabe tudo, que nem eu te falei àquela hora, ele tem um mapa, que nem se o Senhor X fica doente a ACS Y liga lá pra ele e ele já sabe quem é, o que é o problema dele [...] (3.16).	Apropriação do ***processo de construção conjunta,*** caracterizando o ***caráter coletivo*** do trabalho realizado e possibilitando a ***construção de uma identidade*** junto à Comunidade atendida.
Contexto Saúde (Politização)	Outra coisa interessante que eles levantaram aqui na comunidade também foi à associação, eu achei interessante, eles que levantaram a associação de desenvolvimento rural aqui [...] e não tinha haver com a saúde, mas eles preocupavam mesmo com as famílias (3.17).	Os critérios para avaliação estão baseados no ***Contexto Geral da Saúde,*** que inclui as condições limitantes, na sua totalidade, o que encaminha a questão para os níveis políticos de atuação.
Apropriação (Trabalho Coletivo)	[...] uai, aqui da moda do outro, nos outros arraiais tudo que eu já tenho ido tem o que ta faltando aqui é um telefone, um orelhão aqui pra nóis, porque nos outros arraiais tudo que eu já fui tem (3.18).	Os critérios para avaliação estão baseados no ***Contexto Geral da Saúde,*** que inclui as condições limitantes, na sua totalidade, o que encaminha a questão para os níveis políticos de atuação.