

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

HAROLDO DA SILVA SANTANA

Compreensão da prática médica na perspectiva de usuários
do PSF Rural de Sacramento/MG

RIBEIRÃO PRETO - SP
2008

HAROLDO DA SILVA SANTANA

Compreensão da prática médica na perspectiva de usuários
do PSF Rural de Sacramento/MG

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto para obtenção do
título de Mestre em Saúde da Comunidade.

Área de concentração: Saúde da Comunidade
Orientador: Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto

RIBEIRÃO PRETO - SP
2008

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.

Este exemplar foi revisado e alterado em relação à versão original, sob exclusiva responsabilidade do autor.
Ribeirão Preto, 20 de junho de 2009.
Autor: Haroldo da Silva Santana

FICHA CATALOGRÁFICA

Santana, Haroldo da Silva

Compreensão da prática médica sob a perspectiva de usuários do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento/MG. Ribeirão Preto, 2008.

103 p. 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Área de Concentração: Saúde da Comunidade.

Orientador: Netto, Antonio Ruffino

1. Prática Médica.
2. Programa de Saúde da Família.
3. Metodologia Qualitativa
4. Participação comunitária

FOLHA DE APROVAÇÃO

Haroldo da Silva Santana

Compreensão da prática médica na perspectiva de usuários do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento/MG

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde da Comunidade

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dra. Maria José Bistafa Pereira

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Assinatura: _____

Profa. Dr. Marco Antônio de Castro Figueiredo

Instituição: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto (Orientador)

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu pai **João**, que com sua simplicidade e ironia, indicou que a vida tem de ser levada com maior leveza.

À minha mãe **Lourdes**, meu exemplo maior de determinação e amor, sempre presente em meu coração e meu pensar.

Aos meus irmãos **João, Ciríaca, Elcior, José Augusto e Telma**, pelo exemplo e grande amizade. Morro de saudades de vocês.

A **Águida**, que com seus olhos claros e sorriso radiante, iluminou nossa caminhada pelas Geraes e pela vida. Obrigado por tudo.

Aos meus filhos **Flora, Lara e Haroldo**, que me ensinam todo dia que a felicidade está nas coisas simples da vida e fazem aumentar, paradoxalmente, o que já é infinito: meu amor por vocês.

À **Maria, Rafael, e Dielly** por todos os momentos de ajuda mútua nesses tempos de dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Prof. **Antonio Ruffino Neto**, gentilíssima pessoa, pela confiança em que eu poderia dar cabo da tarefa do mestrado, pela efetiva contribuição na discussão do tema e na construção do trabalho e por ter propiciado espaço de criatividade e liberdade de pensamento.

A **Vera Navarro**, minha orientadora no primeiro ano do mestrado, pelas valiosas reflexões sobre o tema e a metodologia no estudo e, principalmente, pela disciplina ministrada a lembrar do papel ontológico que o trabalho exerce em nossas vidas.

A professora **Maria José Bistafa Pereira**, um belíssimo exemplo de garra, inteligência e disposição ética no trato pessoal e coisa pública. Uma preciosidade. Admiro muito você.

Ao professor **Marco Antonio de Castro Figueiredo**, pelas reflexões valiosíssimas acerca do trabalho e da vida. Uma amizade permeada pela esperança e projetos por um mundo melhor nesses tempos em que “tudo que é sólido desmancha no ar”.

A professora **Maria do Carmo Caccia-Bava**, pela competência profissional e por ter aceitado participar da banca de qualificação e suas valiosas contribuições na disciplina Política de Saúde.

Aos **professores do Departamento de Medicina da Comunidade**, pela competência e capacidade de transmitir seus conhecimentos.

Às **funcionárias do Departamento**, pela competência e solicitude em atender às demandas dos alunos.

Aos **moradores das comunidades rurais** com quem convivi - e a quem devo muito do que sou - no decorrer do desenvolvimento do trabalho como médico: Riachinho, Arinos, Buritis, Formoso, Urucuia, Carbonita e Acaiaca. Com vocês, especialmente Formoso e Carbonita, o trabalho se enredou por todos os cantos da vida.

Às **comunidades rurais de Sacramento**, que me acolheram em suas casas e seus corações e que foram artífices na construção de um projeto de saúde que não separa o fazer do avaliar, do fazer de novo e do criar. Não separa a promoção da prevenção, da assistência, da reabilitação, tudo acontecendo ao mesmo tempo agora, como a própria vida.

Às agentes de saúde do PSF Rural de Sacramento **Lúcia, Maria do Desemboque, Sandra, Maria das Graças, Vicentina, Rosa e Ana Maria** – um exemplo de vida e dedicação à população rural.

Aos amigos e companheiros de jornada **Edward, Samira e Elisangela**, com quem tive o prazer e a honra de trabalhar e construir uma proposta e uma prática de trabalho que me enchem de orgulho. Obrigado a vocês.

Aos docentes e estudantes do Internato Rural da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, em especial ao **Leonardo Pinho Ribeiro**, pela grande amizade e pelo começo de uma aventura que mostrou muitos caminhos para se aproximar da realidade das pessoas.

Ao **Afrânio**, lá longe nas Minas de todos os Santos, mostrou que a seriedade e a disciplina na relação com a comunidade, permeada pela amizade e genuína preocupação com a vida das comunidades, podem alavancar um trabalho conjunto digno do melhor na tradição da saúde coletiva brasileira.

Ao **Dr. Paulo Castanheira**, que cumprimentava a todos com seu largo sorriso e assim trabalhava o dia todo – dias de estafante trabalho – um bom exemplo de como o profissional médico deve se conduzir na relação com seus pacientes e equipe.

E agradeço aos novos companheiros de Itirapuã: os agentes de saúde e auxiliares de enfermagem, e em especial a **Maria Alice e Marília Augusta**, que se organizaram para que minhas ausências devido ao mestrado não fossem tão sentidas pela população adscrita ao PSF.

RESUMO

SANTANA, H. S. – Compreensão da prática médica na perspectiva de usuários do Programa de Saúde da Família Rural de Sacramento/MG. Ribeirão Preto (2008). Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Estudo de abordagem qualitativa realizado junto aos usuários de famílias adscritas a uma equipe rural do Programa de Saúde da Família (PSF) de Sacramento/MG que teve por objetivo geral compreender a prática profissional a partir da identificação de crenças e representações das famílias das comunidades rurais sobre as relações que estabelecem com o profissional médico, no contexto das vivências de atendimento e participação no Programa Saúde da Família. A compreensão da prática médica é balizada através da vinculação da medicina com os componentes políticos e ideológicos que se moldam em seu entorno. Parte-se do pressuposto que a prática médica não é neutra ou desinteressada mesmo que seus agentes não tenham disso consciência. A medicina, e seu exercício, a prática médica, conformam um dos processos de reprodução da estrutura da sociedade que torna os cidadãos socialmente desiguais. Trabalhamos com três grupos focais compostos por 8 a 12 representantes das famílias de três comunidades rurais – microáreas – da área de abrangência do PSF Rural. Utilizamos a análise temática com a identificação de três categorias temáticas: Disponibilidade, Legitimidade e Contexto Geral do Trabalho Médico. Na Categoria I – *Disponibilidade* - a compreensão da prática médica foi marcada pela concepção do *Rapport* enquanto facilitador do vínculo com o usuário, pela disponibilidade para a atenção e tato nas relações. Ainda nesse tema, foram identificadas representações que avaliaram o *Interesse e a Empatia* em atender demandas não especificamente médicas como um elemento que estabelece certa identidade entre o médico e o usuário/ comunidade; a *Equidade* enquanto critério que garante o acesso às práticas de saúde sem discriminação, e o *Tempo* como categoria importante que garante o acessar adequado do médico. Na Categoria II – Legitimidade – os conteúdos foram marcados por representações que expressam *Conflito* nas relações com o profissional médico, especialmente a partir de maior acesso da população à informação sobre a medicina, que já não aceita pacificamente certas determinações do profissional; também as crenças foram marcadas por conteúdos que expressam o *Convívio* com as populações atendidas e a *Competência* que está relacionada aos aspectos técnicos da prática médica. Na Categoria III – Contexto do Trabalho Médico - identificou-se o tema *Politização* em que os conteúdos referem a outro nível de determinação acima do trabalho médico; e nas *Condições de Trabalho* a referência é feita ao contexto de vida e trabalho do profissional da medicina como critério de compreensão da prática médica. Esses temas trazem questões interligadas, mas que não se superpõem exatamente umas às outras conquanto constituam indagações específicas e cuja compreensão requer considerá-las separadamente. Destacamos com relevância a amplitude dos temas retratados nas crenças e representações da população usuária do PSF Rural habilitando-o – o usuário - como um interlocutor privilegiado ao tratar-se dessa temática, de modo que seria legítimo e prudente que as políticas públicas do setor saúde e da formação do profissional médico não ficassem restritas aos muros das universidades.

Palavras chave: Prática médica, Programa de Saúde da Família, Metodologia qualitativa.

ABSTRACT

SANTANA, H.S. – Comprehension of medical practice in users' perspective of Rural PSF of Sacramento/MG. Ribeirão Preto (2008). Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

This qualitative study was developed with users of enrolled families by a rural group of Family Health of Sacramento/MG which intended to understand the professional practice despite of the identification of beliefs and representations of families from rural communities about the relationships that establish with the professional doctor, in the context of the experiences of consideration and participation in Family Health. The comprehension of the medical practice is done through the link of medicine with the political and ideological components that adapt themselves according to their surroundings. It is presumed that medical practice is not neuter or disinterested even with its agents do not have in mind their conscience. The medicine, and its duty, the medical practice, conform one of the process of reproduction of the society's structure that makes the citizens be socially unequal. We worked with there focused group compound of 8 to 12 families representants of three rural communities – micro areas – of rural Health Family's reached area. We used the thematic analyzes with the identification of three thematic categories: Availability, Legitimately and General context of medical wok. In Category I – Availability – the comprehension of medical practice was set by the conception of Rapport while easy element that makes way to entail the user, by availability for the attention and feeling in the relationships. In this issue yet, it was identified representations that tested the *Interest* and the *Empathy* in answering requests not specifically medical as an element that establishes certain identity between doctor and user/community; the Equity while subject that guarantees access to health practices without discrimination and, the Time as an important category that assures the direct contact with the doctors. In Category II – Legitimately – the researches were set by representations which express Conflict in the relationships with the doctors, especially despite the moment bigger access of population to information about medicine, that is not already accepted peacefully in certain doctor's requirements; The beliefs were also set by subjects that the *Acquaintance* with the answered populations and the *Competence* that is related to technical aspects in the medical practice. In Category III – Context of Medical Work, it was identified the issue Politicization which refers to another level of determination over medical work; and, in Work conditions, the reference is done according to the doctor's life and work context as a way to understand the medical practice. These issues arouse interconnected questions, however, these ones are not exactly supposed to each other while these interrogate specific questions whose understanding demands consider them apart. We demonstrated with relevance the amplitude and pertinence of the shown subjects in the beliefs and representations of the population that use the Rural Family Health making way – the user – to privileged agent when this issue is demonstrated. In doing so, it would be legitimate and prudent that the building up and test of the health sector's public policies and medical professional formation do not get closed inside the universities.

Key words: Medical Practice, Family Health, Community Participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1	Mapa esquemático da comunidade Santa Bárbara.....	50
Figura 1	Genograma ampliado	51
Figura 2	Eco mapa	52

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	xi
1 INTRODUÇÃO	29
2 OBJETIVOS	41
2.1. Objetivo geral	42
3 MATERIAL E MÉTODOS	43
3.1. Caracterização do estudo	44
3.2. O campo da pesquisa: caracterização do município de Sacramento.	44
3.2.1. Aspectos históricos	44
3.2.2. Características geográficas e demográficas	45
3.2.3. Características sócio-econômicas	45
3.2.4. Infra-estrutura de serviços de saúde	45
3.3. O trabalho da equipe rural de saúde da família: o contexto da pesquisa.....	46
3.3.1. As microáreas do PSF Rural.....	46
3.3.2. O dia-a-dia do trabalho da equipe.....	46
3.3.3. A equipe ampliada	48
3.3.4. As ferramentas de trabalho da equipe.....	49
3.3.4.1. O mapa da comunidade	49
3.3.4.2. O genograma ampliado.....	50
3.3.4.3. O cadastro informatizado	51
3.3.4.4. O Ecomapa.	52
3.3.4.5. O Jornal	53
3.3.5. As parcerias	53
3.3.6. A Vivência Rural	54
3.3.7. Agenda da saúde.....	56
3.4. O grupo focal como técnica da coleta de dados.	57
3.5. A constituição dos grupos.....	60
3.6. análise dos dados	60
3.6.1. Análise de Conteúdo dos Grupos Focais	61
3.7 Questões éticas para a realização do estudo	63
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	64
5 CONCLUSÕES.....	77
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES	87
ANEXOS	91

APRESENTAÇÃO

O propósito deste trabalho é o de estabelecer uma compreensão da prática médica a partir do olhar do Outro; em nosso caso, da população adscrita a uma equipe rural do Programa de Saúde da Família de Sacramento. Dizemos ser o Outro, primeiro por ser o diferente – o usual nos trabalhos de pesquisa é a população ser o objeto da pesquisa; ou então, ser o objeto da intervenção das práticas de saúde. Segundo, por ter especificidades sociais e culturais diversas daqueles que praticam a pesquisa científica, muito embora essa distância atualmente seja cada vez mais tênue (VÍCTORA, KNAUTH & HASSEN. 2000. pg. 13)

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 médico, seja como trabalhador daquela equipe de Saúde da Família. Porém, conflitos de interesses são generalizados e inevitáveis na vida acadêmica podendo ser do pesquisador, da instituição do pesquisador, das agências financiadoras, enfim, dos diversos atores relacionados à pesquisa.

Esses conflitos podem ser financeiros, busca de prestígio profissional, necessidades da produção científica, interesses políticos e ideológicos, dentre outros. Reconhecê-los e manejá-los adequadamente é a única prática aceitável além de ser recomendável que todas as pesquisas envolvendo seres humanos sejam balizadas pelos comitês de ética em pesquisa (ALVES; TUBINO, 2007).

Em nosso caso, o interesse é o de cumprir com uma exigência acadêmica para obtenção do grau de Mestre em Ciências após cumprir todas as outras exigências da academia; atrás desse título há uma confluência de diversos outros, como o interesse em obter melhores rendimentos, quem sabe encerrar a carreira de plantonista dos Prontos Socorros da região – sempre abarrotados de pacientes, mal equipados, com precária remuneração e demasiadamente estressantes, além de exibir o status acadêmico de ser um “mestre”...

Tematizar a prática médica junto à população usuária de um serviço prestado pelo pesquisador pode originar receio de que surjam afirmações e crenças que contrariem o pensamento e a prática profissional do pesquisador. E dessa forma, provocar uma distorção intelectual na condução da pesquisa, uma possibilidade de atuar com “zonas de cegueira”.

No entanto, a prática do pesquisador nas relações estabelecidas com os usuários sempre foi pautada pela honestidade de propósitos e controle das ações de saúde daquela equipe de saúde da família pelas comunidades assistidas. Nesse sentido, a equipe desenvolveu a capacidade de absorver as críticas formuladas e tratava desse assunto publicamente com a população, como pode ser observado na descrição do “Campo de estudo da pesquisa – o trabalho da equipe rural de Saúde da Família”. Penso que essa postura favorece a realização do estranhamento, tão necessária a essa pesquisa.

Entendemos que o pesquisador não é neutro. Para Weber¹ (1974 apud PEREIRA, 2005, pg. 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, este processo traz mais riscos, pois falamos do sujeito implicado: o analista é também o analisado (MERHY, 2004. pg. 22). Ou seja, o sujeito que interroga é ao mesmo tempo, o que produz o fenômeno sob análise e que cria a significação de si e do fenômeno (ibidem, 2004. pg. 31).

Merhy (2004, pg. 36) ao discutir a validade científica do conhecimento produzido pelo sujeito implicado indica o lugar assumido pelo próprio julgador, ou mesmo o orientador de um trabalho, que passa a ser interrogado pelo próprio trabalho de investigação exigindo dele a capacidade de explicitar o jogo de validação também como sujeito implicado.

Nesse tipo de pesquisa, a implicação é estruturante do processo, não havendo promessa de produção do conhecimento *a priori*, mas sim a ação geradora de incômodos

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

mobilizando as várias dimensões do sujeito para que interajam e possam conduzir a um saber militante, igualmente válido e legítimo.

Essa cartografia pode ir sendo aberta por todos em situação comunicativa podendo gerar muitas possibilidades de mapeamento. É o que procuramos cartografar nesse trabalho, centrado no usuário dos serviços de saúde acerca da prática médica.

Feito esse prólogo acerca da pesquisa e do saber militante, passemos à apresentação de nossa dissertação propriamente dita. Nesse primeiro capítulo, porém pretendo fugir dos protocolos e recuperar para mim, e quem sabe para meus possíveis leitores, um pouco da trajetória profissional que me levou a fazer, após quase 20 anos de graduado, um mestrado e sua dissertação, além de encontrar um tema que sempre esteve no centro de meu fazer profissional: a prática médica.

O que me moveu como pesquisador em direção ao objeto dessa pesquisa deve ser buscado ao longo de muitos anos, desde quando abandonei o mestrado em Imunologia na Universidade Federal de Rio de Janeiro em 1992 para me enfurnar no sertão das Minas Gerais e trabalhar com gente, ajudar as pessoas - objetivo ainda um tanto nebuloso à época, mas razão maior para abandonar, anos antes, o curso de Engenharia Elétrica e fazer o de Medicina - deixando para trás o laboratório com suas micropipetas, as células NK, o complexo de primoinfecção da tuberculose e a eletrofisiologia celular...

Sempre me pareceu, desde que comecei a exercer atividade clínica, enfadonho e cansativo que o atendimento às pessoas fosse mera repetição de receitas. Vermífugos às crianças, anti-hipertensivos aos portadores da condição, uma realidade que nunca mudava... Algum tempo mais tarde, as crianças necessitavam novamente de vermífugos, a hipertensão nunca controlada... A figura de um balconista de farmácia sempre me pareceu bastante apropriada. Os problemas de saúde apresentados – e soluções – eram quase sempre os mesmos e me sentia impotente para, na atividade exclusivamente médica até então exercida –

a atividade de ambulatório – mudar esse estado de coisas. Imaginava que se tivéssemos um contacto maior com a população – fora do hospital e ambulatório – e se efetivamente a população “ajudasse”, então seria possível, talvez, mudar a situação de saúde e aquela prática, enfadonha e repetitiva. Aqui, portanto, a prática médica já aparece circunscrita a um campo de críticas que irá se aprofundar e ampliar no decorrer dos anos.

Esse “contacto maior com a população” que significava a interação fora do ambiente médico efetivamente começou a acontecer em Arinos, “lá dentro no fundo do sertão (com) uma estrada das areias de ouro” (Melo, 1994), noroeste de Minas Gerais, em 1993. Na beira do rio Urucuia, Arinos tinha algo de mágico, suas grandes extensões de terras, sem plantio e com gado magro, tempo quente e pouca água, dava dó atravessar o ribeirão das Areias e vê-lo seco. Nas Festas de Reis, o povo deitava suas preces e esperanças. Também as graças alcançadas. Na catira, suas alegrias e querências. E assim passamos a fazer contacto com a população rural, sua rotina, suas festas, iniciando também o atendimento na zona rural, além do trabalho no hospital e posto de saúde da cidade.

Esse trabalho foi interrompido devido às ameaças à minha vida e de minha família – na época com Águida e Florinha que acabara de nascer, feita pelos latifundiários locais, afinal, meses antes ajudei a realizar a festa do Trabalhador Rural.

Explico: devido ao contacto com a gente simples do campo e da cidade, fui procurado para ajudar na festa em comemoração ao dia 25 de julho, dia do Trabalhador Rural, comemorado com uma festa e ato público pela Reforma Agrária promovido pela Comissão Pastoral da Terra – órgão da Igreja Católica para assuntos relacionados à questão agrária – junto com o sindicato local e os da região.

Minha ajuda inicialmente consistiu em treinar leigos para que esses pudessem dar orientações e reconhecer os principais problemas de saúde que poderiam ocorrer durante a

festa: insolação e lipotímia por hipoglicemia. No processo, acabei me envolvendo e ajudando a organizar a recepção aos trabalhadores que vinham de municípios distantes.

A festa foi um sucesso. Centenas de trabalhadores rurais vieram com suas famílias comemorar o dia do Trabalhador Rural e todos os municípios da região estiveram presentes mesmo os demasiadamente distantes. Por outro lado, o latifúndio conseguiu o apoio da Polícia Militar do Estado que parava os caminhões e ônibus em que o povo vinha a muitos quilômetros da cidade obrigando-os a caminharem longas distâncias para chegar à festa, não importava se eram mulheres, algumas gestantes, e suas crianças, inclusive as de colo. Os helicópteros da PM sobrevoavam a cidade que parecia sitiada. Mas a manifestação prosseguiu sem intercorrências mais graves; no dia, eu estava de plantão no hospital local e quase nada vi da festa.

Essa parceria de trabalho com a Comissão Pastoral da Terra foi considerada imperdoável pelo latifúndio local, e as ameaças telefônicas, além de outros sinais de que desagradáramos o poder local fez ver que nosso tempo de Arinos havia esgotado, de modo que me mudei com a família para a vizinha Buritis.

Em Buritis, 1994, a experiência de organizar o Sistema Único de Saúde – como médico colaborador – foi muito proveitosa, pois permitiu, pela primeira vez, participar diretamente do processo de organização do SUS local. Percebi que meus anos de faculdade, com seus muitos anos de clínica e prática hospitalar, seriam pouco úteis para ajudar naquele processo. O estudo e o aprendizado sobre o SUS – a quem estávamos sendo apresentados e desafiados a organizar - foram intensos e todos crescemos no processo.

Ao lado desse fazer institucionalizado, iniciamos aproximação a um bairro popular, fizemos diversas reuniões com a população com a proposta de formar agentes de saúde. Trabalhamos também junto com a Pastoral da Criança no acompanhamento clínico de crianças desnutridas e no treinamento dos agentes da Pastoral.

Por essa época, ouvíamos vozes distantes falando da proposta do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. E atrás dessa informação, chegamos a visitar, junto com uma comissão do bairro - o Ministério da Saúde em Brasília-DF e conversar com a então Enfermeira Heloisa Machado, coordenadora do PSF para implantar o programa no município. Mas, Minas Gerais ainda não adotara aquela política, restrita ao Nordeste e a algumas experiências isoladas em Minas, como Viçosa e Itacarambi. O Poder municipal não quis assumir a proposta. Era hora de sair novamente.

Fomos para Formoso, 1995, agora com a pequena Lara na família. Formoso foi a melhor experiência, o melhor laboratório antes que pudéssemos contar com o apoio efetivo do Poder Público. Município com quase 3 mil quilômetros de área com suas veredas imersas de buritis que pareciam nunca acabar, fica no limite com Goiás e Bahia. E tem duas vertentes de águas: o rio São Domingos e o rio Carinhanha.

Terras férteis, muita água, chuvas e plantações de soja e milho produzidas por colônias de gaúchos. Apesar do cenário aparentemente favorável, a pobreza material campeava naquele grande sertão e as comunidades rurais lutavam arduamente pela sobrevivência.

Ali foi possível aplicar os conhecimentos adquiridos principalmente em Buritis, o que muito contribuiu para construir um SUS local que primasse pela facilidade de acesso a consultas, exames e remédios. Mas era pouco. Com um município enorme e de poucos recursos, distante da presença do Estado – a Diretoria Regional de Saúde era em Patos de Minas, a 600 km de distância - população pequena e dispersa, “fazer/promover” saúde era uma tarefa difícil de ser realizada.

A essa altura, entendendo alguma coisa – muito pouco, é bem verdade – no campo da saúde coletiva, algumas idéias já me pareciam consolidadas: 1. Seria necessário organizar um sistema de saúde que fosse universal e equânime para que a atenção à saúde não fosse

dependente das autoridades locais, e tida como um favor. 2. Seria necessário aplicar o conhecimento da Epidemiologia para que a política de saúde local fosse racional e mais se aproximasse das “necessidades de saúde” da população. 3. Seria importante organizar o trabalho de agentes de saúde a partir da população para que juntos, pudéssemos trabalhar a realidade de saúde.

Todo esse trabalho era voluntário, e a própria população reconhecia a importância e se envolvia no trabalho, ou por enxergarem que poderia facilitar acesso aos serviços de saúde – sempre tão precários – ou também por verem a possibilidade de aumentar as chances de emprego. Todavia, chegava um momento que era necessário investir recursos materiais e financeiros. As autoridades, ora premidos pelos escassos recursos, ora por não verem a importância dessa atividade, sempre recuaram no apoio.

Até então, o trabalho sempre foi feito de forma isolada; em geral, somente eu enquanto profissional de saúde estava envolvido nessas atividades. Nenhuma outra categoria profissional se envolvia. Confesso que meu esforço no sentido de conquistar parceiros dentro do setor saúde não era dos mais intensos. Talvez tudo fosse intuitivo, sem uma proposta mais acabada, o que só veio se configurar a partir de Formoso, principalmente. Essa “generalidade” certamente dificultava a atração de parceiros.

Formoso estava a 120 km de estrada de chão até a cidade mais próspera - Buritis - em que o comércio era mais forte e havia um hospital com maior resolutividade – separada por 42 pontes de madeira. Porém, na primeira noite que pernoitei em Formoso, recebi a agradável visita e o convite de um profissional para, enfim, trabalhar em parceria. Não era do setor saúde, nem da educação, nem das ciências sociais, era o engenheiro agrônomo da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural - EMATER, Afrânio Nogueira.

Parceria das mais profícuas, a que pouco depois se juntou o Leontino, agente de mobilização comunitária da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA que com seu sorriso e sua motocicleta, conhecia a todos e todos os recantos daquela extensa área rural.

Pela manhã, eu fazia o ambulatório – era o único médico em atividade no município. À tarde, saíamos para a zona rural para conhecer as comunidades. Algumas, as mais distantes cerca de 100 km da cidade, estavam na área de preservação ambiental do belo e inóspito Parque “Grande Sertão: Veredas”.

Aliás, pernoitar na sede do Parque, a convite da FUNATURA – Fundação Pró-Natureza, ONG de preservação ambiental - foi o cume de uma trajetória que buscava me aproximar do ambiente cultural daquela região. Uma das primeiras observações feitas, quando cheguei naquela região, foi a linguagem do povo simples, dos peões em especial, que em muito remetia à literatura de Guimarães Rosa.

Por essa época, a leitura das novelas de Guimarães – “Sagarana”, “Noites do sertão” – e de autores locais como “Urucuia” de Napoleão Valadares, aproximaram de um universo simbólico que era diuturnamente vivenciado. Valores como a força da palavra (“vale mais que qualquer papel”), o silêncio comedido diante das durezas da vida, dentre outros valores observados, me ensinaram a valorizar e respeitar profundamente aquele modo de viver. E me fizeram aproximar cada vez mais daquela população. Penso que essa apropriação do universo simbólico e linguagem pelo profissional são elementos importantes para compreender a população e assim prestar uma boa assistência à saúde. Àquela época, era só intuição.

Nas comunidades, a rotina era reunir com a Emater para tratar de assuntos da agricultura familiar, de saúde e de assuntos relacionados à vida das comunidades. Afrânio dizia que “andar com médico dava ibope”, ou seja, as pessoas iam às reuniões chamadas pela Emater se estivessemos juntos. Frequentemente, eram discutidas propostas de geração de

emprego e renda, uma das linhas de trabalho daquela empresa. Por essa época, a agenda de produção material da vida começou a ser percebida por mim como preocupação central das pessoas interferindo no modo de andar a vida e, por conseguinte tornando-se um fator determinante na saúde das pessoas.

Voluntariamente, sem apoio da Prefeitura, mas com liberdade de ação e cooperação da Emater e Funasa, desenvolvemos trabalho de formação de agentes comunitários tendo realizado dois encontros municipais de formação. O material de trabalho era o livro “Onde não há médico” de David Werner, bem útil àquela situação. Os encontros eram financiados inteiramente com o apoio das comunidades. Afrânio cuidava da alimentação com um grupo de voluntárias, os mantimentos eram doados por comerciantes da cidade, solicitados e arrecadados por mim, e as comunidades traziam o que podiam: mandioca, galinhas, verduras e sua imensa alegria no trabalho coletivo.

Com esse trabalho, criamos uma rede de atenção à saúde, voluntária e sem apoio oficial, mas com resultados muito interessantes. O Posto de Saúde na cidade funcionava como um receptor das situações oriundas da área rural em que os pacientes já chegavam com o apoio dos agentes comunitários – treinados e sabendo reconhecer e orientar em diversos agravos.

Começamos, então a fazer visitas e atender na área rural – ainda sem o apoio do Poder Público – que não se decidia se apoiaria ou não o atendimento. Apesar disso, a mobilização das comunidades era muito grande. A comunidade do São Domingos planejou e construíram, eles mesmos, com tijolos de adobe, um Posto de Atendimento.

Mas aproximara-se a hora da “onça beber água”. Quando todos os profissionais (que o município não dispunha – médico e enfermeira) estavam prontos para mudarem para Formoso e montar – junto com os profissionais locais - a equipe de saúde da família, o

prefeito decidiu então não contratar ninguém, alegando período eleitoral. Hora de sair novamente.

Deixar de trabalhar em certa comunidade, especialmente após algum tempo de trabalho coletivo, é uma experiência muito difícil de vivenciar. Criam-se laços afetivos mediados pelo trabalho, pela construção de projetos coletivos. Nesse sentido, tanto os trabalhadores da saúde quanto pacientes sofrem com o afastamento do profissional. E em se tratando do setor saúde de municípios pequenos em que os contratos de trabalho são quase sempre “precários” (sem concurso público e sem direitos trabalhistas), a saída do profissional é uma possibilidade sempre presente.

Já quase desistindo de trabalhar com Saúde Coletiva, iniciamos em 1997 o trabalho em Carbonita, agora no Vale do Jequitinhonha. O Poder Público queria investir seus recursos escassos diante das necessidades em Saúde Pública, e iniciamos a implantação do Programa de Saúde da Família com duas equipes cobrindo 100% do município, inclusive sua extensa área rural de 1500 km².

Carbonita é região endêmica da Doença de Chagas, mas nessa época, havia apenas os casos crônicos não havendo relatos recentes de casos agudos. A desnutrição e óbito infantis eram elevados, os indicadores da assistência ao pré-natal estavam sempre bastante baixos, o número de hipertensos (mal controlados ou não acompanhados) era elevado, e o atendimento funcionava precariamente com apenas um médico em regime de pronto atendimento, “emprestado” de uma empresa sediada no município, a Companhia Agroflorestal - Belgo Mineiro, no plantio e uso de eucalipto para produção de carvão vegetal. A assistência aos residentes da área rural ocorria na cidade. Funcionava a atividade de vacinação infantil e materna, algo desarticulada, sem busca ativa.

Certamente, um fator que contribuiu para o sucesso da política de saúde, ancorada no Programa de Saúde da Família, foi o seu processo de implantação, principalmente a

seleção dos agentes comunitários de saúde que foram escolhidos pela população de cada bairro. Após a escolha, foi feito processo seletivo técnico com prova escrita e coletiva. Essa escolha legitimou os agentes, e o trabalho tornou-se bastante identificado às necessidades da população, a que as equipes de saúde da família aprenderam a acolher e tentar dar uma resposta positiva.

As duas equipes concentravam todo o atendimento dos munícipes, inclusive os de urgência. Ao hospital filantrópico, com seus 20 leitos, ficou reservado o atendimento a partir das 17 horas e finais de semana, além das urgências como partos, acidentes e traumatismos em geral. Havia ainda um pediatra que trabalhava em tempo parcial. Os plantões eram divididos entre os três médicos.

Município de cerca de 10 mil habitantes, as referências para cirurgias e para os casos mais graves (além das especialidades médicas) ficavam em Itamarandiba (município a 45 km) ou Diamantina (a 120 km).

Quando iniciamos a organização do SUS local, o trabalho de planejamento e avaliação, e de como conseguir aumentar os recursos do SUS - federal à época, posto que todo o sistema de saúde fosse financiado inteiramente pelo município, freqüentemente adentravam pela madrugada. Havia uma equipe entusiasmada com a possibilidade de construir o SUS de qualidade, apesar da escassez de recursos e de uma herança de assistência médica muito precária.

Certamente, um dos principais instrumentos de gestão que favoreceu obter os ganhos para o SUS local foi o trabalho em equipe e a reunião mensal de trabalho. Todos os trabalhadores, mesmo os que estavam vinculados ao Estado e com muitos anos de trabalho no setor, participavam da reunião em que se discutia, planejavam-se trabalhos, mostravam-se resultados e avaliava-se todo o processo. Por vezes, profissionais de outras secretarias eram chamados a estar presentes e participar da reunião.

Em função das condições sociais e econômicas do município, o primeiro trabalho realizado – e que iria permanecer e aprofundar durante os próximos dois anos - foi realizar a vigilância nutricional das crianças até 5 anos de idade. As pesagens das crianças aconteciam nos bairros, em datas previamente definidas e comunicadas à população. Esse trabalho foi realizado junto com a Pastoral da Criança que não dispunha de líderes para atuar em todos os bairros, mas nos bairros onde havia inserção, o trabalho tinha melhor adesão por parte da população. A Pastoral da Criança também não atuava na área rural.

O diagnóstico realizado indicava que quase 25% das crianças estavam com baixo peso - uma cifra muito elevada e que colocava muitas crianças em risco de vida. Chegamos mesmo a ter óbitos infantis à época, uma trajetória que foi interrompida após muito trabalho de toda a equipe. O trabalho era mais intenso nos bairros em que o risco era maior – pelo grau de desnutrição, ou pelo número de crianças em risco a serem seguidos – com mais visitas domiciliares, acompanhamento das pesagens, e nas parcerias com a Secretaria de Assistência Social.

Esses bairros de maior risco também eram os que concentravam maior nível de pobreza material. A parceria aqui relatada com a Secretaria de Assistência Social consistia em priorizar o atendimento às famílias com maior vulnerabilidade social nos projetos envolvendo crianças e adolescentes e também os pais nas frentes de trabalho.

Buscávamos ainda criar condições de prever quais crianças – mesmo estando bem nutridas do ponto de vista das medidas antropométricas em dado momento – poderiam evoluir para risco nutricional e desnutrição. Nossos recursos materiais e humanos eram escassos, e precisávamos potencializar esses recursos.

Tínhamos cerca de 800 crianças sob observação e a taxa de cobertura era de 80% ao mês, incluindo crianças da extensa área rural. Criamos, então, estratégias de apoio para acompanhar esse trabalho. Criamos Planilha de acompanhamento mensal, individualizado, de

cada criança, com medidas antropométricas e avaliação nutricional. E depois, fizemos pesquisa com os pais/responsáveis de cada criança buscando elementos da vida social e econômica que pudessem nos indicar com antecedência qual criança deveria ser acompanhada mais de perto.

O diagnóstico da saúde infantil foi-se ampliando à medida que o trabalho foi sendo desenvolvido. Junto com a abordagem das crianças, trabalhamos o pré-natal – até para conhecer o ciclo gravídico-puerperal e complementar o diagnóstico de cuidados infantis prestados por suas mães.

A meta de atingir cobertura de 100% de gestantes, e acima de 90% fazendo mais de 7 consultas durante o pré-natal também exigiu muito de nossa equipe que, criativamente, produziu formas de fazer o seguimento adequado.

No trabalho com gestantes e com mães de crianças, desenvolvemos o trabalho referente ao aleitamento materno; um trabalho que teve de espalhar-se pela comunidade posto que o foco da atenção não poderia ser somente as nutrizes.

Paralelo a esses esforços que, ao final, duraram cerca de 2 anos, construímos uma “Casa da Criança”. Tratava-se de uma construção, ainda por terminar, da Pastoral da Criança para abrigar crianças desnutridas. Nossa equipe fez um trabalho de articulação do Poder Público e comunidade no sentido de terminar, equipar a referida casa e fazê-la funcionar o que, efetivamente, foi feito em menos de um ano.

As crianças até 2 anos de idade, selecionadas a partir de critério de risco definido pelas equipes, ficavam desde a manhã até as 16 horas quando retornavam às suas famílias. Além da alimentação e higiene garantidas, também era feito trabalho de estimulação essencial às crianças. Nosso trabalho, nessa situação, era a de organizar os monitores que cuidavam das crianças, providenciar alimentos junto à comunidade, buscar recursos financeiros entre profissionais e empresários locais para outros custos da entidade, enfim, gerenciar, o

andamento da Casa da Criança. E claro, cuidar dos aspectos clínicos e do trabalho feito junto às famílias das crianças.

O conjunto desse trabalho obteve prêmio de “Reconhecimento Público” pelo Ministério da Saúde em 1998.

Após dois anos de trabalho reduzimos a desnutrição a uma magnitude em torno de 15%. Muitas crianças – as mais graves – certamente devem sua vida à existência desta Casa; alguns anos depois, a Casa foi desativada e foi destinada a outra finalidade, posto que no município de Carbonita não houvesse mais crianças com esse risco de vida.

Mas até então, ainda havia risco e a equipe queria reduzir mais ainda a desnutrição. Por essa época, criamos uma forma de estimar a incidência e prevalência da desnutrição infantil por microárea e faixa etária, o que exigia enorme esforço organizativo e de seguimento de toda a equipe. Foi justamente a possibilidade de analisar a “curva descendente” do estado nutricional, quando ainda num estágio pré-desnutrição que nos permitiu reduzir ainda mais esse problema.

Mas esse esforço foi recompensado: há alguns anos não havia mais óbitos infantis, e quando deixei o trabalho na equipe, a prevalência de baixo peso estava permanentemente, em torno de 6%. Os indicadores do pré-natal eram todos em nível excelente; não obtivemos dados referentes ao aleitamento materno.

Por essa época, um grupo de docentes do Departamento de Saúde Coletiva do Curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) buscava apoio para realizar pesquisa sobre a vida dos carvoeiros volantes do Jequitinhonha e encontraram esse apoio em Carbonita.

O apoio de todas as secretarias municipais ao projeto da UFMG e a forma de gestão colegiada das entidades públicas pelas secretarias aliado ao conhecimento sobre a situação dos carvoeiros pelas principais lideranças da cidade (inclusive pela equipe de saúde

da família) foram elementos importantes para que a UFMG realizasse o estudo em Carbonita. Nossa equipe já havia mapeado onde havia carvoarias volantes – e feito algumas visitas no sentido de identificar crianças e adolescentes em risco social e à saúde e debatia essa situação com a Secretaria de Educação e a de Assistência Social no sentido de alterar o quadro quando necessário.

Data dessa época o diagnóstico, realizado por uma graduanda de medicina da UFMG junto com o serviço de saúde, de que a desnutrição infantil estava estatisticamente associada a ser filho de carvoeiro volante, o que veio a fortalecer a necessidade de eliminar o trabalho infantil em Carbonita.

Essas informações formaram o substrato para que as Secretarias municipais implantassem o PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e o Programa Renda Cidadã; o Setor Saúde, presente em todo o município continuamente mapeava o trabalho infantil e provocava a ação de outras secretarias.

Fruto indireto dessa parceria entre o município e a UFMG foi a vinda do Internato em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), também conhecido como Internato Rural, período em que estudantes do 5º ano de medicina, fisioterapia e terapia ocupacional moravam em nosso município e trabalhavam, sob supervisão de docentes da Universidade e em consonância com a secretaria municipal de saúde, nos serviços de saúde.

Apesar do pouco tempo de trabalho – cerca de um ano – quando o Internato em Saúde Coletiva da FCMMG chegou a Carbonita, boa parte da organização do trabalho em Saúde da Família já estava realizado, principalmente no que diz respeito a alguns grupos-alvo do PSF: crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos. Acrescentaríamos os portadores de Chagas, os carvoeiros, e a população da área rural.

O primeiro grupo de estudantes de medicina que chegou na longínqua Carbonita – Leonardo Pinho, Flávio Gilbert e Renato Bráulio - entusiasmado com o trabalho do PSF e desejando contribuir para o serviço de saúde, propôs-se a ir para a zona rural do município e intervir nas condições de saúde local. A equipe de saúde imediatamente acatou a idéia e deu apoio material e logístico.

Esse projeto – chamado “Saúde no mato” e que mais tarde em Sacramento, com outra formatação, viria a se chamar “Vivência Rural” – consistia em que alunos do Internato iam para determinada comunidade rural e lá permaneciam por 3 a 6 dias visitando todos os domicílios da comunidade e provendo os cuidados de assistência que encontravam. No início, somente os de medicina; posteriormente, os estagiários de terapia ocupacional e fisioterapia, a quem se juntaria o estagiário de enfermagem da Faculdade Federal de Enfermagem de Diamantina (FAFEOD).

Os estagiários ficavam na residência do agente comunitário durante alguns dias – em geral 3 a 5 dias – e lá pernoitavam e faziam as refeições durante o período. As visitas eram feitas com o Agente, no maior número de casas possíveis e acontecia de irem a pé ou mais raramente a cavalo. Muitas situações de saúde encontradas pelos estagiários eram discutidas com a Equipe da Saúde da Família

No início, o projeto “Saúde no Mato” era periférico ao internato, uma atividade dos estagiários, mas vinculada especialmente ao serviço de saúde. Com o passar do tempo, os preceptores perceberam a importância desse projeto na formação cultural dos estudantes e passou a incorporar formalmente o projeto no internato. Ademais, o Internato, a par de suas discussões internas específicas, contribuía ativamente com a gestão coletiva da saúde

Em 2003, fomos para Sacramento, Alto Paranaíba/MG agora com Haroldo Filho. Uma parte da experiência de Sacramento será relatada nesse trabalho enquanto contexto mais imediato em que se dará a pesquisa. O trabalho em Sacramento obterá reconhecimento

externo duas vezes: o primeiro, pela Universidade Federal de Minas Gerais no Prêmio Qualidade na Atenção Básica. O segundo, pelo Ministério da Saúde no Prêmio David Capistrano, referente à política de humanização do SUS, o Humanizausus.

Porém, o que é importante reter nesse momento é que trabalhando de forma interdisciplinar e multidisciplinar na equipe rural do PSF, e em interação com a população rural é que vamos aprofundar a reflexão sobre as práticas de saúde, especialmente a médica, agora tendo por referência a construção conjunta da saúde sendo a população rural o centro desse novo jeito de fazer saúde.

Elaborar e desenvolver os projetos no PSF Rural demandou um enorme esforço de toda a equipe. Em nosso caso específico, do médico, posto que os limites da formação médica e, principalmente o modelo de prática profissional vigente, não permitia perceber a tessitura da vida cotidiana, com suas linhas de fuga e as relações com a saúde; também não permitiam adentrar outras dimensões da vida das pessoas que não a doença, nem a dimensão concreta da base material e social da saúde e doença.

Pinto (1996) aponta que a experiência pessoal é um recurso válido para a investigação social, pois pode “contribuir para a percepção de problemas, questionamento de certezas antigas e construção de hipóteses”.

Durante esses anos de prática profissional, assumi diversas funções não especificamente médicas: mobilização de comunidade, articulação política, de inteligência epidemiológica, administrador de cuidados comunitários e pessoais, dentre outros... Exercer essas funções me possibilitou refletir sobre a prática médica. Uma reflexão que teve como principal interlocutor a população assistida.

E como essas comunidades sempre acompanharam e participaram ativamente do fazer saúde em minha prática profissional, questionei-me sobre qual a perspectiva da população em relação ao conjunto das práticas médicas.

1 INTRODUÇÃO

Schraiber (1989, pg.13) questiona em “Educação Médica e Capitalismo” se após tantos anos enquanto prática científica, a medicina moderna tem conseguido realizar seu ideal de uma assistência médica sempre melhor e para todos. Se “tem sido ao menos próxima a proporção da distribuição dos benefícios a todos relativamente à proporção das conquistas científicas? Parece que para ambas as questões a resposta é unanimemente negativa”.

Pereira (2005, pg. 174) também compartilha que a medicina, idealmente, enquanto instituição social deveria lutar por atingir esse objetivo: o ideal de saúde, expresso principalmente, na conceituação da Organização Mundial de Saúde. O agente social privilegiado que deveria atingir esses objetivos é o médico. (ibidem, pg. 175)

Os obstáculos para o cumprimento desse papel idealizado para a medicina parecerão reduzidos, em grande parte, ao desempenho pessoal do trabalhador, ou seja, do médico. Parte dessa aparência se deve ao fato de a medicina ser fortemente marcada como uma prática dependente do profissional, uma prática que deriva essencialmente das convicções, expectativas ou conhecimento do médico (Schraiber, ibidem, pg. 14).

A atenção médica é, além dos conhecimentos próprios de diagnóstico e tratamento, certo tipo de prática organizado e modelado dentro da sociedade. É a prática social da profissão. Pereira (2003, p. 113) afirma que “há várias práticas sociais da profissão, até mesmo antagônicas, embora uma possa ser dominante”. E continua: a dominante projetará sua influência sobre a educação profissional embora todas o façam em graus diferentes.

É, portanto, a mediação entre a educação formal e a sociedade com sua historicidade e jogo de forças sociais. A sociedade fixa as condições em que essa atenção é dispensada: a quem, como, quando e onde. Para Pereira (2005, pg. 176), as decisões relacionadas à atenção médica serão tomadas em níveis alheios à própria medicina.

Porém, a sociedade não é um todo homogêneo, de cidadãos socialmente iguais. A estrutura da sociedade se define pelas relações entre os agentes sociais mediadas pelas formas de apropriação dos meios de produção. A medicina, e seu exercício, a prática médica, conformam um dos processos de reprodução dessa estrutura social.

Mesmo no mais corriqueiro da atividade médica isso ocorre quando, por exemplo, o médico atende a um paciente com cefaléia, o examina e se limita a pedir exames e prescreve um analgésico. Com isso, “ele está dizendo a este paciente, dentro dos melhores preceitos clínicos, que aquele sintoma guarda uma coerência e uma causalidade circunscritas ao seu corpo, e, portanto, passíveis de serem tratadas e curadas através daqueles procedimentos” Fernandes (1993).

E continua: [...] não aparece como positiva, na consulta médica, a relação deste sintoma com as condições de vida desta pessoa, ou se ela está desempregada, ou se está infeliz, ou se trabalha muito. Não há espaço, desta forma, para a emergência de conteúdos políticos contra-hegemônicos na consulta médica, isto é, dos aspectos subjetivos que compõem a cidadania, e, em nome da neutralidade científica, o médico atua politicamente, conformando o paciente à ordem social em vigor]

Fernandes (1993) coloca, desse modo, que a prática médica se firma assim como um instrumento de consenso/coerção, assegurando a manutenção da hegemonia de classe e conformando as classes sociais não-hegemônicas à ordem social. Luz (1986) refere que reduzir a saúde à ausência relativa de doença, a programas médicos curativos ou preventivos, é a forma de eludir o problema das condições de existência.

Os médicos vivenciam esses fatos e representações em sua prática diária. O que pode ser traduzido nas palavras do Presidente do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais Resende (2005, p. 2) que descreve com perplexidade as mudanças ocorridas na prática médica:

[...] É com perplexidade que a categoria reage às rápidas e profundas transformações da prática médica - antes uma prática liberal centrada na

clínica e na relação médico-paciente. Hoje, intermediada pelo Estado, planos de saúde, seguros e cooperativas de trabalho: formatada em protocolos de atendimentos e diretrizes clínicas, centradas em exames complementares, onde o paciente se transformou em cliente e a relação passou a ser normatizada pelo Código de Defesa do Consumidor [...].

Profundas sim, rápidas nem tanto, afinal, as bases para as mudanças ocorridas vêm sendo construídas ao longo dos séculos XVII, XVIII e XIX, especialmente após o advento da racionalidade científica cartesiana e a Revolução Industrial, ambas tendo impulsionado enormemente o desenvolvimento do capitalismo nascente.

Almeida Filho (1997) aponta que ciência e técnica demonstraram seu caráter simbiótico desde o início, importante para legitimação social da ciência enquanto forma de conhecimento, em sua luta pela hegemonia desde seu nascimento. Assim como a medicina se baseava no conhecimento científico na luta pela hegemonia em relação às outras formas de cura.

De fato, os médicos procuravam reafirmar a racionalidade científica frente às outras racionalidades. Para Pereira-Neto (1995):

[...]a concepção de um conhecimento criado e transmitido em instituições cientificamente aceitas e academicamente organizadas representava a base onde se estruturavam todos os argumentos que justificavam a superioridade do trabalho médico em relação às práticas de cura não-científicas[...].

Mas essa hegemonia é recente. Durante as três primeiras décadas do século XIX, junto com médicos, cirurgiões e boticários, havia sangradores, parteiras e curandeiros. Para que exercessem atividade terapêutica teriam que conseguir autorização concedida pela Fisicatura mor - órgão do governo responsável pela regulamentação e fiscalização das práticas de cura.

Essa hegemonia, construída na primeira metade do século XIX passou pela organização dos médicos em torno de associações, de periódicos especializados e da Faculdade criada em 1832 que contribuiu para a adoção de uma nomenclatura e de

concepções de doença e cura mais distantes das populares além da desqualificação e desautorização dos conhecimentos e das práticas de terapeutas populares como os sangradores tendo por base o higienismo (PIMENTA, 2003).

O conhecimento médico, ao mesmo tempo em que serviu para afirmar a profissão médica científica diante das outras formas possíveis de cura, serviu e se ampliou aliado ao desenvolvimento do capitalismo na área médica.

Czeresnia (1997) afirma que o processo de emergência das ciências e a delimitação dos seus objetos foi também o de fragmentação no modo de pensar o próprio homem. Sendo o reducionismo uma condição do ato de conhecer, torna-se problema quando pretende ser a única verdade sobre um objeto (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

Camargo Jr. (1992) afirma que a medicina no seu início, é transfigurada a partir da incorporação, à sua prática, do hospital e da necropsia transformando-se na sua base epistemológica. Apesar dos admiráveis avanços obtidos com o desenvolvimento da bioquímica, farmacologia, genética e imunologia que, sem dúvida, contribuíram para o crescimento do modelo biomédico (CAPRARA; RODRIGUES, 2004), apenas aprofundaram uma tendência previamente desenhada: a verdade da doença deve ser buscada cada vez mais na intimidade microestrutural dos tecidos. A tal ponto que, segundo Luz (1998): é a doença o que interessa ao médico, não mais os adoecimentos e curas dos sujeitos doentes. Feuerwerker (2000) afirma que existe configurada uma crise paradigmática: o modelo cartesiano de ciência expurgou do mundo todas as qualidades sensíveis.

Mas nem sempre foi assim. Luz (1986) informa que no Brasil até o final do século XIX e início deste, o modelo hegemônico de prática médica era caracterizado por um tratamento que associava as condutas clínicas às morais. A relação médico-paciente era individualizada e não contava com nenhum intermediário que estipulasse tempo, forma ou valor da consulta. O clínico geral percebia o corpo do paciente como um todo indivisível.

Pereira-Neto(2000) identifica e descreve três perfis de profissionais no Congresso dos Práticos em 1922: generalista, especialista e higienista. Para ele, o **generalista** era o médico produtor individual de serviços, trabalhava individualmente sem equipe ou apoio de outro médico. A medicina era vista como arte e possuía vasto conhecimento sobre o doente e a doença. A relação com o paciente pautava-se pela intimidade, confiança e obediência e era comum o médico organizar o cotidiano do cidadão desde os atos mais simples até as situações em que o risco de vida era eminente. Os exames diagnósticos eram considerados prescindíveis. O médico examinava, prescrevia medicamentos e operava se fosse o caso. O mais importante era o contato direto e individualizado com *seu* paciente. A prática médica deveria depender, sobretudo, da sensibilidade e da experiência do profissional. Até o início do século XX, o consultório funcionava, muitas vezes, como um mini-hospital, instalado na residência do próprio médico.

O perfil profissional denominado **especialista** reiterava a importância da racionalidade científica e postulava o treinamento metódico e sistemático. O trabalho era como atividade de equipe: cada especialidade deteria sua parcela de responsabilidade no tratamento e cura. O conhecimento médico deveria ser ao mesmo tempo, esotérico, inatingível, institucionalizado e aplicável às demandas concretas. Nos anos vinte, o processo de especialização da medicina estava em gestação e a presença das associações de obstetrícia, ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, psiquiatria, neurologia, dentre outras, no Congresso Nacional dos Práticos traduzia esse processo.

O perfil denominado **higienista** pode ser avaliado como uma das especialidades gestada desde o final do século XIX. O médico higienista integra o campo da racionalidade científica, afastando-se do perfil generalista, regido pela arte e subjetividade na relação com o paciente. Os higienistas propugnavam uma formação voltada, especialmente para a prevenção, a educação higiênica e o diagnóstico, profilaxia, tratamento e possível cura das

doenças infecto-contagiosas. Assim, a prática médica não deveria se limitar nem ao conhecimento clínico abrangente nem a uma especialização que compartimentasse o corpo do indivíduo em partes dissociadas. Introduziram a necessidade de formação especializada voltada ao atendimento das coletividades. O sentido de sua prática estava norteado para a educação higiênica e eugênica, bem como para a prevenção das doenças das coletividades.

Todavia, no início do século XX o processo de trabalho médico estava sendo alterado nos dois elementos definidores de uma profissão: o conhecimento e o mercado (PEREIRA-NETO, 1995).

A valorização excessiva da formação técnica e a especialização precoce, aliada ao uso abusivo de tecnologia sofisticada, por vezes iatrogênica, com custos individuais e coletivos elevados - substituiu a escuta e a ausculta do paciente. (NORONHA FILHO; RESENDE et al, 1995). Em detrimento da relação pessoal entre o médico e o paciente, a tecnologia foi se incorporando ao exercício da profissão, deixando-se de lado o aspecto subjetivo da relação (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Figueiredo (2000) afirma que a racionalidade biomédica desvitaliza o tratamento, transforma o doente em uma questão técnica a ser resolvida, e que é reflexo da dicotomia entre conhecimento técnico e competência social.

Camargo Jr. (1992) refere que os médicos não ignoram a concorrência de fatores extrabiológicos na produção da doença, porém são relativizados pelo referencial biológico. Caprara e Rodrigues (2004) relatam que os médicos não exploram da mesma forma e profundidade as questões sócio-familiares, mesmo quando os pacientes fazem referência a essa questão, como fazem ao explorar os sinais e sintomas da doença.

Ao mesmo tempo em que a prática e o saber médico impunham o distanciamento na relação entre médicos e pacientes, o mercado de trabalho médico deixou de ser baseado numa prática liberal, onde os pacientes custeavam diretamente o atendimento médico. Época

em que os que podiam pagar tinham o seu médico à beira do leito. Os que não podiam eram cuidados em hospitais por voluntárias.

Com o desenvolvimento do capitalismo, inicia-se a intervenção das empresas e também do Estado na área da saúde no sentido de “proteger” a saúde dos trabalhadores. Landmann (1983, p. 17) afirma que o Estado se preocupa com a saúde do indivíduo em função de sua utilização como instrumento de trabalho e não devido às suas esperanças, de seus anseios, de seus temores ou de seus sofrimentos.

No Brasil, o Estado inicia sua intervenção na assistência médica com a Lei Elói Chaves criando em 1923, a Caixa de Previdência para os ferroviários, prevendo o direito dos segurados à assistência médica. É a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado, porém por iniciativa do poder central (COHN, 1995).

Hermes P. Vieira, citada por Cohn (1995, p. 12) assim se refere à Lei Eloy Chaves:

[...] Lei até certo ponto de defesa nacional, importantíssima para aqueles dias de inquietações constantes, porque decisiva em sua influência pacificadora dos meios trabalhistas e mesmo na contenção das greves que em sua progressão vinham cada vez mais prejudicando o ritmo da produção do País... Mas a par das garantias que proporcionava aos que se empregavam nas empresas ferroviárias, induzia-os a disciplinarem o seu comportamento e a se dedicarem mais firmemente às suas obrigações. Tirava-os, assim, habilmente, das áreas de agitação[...].

Em 1926, estende-se para portuários e marítimos. Depois foram criados os institutos de Previdência para os Funcionários Públicos Civis da União (1926), dos comerciários (1934), dos bancários (1934), dos industriários (1938), dos empregados em transporte de cargas (1938).

Posteriormente, as caixas sofreram fusão ou foram absorvidas pelos institutos, sendo que em 1966, todos os institutos foram unificados no Instituto Nacional de Previdência

Social (INPS), posteriormente reformulado criando-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Mas é a crise da medicina científica que fará introduzir e mudar o enfoque na saúde, especialmente da assistência à saúde. Sinteticamente, pode-se afirmar que a crise da medicina científica está relacionada: 1) Aos crescentes investimentos no setor saúde com retornos decrescentes em termos de resultados, sem nenhuma perspectiva de saturação do consumo cuja demanda parece ser infinita. 2) À ineficácia em produzir efeitos favoráveis nos níveis de saúde da população, seja na morbidade seja na mortalidade, especialmente por certas doenças como as crônicas e infecciosas 3) À desigualdade social frente à morte, à doença e à incapacitação segue sem se conseguir reduzir pela medicina científica (MENDES, 1985. pg. 38).

E em função dela, será proposta a medicina comunitária – um modelo mais racional buscando responder à crise referida com modificações internas à prática médica, sem afetar os seus condicionantes estruturais (MENDES, 1985. pg. 46). A medicina comunitária, com o componente ideológico de integração social dos marginalizados, passou a ser difundida a países da África, Ásia e América Latina através do financiamento de fundações filantrópicas norte-americanas e outras agências internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Banco Mundial.

Vasconcelos (1999) mostra também que desde 1963, os altos custos financeiros decorrentes da superespecialização do trabalho médico, e conseqüente deterioração da relação médico-paciente, levavam a Organização Mundial de Saúde a apontar a necessidade de formar médicos de família.

Passou-se a valorizar a expansão dos serviços de atenção primária à saúde como estratégia de reorganização do setor saúde, sendo a Conferência sobre Atenção Primária em Alma-Ata, URSS, um marco político dessa tendência (VASCONCELOS, 1999). Para Mendes

(1985, pg. 48) a consolidação da medicina comunitária em escala internacional ocorre nessa conferência, sob os auspícios da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Conhecida também como Cuidados Primários de Saúde, Medicina Simplificada, Programas de Extensão de Cobertura Urbana e Rural dentre outros, a Medicina Comunitária tem assim a sua conceituação: *“Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação”*(OMS, 1979).

No Brasil, no final da década de 70, diferentes propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro são trazidas para o debate político, e é implantado o modelo de Centros e Postos de Saúde com médicos das especialidades básicas (Clínica, Ginecologia, Pediatria e Cirurgia) e policlínicas com as outras especialidades além dos serviços de Pronto Atendimento; porém somente na década de 90, com as epidemias de cólera e dengue, é que se tornam mais evidentes as limitações desses serviços de saúde.

Em 1988, no processo de redemocratização política brasileira impulsionada pelos movimentos sociais e populares e após grande mobilização da população e de intelectuais no movimento conhecido como “Reforma Sanitária”, o Sistema Único de Saúde é inscrito na Constituição do Brasil.

Apesar dos avanços obtidos com a implantação do SUS a partir de 1990, o acesso à atenção à saúde de qualidade ainda estaria longe de ser um direito real da maioria dos brasileiros. Excessivamente centrado no consumo e utilização intensivos de medicamentos e equipamentos e não nas necessidades sociais e na melhoria das condições de vida, o modelo

assistencial é apontado como fator importante na crise da saúde brasileira, tido como centrado no hospital, no médico e na visão biologicista do processo saúde-doença (SES/MG, 1997).

Em 1994, o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, a partir da organização da atenção básica. Desse modo, aposta no desenvolvimento de um modelo de atenção voltado ao indivíduo, à família e à comunidade que inclua desde ações de promoção e proteção à saúde até a identificação precoce e o tratamento de doenças (BRASIL, 1994). As semelhanças com a Medicina Comunitária são mais que evidentes.

O PSF pretende trabalhar com o princípio da vigilância da saúde, com atuação inter e multidisciplinar, responsabilizando-se pela integralidade das ações na área de abrangência (SCHIMITH; LIMA, 2004). E apesar de haver diversas críticas ao Programa de Saúde da Família, há um movimento, cada vez mais forte, relacionado à essa estratégia que possui elementos importantes de contribuição para a mudança de perfil da atenção à saúde (DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE, 2000).

Porém, mesmo nesse modelo de atenção, a prática médica tem revelado dificuldades na mudança de paradigma assistencial. Para Gil (2006): “em relação às práticas profissionais, estas não conseguem atender adequadamente as novas necessidades de prestação dos cuidados de saúde (integralidade, visão ampliada do processo saúde-doença, formação de vínculos, abordagem familiar, trabalho em equipe)”.

Mesmo reconhecendo os avanços do PSF, Cunha (2005, pg. 19) reconhece que:

“continua reforçando a necessidade de discussão e elaboração sobre a prática clínica de todos os profissionais, principalmente o médico. Muda-se o modelo de atenção, referencia-se a clientela, organizam-se reuniões, gerencia-se com foco direcionado mais aos resultados que aos procedimentos e nem sempre isso transforma a clínica da forma que precisamos”.

Trad et al (2002), no entanto, avaliando a satisfação do usuário do PSF na Bahia destacam que “ parece associar-se a um novo perfil do médico que lhe é conferido pelos moradores a partir de uma valorização especial do que qualificam como uma pessoa generosa, disponível, comprometida e com uma boa capacidade de escuta”.

Dentro do processo de construção da saúde, e do debate acerca da formação e da prática médica, considera-se fundamental que a população seja participante ativa no processo posto que se trate de um interessado maior. Também porque a história tem demonstrado que a movimentação da população em direção aos seus direitos é condição para que os direitos se confirmem. O direito a um bom atendimento médico é um deles.

2 OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

O objetivo geral da pesquisa será compreender a prática profissional a partir da identificação de crenças e representações das famílias das comunidades rurais sobre as relações que estabelecem com o profissional médico.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, através da abordagem qualitativa. A vivência como profissional de saúde, especialmente como médico, propiciou identificar a crise estabelecida entre médicos e seus pacientes. E esse trabalho justamente busca entender como a população compreende a prática profissional dos médicos. Ou seja, obter uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações quando em relação com o profissional médico.

3.2. O CAMPO DA PESQUISA: caracterização do município de Sacramento.

3.2.1. Aspectos históricos

Pelo ano de 1743, foi fundado um núcleo populacional chamado Arraial do Rio das Abelhas – pouco depois Desemboque - que 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. pg.55). Anos mais tarde, Desemboque passaria a ser Sacramento, deslocando-se seu centro populacional e comercial para a atual cidade.

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. pg. 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. (SAMPAIO. 1971. pg. 122)

3.2.2. Características geográficas e demográficas

Sacramento, situado no Triângulo Mineiro, região do Alto Paranaíba do estado Minas Gerais, possui vasta extensão de 2.900 km², na divisa com o estado de São Paulo a 490 km de Belo Horizonte. Com população estimada em 22.159 habitantes (IBGE, 2007), em sua maior parte (74.5%) concentrada na zona urbana.

3.2.3. Características sócio-econômicas

Dentre as atividades econômicas do município há predominância do setor agropecuário, laticínios e cafeicultura.

3.2.4. 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) os casos com necessidade de atenção terciária. O PSF em Sacramento não é substitutivo e convive com a atenção básica tradicional, dividindo o mesmo espaço físico onde ocorre o atendimento médico; a cobertura do PSF no município é de 76%. São seis equipes, uma com atuação exclusivamente rural.

3.3. O TRABALHO DA EQUIPE RURAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA: o contexto da pesquisa

3.3.1. As microáreas do PSF Rural

Em Sacramento havia uma equipe de saúde da família cuja atuação era exclusivamente rural, composta por quase 700 famílias e 6 microáreas. Cada microárea é um distrito e seus núcleos não detêm mais que 20% das famílias da microárea. Em função das distâncias, dos 6 locais iniciais de atendimento (sede dos povoados) passou-se a 12 locais localizados em áreas distantes, da cidade e entre si, sendo que alguns desses locais de atendimento ficavam a mais de 30 km do posto de saúde mais próximo. A intenção era facilitar o acesso da população.

Cada povoado tem um posto de saúde; nos outros locais, o atendimento poderia ser feito em: igreja construída pela comunidade, na casa de algum morador, ou em barracão comunitário.

A microárea mais próxima dista 42 km e a mais distante 70 km. As estradas são todas de terra. Alguns locais de atendimento da equipe ficam a 90 km da cidade. O tempo de deslocamento varia de 50 minutos a 2,5 horas dependendo das condições das estradas. A maioria das famílias espalha-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 - ESF precisava ser pensada, inicialmente, em função das distâncias a serem percorridas e do tempo gasto nos trajetos e atividades.

3.3.2. O dia-a-dia do trabalho da equipe

Diariamente a equipe se deslocava até as comunidades rurais, de acordo com calendário de atividades elaborado pela equipe e divulgado através das escolas municipais e

unidades de saúde da família, além de líderes comunitários, pelo rádio AM local, um jornal (Jornal Rural) confeccionado pela equipe com participação da comunidade. Os povoados maiores eram atendidos semanalmente, os menores quinzenalmente, e as localidades com até 20 famílias mensalmente. 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 pessoas em filas de espera à entrada do posto de saúde. A equipe permanecia na área rural até as 16 horas; às vezes, podia-se ir até as 18 ou 22 horas se houvesse reunião com a comunidade ou visita domiciliar programada.

As atividades habituais eram as de qualquer outra equipe, em dias de atendimento, as agentes organizavam o agendamento de consultas e juntamente com a enfermeira e auxiliar de enfermagem, faziam vacinas, administração de medicamentos, inalações, curativos, orientações, recolhimento de solicitação de exames, dispensação de medicamentos e visitas domiciliares programadas. Quando havia tempo, realizava educação em saúde, “sala 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 podia ser realizada pela enfermeira e/ou médico.

Havia uma reunião mensal da equipe que discutia os problemas da 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 no sentido de constituir relações horizontalizadas entre os trabalhadores da saúde.

3.3.3. A equipe ampliada

O médico, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem e o motorista se deslocavam até as comunidades diariamente. As seis agentes comunitárias eram também auxiliares de enfermagem, exceto duas, residiam com suas famílias e trabalham no povoado há pelo menos 12 anos. Faziam parte da equipe ainda que de modo não oficial e definitivo, mas presentes em todos os momentos de maior mobilização e trabalho da equipe: a assistente social da saúde, lotada na Unidade Básica de Saúde Aracy Pavanelli e o enfermeiro-coordenador da Vigilância Epidemiológica e 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 Santa Bárbara. O trabalho da assistente social, enquanto base de apoio fundamental do trabalho do PSF rural consistia da 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 da construção da equipe; participou ativamente de todo o processo de mobilização das comunidades, seja da Vivência Rural, na Agenda da Saúde, por ocasião da IV Conferência Municipal de Saúde e na formação das Associações de Pequenos Produtores. Membro dos Conselhos Municipais da Saúde, da Assistência Social e da Criança e Adolescente.

Além das atribuições específicas de coordenador e executor da Vigilância Epidemiológica e controle de zoonoses, o enfermeiro também se engajou voluntariamente e foi também uma base de apoio fundamental do trabalho rural para as questões que necessitavam de articulação técnica e política na cidade, dividindo com a assistente social essas funções. Também participava de todas as reuniões de equipe e contribuía com a

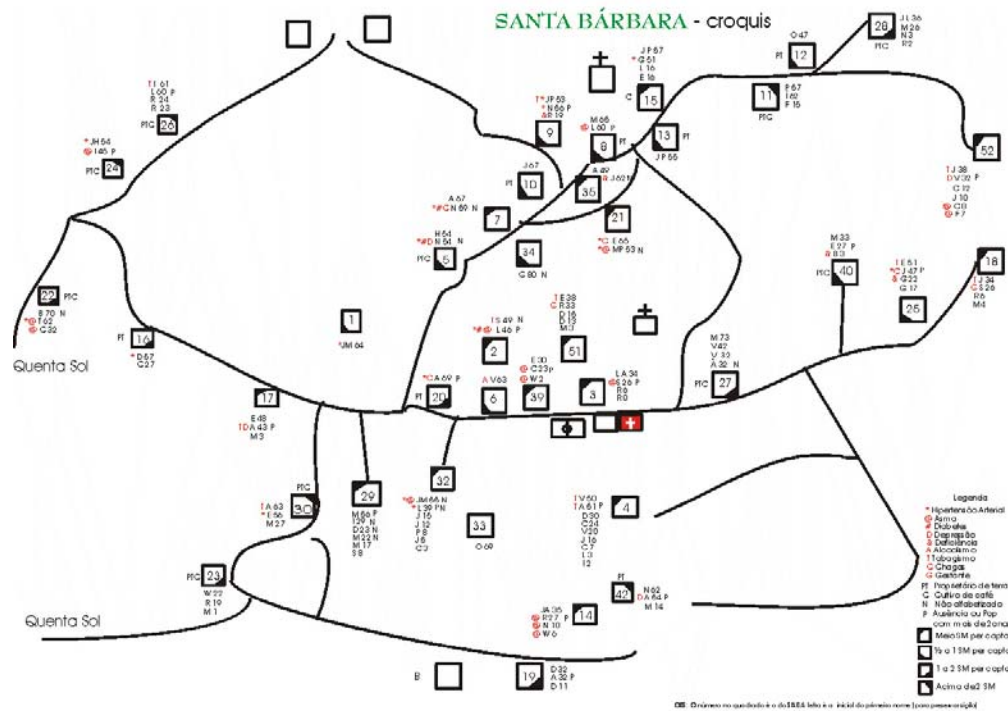
ampliação dos horizontes de atenção e da intersectorialidade da equipe, facilitando e moldando a construção da equipe; participou ativamente do processo de mobilização das comunidades, inclusive da Vivência Rural da Jaguarinha e Sete Voltas, na Agenda da Saúde, por ocasião da IV Conferência Municipal de Saúde e na formação das Associações de Pequenos Produtores. Membro do Conselho municipal de Saúde, exercendo a função de primeiro secretário.

A participação desses profissionais foi fundamental na digitalização dos genogramas e mapas e organização da rede no sentido de um atendimento equânime da população rural, garantindo integralidade e resolutividade.

3.3.4. As ferramentas de trabalho da equipe

As dificuldades encontradas na rotina da equipe exigiram que fossem elaboradas ferramentas de trabalho que pudessem auxiliar o trabalho (SANTANA et al., 2006). Essas ferramentas foram testadas pela experiência e sujeitas a constantes reelaborações por parte da equipe, a saber:

3.3.4.1. O mapa da comunidade (Figura 1) 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, saúde mental, epilepsia, e outros agravos definidos pela equipe. No mapa, usado em cada consulta, eram anotados exames solicitados e encaminhamentos que serviriam para “acompanhar” o paciente.



Mapa 1 – Mapa esquemático da comunidade Santa Bárbara

3.3.4.2. O genograma ampliado consistia no desenho esquemático de uma árvore familiar com uma ou duas gerações acima da família em foco. Constavam nomes e idades além de 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. E a situação social como moradia, renda e escolaridade. O genograma ampliado era consultado e atualizado a cada consulta.

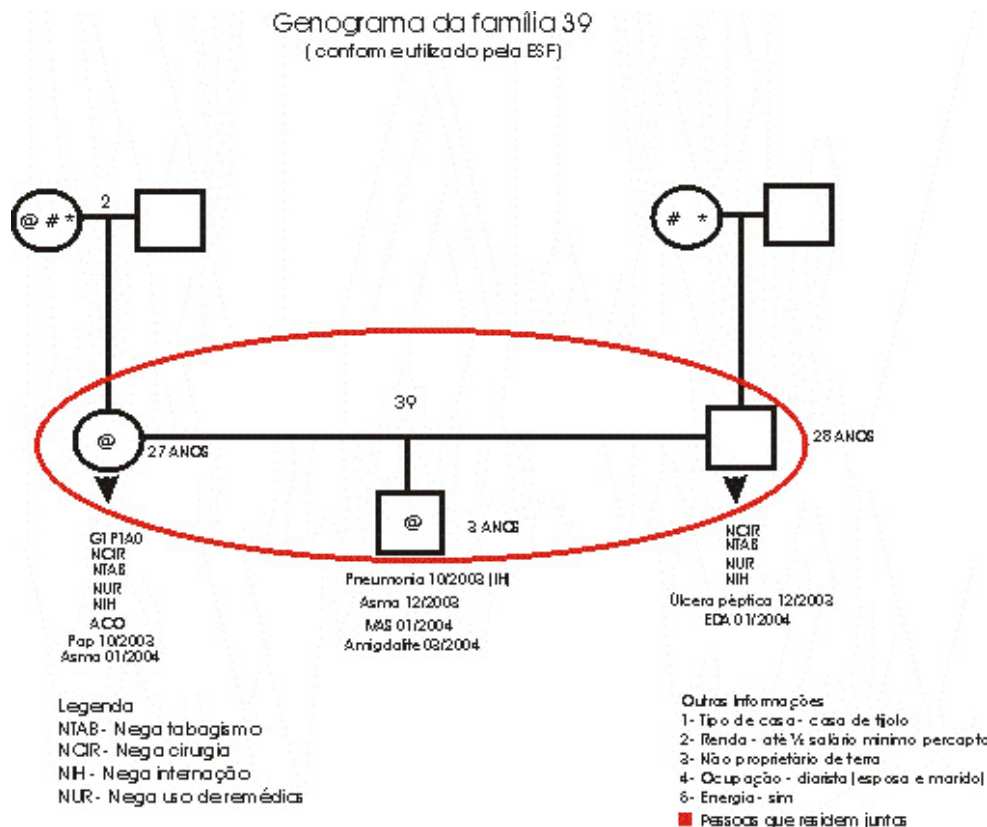


Figura 1 – Genograma ampliado

3.3.4.3. O cadastro informatizado através do Epi-info 2000 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 de Atenção Básica – SIAB, em que pese ser um sistema de informação que permite acompanhar a situação global das famílias adscritas, não dá conta de ser o apoio para a 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 relacionar 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 à saúde e de seguimento da situação de saúde, individualizada, e adaptável a qualquer realidade do país.

3.3.4.4. 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.



Figura 2 – Eco mapa

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.

3.3.4.5. O Jornal era uma publicação dirigida á 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 acidentes graves de trabalho; o problema do lixo e poluição dos rios nas comunidades; do esgoto na Jaguarinha; o da água no Bananal, imprópria ao consumo humano; eleições municipal, estadual e federal; bem como notícias da saúde, dentre outros assuntos.

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

3.3.5. As parcerias

As questões rurais sempre moveram a equipe em direção à construção de parcerias. 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 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 – Salário Maternidade, 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, as chapas e as eleições, e também participou na regularização das contas bancárias das Associações e a situação das mesmas na receita federal e estadual.

Essa condição era fundamental para que a comunidade voltasse a ter direitos perdidos, pela inatividade de algumas Associações, como o empréstimo do trator, pela prefeitura, para arar a terra; esse empréstimo era feito às comunidades que mantinham a Associação ativa o que também possibilitava discutir/elaborar projetos – junto às comunidades – de desenvolvimento social como para aquisição coletiva de resfriadores de leite, que permitiriam mais autonomia e menor prejuízo aos produtores, beneficiando toda a comunidade.

As escolas também foram parceiras, principalmente nas questões que interessavam diretamente ao corpo discente, como sexualidade, dentre outros.

3.3.6. A Vivência Rural

O Projeto Vivência Rural – oriundo da experiência do projeto “Saúde no mato” de Carbonita descrito na Apresentação - consistia em percorrer a pé as estradas, os morros, 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, e a assistente social desenvolviam a Vivência Rural (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 colocadas 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 diariamente vinha da cidade à zona rural, cabia 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, com os genogramas 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 ficava o espaço 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. Preparavam-se também os cartões que eram preenchidos durante a reunião, no final da Vivência, pelos moradores na construção da Agenda da Saúde, seguindo os moldes do planejamento estratégico situacional.

As visitas iniciam 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.

Na visita, após os cumprimentos e apresentações iniciais, a conversa girava em torno da vida da família, dos afazeres diários e suas dificuldades, e em determinado momento, conversa-se sobre a situação social e de saúde das pessoas da casa. As questões a serem resolvidas eram anotadas no genograma e colocadas no banco de dados mais à noite.

Na Vivência, a atenção à saúde ultrapassava a mera assistência médica à medida que propiciava desconfiguração de status e troca de saberes, personalizando cada encontro (LIBÓRIO et al, 2005).

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, doce... Na despedida convidávamos a família para a reunião ao final da Vivência, era a Agenda da Saúde.

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, deles nos aproximando e diminuindo as barreiras simbólicas existentes entre equipe e população.

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

3.3.7. 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 e as pessoas eram alocadas 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 no quais as pessoas vivem e trabalham.

3.4. O GRUPO FOCAL COMO TÉCNICA DA COLETA DE DADOS.

A pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a como as pessoas compreendem esse mundo, bem como o sentido que as pessoas lhes dão (POPE & MAYS, 2006). Um de seus pontos fortes é estudar pessoas em seu ambiente natural, em seu próprio território e da interação entre elas em sua própria língua, com seus próprios termos.

Um pressuposto da pesquisa qualitativa é que o mundo real não se apresenta como uma totalidade, mas como um recorte que se faz dessa totalidade; recorte feito a partir do lugar de onde nos encontramos. O mundo real “só existe de fato, na medida em que tomamos parte dele e ele faz sentido para nós” (VICTORA, KNAUTH & HASSEN, 2000, pg. 34).

Como o objetivo desse estudo foi compreender a prática médica a partir da identificação do discurso dos usuários das comunidades rurais, elegemos o grupo focal como técnica para a coleta de dados.

O Grupo Focal, técnica também conhecida como entrevista em grupo (BAUER & GASKELL, 2005) ou discussão de grupo, se faz em reuniões com um pequeno número de informantes, valoriza a comunicação entre os participantes a fim de gerar dados. As pessoas

são estimuladas a falar umas com as outras, a trocar histórias e a comentar sobre as experiências e os pontos de vista umas das outras.

Para Pope & Mays (2005) a idéia base do GF é que os processos grupais podem ajudar as pessoas a explorar e clarear sua visão que seriam menos facilmente acessíveis numa entrevista frente a frente.

Quadro 1 A interação entre participantes pode ser usada para:
<ul style="list-style-type: none">• Ressaltar as atitudes, as prioridades, a linguagem e a estrutura de compreensão.• Estimular os participantes da pesquisa a gerar e explorar suas próprias questões e desenvolver sua própria análise sobre as experiências em comum• Estimular as diversas formas de comunicação dos participantes - expressa em diferentes formas de discurso• Ajudar a identificar normas/valores culturais do grupo• Fornecer insights sobre a operação de processos sociais de grupo na articulação de conhecimento• Estimular a conversa aberta sobre assuntos embaraçosos e permitir a expressão de críticas• Facilitar a expressão de idéias e experiências que podem ser pouco desenvolvidas numa entrevista e clarear a perspectiva dos participantes da pesquisa por meio de debate no grupo.

Quadro 1 – Grupo Focal: interação entre participantes

O GF também auxilia a perceber as muitas formas diferentes de comunicação que as pessoas usam na interação do dia-a-dia, incluindo piadas, histórias, provocações e discussões o que é útil porque o conhecimento e as atitudes das pessoas não estão inteiramente encapsulados em respostas racionais. As formas cotidianas de comunicação podem nos dizer sobre o que as pessoas sabem ou experimentam. Nesse sentido, “os GF ‘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” (POPE & MAYS, 2006). Além do que foi observado que as discussões em grupo podem gerar comentários mais críticos do que entrevistas.

Em relação ao número de grupos, autores defendem algo entre seis e até mais de 50 grupos, dependendo dos objetivos da pesquisa e dos recursos disponíveis. Porém, mesmo poucos grupos podem gerar uma grande quantidade de dados; por essa razão, muitos estudos se baseiam num número modesto de grupos. Ao mesmo tempo, recomenda-se buscar a homogeneidade em cada grupo a fim de valorizar as experiências comuns.

Para cumprir as exigências desse processo acadêmico, realizamos três encontros com cada grupo, com duração definida em torno de uma hora e meia a duas horas. As reuniões foram realizadas no período de junho a dezembro de 2007; foram gravadas, posteriormente transcritas e houve um pesquisador observador com a função de registrar os aspectos não verbais e a dinâmica de interação entre os participantes.

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 (BAUER & GASKELL, 2005), o Roteiro contém poucas questões e foi o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.

Inicialmente usamos a seguinte questão: “Gostaria que vocês contassem um pouco da sua experiência no contacto com o trabalho dos médicos, contassem da sua história de atendimento feito pelo profissional médico”.

Outras questões que constaram do tópico-guia:

1. Quando você procura por um médico, quando dele necessita, o que você espera dele?
2. Como é ser atendido por um médico do Programa de Saúde da Família? É diferente de ser atendido na cidade?
3. Como é a relação do médico do PSF com os agentes de saúde e com a enfermeira? É igual ao da cidade? Como é a relação dele com as pessoas que ele atende?
4. O que V. pensa sobre o médico que lhe atende conhecer sua família? V. considera que esse conhecimento (de sua família) interfere de algum jeito, no seu tratamento?

3.5. A CONSTITUIÇÃO DOS GRUPOS

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

Assim, foram constituídos três grupos focais que representam o discurso de 50% da população atendida. A base para a constituição de três a cinco grupos focais vem de considerações de que o número maior de grupos raramente proporciona novas informações importantes (PEREIRA 2001).

Foram sujeitos do estudo: adultos, maiores de 18 anos de idade, residentes na comunidade há pelos menos dois anos, usuários do Programa de Saúde da Família e que tivessem disponibilidade para participar do mesmo.

A seleção dos sujeitos foi feita através de sorteio de 20% - para efeito de proporcionalidade - das famílias cadastradas de cada uma das comunidades escolhidas; e cada família indicou por consenso uma pessoa da residência que atendia aos critérios de inclusão. Não foi necessário realizar novo sorteio para atingir os 20% de representantes das famílias cadastradas para cada povoado.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise e interpretação das narrativas utilizaremos a *Análise temática*, que de acordo com Minayo (2000, p. 209) “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

As transcrições de entrevistas e anotações de campo das observações oferecem um registro descritivo, mas não podem fornecer explicações. O pesquisador deve-se apropriar do sentido dos dados ao examiná-los atenciosamente e interpretá-los, o que começa já durante a fase da coleta, pois os dados coletados são analisados e inseridos ou formatam a coleta de dados em andamento.

A pesquisa qualitativa utiliza 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 pg. 89)

Glaser e Strauss (2005) cunharam a expressão teoria de fundo para descrever o processo indutivo de codificar incidentes nos dados e identificar categorias analíticas à medida que ‘emergem’ dos dados (desenvolvendo hipóteses a partir do ‘chão’ ou do campo da pesquisa de baixo para cima em vez de defini-las *a priori*).

Esse 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 de análise dos dados seguiu os passos descritos por Figueiredo (2003) conforme segue:

3.6.1. Análise de Conteúdo dos Grupos Focais

Transcrição das entrevistas

As entrevistas foram transcritas literalmente e na íntegra e os textos organizados de forma a facilitar a leitura.

Análise de Conteúdo das Crenças e Representações

Transcrição das entrevistas e Leitura flutuante

Com base na transcrição, foi realizada uma série de leituras das entrevistas iniciando a fase de marcação dos trechos significativos e pertinentes aos temas abordados.

Recorte e notação

Os trechos marcados nas entrevistas foram recortados e organizados em Quadros, por comunidade.

Nesta etapa da análise de conteúdo foram realizadas notações, 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.

Definição de Unidades Temáticas

Após sucessivas leituras dos trechos selecionados e de suas respectivas notações, foram identificados os Eixos Temáticos, que sintetizaram o tema geral abordado pela fala de cada entrevistado, ou seja, sobre **o que** eles estavam falando. Nesta etapa, utilizamos como esquema referencial o roteiro da conversação e as questões de verificação de conteúdo realizadas pelos entrevistadores.

A seguir, para cada Eixo Temático foram identificadas as crenças e representações a partir das notações, que foram agrupadas de acordo com a convergência dos conteúdos compondo as Unidades Temáticas.

Definição de Subcategorias e Categorias Temáticas

Tendo sido realizadas as fases anteriores, para cada entrevista, as notações frente às Unidades Temáticas foram relidas com o objetivo de agrupá-las de acordo com a convergência dos significados dos conteúdos.

Os resultados obtidos na síntese das Unidades Temáticas permitiram a análise em conjunto dos significados atribuídos, que foram agrupados em Subcategorias e Categorias Temáticas.

A interpretação dos resultados finais, que compreendeu o cumprimento das etapas descritas para todos os grupos focais, foi realizada com base em discussões realizadas para cada Categoria Temática, que foram discutidas com base no referencial teórico adotado em nossa pesquisa.

3.7 QUESTÕES ÉTICAS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Ressaltamos que pelas características do presente projeto foram seguidas 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 (Anexos I) foram submetidos e autorizados pela Comissão de Normas Éticas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP.

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. Todavia, nenhum membro sorteado e selecionado para participar da pesquisa 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.

As falas durante o grupo focal foram identificadas 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

Foram avaliados os discursos de três grupos focais das comunidades rurais de Jaguarinha, Bananal e Quenta Sol. A síntese de crenças/representações foi feita baseada na identificação de 44 unidades de conteúdos, 15 na comunidade *Jaguarinha*, 09 em Bananal e 20 em Quenta Sol, organizadas em 10 Unidades Temáticas, concentradas em 3 *Categorias Temáticas*:

Na Categoria I – *Disponibilidade* - O dicionário Aurélio nos indica que a disponibilidade está caracterizada pela predisposição a aceitar as solicitações do mundo exterior. O que nos remete ao conceito de Solicitude, ou seja, zelo em prestar qualquer tipo de assistência.

A compreensão da prática médica foi marcada pela concepção do *Rapport* enquanto facilitador do vínculo com o usuário. Para Chacra (2005) o vínculo é a “ligação efetiva entre dois sujeitos, muitas vezes colocados um diante do outro em posições assimétricas e que precisam estabelecer, entre si, uma comunicação efetiva”... E implica aceitação do outro, responsabilidade e respeito pela autonomia de cada um dos envolvidos.

Para os usuários, o vínculo será facilitado pela disponibilidade do médico para a atenção e tato nas relações, o que pode se depreender das falas:

...“*agora se o médico te atende bem, que você tem mais, assim, liberdade pra contar os problemas de saúde, tem mais liberdade pra contar, se o médico insiste e aí você vai se soltando, contando...*”(A.1.1)

E não se trata apenas de cortesia, educação para com o outro, posto que interfira com o processo terapêutico:

...“aí quando o médico é assim fechado, você fala pouco, você tem medo, né, porque você não sabe o que vem de lá pra cá., então fica até coisa que precisava dizer, falar, que não falou por que você fica com medo, você tá entendendo? da resposta dele...” (A.1.2)

A anamnese realizada pelo médico nada mais se constitui do que uma entrevista com o paciente, que pode ser mais ampla, para além das questões puramente técnicas. Aqui não se está abordando o fato de médicos não explorarem com profundidade questões fora do referencial biomédico, mas tão somente a necessidade de desenvolver “todos os elementos humanos que permitam um clima de simpatia, de confiança, de lealdade, de harmonia”... (TRIVIÑOS, 1987).

O *Rapport* pode e freqüentemente é relatado como tendo efeito terapêutico:

...“é porque a gente não está bem, então se o médico não atender a gente bem, alegre, não dar atenção para o paciente então a gente vai ficar bem mais ruim né, eu acho que o médico tem que dar um pouquinho de atenção para o paciente, inclusive os médicos de hoje eles não fazem isso, você chega eles então com a cara feia, eles te atendem mal”...(A.1.3)

Bosi e Affonso(1998) em estudo realizado no Rio de Janeiro sobre cidadania e participação popular em saúde destacam “a recorrência de algumas categorias empíricas como: atenção, carinho, bondade nos discursos analisados”. Consideraram curioso ainda o fato de não ter sido possível saber se as pessoas "se curaram" ou não. Mas, com certeza, apontam “era fácil detectar se foram bem atendidas, se receberam afeto.”

Ainda nesse tema, foram identificadas representações que avaliaram o *Interesse* como um sentimento de zelo e preocupação por outra pessoa como qualidades importantes na prática médica:

...“não é que o médico vai curar a pessoa, mas pelo menos para orientar né, para saber o que a gente deve fazer, igual ele falar para ir à cidade”...

(B.1.1)

ou

“... ele faz questão de conversar com paciente, saber da doença, e você volta na outra consulta, ele acaba perguntando sobre a outra doença que se teve e tudo”... (B.1. 2)

Para Valla (1999), é muito comum haver sentimentos intensos em relação a grupos, idéias e causas maiores para além da existência dos indivíduos – o que considera uma evidência da dimensão universal da transcendência.

E continua: “é por essa razão que se sofre tanto com a perda das pessoas amadas, ou com os sentimentos de abandono, traição, medo, ou a perda de um trabalho de uma vida. A recuperação de um acontecimento que gerou muito sofrimento freqüentemente implica ajuda, e é possível que quem perdeu parte de si possa ser mantido pelas qualidades pessoais de outras pessoas, até que sua parte perdida se recupere”.

...“ele entrou dentro do caso do L. F. e eu num sabia quem que era né, depois ele queria saber onde que eu morava, o que que eu fazia, sabe, quer

dizer, aquilo mesmo naquela hora, ali, ele me aliviou dum tanto, sabe? porque parece que, sei lá, eu criei mais força”... (C.1.1)

O médico, em função do modelo hegemônico de sua prática profissional, tem deixado de exercer esse papel terapêutico, reclamado pelos usuários dessa pesquisa. A sensibilidade deixou de ser uma característica do fazer médico, reclamada pelos usuários:

...“Eu admiro o médico: você chega lá ele te atende, conversa e te dá apoio. Você sai de lá outra pessoa, como se diz. Num é eu que tô sendo consultada, é ela (a filha, N.P), mas só dele conversar com a gente”... (C.1.2)

A *Empatia* foi outro conteúdo revelado na pesquisa e surgiu, especificamente, no contexto da Vivência Rural desenvolvida pela equipe de Saúde da Família. Empatia, para Coelho Jr. (2004), é a possibilidade de viver com e como o outro o seu *pathos*, paixão, sofrimento, doença. E continua “a capacidade de compreender os sentimentos e os pensamentos de um outro, colocando-se ‘em seu lugar’ ” :

“.. 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...”(C.1.3)

Mas a empatia apresenta sua melhor função à medida que deriva de ações produtoras de conhecimento das pessoas e do ambiente em que atua, ou seja, da realidade em que se trabalha - um conhecimento muito valorizado pela população rural. E nesse sentido, também estabelece certa identidade entre o médico e o usuário/ comunidade;

“... acho que o principal que eles têm essa atenção, esse atendimento cem por cento, é porque eles(...) vivem o dia a dia na zona rural, então, eles tão conhecendo assim todos os problemas...”(B.1.3)

ou

“É verdade, nisso aí ele é muito atencioso mesmo, ele ter saído assim andando nas casas foi bom por causa disso. Ele tem conhecimento do povo tudo aqui”. .(A.1.4)

A *Equidade* é outro conteúdo encontrado nessa análise enquanto critério que garante o acesso às práticas de saúde sem discriminação. Trata-se de um princípio do SUS e está relacionado a “diferenças que são desnecessárias e evitáveis, além de consideradas injustas” (ALMEIDA, 2000). Diferenças relacionadas às políticas sociais. Conforme apontado, também cabe nas representações apontadas pelos usuários, porém com o sentido de não haver discriminação no atendimento pelo SUS ou particular:

“... eu ir no SUS num médico e nele particular,(...)eu tenho pouca experiência mas a gente tem família, né, aí você vai no particular, e no particular ele é outra coisa, sabe? a educação é outra., o modo de tratar a gente é outro, né...”(C.1.4)

E há uma evidente percepção de que o trabalho não é gratuito o que justifica não haver discriminação; tampouco é favor de autoridades, o médico é um trabalhador como outro qualquer:

“porque ele esta sendo pago do mesmo jeito, eles estão trabalhando e não é de graça”... (B. 1.4)

Há, porém, quem reconheça que atender de modo ‘diferenciado e injusto’ não é a postura universal dessa categoria de trabalhador:

“... mas ele me atendeu tanto no pago como no SUS, na mesma atenção, de uma maneira só(...)mas do jeito que ela ta falando aí é verdade..tem muita gente que atendimento num é dum jeito e noutro é de outro...”(C.1.5)

Acerca dessa postura de discriminação, a pesquisa apontou que os usuários a consideram uma característica individual intrínseca, “de berço” e que os anos de universidade durante a graduação do curso de medicina não poderiam modificar.

O Tempo surgiu como categoria importante que garante o acessar adequado do médico. Como são usuários residentes na área rural, a presença do profissional na unidade de saúde é importante questão de acesso, principalmente porque encerrado o expediente de trabalho, as urgências, mesmo as mais simples, terão de ser atendidas na cidade, o que acarreta enorme esforço e stress para a família, afinal, são pelo menos 50 km de estrada até chegar à cidade.

É habitual que boa parte dos moradores, especialmente homens, esteja trabalhando até as 10 horas e somente depois desse horário possam chegar até o posto de saúde. Muitas vezes, é o homem que levará a esposa e/ou filho(a) à consulta.

“uns médicos que vem aqui para ir embora 10: 30, mas nem precisa vim, por que a gente desocupa 10: 30 para poder ir ao médico”... (A.1.5)

ou

”O médico veio aqui esses dias, era uma hora e meu irmão veio trazer o netinho dele aqui, ele já tinha ido embora”... (A.1.6)

Esse não foi um tema pacífico, pois houve quem levantasse a questão de outro modo como se pode perceber a seguir:

“... porque na cidade também toda vida o médico tem um horário pelo SUS; se ele atende na parte da manhã, é da manhã, aqui também ele está atendendo pela parte da manhã, o mesmo horário que ele tem lá, ele tem aqui...”(C.1.6)

Também houve quem abordasse a questão relacionada ao tempo de consulta, como um dos elementos que garante qualidade do atendimento médico:

“... a gente (se) sente num consultório particular, sem pressa, assim, (...) tem aquele tempo pra conversar sobre os problemas familiares, os problemas de saúde, a (...) consulta muito bem feita.” (C.1.7)

ARROYO (2007, pg. 77) refere, em estudo sobre tempo da consulta médica realizado em Ribeirão Preto/SP, que “as instituições de saúde que tiveram como resultado um menor grau na avaliação de qualidade, também apresentaram os menores tempos de consulta médica”

Na Categoria II – Legitimidade – os conteúdos foram marcados por representações que expressam *Conflito* nas relações com o profissional médico. Conflito enquanto choque de interesses e obrigações nas relações usuário-profissional, ocorrendo principalmente a partir do maior acesso da população à informação sobre a medicina, que já não aceita pacificamente certas determinações do profissional.

“... ele disse assim: “Eu disse que não precisava tirar Raios-X!” Eu disse: “Doutor, eu sou mãe! Eu quero ter certeza que eu posso voltar pra trás com ele que não teve nada, né?!” Aí ele pegou os Raios-X com uma força da minha mão e disse: “Eu sou médico, num te disse que não precisava!”... (B.1.5)

Estudos em vários países demonstram a ocorrência de uma diminuição da confiança dos pacientes nos seus médicos, e que os pacientes vêm se informando cada vez mais e melhor sobre assuntos de saúde e querem participar mais das decisões (PÓVOA, 2002) havendo uma crise de confiança estabelecida entre médicos e pacientes.

...”por causa da minha menina isso vira rotina por causa de uma infecção que ela tem, tem que fazer de tempo em tempo, aí se eu pedisse exame ele falava: quem é o medico aqui? Eu ou você? Ele não dava. Se pedisse exame para ele, ele não dava. Ele é um médico que para mim sei lá... não serve não”... (B.1.6)

Também as crenças foram marcadas por conteúdos que expressam o *Convívio* com as populações atendidas. O que remete para o estabelecimento de relações de identidade,

ou seja, relações em que o profissional é identificado como fazendo parte daquele grupo social. Uma apropriação do profissional pelas comunidades em ação.

...“já ia embora onze horas da noite, né?! Ele não faz visita nas casas como se fazia... não tem mais (...) por que quando o médico é bom ele é amigo, né..., amigo da comunidade toda”...(A.1.7)

E a *Competência* que não está relacionada apenas aos aspectos técnicos da prática médica. Tida como qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa; capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade; importante aqui é que a competência não está relacionada ao saber fazer, mas sim a responder a certa expectativa dos usuários:

...“Tem médico que nem coloca a mão na gente é a gente chega lá eles só passam o remédio é pronto”... (C.1.7)

Póvoa (2002) coloca que talvez seja importante ressaltar que o exame físico pode e deve favorecer a integração entre os aspectos objetivos e os aspectos subjetivos sem a anulação de um ou de outro.

...“é acho que antes dele passar a o remédio que você nem sabe se te fará bem, acho que primeiro ele tem que te examinar, fazer todos os procedimentos de um médico, é acho que tem que ser isso”... (C.1.8)

ou

...“eu acho que os médicos não podem fazer as coisas na escura sem saber”... (C.1.9)

Ao lado da importância da dimensão afetiva, há que ressaltar que a população, não possuindo critérios técnicos para avaliar a competência do médico, lança mão de outros parâmetros usados "*cotidianamente na apreciação de outrem: amabilidade, a boa vontade, a complacência*" (BOSI & AFFONSO, 1998). Importante observar que no imaginário da população, os exames diagnósticos emprestam qualidade ao diagnóstico ou à consulta médica:

...“Quase 500 contos para lá e para cá. Se ele tivesse feito algum exame tinha creditado, mais ele não pediu nada”... (C.1.10)

ou

“O médico que vinha antes era ruim, não atendia a gente direito, tava sempre com a cara feia. Dava um remédio lá e tava pronto, não pedia exame não pedia nada, não perguntava nada, só fazia a receita e pronto. Ele ia embora a gente bebia o remédio e às vezes não adiantava nada.”(B.1.7)

Landmann (1983, pg.101) afirma que “hoje em dia, leigos e médicos acreditam piamente na possibilidade futura da cura de todas as doenças através da ação das *balas mágicas* por ação química ou cirúrgica”. E que dessa crença se nutrem dois gigantes do complexo médico hospitalar: as empresas farmacêuticas e as de equipamentos médicos.

Na Categoria III – Contexto do Trabalho Médico - identificou-se o tema *Política* em que os conteúdos referem a outro nível de determinação acima do trabalho médico;

“... a gente pensa que eles talvez com pouco não goste daqui, como quem manda é eles; às vezes, o horário, as condições, né, às vezes o médico vem e até tem vontade de atender de boa maneira gente, mas às vezes o que ele ganha o que ele recebe também, ele não tem condição, né...”(C1.11)

ou

“...tem tanta gente pra consultar que o prazo, o período dele é pouco, né, então quer ficar conversando muito comigo, se eu vou conversar com ele, contar do meu problema, as vezes atrapalho, vai ficar gente sem consultar; as vezes até não é por ele, (...) tem que ser meio corrido mesmo...”(C.1.12)

E nas *Condições de Trabalho* a referência é feita ao contexto de vida e trabalho do profissional da medicina como critério de compreensão da prática médica.

...”ta certo que a vida deles também não é fácil, né? não é fácil mesmo, que aquilo ali, eu acho que dorme com o telefone no gancho, que é pro telefone chamar a qualquer momento, não é fácil, mas fazer o que né? A gente precisa deles mas também”... (C.1.13)

ou

“Então eu se o médico for vir para a área rural, então não arruma serviço para ele lá não, para ele não ter essa correria. E sim ficar o dia todo”... (B.1.8)

Aqui os usuários remetem ao mercado de trabalho médico, às condições do exercício da prática médica, à falta de tempo – imaginário comum em relação aos médicos – à sobrecarga e excesso de trabalho para o profissional interferindo com sua prática:

...“ta tendo muito, é muita gente pra ser atendido, então geralmente tem dia que ele chega pra atender começa a atender nove e pouquinho nem ele almoça porque passa da hora dele almoça, que tem dia que é duas horas e ele ta atendendo corrido, tem dia que é três horas e ta atendendo corrido, você chega lá dez horas e se sai de lá duas horas da tarde”... (A.1.8)

Boyaciyan (2005, pg. 12), presidente da SOGESP, ao abordar a questão das denúncias de erro médico e dos processos jurídicos daí decorrentes, explica que “más condições de trabalho e de remuneração, acúmulo de empregos e atividades, aumento de tensão e estresse profissional e, (que) por temor de ser demitido, não denuncia o mau empregador” influenciam a ocorrência dessas denúncias.

Para Machado (1998), a crise do mercado de trabalho médico é fato: aumento da jornada de trabalho, multiemprego, redução do valor do trabalho médico, deterioração geral das condições de trabalho. A ruptura da relação médico-paciente acaba ocorrendo.

Para a autora, é preciso resgatar a parceria com o Estado, buscando equacionar e elaborar medidas regulatórias e compensatórias para a corporação médica. E no limite, afirma: “ É crucial assegurar que a saúde e profissionais de saúde sejam considerados pelos governantes como *bens públicos*.”

5 CONCLUSÕES

Esse estudo revelou-se importante como material reflexivo, tendo incorporado as preocupações relacionadas ao sujeito implicado, autoanalítico enquanto profissional médico, à medida mesmo que a pesquisa se desenvolvia. Recentemente, tem-se valorizado a experiência oriunda do cotidiano como material e campo de pesquisa (MATURANA & VARELA, 2005), como nosso constante experimentar, autopoiese, modo de conhecer o mundo.

Nessa trajetória reflexiva - e o estudo indica essa direção - o usuário, o nosso Outro, também se revelou um ator social da maior importância no tema relacionado à organização dos serviços de saúde, à prática médica e mesmo à formação profissional.

Trazer para o debate acadêmico o discurso dos usuários do sistema de saúde e a vivência dos pacientes acerca da prática médica bem como a compreensão daí advinda não é mero exercício de retórica. Trata-se de uma experiência que consiste em ampliar o conceito de cidadania.

A cidadania é um arcabouço de direitos, prerrogativas e deveres estabelecidos nas relações dos indivíduos entre si e com o Estado. Seu enraizamento na vida coletiva como sentimento, cultura e sistema de referências valorativas é fundamental no grau de democratização de uma dada sociedade (REGO, 2008).

Como diz Lampert (2002) em sua Tese sobre o processo de mudança para um novo modelo de formação médica, não mais flexneriano e que envolve muitos atores: deve-se levar em conta “os *agentes do processo* (o médico, a escola, o serviço) junto com o *objeto da atenção* (o paciente, o usuário, o cidadão, a coletividade), até hoje com pouco espaço para expressar sua contribuição, e junto com os *meios de trabalho* (complexo industrial provedor de equipamentos e insumos)”.

O “pouco espaço do objeto da atenção” concedido pelos fóruns que discutem a prática e, principalmente, a formação médica é reconhecido naquele estudo. Nesse percurso

de discussão, eivado de olhar etnocêntrico, só tem havido espaço para os agentes e o complexo médico-industrial, numa circularidade que ao menos parcialmente explica a inocuidade das reformas curriculares: “mudar tudo para ficar do jeito que está”.

Destacamos com relevância a amplitude dos temas retratados nas crenças e representações da população usuária do PSF Rural habilitando-o – o usuário - como um interlocutor privilegiado ao tratar-se dessa temática, de modo que seria legítimo e prudente que as políticas públicas do setor saúde e da formação do profissional médico não ficassem restritas aos muros das universidades.

Resta saber qual o alcance das proposições aqui sugeridas. Será possível ter como referência para a prática diária ou para a formação profissional as categorias analíticas explicitadas? Pensamos que sim e tentaremos explicitar essas características requeridas:

Rapport – médico desenvolve todos os elementos humanos que permitam um clima de simpatia, de confiança, de harmonia, favorecendo criação de vínculo com usuário.
Interesse – médico demonstra zelo e preocupação efetiva pelos pacientes.
Tempo – médico é acessível aos usuários.
Empatia – médico desenvolve a capacidade de compreender os sentimentos e os pensamentos de outro, colocando-se ‘em seu lugar’ transformando em capacidade de ajuda.

Quadro 2: características do médico em referência à compreensão dos usuários

Quanto à categoria “Contexto do Trabalho Médico”, esse estudo parece apontar para dois níveis de compreensão da realidade a que correspondem possíveis intervenções desse ator social.

Num primeiro nível, relacionado à subcategoria “Politização”, encontra-se justamente a gestão municipal, responsável pela contratação e gerenciamento do trabalho do

profissional. É nesse nível de intervenção que os usuários podem de forma mais imediata resolver problemas oriundos da assistência médica prestada pelos profissionais. No outro plano, relacionado à subcategoria “Condições de trabalho”, encontra-se o mercado de trabalho, um nível de realidade cuja intervenção é mais complexa.

Ao que tudo indica a população usuária do PSF Rural deu sua contribuição: mesmo reconhecendo as dificuldades que permeiam o trabalho dessa categoria profissional, a prática médica deve ser balizada pelo conceito de cuidado que para Boff implica disponibilidade afetiva e sensibilidade. Implica também empatia, acolhimento, delicadeza. Cuidado etimologicamente, tem o sentido de cura, usada num contexto de relações de amor e de amizade, mas também o de cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação (Boff, 1999 apud POVOA, 2002).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**. v. 24 n.54 jan./abr. 2000. Rio de Janeiro. Pg. 13.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** II(1/2), 1997.

ALVES, E. M. O. & TUBINO, P. – Conflito de interesses em pesquisa clínica. *Acta Cirúrgica Brasileira* - Vol 22 (5) 2007

APRESENTAÇÃO. **Divulgação em Saúde para Debate** n. 22 Rio de Janeiro Dezembro/2000.

ARROYO, C. S. **Qualidade de serviços de assistência à saúde**: o tempo de atendimento da consulta médica. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. Orientador: Prof. Dr. Márcio Mattos Borges de Oliveira. 2007.

BAUER M. W. & GASKELL G. – **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Um manual prático. Editora Vozes. 4ª edição. Petrópolis. 2005

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília. 1994

CAMARGO JR, K.R. (Ir)racionalidade Médica: os paradoxos da Clínica. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 2 n°. 1. 1992.

CAPRARA, A. & RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva** v.9 n.1 Rio de Janeiro 2004

CHACRA, F. C. Metodologia centrada na Primeira Pessoa na experiência do Vínculo. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. (Org.). **Pesquisa qualitativa em Saúde**. Múltiplos Olhares. UNICAMP/FCM. Campinas. 2005.

COELHO JUNIOR, N. E. Ferenczi e a experiência da *einfühlung*. **Ágora** v. VII n. 1 jan/jul 2004. 73-85

COHN, A. **A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social**: antigos estigmas e novos desafios. Ed. CEDEC. Rio de Janeiro. 1995.

CZERESNIA, D. **Do Contágio à Transmissão** – Ciência e Cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1997.

CUNHA, G. T. – A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. Ed. Hucitec. S. Paulo. 2005

FERNANDES, J.C.L. A quem interessa a relação médico-paciente? **Cad. Saúde Pública** v.9 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 1993.

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

FIGUEIREDO, M.A.C. **Aids, ciência e sociedade**. Inc BOARINI, M.L. Desafios na atenção à saúde mental. Editora Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 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).

LANDMAN, J. **Medicina não é saúde**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1983.

LIBORIO, 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 Associação Brasileira de Psicologia Social – ABRAPSO. Belo Horizonte, 2005.

LUZ, M. T. **As Instituições Médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Campus, Rio de Janeiro. 1998

MELO, E. F. **Nas estradas das areias de ouro**. Intérprete: Xangai. In: Xangai canta Elomar. Kuarup Discos. Brasil CD. Faixa 2. 2004.

MENDES, E. V. – **A evolução histórica da Prática Médica**: suas implicações no ensino, na pesquisa e nas tecnologias médicas. Belo Horizonte: UFMG. 1980 (mimeo)

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**. Editora Hucitec. São Paulo. 2004.

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

NORONHA FILHO, G. & RESENDE, J.B. et al. Formação médica e integração de atividades docentes e assistenciais. **Rev. Saúde Pública** v.29 n.3 São Paulo jun. 1995.

OLIVEIRA, E.M.; SANTANA, H.S.; FELIPE, E.A.; REIS, S.A.. Caracterização das famílias pela equipe do 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**, 2006, p. 281-282.

PEREIRA, J.C.M. Sociedade e Educação Médica. In PEREIRA, J.C.M “**Medicina, Saúde e Sociedade**”. Ribeirão Preto: Complexo Gráfico Villimpress. 2003.

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

PEREIRA-NETO, A.F. A Profissão Médica em Questão (1922): Dimensão Histórica e Sociológica. **Cad. Saúde Pública** v.11 n.4 Rio de Janeiro out./dez. 1995.

PEREIRA-NETO, A.F. Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922) **Cad. Saúde Pública** v.16 n.2 Rio de Janeiro abr./jun. 2000

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). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 2001.

PEREIRA, M J. B. Colectando datos en grupo – el grupo focal. In: FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M. **Revista Panamericana de Enfermería**, Brasília (DF) 2004 ene/jun;2(1)

PONTES, H. **História de Uberaba e a civilização no Brasil Central** -. Academia de Letras do Triângulo Mineiro. 2ª edição. 1978. pg. 55).

POPE, C.; MAYS, N. - **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2ª edição. Artmed Editora. Porto Alegre. 2006.

PÓVOA, E. C. **Entre a escuta e a ausculta** - Uma crítica à racionalidade médica ocidental, centrada na medicina baseada em evidências. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. Orientador: Prof. Luís David Castiel. Rio de Janeiro. 2002

PIMENTA, T.S. Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX. **Cad. CEDES** v.23 n.59 Campinas abr. 2003

PINTO, I.T.S. **O investigador e a instituição como partes da questão** – Discussão sobre alguns aspectos metodológicos da pesquisa na área de medicina social. Tese de Doutorado apresentado ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Orientador: Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto. 1996.

REZENDE, M.L. Medicina Geraes. **Jornal Oficial do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais**. Ano 1, n°. 38, junho de 2005.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciênc. saúde coletiva** v.6 n.1 Rio de Janeiro 2001

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

SANTANA, H.S.; FELIPE, E.A.; OLIVEIRA, E.M.; REIS, S.A.. Vivência Rural. In: 30º Congresso Interamericano de Psicología - Hacia una psicología sin fronteras, 2005, Buenos Aires - Argentina. **Libros de Resúmenes do 30º Congreso Interamericano de Psicología**, 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, 2006, p. 281-282.**

SANTANA, H.S.; OLIVEIRA, E.M.; FELIPE, E.A.; REIS, S.A.. Vivência Rural: conhecendo as condições de vida e trabalho da população rural 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, 2006, p. 281-282.**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Programa de Saúde da Família.** Uma estratégia de mudança do modelo de saúde. 1997.

SCHIMITH, M. D. ; LIMA, M. A .D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família **Cad. Saúde Pública** v.20 n.6 Rio de Janeiro nov./dez. 2004.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo.** Um estudo das relações da Educação e Prática Médica na ordem social capitalista. Ed. Hucitec - Abrasco. São Paulo - Rio de Janeiro. 1989.

TRAD et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. saúde coletiva** v.7 n.3 Rio de Janeiro 2002

TRIVIÑOS, A. N. S. Coleta de dados na pesquisa qualitativa. In: **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** A pesquisa qualitativa em educação. Ed. Atlas. São Paulo. 1987.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública** v.15 supl.2 Rio de Janeiro 1999.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate.** Ano XXIII, vol. 23, n 53. Rio de Janeiro. 1999

VÍCTORA C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A – **Pesquisa qualitativa em saúde.** Uma introdução ao tema. Tomo Editorial. Porto Alegre. 2000.

APÊNDICES

APENDICE A, B, C – Autorização dos Presidentes das Comunidades.

**TERMO DE CONCORDÂNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE SACRAMENTO/MG**

Declaro que a Secretaria Municipal de Saúde de Sacramento está ciente e concorda com a realização da coleta de dados a ser feita no âmbito do município pelo médico Haroldo da Silva Santana, nos moldes do projeto intitulado “Avaliação da prática médica a partir do discurso da população adscrita ao PSF Rural de Sacramento/MG”.

Declaro ainda que temos conhecimento do projeto, e dos procedimentos (Reuniões de Grupos, Sorteio das famílias, Gravação das reuniões e publicização dos resultados) a serem desenvolvidos no decorrer do mesmo.

Informamos ainda que a execução do projeto, sob orientação do Prof. Dr. Antonio Ruffino Neto do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – campus Ribeirão Preto, será de grande importância para que a Secretaria possa conhecer e considerar na política de saúde, a opinião de seus usuários sobre o assunto em pauta.

Sacramento, 15 de dezembro de 2004.

Isabel Camargo

**TERMO DE CONCORDÂNCIA DA COORDENAÇÃO
DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SACRAMENTO/MG**

Eu, Samira Alessandra Reis, Coordenadora do Programa de Saúde da Família de Sacramento/ MG, declaro que estou ciente e concordo com a realização da coleta de dados a ser feita na área rural do município pelo médico Haroldo da Silva Santana, conforme projeto intitulado “Avaliação da prática médica a partir do discurso da população adscrita ao PSF Rural de Sacramento/MG”, sob orientação do Prof. Dr. Antonio Ruffino Neto do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – campus Ribeirão Preto

Declaro ainda que conheço e concordo com o projeto, e com os procedimentos (reuniões de grupos, sorteio das famílias, gravação das reuniões e publicização dos resultados) a serem desenvolvidos no decorrer do mesmo.

Sacramento, 15 de dezembro de 2004.

Samira Alessandra Reis

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Haroldo da Silva Santana, médico de família e comunidade, mestrando pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, sob orientação do Professor Doutor Antônio Ruffino Netto, médico e professor dessa Faculdade, estamos pesquisando sobre a prática médica a partir do discurso de uma população adscrita a uma equipe do Programa de Saúde da Família.

Para isso, precisamos de sua colaboração e gostaríamos de convidar você a participar dessa pesquisa. Você ficará com uma cópia assinada desse termo de consentimento;

Os dados da pesquisa serão colhidos através de três Reuniões de Grupo formado por membros das famílias sorteadas em cada comunidade. As reuniões serão gravadas e poderá haver a presença de um observador. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos.

Sua participação é voluntária e não há, absolutamente, nenhum risco em participar desse estudo. Você terá ampla liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização ou prejuízo algum. Sua identidade será mantida sob sigilo quando da publicação dos resultados da pesquisa e durante o desenvolvimento da mesma. Para tanto, não usaremos iniciais de nomes, número de cadastro ou qualquer outra forma de nomeação que permita a quebra da privacidade e do anonimato dos participantes da pesquisa.

O tema das reuniões será **a prática profissional dos médicos** e iniciaremos a discussão com a seguinte questão: “Gostaria que vocês contassem um pouco da sua experiência no contacto com o trabalho dos médicos, contassem da sua história de atendimento feito pelo profissional médico”.

Qualquer dúvida com relação à sua participação poderá ser esclarecida com o pesquisador ou com o professor orientador no seguinte endereço:

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP
Departamento de Medicina Social
Avenida Bandeirantes, nº 3900.
Fone: 016 – 36023102
Ribeirão Preto/ SP CEP: 14049-000

Obrigado pela sua atenção e colaboração!

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

Assinatura: _____

Haroldo da Silva Santana
(pesquisador responsável)

ANEXOS

ANEXO 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 frequência
- 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
- Frequente 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 medico 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

Agenda da Saúde - Santa Bárbara

- Providenciar iluminação publica no arraial e para residências que ainda não tem
- Colocar iluminação da quadra
- Rede de esgoto
- Garantir água de qualidade
- Falta de água nas casas
- Levar água ate a casa da srª Ana Vilas Boas
- Construção de mais casas populares
- Garantir que o transporte publico venha ate a comunidade

- Manutenção das estradas e mata – burros
- Fazer pontes para proteger das enchentes
- Trocar os colchetes das estradas por mata – burros para facilitar o trajeto dos escolares
- Atendimento odontológico na comunidade
- Coleta de exames no posto de saúde
- Garantia de medicamentos
- Garantia de ambulância para atender as urgências
- Aumentar o atendimento medico no posto
- Geração de emprego e renda
- Asfaltar o arraial
- Aumentar o barracão
- Melhor de policiamento durante as festas
- Montar uma padaria na comunidade
- Colocar um orelhão fora do posto
- Agroindústria coletiva
- Apoio ao pequeno e médio produtor rural
- Trabalhar a questão ambiental
- Atividades de lazer para a 3ª Idade
- Esportes
- Organizar horta comunitária
- Alfabetização de adultos
- Curso Computação
- Voltar a escola para a comunidade
- Solucionar o problema do destino do lixo
- Melhorar a união na comunidade
- Que as pessoas mais carentes também tenham acesso ao trator comunitário
- Que o transporte escolar deixe os alunos mais próximos de suas casas – Inhame-
- Que os governantes dêem mais apoio à população

Propostas de melhorias Santa Bárbara

- Trabalhar a participação da população
- Maior participação da prefeitura na comunidade
- Fazer pontes no lugar das pinguelas
- Projeto de iluminação que atenda aos pequenos produtores
- Mais incentivo ao lazer na comunidade
- Providenciar uma bomba elétrica para melhorar o abastecimento de água
- Oferecer cursos técnicos
- Fazer vistorias com mais frequência e orientações sobre a questão do meio ambiente

Agenda da Saúde Fazenda Olhos D'Água

- Construção de Barracão comunitário
- Máquinas para fazerem bolsões de retenção de erosões
- Água e Energia

- Estradas
- Dentistas
- Asfalto e Sinalização ou Placa Indicativa
- Ônibus pelo menos três vezes por semana para Sacramento
- Rede de Esgoto
- Mata-Burros
- Ambulância
- Escola
- Trator para lavoura
- Telefone
- Butantã
- Poços Artesianos
- União com outras comunidades
- Agenda da Saúde

Agenda da Saúde – Pinheiros

- Alfabetização de Adultos
- Lixo – Tapira e São João
- Passe para atendimento e seguimento de tratamento médico
- Hortaliças e verduras
- Professor de Educação Física
- Campo de Futebol e Quadra

Construção de casa nova: 9 casas

Reforma de casa: 2 casas (Cozinha, banheiro).

Casas sem banheiro: 4 casas

Agenda da Saúde – Desemboque

- Médico uma vez por mês
- Médico uma vez por semana
- Atendimento médico mais vezes ao mês
- Atendimento médico de 8 em 8 horas
- Ter medicamentos no posto para que a ACS possa atender as crianças doentes a qualquer hora
- Deixar materiais de primeiros socorros e curativos no posto de saúde
- È importante realizar a visita em casa para ver o que é o melhor para a família
- Reformar a quadra e cercar o campo de futebol
- Construir um vestiário no campo
- Construir uma praça
- Organizar espaço para feira artesanal
- Construir rede de esgoto
- Auxiliar os produtores no plantio

- Organizar horta comunitária
- Reforma da Igreja do Rosário
- Reforma e construção de casas
- Reforma da escola
- Colocar energia nos lugares ainda não tem
- Colocar mata-burros e melhorar as estradas
- Aumentar o barracão
- Tratamento da água
- Bolsa Escola
- Atendimento odontológico toda semana
- A comunidade precisa de união
- Que o prefeito olhe mais para a comunidade
- Transporte para os doentes de casa até posto
- Transporte para quem não tem
- Manter a enfermeira no posto 24 h como uma pessoa do lugar
- Fornecer calcário para os pequenos produtores
- Ambulância permanente na comunidade
- Asfalto no arraial
- Animar os idosos a voltar a estudar e à leitura
- Propiciar contato com computadores
- Ampliar a escola
- Ampliar o posto de saúde
- Ampliar o centro comunitário
- Depósito para o lixo
- Um funcionário para cuidar do patrimônio
- Corrida de ônibus para Sacramento apenas para o pessoal do Desemboque
- Precisa de um prefeito que olhe pelo povo
- Tirar os animais domésticos que ficam pelas ruas proporcionando higiene e segurança
- Fazer bolsões para o escoamento dos esgotos das estradas principais
- Trazer mais uma faxineira para o posto
- Colocar o telefone fora do posto
- Ter um carro para dar socorro
- Arrumar o banheiro do posto
- Construção de banheiros
- Colocar lombadas e sinalização (que pode ser feita com placas de madeira) no Desemboque

Agenda da Saúde - Caxambu

- Construir rede de esgoto
- Melhorar as estradas
- Reformar as casas que precisam
- Falta atendimento odontológico
- Construir barracão comunitário
- Colocar telefone público
- Colocar mata-burros

- Eletrificação nas casas onde não tem
- Construir posto de saúde
- Saúde e assistência social duas vezes ao mês
- Colocar cascalho nas estradas para evitar encravamentos quando chove
- Falta saneamento básico
- “Eu quero uma vida melhor na minha casa”
- É necessária uma maca
- Precisamos que resolva em casos de emergência
- Água poluída por agrotóxico
- Construção de fossas nas casas que não tem
- Médico para adulto e pediatra
- Construir campo de futebol
- Falta ônibus para melhora as condições de ir até a cidade
- A assistência social providenciar transporte para as crianças que precisam freqüentar a APAE duas vezes por semana
- Construção de banheiros onde não tem
- Tratar a água de consumo doméstico

Agenda da Saúde – Sete Voltas

- Eletrificação urgente
- Ajuda para construção de casas
- Construção de esgoto sanitário
- Asfaltar o arraial
- A água está faltando e está suja
- Continuidade nas reuniões
- Análise da água nas comunidades rurais
- Ter um trator comunitário
- Ter ambulância no arraial
- Melhorar a manutenção das estradas e colocar mata burros de ferro
- Urbanizar o povoado
- Reformar os vestiários da quadra e do campo
- Farmácia médica?
- Médico três vezes por semana
- Incluir atendimento de psicologia na escola da Sete Voltas
- Realizar treinamento de primeiros socorros para a população
- Visitar as pessoas que não tem condições
- Estudantes do São Jerônimo com dificuldades no trajeto tendo que fazer baldeação na Sete Voltas (15 de manhã e 10 à noite)
- Realizar coleta de exames na comunidade Sete Voltas
- Cursos de cabeleireiro, pintura e bordado
- Doação de materiais para construção
- Definir divisa entre Sacramento e Delfinópolis
- Presença de raízes e toras de madeira nas estradas dificultando o trajeto
- Atendimento odontológico mais vezes na semana
- Parceria para o agricultor nos moldes antigos

-
- Orientação sobre coleta de lixo nas estradas e no povoado, inclusive de lixo de agrotóxicos
 - Comercialização do queijo no próprio município
 - Atendimento profissional sem discriminação
 - Ética profissional do ACS
 - Orientação sobre lixo hospitalar
 - Melhoria do atendimento odontológico
 - Combater morcegos
 - Cursos profissionalizantes
 - Ajuda nos pomares
 - Lugar para depositar o lixo
 - Completar a rede de esgoto
 - Buraco nas estradas
 - Dificuldade para agendar exames
 - Trazer remédio de controle no dia de atendimento
 - Carro para transportar as pessoas para fazer exames
 - Auxiliar as pessoas que precisam de meia, aparelhos e medicamentos para tratamento e não tem condições de comprar
 - Más condições do ônibus que transporta os escolares “muito barulhento”(lataria)
 - Construção de banheiros nas casas que não tem
 - Linha telefônica residencial – torre telefônica rural
 - Intercalar atendimento médico de outras especialidades - cardiologista, pediatra
 - Cooperativa para queijo / artesanato (Feira do produtor)

Eixo temático	Recorte	Notação
<i>Disponibilidade*</i> <i>(Equidade)</i>	“... eu ir no SUS num médico e nele particular,(...)eu tenho pouca experiência mas a gente tem família, né, aí você vai no particular, e no particular ele é outra coisa, sabe? a educação é outra., o modo de tratar a gente é outro, né...”	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada à equidade atendendo, de forma indiscriminada , a demanda das pessoas.
<i>Disponibilidade*</i> <i>(Tempo)</i>	“... porque na cidade também toda vida o médico tem um horário pelo SUS; se ele atende na parte da manhã, é da manhã, aqui também ele está atendendo pela parte da manhã, o mesmo horário que ele tem lá, ele tem aqui...”	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao tempo para atender a demanda das pessoas.
<i>Contexto do Trabalho Médico*</i> <i>(Politização)</i>	“... a gente pensa que eles talvez com pouco não goste daqui, como quem manda é eles; às vezes, o horário, as condições, né, às vezes o médico vem e até tem vontade de atender de boa maneira gente, mas às vezes o que ele ganha o que ele recebe também, ele não tem condição, né...”	Os critérios para compreensão da prática médica estão baseados no Contexto do Trabalho Médico , que inclui as condições limitantes à prática, o que encaminha a questão para os níveis políticos de atuação
<i>Disponibilidade*</i> <i>(Equidade)</i>	“... mas ele me atendeu tanto no pago como no SUS, na mesma atenção, de uma maneira só...(.)mas do jeito que ela ta falando aí é verdade..tem muita gente que atendimento num é dum jeito e noutra é de outro...”	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada à equidade atendendo, de forma indiscriminada , a demanda das pessoas.
<i>Contexto do Trabalho Médico*</i> <i>(Politização)</i>	“...tem tanta gente pra consultar que o prazo, o período dele é pouco, né, então quer ficar conversando muito comigo, se eu vou conversar com ele, contar do meu problema, as vezes atrapalho, vai ficar gente sem consultar; as vezes até não é por ele, (...) tem que ser meio corrido mesmo...”	Os critérios para compreensão da prática médica estão baseados no Contexto do Trabalho Médico , que inclui as condições limitantes à prática, o que encaminha a questão para os níveis políticos de atuação
<i>Disponibilidade*</i> <i>(Rapport)</i>	“...agora se o médico te atende bem, que você tem mais, assim, liberdade pra contar os problemas de saúde, tem mais liberdade pra contar, se o médico insiste e aí você vai se soltando, contando...”	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao tato para atender a demanda e no trato das pessoas.
<i>Disponibilidade*</i> <i>(Rapport)</i>	”...aí quando o médico é assim fechado, você fala pouco..você tem medo,né, porque você não sabe o que vem de lá pra cá., então fica até coisa que precisava dizer, falar, que não falou por que você fica com medo, você tá entendendo? da resposta dele...”	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao tato para atender a demanda e no trato das pessoas.

Eixo temático	Recorte	Notação
<i>Disponibilidade*</i> <i>(Tempo)</i>	...”O médico veio aqui esses dias, era 1 hora e meu irmão veio trazer o netinho dele aqui, ele já tinha ido embora”...	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao tempo para atender a demanda das pessoas.
<i>Legitimidade *</i> <i>(Convívio)</i>	...”já ia embora onze horas da noite, né?! Ele não faz visita nas casas como se fazia... não tem mais (....) por que quando o médico é bom ele é amigo, né., amigo da comunidade toda”... QS1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Legitimação do trabalho médico enquanto convívio sob as mesmas condições do contexto imediato.
<i>Disponibilidade</i> <i>(Rapport)</i>	...”o meu filho mais velho tinha fimose e tinha que fazer cirurgia. Olha, se você vê como esse médico me tratou! E eu tava fazendo pago! não era pelo SUS, era particular! Você vê como ele me tratou dentro do hospital”... QS1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao tato para atender a demanda e no trato das pessoas.
<i>Disponibilidade*</i> <i>(Interesse)</i>	...“ele entrou dentro do caso do Luís Fernando e eu num sabia quem que era né, depois ele queria saber onde que eu morava, o que que eu fazia,sabe, quer dizer Dr. Santana, aquilo mesmo naquela hora, ali, ele me aliviou dum tanto, sabe? porque parece que, sei lá, eu criei mais força”... QS1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao interesse em atender com zelo às demandas das pessoas.
<i>Contexto do Trabalho Médico*</i> <i>(Condições de trabalho)</i>	...”ta certo que a vida deles também não é fácil, né? não é fácil mesmo, que aquilo ali, eu acho que dorme com o telefone no gancho, que é pro telefone chamar a qualquer momento, não é fácil, mas fazer o que né? A gente precisa deles mas também”... QS1	Os critérios para compreensão da prática médica estão baseados no Contexto do Trabalho Médico , que inclui as condições de trabalho em que se exerce a medicina.
<i>Disponibilidade*</i> <i>(Interesse)</i>	...“Eu admiro o médico: você chega lá ele te atende, conversa e te dá apoio. “Você sai de lá outra pessoa, como se diz. Num é eu que tô sendo consultada, é ela, mas só dele conversar com a gente”... QS1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao interesse em atender com zelo às demandas das pessoas.
<i>Disponibilidade</i> <i>(Interesse)</i>	“... Então eu acho que assim, o médico, ele é um ser humano então ele devia ter um pouco de carinho com as pessoas. Acho que um médico pra ser médico de verdade, ele precisa dar um pouco de carinho”... QS1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao interesse em atender com zelo às demandas das pessoas.
<i>Legitimidade*</i> <i>(Conflito)</i>	“... ele disse assim: “Eu disse que não precisava tirar Raios-X!” Eu disse: “Doutor, eu sou mãe! Eu quero ter certeza que eu posso voltar pra trás com ele que não teve nada, né?!” Aí ele pegou os Raios-X com uma força da minha mão e disse: “Eu sou médico, num te disse que não precisava!”... QS1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Legitimação do trabalho médico enquanto afirmação da autoridade médica
<i>Legitimidade *</i> <i>(Conflito)</i>	...”por causa da minha menina isso vira rotina por causa de uma infecção que ela tem, tem que fazer de tempo em tempo, aí se eu pedisse exame ele falava: quem é o medico aqui? Eu ou você? Ele não dava. Se pedisse exame para ele, ele não dava. Ele é um médico que para mim sei lá... não serve não”...QS2	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Legitimação do trabalho médico enquanto afirmação da autoridade médica
<i>Disponibilidade</i> <i>(Empatia)</i>	...“eu acho que não é o papel do médico, mais se ele pode ajudar, se ele tiver disposto”... QS2	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada à empatia com que se atende à demanda das pessoas.

Eixo temático	Recorte	Notação
<i>Disponibilidade</i> (<i>Empatia</i>)	...” acho que os médicos que eles mandam tem que ser amigo, e ter uma equipe amiga(...) sabe, acho que tem que ter um grupo para discutir sobre as comunidades. Cada comunidade tem que tem seu problema, agora o secretário nem fica por dentro de nada”... QS2	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada à empatia com que se atende à demanda das pessoas
<i>Disponibilidade*</i> (<i>Interesse</i>)	...“não é que o médico vai curar a pessoa, mais pelo menos para orientar né, para saber o que a gente teve fazer, igual ele falar para ir a cidade”... QS2	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao interesse em atender com zelo às demandas das pessoas.
<i>Disponibilidade</i> (<i>Rapport</i>)	...“mas a gente fica decepcionado né, porque a gente vai lá honestamente, chega lá e o médico corta a gente, a gente sai de lá decepcionado, pensa assim, não procuro mais, é igual o caso que não queria atender a menina”... QS2	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao tato para atender a demanda e no trato das pessoas.
<i>Disponibilidade</i> (<i>Rapport</i>)	...“eu acho assim, às vezes é uma coisa que não é preciso do médico fazer, as vezes um pedido de exame, mas ele tem que saber responder ela. As vezes é uma coisa que o médico não pode fazer. Nem tudo o médico é obrigado ou pode fazer”... QS2	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao tato para atender a demanda e no trato das pessoas.
<i>Disponibilidade*</i> (<i>Equidade</i>)	...“não, porque ele esta sendo pago do mesmo jeito, eles estão trabalhando e não é de graça”... QS2	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada à equidade atendendo, de forma indiscriminada, a demanda das pessoas.
<i>Disponibilidade</i> (<i>Equidade</i>)	...“é eu acho que em uma faculdade, eles vão tratar do mesmo jeito? Então acho que esta posição dele atender bem no particular e mal no SUS é uma coisa da cabeça dele”... QS2	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada à equidade atendendo, de forma indiscriminada, a demanda das pessoas.
<i>Disponibilidade*</i> (<i>Rapport</i>)	...“é porque a gente não está bem, então se o médico não atender a gente bem, alegre, não dar atenção para o paciente então a gente vai ficar bem mais ruim né, eu acho que o médico tem que dar um pouquinho de atenção para o paciente, inclusive os médicos de hoje eles não fazem isso, você chega eles então com a cara feia, eles te atendem mal”...B1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao tato para atender a demanda e no trato das pessoas.
<i>Legitimidade *</i> (<i>Competência</i>)	...“Tem médico que nem coloca a mão na gente é a gente chega lá eles só passam o remédio é pronto”...B1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Legitimação do trabalho médico enquanto competência sob certa expectativa do usuário
<i>Legitimidade *</i> (<i>Competência</i>)	...“é acho que antes dele passar a o remédio que você nem sabe se te fará bem, acho que primeiro ele tem que te examinar, fazer todos os procedimentos de um médico, é acho que tem que ser isso”...B1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Legitimação do trabalho médico enquanto competência sob certa expectativa do usuário
<i>Legitimidade *</i> (<i>Competência</i>)	...“eu acho que os médicos não podem fazer as coisas na escura sem saber”...	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Legitimação do trabalho médico enquanto competência sob certa expectativa do usuário

Eixo temático	Recorte	Notação
<i>Disponibilidade*</i> (Tempo)	...“uns médicos que vem aqui para ir embora 10: 30, mas nem precisa vim, por que a gente desocupa 10: 30 para poder ir ao médico”... B1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao tempo para atender a demanda das pessoas.
<i>Legitimidade</i> (Competência)	...”talvez ali no estudo ele não está muito inteligente, não está aprendendo então tem que dar mais um tempo para ele, porque as vezes fala que é doutor, mas chega lá e não é, não é suficiente para o trabalho chega lá escreve e pronto. Não pede exame , não conversa com o paciente para ver o que está acontecendo”...B1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Legitimação do trabalho médico enquanto competência sob certa expectativa do usuário
<i>Legitimidade*</i> (Competência)	...“Quase 500 contos para lá e para cá. Se ele tivesse feito algum exame tinha creditado, mais ele não pediu nada”... B1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Legitimação do trabalho médico enquanto competência sob certa expectativa do usuário
<i>Contexto do Trabalho Médico*</i> (Condições de trabalho)	...“Então eu se o médico for vir para a área rural, então não arruma serviço para ele lá não, para ele não ter essa correria. E sim ficar o dia todo”... B1	Os critérios para compreensão da prática médica estão baseados no Contexto do Trabalho Médico , que inclui as condições de trabalho em que se exerce a medicina
<i>Disponibilidade</i> (Interesse)	“...porque nunca a gente tinha tido uma oportunidade de ter o médico assim tão perto quanto agora(...) Do meu pai, uma pessoa resistente a procurar por tratamento médico (...) e conseguiu, fez uma visita conversou com ele e tanto que hoje ele segue o tratamento”.. Cx.(4.1)	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao interesse em atender com zelo às demandas das pessoas.
<i>Legitimidade</i> (Competência)	“...(são) de uma competência extraordinária e tanto eu o meu marido, meus filhos, meu sogro, a gente faz acompanhamento(...)teve também a mamãe, que além dos problemas cardiológicos(...) a grande ajuda é principalmente na parte psicológica...” Cx 4.2	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Legitimação do trabalho médico enquanto competência sob certa expectativa do usuário
<i>Disponibilidade*</i> (Tempo)	“...a gente (se) sente num consultório particular, sem pressa, assim, (...) tem aquele tempo pra conversar sobre os problemas familiares, os problemas de saúde, a (...) consulta muito bem feita ..” Cx (4.6)	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao tempo para atender a demanda das pessoas.
<i>Disponibilidade*</i> (Interesse)	“...Acho que o principal que eles têm essa atenção, esse atendimento 100% é porque eles(..)es vivem o dia a dia na zona rural, então, eles tão conhecendo assim todos os problemas...” Cx(4.7)	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao interesse em atender com zelo às demandas das pessoas.
<i>Disponibilidade*</i> (Empatia)	É verdade, nisso aí ele é muito atencioso mesmo, ele ter saído assim andando nas casas foi bom por causa disso. Ele tem conhecimento do povo tudo aqui. .Ban1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada à empatia com que se atende à demanda das pessoas
<i>Legitimidade *</i> (Competência)	O médico que vinha antes era ruim, não atendia a gente direito, tava sempre com a cara feia, dava um remédio lá e tava pronto, não pedia exame não pedia nada, não perguntava nada, só fazia a receita e pronto. Ele ia embora a gente bebia o remédio e às vezes não adiantava nada. Ban1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Legitimação do trabalho médico enquanto competência sob certa expectativa do usuário

Eixo temático	Recorte	Notação
<i>Disponibilidade</i> (<i>Interesse</i>)	“.. eu perdi meu irmão eu tava entrando em depressão, eu fui lá, só de conversar com ele, eu me senti muito bem e eu tava tomando medicamento e parei com o medicamento. Só de conversar com ele eu me senti muito bem, ele põe o astral da gente bem pra cima”... Bananal	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao interesse em atender com zelo às demandas das pessoas.
<i>Disponibilidade*</i> (<i>Empatia</i>)	“...ele fez a pé, eu achei a quilo 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 distancia da casa...” Bananal	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada à empatia com que se atende à demanda das pessoas
<i>Disponibilidade</i> (<i>Interesse</i>)	Ele é “O médico”. Ele é um pai da zona rural do município nosso aqui. Atende criança à idoso. Se preocupa com tudo, ele quer saber dos exames da pessoa que tem exame, se realmente foi passado, por que não fez, entendeu?!J1	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao interesse em atender com zelo às demandas das pessoas.
<i>Disponibilidade*</i> (<i>Interesse</i>)	...” ele faz questão de conversar com paciente, sabê da doença, e você volta na outra consulta, ele acaba perguntando sobre a outra doença que se teve e tudo”...QS	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao interesse em atender com zelo às demandas das pessoas.
<i>Contexto do Trabalho Médico*</i> (<i>Condições de trabalho</i>)	ta tendo muito, é muita gente pra ser atendido, então geralmente tem dia que ele chega pra atender começa a atender nove e pouquinho nem ele almoça porque passa da hora dele almoça, que tem dia que é duas hora e ele ta atendendo corrido, tem dia que é três horas e ta atendendo corrido, você chega lá dez horas e se sai de lá duas hora da tarde.QS	Os critérios para compreensão da prática médica estão baseados no Contexto do Trabalho Médico, que inclui as condições de trabalho em que se exerce a medicina
<i>Disponibilidade</i> (<i>Interesse</i>)	ele é educado ele preocupa em conversar com a gente, explica tudo, procura saber da família da gente tudo que a gente ta passando, acompanha como a gente ta na cidade se ta tomando os remédio,	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada ao interesse em atender com zelo às demandas das pessoas.
<i>Disponibilidade</i> (<i>Empatia</i>)	ele ta sempre empenhado nos problemas da comunidade que não tem nada a ver com a área de saúde dele, ele ta sempre tentando ajuda a gente, igual até caso de, igual energia na zona rural que o pessoal não tem.	Os critérios para compreensão da prática médica parecem estar baseados na Disponibilidade, relacionada à empatia com que se atende à demanda das pessoas