



**ATENÇÃO BÁSICA EM  
ASSENTAMENTOS  
RURAIS:**

campo fértil para a integralidade?

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Clarice Coelho de Oliveira

**Atenção Básica em Assentamentos Rurais:  
campo fértil para a integralidade?**

**Porto Alegre**

**2014**

Clarice Coelho de Oliveira

**Atenção Básica em Assentamentos Rurais:  
campo fértil para a integralidade?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde, Educação e Sociedade

Linha de Pesquisa: Saúde, instituições e cidadania

Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

**Porto Alegre**

**2014**

#### CIP - Catalogação na Publicação

Coelho de Oliveira, Clarice  
Atenção Básica em Assentamentos Rurais: campo fértil para a integralidade? / Clarice Coelho de Oliveira. -- 2014.  
101 f.

Orientador: Alcindo Ferla.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Atenção Básica. 2. Integralidade. 3. Assentamentos Rurais. I. Ferla, Alcindo, orient. II. Título.

Clarice Coelho de Oliveira

**Atenção Básica em Assentamentos Rurais:  
campo fértil para a integralidade?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde, Educação e Sociedade

Linha de Pesquisa: Saúde, instituições e cidadania

**BANCA EXAMINADORA**

Dr. Alcindo Antônio Ferla  
Orientador

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dra. Helena Beatriz Scarparo  
Membro

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

Dra. Lisiane Bôer Possa  
Membro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dra. Liane Beatriz Righi  
Membro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dr. Ricardo Burg Ceccim  
Membro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre

2014

## DEDICATÓRIA

À minha avó Gessy Amaro da Silveira.

## AGRADECIMENTOS

Ao município de Herval, seus trabalhadores e usuários que abriram um campo de possibilidades férteis para pesquisa.

Às colegas do R3, que *(re)ativaram* muitas questões da Saúde Coletiva, especialmente a Carol Pommer, que seguiu comigo nessa jornada, me mostrando vários *mundos possíveis* através da arte, ou artes possíveis *apesar* desse mundo?

Aos encontros e reencontros que tive no mestrado: Thaís Maranhão, Ana Celina, Igor Fanguero, Fernanda Baldi, Binô, Camila Noguez, Ernani Veloso, João Ricardo Hass Massena, Lidi Berriel e Felipe Costa.

À Maria Luiza De Barba, a quem agradeço a companhia na caminhada de um mestrado a ser cumprido até um máximo de esforço para terminar esta escrita. Sem a tua disponibilidade não seria possível um projeto, uma casa, uma pesquisa e uma engrenagem para seguir acreditando que daria certo.

Aos participantes da pesquisa dos dois municípios que gentilmente me acolheram e se disponibilizaram a compartilhar suas rotinas de trabalhos.

À minha mãe, Tanira Paixão Coelho, e ao meu pai, José Dalton Ferraz de Oliveira.

À terapeuta Viviane Ortiz, e à Dra. Marilene Zanatta, pela escuta acolhedora.

À minha querida amiga Daniela Zatti que elaborou a capa deste trabalho.

Aos membros da banca de qualificação, Profa. Dra. Liane Righi e Prof. Dr. Ricardo Ceccim, que proporcionaram excelente momento de aprendizagem, tecendo provocações que pude retomar ao longo de toda a pesquisa.

Às Profa. Dra. Lisiane Bôer Possa e Profa. Dra. Helena Scarparo que aceitaram o convite de integrar a banca de defesa final, trazendo contribuições imprescindíveis.

À Priscila Coronet e Marisa Rolim, do PPGCOL-UFRGS.

Por último, quero agradecer a quem tive o privilégio de ter como meu orientador, Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla, que soube facilitar o processo da reflexão e da escrita. Obrigada pelo *apoio-aprendizagem* e pela abertura ao diálogo. Certamente meu processo de aprender nessa relação extrapolaram as linhas dessa dissertação.

## EPÍGRAFE

*A poesia está guardada nas palavras – é tudo que eu sei.  
Meu fado é o de não saber quase tudo.  
Sobre o nada eu tenho profundidades.  
Não tenho conexões com a realidade.  
Poderoso para mim não é aquele que descobre ouro.  
Para mim poderoso é aquele que descobre as insignificâncias (do mundo e as nossas).  
Por essa pequena sentença me elogiaram de imbecil.  
Fiquei emocionado.  
Sou fraco para elogios.*

*Manoel de Barros*

OLIVEIRA, Clarice Coelho de. Atenção Básica em Assentamentos Rurais: campo fértil para a integralidade? Porto Alegre, 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

## RESUMO

A pesquisa pretendeu problematizar a Atenção Básica realizada em assentamentos rurais, sob a perspectiva da integralidade em saúde. Esses contextos desafiam o Sistema Único de Saúde no alcance de seus princípios e diretrizes. A Atenção Básica atualmente, através da Estratégia Saúde da Família, tem o objetivo de produzir práticas de cuidado que respeitem as especificidades regionais, culturais e que acompanhem os usuários durante seu percurso nas Redes de Atenção à Saúde. Em 2011 foi criado o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (Pmaq-AB) pelo Governo Federal em que vinculou repasse de recursos aos indicadores de qualidade. A avaliação externa realizada pelas instituições de ensino e pesquisa resultou em um Banco de Dados que contém informações sobre as equipes de Atenção Básica. Tendo em vista que o Pmaq-AB é de abrangência nacional e traz em sua configuração um grau de homogeneização que impossibilita evidenciar questões específicas dos territórios, são as singularidades relacionadas aos assentamentos rurais que a pesquisa procurou abordar. Para tanto, foi realizada a “análise de cenários”, com os dados disponíveis pelo Pmaq-AB, IBGE e INCRA. Após, uma etapa em campo realizada em dois municípios do interior do Rio Grande do Sul. A observação feita foi do tipo direta e não participante, buscando identificar situações que pudessem ser objeto de aprofundamento em situações de entrevista semiestruturada. Os dados produzidos foram categorizados em temáticas, abordando a posição de estrangeiro dos assentados, a percepção das redes de atenção nesses contextos, a necessidade de apoio às equipes, aos trabalhadores, e as implicações do Pmaq-AB no cotidiano dos serviços.

Palavras-chave: Atenção Básica; Integralidade; Assentamentos Rurais

OLIVEIRA, Clarice Coelho de. Atenção Básica em Assentamentos Rurais: campo fértil para a integralidade? Porto Alegre, 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

### **ABSTRACT**

The survey sought to question the Primary Care held in rural settlements from the perspective of integral health. These contexts defy the Health System in achieving its principles and guidelines. Attention now Basic, through the Family Health Strategy, aims to produce care practices that respect the specific regional, cultural and accompanying users during its course in Health Care Networks. In 2011, the Federal Government in which transfer of funds linked to quality indicators created Improvement Program Access and Quality in Primary (Pmaq-AB). The external evaluation carried out by educational and research institutions has resulted in a database that contains information about the Primary Care teams. Considering that the Pmaq-AB is nationwide and brings in its configuration a degree of homogenization that prevents highlight specific issues of territories, the singularities are related to rural settlements that the research sought to address. Therefore, one was held "scenario analysis" with the data available at Pmaq-AB, IBGE and INCRA. After a course in stage held in two cities in the Rio Grande do Sul. The observation was of direct and non-participant type, seeking to identify situations that could be deepening object in semi-structured interview situations. The data produced were categorized into themes, addressing the foreign position of the settlers, the perception of care networks in these contexts, the need for support staff, workers, and the implications of Pmaq-AB in the daily service.

Key words: Primary Health Care; Integrality in Health; Rural Settlements

## SUMÁRIO

QUAL A DISTÂNCIA “LÁ DE FORA” PARA “O INTERIOR”? .....	12
2 INTEGRALIDADE EM SAÚDE: uma miragem fugidia na estrada? .....	18
2.1 Roteiros para prosseguir na estrada .....	28
3 PRIMEIRA PARADA: O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (Pmaq-AB).....	31
3.1 Novas Rotas a partir dos dados do Pmaq-AB .....	34
5 SEGUNDA PARADA: Municípios de Pequeno Porte, a regionalização e as redes de atenção à saúde.....	43
6 TERCEIRA PARADA: Assentamentos Rurais, destino ou desvio no direito à saúde? .....	54
6.1 Assentamentos Rurais: o que se observa nas produções em saúde.....	60
7 “VIAJO POR QUE PESQUISE OU PESQUISAR É VIAJAR? ”: um pouco do trajeto, das curvas e bifurcações do percurso .....	62
7.1 Conversas no Caminho: a produção do diálogo .....	68
CHEGAMOS AO DESTINO? .....	82
REFERÊNCIAS .....	85
APÊNDICE A - ARTIGOS SOBRE “ASSENTAMENTOS RURAIS” OU “ASSENTAMENTO RURAL” NAS BASES DE DADOS DA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE E DA SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE SCIELO .....	90
ANEXO 1.....	101

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Equipes avaliadas pelo Pmaq-AB que referem atender população Rural, Assentadas e Quilombolas.....	35
Tabela 2 – Indicadores selecionados do Módulo II do Pmaq-AB relativos à educação permanente, apoio da gestão local, visitas domiciliares, participação dos usuários.....	36
Tabela 3 – Distribuição das 45 equipes que apresentam os indicadores selecionados do Pmaq-AB nas regiões e estados do Brasil.....	38
Tabela 4 – Práticas Integrativas e Complementares Avaliadas pelo Pmaq-AB.....	40
Tabela 5 – Número de municípios, população residente, por situação do domicílio, segundo as Unidades da Federação e classes de tamanho da população dos municípios.....	43

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAPS – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

CSEM – Centro de Saúde Escola Murialdo

DAB/SESAB – Diretoria da Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

DAS – Departamento de Ações em Saúde

EMATER – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESP/RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

FETAG – Federação dos Trabalhadores na Agricultura

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

MST – Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra

NAAB – Núcleo de Apoio à Atenção Básica

NOAS – Norma Operacional de Atenção à Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RIS – Residência Integrada em Saúde

SAIS – Superintendência de Atenção Integral à Saúde

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## QUAL A DISTÂNCIA “LÁ DE FORA” PARA “O INTERIOR”?

Cena comum da minha infância, durante as minhas férias escolares, ao visitar minha avó no interior do estado, foi a de pegarmos uma longa estrada de chão e “irmos para fora”. “Ir para fora” era uma expressão utilizada para se referir à zona rural. Percorríamos um trajeto relativamente longo e lembro-me das primeiras vezes que fiz esse caminho, da paisagem, que na maior parte do tempo parecia sempre constante, composta pelos verdes dos campos e o alaranjado da terra que formava a estrada. Ao redor eu via cercas e algumas casas ao longe, bastante esparsas umas das outras. Mesmo com essa monotonia do cenário narrada até aqui, se eu prestasse um pouco mais de atenção, poderia perceber os vários tons de verdes, verde vivo da pastagem artificial, verde mais opaco dos campos ainda virgens, algumas partes amareladas da plantação de soja. Podia perceber, ainda, a diferença dos bichos dentro dos cercados: vacas e bois de diferentes cores, ovelhas brancas e pretas, de diferentes tamanhos. Na minha percepção de criança, na época, o longo caminho que percorria, dava para ver várias coisas tão diferentes da minha rotina e, por serem exóticas à minha percepção cotidiana, me encantavam. Mas o caminho adquiria um gosto bom de aventura quando algo inusitado acontecia: não eram as paisagens que mais ou menos eu já previa, nem os animais confinados nas propriedades limitadas pelas cercas, mas o estado de alerta das coisas que poderiam ocorrer no percurso e que deixava a minha avó, motorista exemplar de estradas irregulares como aquelas, sempre em estado de alerta. Alguns desses cuidados incluíam, ao passar por uma ponte cuja largura permitia que somente um carro atravessasse por vez, perceber se vinha outro do lado contrário para evitar colisão, além de verificar a própria ponte tinha condições de ser passada, pois caso estivesse interrompida, como já estive algumas vezes em que lembro, certamente não haveria sinalização. Também um desnível ou uma pedra que, dependendo do estrago provocado ao carro, poderia atrapalhar ou impossibilitar prosseguir a viagem.

Claro que a atenção não se voltava somente aos “perigos”, mas também à expectativa em ver uma lebre atravessando o caminho - bicho gracioso e saltitante - ou uma ema, correndo com suas longas patas magricelas. Esses animais, assim como outros selvagens da região, não se continham às cercas dos campos, viviam livres e por isso a beleza do inusitado em vê-los.

Começo com essa cena porque a presente pesquisa foi pensada utilizando a imagem de uma estrada de chão, em meio a zona rural. A estrada de chão foi utilizada como metáfora, pois desde muito tempo tenho registro em minha memória de percorrer estradas, durante longos caminhos, cercados de verdes, de bichos, de arroios, de pontes, de mato. Estradas com muitos buracos, curvas ou linhas retas

e monótonas, empoeiradas e quentes, embarradas e frias ou sob um céu chuvoso. Essas primeiras imagens, no entanto, narradas até o momento são algumas coisas que eu, na época, podia observar, ou são aquelas que nesse momento, consigo resgatar.

Mas a estrada, as memórias, as diferentes imagens e sensações já dão um indicativo de como seguirá o texto. O tema ao qual pretendo abordar, Atenção Básica em Assentamentos Rurais constituiu-se de meu interesse após uma primeira experiência como psicóloga em um município do interior do Rio Grande do Sul, durante o ano de 2010. A ida para lá não foi exatamente planejada, na época estava terminando a Residência Integrada em Saúde, ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (RIS/ESP/RS), realizada na cidade de Porto Alegre. Pouco antes de concluir a formação da residência, assumi através de um concurso público o cargo de psicóloga da Estratégia Saúde da Família em Herval. A partir de então, tornou-se rotina acompanhar as equipes nos atendimentos à zona rural, incluindo comunidades de assentamentos rurais. Esses atendimentos à zona rural constavam no cronograma semanal das equipes e eram chamados de *idas ao interior*.

O cenário da estrada, embora familiar se mostrava totalmente diferente para aquela situação. Eu até então tinha como rotina uma formação em serviço que compreendia, entre outras coisas, *subir o morro* para ir até a Unidade Básica de Saúde, realizar visitas domiciliares em aglomerados periféricos, entre outras atividades no território, percebi que ao me aproximar de alguns cenários de prática, estava em um caminho similar aquele das memórias da infância, em que ia com a minha avó lá *“pra fora”*. Agora, além dos longos percursos pela estrada de chão, falávamos na equipe que íamos ao interior.

Mesmo sabendo que ambas expressões se referem às localidades rurais, foi impossível não pensá-las nesse jogo de palavras (e sentidos!), no qual, ora parece localizar-se no interno (interior), ora localizar-se no externo (fora). Afinal, que *lugar* é esse? É um lugar da/na cidade?

A maioria das comunidades rurais mais distantes eram os assentamentos rurais, onde famílias procedentes de outras regiões do estado foram morar naquele lugar ao conquistar um lote de terra. A realidade se mostrava complexa, envolvendo não somente como é ou deveria ser a assistência à saúde, mas como compreendemos o papel da Atenção Básica nesses contextos. Estamos indo com nossos saberes, caixas de medicamentos, fichas de atendimentos, estetoscópios e demais insumos e materiais, mas o que mais levamos em nossa caixa de ferramentas? Como compreendemos as necessidades singulares e como respondemos a elas?

A Atenção Básica, realizada prioritariamente pela Estratégia Saúde da Família, organiza-se a partir da concepção de território adstrito, ou seja, a responsabilidade sanitária por uma certa população. A prática de ir ao encontro das comunidades, inclusive as rurais, assentadas ou não, quilombolas, indígenas iniciou-se após criação da mesma. Esse lugar distante permite a equipe de saúde deslocar-se, sair do fixo da Unidade de Saúde do perímetro urbano. Em minha experiência, esse deslocamento nem sempre é vivenciado de forma tranquila à equipe. A estrada muitas vezes causa náuseas, enjoos, apreensão, mas também permite um tempo que se abre à aproximação com o outro.

No entanto, não foi somente essa experiência no município de Herval que instigou desenvolver este estudo. Após ingressar no mestrado, quando ainda não havia definido o que desenvolver no projeto de pesquisa, realizei no estado do Mato Grosso o Censo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (Pmaq-AB). O Censo foi uma das ações do Ministério da Saúde para mapear as Unidades Básicas de Saúde de todo o território nacional e direcionou-se àquelas equipes que não participaram do Pmaq-AB.

Para realizar o censo, os avaliadores visitaram as Unidades Básicas de Saúde e verificaram a localização via GPS, as condições físicas, os insumos e materiais disponíveis. A área em que realizei o Censo – norte do estado do Mato Grosso – é composta essencialmente por pequenos municípios e suas Unidades Básicas de Saúde são em sua maioria rurais. Portanto, durante vinte dias percorri muitos quilômetros de estrada de chão, conheci diversas UBS, vários profissionais, especialmente os Agentes Comunitários. Durante essa imersão, questionei qual seria o papel da Atenção Básica nesses cenários e pensei que uma discussão a respeito seria fértil para uma pesquisa a ser desenvolvida. Além disso, instigou-me a olhar a realidade a qual tive contato em duas situações diferentes, como profissional e como avaliadora.

Minha suspeita era de que há pouca discussão sobre a Atenção Básica realizada em assentamentos rurais. Se é necessário discutir sobre isso? Creio que sim. A própria formação do profissional em saúde geralmente ocorre em cenários do modelo hegemônico vigente, ou seja, em cidades de médio ou grande porte e quando realizamos práticas relativas à Atenção Básica, estas ocorrem nas periferias das grandes cidades. Enfrentar os desafios que o território rural apresenta é crucial para pensar a prática em Saúde Coletiva de fato permeada pelas singularidades das populações as quais é responsável.

Na busca por não caracterizar os assentamentos rurais de forma homogeneizada, considerando que cada um tem sua história e característica singular, a perspectiva da integralidade em saúde foi um importante marcador para essa pesquisa, não no sentido de responder se tem ou não uma atenção

integral. Até porque esse não é o objetivo do estudo, mas permitiu tensionar as ações do cuidado e da gestão, refletindo se as mesmas estão abertas a ações inovadoras.

Portanto, o presente texto está estruturado da seguinte forma: o primeiro capítulo apresenta uma narrativa inspirada em meu Diário de Campo e em minhas memórias da trajetória profissional. Tais relatos não compõem diretamente o material empírico produzido, mas servem como provocação ao leitor, de forma a aproximá-lo da realidade pesquisada e sensibilizá-lo a fazer suas próprias análises e reflexões.

O segundo capítulo, denominado “Integralidade: uma miragem fugidia na estrada”, apresenta brevemente por onde iniciaram-se os questionamentos da pesquisa sob a perspectiva da integralidade. Em seguida, demarco alguns procedimentos metodológicos realizados durante esse caminho. Partindo da imagem da estrada de chão, convido o leitor que me acompanhe nesse trajeto, *parando* em alguns momentos para observar pontos que subsidiaram a reflexão sobre a Atenção Básica em Assentamentos Rurais. Certamente se esse percurso fosse realizado por outro pesquisador, as *paradas* seriam outras.

Tendo em vista essas questões iniciais, a Primeira Parada é no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), tal aproximação permitiu que se traçasse um roteiro inicial selecionando, através do Banco de Dados do Pmaq-AB, as equipes que obtiveram melhor desempenho na avaliação externa. Essa etapa indicou quais municípios do estado do Rio Grande do Sul contemplavam tais requisitos. Esses indicadores poderiam revelar uma atenção de melhor qualidade, conseqüentemente, campo mais profícuo para uma atenção voltada à integralidade em saúde.

A Segunda Parada busca contextualizar os municípios de pequeno porte, a regionalização e as redes de atenção e como se relacionam no Sistema Único de Saúde. Entende-se que a Atenção Básica em Saúde tem potencialidade de apresentar uma atenção à saúde que valorize as singularidades do território, no entanto, a integralidade não pode ser entendida como findada na Atenção Básica, só é possível na lógica da atenção à saúde articulada em rede. Mas de qual modelo de rede falamos? Certamente não é a rede de saúde que pode ser retratada por uma pirâmide, onde os serviços de menor complexidade estão na base e os de maior no topo, entendendo que a complexidade dos serviços se relaciona à densidade de tecnologia-dura.

A Terceira Parada é para que tenhamos uma visão geral sobre os assentamentos rurais, sobretudo elementos de sua história no contexto do país que possa nos provocar a pensar como a questão agrária

extrapola o cenário rural. Fala de uma desigualdade social arraigada no cenário brasileiro. Nesse capítulo pude abordar alguns elementos da constituição do sistema econômico agrário do país, da formação do Movimento dos Trabalhadores-Sem Terra (MST), do cenário do estado do Rio Grande do Sul, que figura entre os territórios precursores da luta pela terra. Finalizo esse capítulo com uma breve análise das produções pesquisadas junto a duas bases de dados online que permitiu refletir como a área da saúde tem direcionado seu olhar aos assentamentos rurais.

Após essas Paradas segue o que denomino de segunda etapa da pesquisa em que foi realizada o campo empírico em dois municípios do interior do Rio Grande do Sul, selecionados a partir do Banco de Dados do Pmaq-AB. Porém, como apontei anteriormente, os planejamentos iniciais servem para guiar, mas devem se abrir para o inesperado. É assim também que defendemos a prática do cuidado em saúde diante das especificidades locais, que possa extrapolar a noção de ações programáticas e possa pensar alternativas locais, que estejam de acordo com as concepções do processo de saúde/doença de determinada comunidade.

Convido o leitor a pegar a estrada e, no caminho, reflita sobre os pontos levantados aqui. Não proponho oferecer resposta ao final do percurso, mas trazer possibilidade de novas perguntas durante o trajeto. Os riscos? Andarmos nessas estradas sem sinalizações e, depois de muito tempo pararmos no mesmo lugar. Mas será que é mesmo possível? Mesmo voltando ao mesmo lugar, tudo continua igual? A aposta aqui é de que o percurso é mais importante que o destino. Seguimos!

### ***“A chegada ao destino”***

*Equipe de trabalhadores da atenção básica se reúne, logo pela manhã, em frente a Unidade Básica de Saúde. Técnica de Enfermagem e Enfermeira separam insumos e medicamentos em uma caixa e colocam no carro da unidade de saúde que aguarda a partida. A equipe irá se deslocar até a comunidade rural. Geralmente, os passageiros, além de mim, são: a técnica de enfermagem, enfermeira, a dentista, o médico e o motorista. Após percorrermos alguns quilômetros de estrada de chão, chegamos ao local onde serão realizados os atendimentos. Lá estão as pessoas aguardando a chegada da equipe e a Agente Comunitária de Saúde (ACS), que já organizou a fila por ordem de chegada. O médico entra na sala separada para realizar seus atendimentos. A técnica de enfermagem inicia a “triagem”, realizando a aferição de pressão dos usuários da fila e anotando os dados na ficha que será entregue ao médico. Se há consultório odontológico disponível no local, a dentista atende e o mesmo procedimento se repete, pacientes saem das consultas e buscam junto à Agente Comunitária de Saúde e à Técnica de Enfermagem os medicamentos indicados nas receitas.*

## 2 INTEGRALIDADE EM SAÚDE: uma miragem fugidia na estrada?

O projeto apresentado à qualificação, intitulado “Integralidade na Atenção Básica: gestão e cuidado em municípios de pequeno porte com assentamentos rurais” buscou indicar as questões que seriam problematizadas no estudo. Dessa forma, no que concerne a gestão e o cuidado no âmbito da Atenção Básica, seriam problematizados os seguintes pontos, sob o eixo da integralidade: a) as práticas cuidadoras, ou melhor, se haveriam práticas cuidadoras singulares nos sistemas locais dos pequenos municípios com assentamentos rurais; b) estratégias da gestão local, na tentativa de identificar possíveis ações de apoio e de educação permanente em saúde às equipes; e, c) caracterizar a interface entre o sistema de saúde municipal e as Redes de Atenção à Saúde.

Levantar essas questões sob o eixo da integralidade tinha – e ainda tem – a pretensão de questionar se a Atenção Básica responde às necessidades de saúde dessa população específica. Por isso a importância do cuidado singular, da capacidade da gestão em apoiar o trabalho da equipe, e de problematizarem suas práticas, realizando interlocução com a rede de atenção, de maneira que acompanhe o usuário em seu percurso, ou seja, responsabilizando-se por seu cuidado ou, conforme preconizado na PNAB, sendo a *ordenadora do cuidado* (BRASIL, 2011).

Antes de prosseguir faz-se necessário uma breve pausa para retomar algumas questões primordiais para o estudo, pois os objetivos citados acima, configuram uma das formas de se pesquisar acerca da temática proposta. Nesse sentido, escolher a integralidade em saúde como um analisador indicaria a quais aspectos buscamos direcionar o olhar, principalmente ao questionarmos se existe a possibilidade – e como se configura – da oferta de um cuidado integral ao usuário. Ocorre que a integralidade, além de um princípio normativo do SUS, é uma palavra permeada por diversos significados dentro do campo da Saúde Coletiva.

Primeiramente, como princípio do SUS, aparece na Constituição Federal, no Artigo 196, assegurando saúde como *direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso*

*universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação* (BRASIL, 1989). Seguindo a leitura do referido artigo, complementa-se que as ações e os serviços públicos compõem uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Posteriormente, na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990), o termo “integralidade da assistência”, encontra-se entre os princípios norteadores do SUS, definido como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Mas retornando à polissemia do termo integralidade no campo da Saúde Coletiva, torna-se de suma importância refletir sobre seus possíveis significados, tendo em vista que a pesquisa pretendeu se aproximar de alguns cenários de cuidado em saúde através dessa perspectiva. Essa reflexão teórica e analítica é em grande parte resultado das provocações realizadas pelos membros<sup>1</sup> que compuseram a banca de qualificação do projeto. A partir dessas considerações, fiquei convocada em retomar alguns autores do campo da Saúde Coletiva que discutem integralidade na saúde, muito mais com a intenção de aprofundar a escolha e melhor concebê-la como eixo analítico na pesquisa, do que realizar uma revisão teórica sistematizada.

Na obra organizada por Pinheiro e Mattos (2001), denominada “Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde”, diversos autores versam sobre o tema, tomando-o como central para a discussão sobre o sistema de saúde, adquirindo, dessa forma, potência de assumir a essência de uma política e refletindo-se diretamente nas práticas cotidianas. Mattos (2001) ressalta que apesar da contrastante divergência entre a posição defendida no sistema de saúde brasileiro e a defendida pelo Banco Mundial em relação à saúde dos países em desenvolvimento, ambos concordam em dois pontos: a defesa da descentralização e a participação popular. A partir disso, o autor reflete que a integralidade é o princípio do SUS

---

<sup>1</sup> A banca de qualificação foi composta pela Profa. Dra. Liane Righi e pelo Prof. Dr. Ricardo Ceccim.

que mais determina as diferenças entre as concepções de saúde da política de saúde brasileira e daquele organismo internacional.

Sendo assim, a integralidade, além de um princípio finalístico que, junto à universalidade e à equidade, representa ideais a serem alcançados, é considerada uma *imagem objetivo* que serve como uma *bandeira de luta* (MATTOS, 2001). *Imagem objetivo*<sup>2</sup> (Ibdem, 2001) é uma expressão que diferencia integralidade de utopia, pois tem como meta apontar aquilo que se almeja construir. Portanto, representa um enunciado de certas características do sistema, das suas instituições e suas práticas consideradas desejáveis, para quem comunga o ideal de sociedade mais justa e solidária. Dessa forma, ao enunciar nossa aspiração também lançamos um olhar crítico sobre a realidade e por isso a *imagem objetivo* não traz detalhes sobre as aspirações, sendo polissêmica e podendo trazer, inclusive, sentidos correlatos, afinal, funciona justamente porque abrange leituras e sentidos diversos.

Mesmo assim, ao questionar se a integralidade ainda serviria para distinguir certos valores desejáveis ou não para o sistema, Mattos (2001) identifica três sentidos sobre este princípio, quais sejam: o primeiro, integralidade como *boa medicina* ou *como boa prática médica*, se relaciona às ações de considerar como um todo o indivíduo sob seus cuidados. Na concepção da medicina integral a *integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável [...] recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz sofrimento* (MATTOS, 2001, p. 50). Este sentido acompanha a própria crítica levantada pelo campo da Saúde Coletiva ao campo da Saúde Pública, nos anos de 1970, ao considerar que as práticas de saúde são práticas sociais e devem ser analisadas como tal, sendo, portanto, destacada a característica da fragmentação especializada da medicina moderna. A integralidade se configura, afinal, em um valor a ser defendido nas práticas profissionais de saúde, se expressa nas respostas que os profissionais dão às demandas dos usuários, no contexto das ideias que tiveram vigência no decorrer da Reforma Sanitária brasileira (MATTOS, 2001).

---

<sup>2</sup> Imagem objetivo é uma expressão tomada da obra de Carlos Matus.

O segundo sentido, *integralidade como modo de organizar as práticas*, vem para afirmar que não é aceitável que os serviços de saúde estejam organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, embora também devam responder a tais doenças. A organização dos serviços também deve compreender de forma ampliada as necessidades da população à qual atendem. Deve-se considerar que a equipe ao estruturar seu trabalho e definir suas ações prioritárias corre o risco de romper com a integralidade, principalmente quando age apenas mobilizada por orientações técnicas e/ou pelo conhecimento biomédico.

Por último, Mattos (2001) identifica o terceiro sentido da integralidade como *integralidade e políticas especiais: atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde ou as necessidades de certos grupos específicos* (MATTOS, 2001, p. 61). Para ilustrá-lo, cita o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), apoiado em sua criação pelo movimento feminista com a ressalva de que a assistência à mulher não se restringisse ao aparelho reprodutor feminino, de modo a resistir a concepção de mulher que, historicamente, a considera apenas sob a condição de se tornar mãe. Esse exemplo demonstra que a perspectiva da atenção integral também marca uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos. Neste ponto, o autor pretende destacar os modos de vida das pessoas, que dão sentidos singulares ao processo saúde-doença-cuidado.

Roseni Pinheiro (2001) opta por interrogar as possibilidades e limites da construção da integralidade nos serviços de saúde, analisando a relação entre a demanda e a oferta no cotidiano dos atores. A importância de considerá-la deve-se ao fato de ser nas instituições de saúde que o cotidiano dos atores se configura em uma arena de lutas, de exercício de poder, ou seja, uma prática social, influenciada pelas práticas sanitárias e políticas. Portanto, desvelar o cotidiano é imprescindível para abranger o verdadeiro sentido do direito à saúde, as representações populares sobre saúde e doença, das instituições e dos serviços de forma a repensar a relação entre os direitos sociais e as desigualdades apresentadas no campo sanitário ao qual essa população está imersa. A autora utiliza as categorias oferta e demanda como um marcador contínuo que permite identificar os limites, as possibilidades os desafios para a garantia da integralidade nos serviços de saúde (PINHEIRO, 2001). A aposta da autora é que *o cotidiano das instituições de saúde é o lugar comum, onde, por um lado, se vivenciam*

*conflitos, constataam limites e dificuldades e, de outro, pode transformar os atores em autores de projetos inovadores de construção de novas realidades em saúde* (PINHEIRO, 2001, p. 94).

Por sua vez, Cecílio (2001), em seu artigo *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*, propõe pensar a integralidade e a equidade, considerando que ambas não existem sem o acesso universal, pois remeteriam *ao campo das 'micro' políticas de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos* (CECÍLIO, 2001, p. 117) que configurariam as políticas ou os sistemas de saúde. Dessa forma, repensar os processos de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde é fundamental diante da luta pela equidade e pela integralidade. Seguindo em sua análise, a partir das necessidades de saúde, em especial a potência que essas têm de sensibilizar a escuta dos profissionais às pessoas que procuram “cuidados em saúde”, constrói uma tipologia com quatro grandes conjuntos das necessidades de saúde.

O primeiro é identificado como *boas condições de vida*, entendido tanto do modo mais funcionalista – que compreende os fatores ambientais externos como determinantes dos processos saúde/doença - quanto do modo marxista, visto como “diferentes lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo nas sociedades capitalistas, decisivos para explicar os modos de adoecer e morrer” (Ibdem, 2001, p. 118). Embora se perceba um ecletismo do ponto de vista conceitual, há um consenso entre essas visões que se implica na maneira como se vive e traduz em diferentes necessidades de saúde.

O segundo conjunto está relacionado à *necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida*, ressaltando que o autor (Ibdem, 2001) utiliza o conceito de tecnologias do cuidado, propostas por Merhy (1997) – tecnologias leve, leve-duras e duras – para destacar a importância de abandonar a hierarquia entre elas. As tecnologias duras são aquelas de cunho material, a exemplo das máquinas, das normas e das estruturas organizacionais; as tecnologias leve-duras seriam os saberes esquematizados em saúde, a exemplo da clínica, da epidemiologia; e, por último, as tecnologias leves não se encontram em nenhuma das anteriores a priori, pois estão relacionadas à capacidade do profissional de estabelecer vínculo com o usuário. Nesse sentido, o terceiro conjunto de

necessidades apontado por Cecílio (2001) refere-se à *insubstituível criação de vínculos afetivos entre usuário e/ou profissional, como referência e relação de confiança*.

Por último, o autor define como *ânsia de cada indivíduo obter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida*, o quarto conjunto de necessidades, que pode ser traduzido em informação e educação em saúde. A autonomia requer uma oportunidade dos sujeitos de re-significar os sentidos de suas vidas, que reverberaria em seu modo de viver, inclusive sua luta em satisfazer suas necessidades de maneira mais abrangente.

Portanto, para ampliar a integralidade da atenção, faz-se necessário considerá-la como fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular de qualquer serviço de saúde, no momento em que os mesmos buscam traduzir e entender as necessidades de saúde. Afinal, a demanda é o pedido explícito e, em boa medida são necessidades modeladas pela oferta de determinado serviço e a integralidade nunca será plena, mesmo que a equipe seja exemplar, em um serviço específico, independente da capacidade tecnológica disponível (CECÍLIO, 2001).

Ferla (2007) identifica pelo menos dois campos distintos para a compreensão sobre a atenção à saúde e a organização dos serviços, que podem ser representados pelas concepções de *medicalização* e *integralidade com equidade*. Estas apresentam diferenças importantes relativas ao protagonismo das pessoas que utilizam as práticas e os saberes disponibilizados nos serviços de saúde, bem como a configuração desses saberes e dessas práticas.

A perspectiva da integralidade com equidade associa-se ao modelo constitucional e configura-se - mais do que um campo definido - uma perspectiva aberta, sensível às mudanças contínuas da realidade e aos avanços no modo de compreender o processo saúde/doença, de modo a organizar as práticas de cuidado à saúde, que permita responder às demandas concretas dos usuários. Ao passo que a medicalização é uma categoria de análise formulada a partir da construção foucaultiana e serve para apontar a tendência em realizar intervenções técnicas nas questões sociais, próprias do modo queixa-solução que é fortemente vigente nas práticas assistenciais ofertadas nos serviços. Segundo o autor, *a atualização do conceito, portanto,*

*significa a tecnificação, desde a racionalidade médica, das questões da vida cotidiana, inclusive, sobre o modo de organizar as ações e os serviços de saúde* (FERLA, 2007, p. 83).

Tendo em vista as considerações expostas até o momento, retomo a importância de trazer para o cerne da análise desta pesquisa o princípio da integralidade em saúde como marcador que tensiona e problematiza constantemente os interesses os quais respondem a um certo serviço de saúde. Ou seja, até que ponto as reais necessidades dos usuários são colocadas como objeto principal que norteia as ações, abrindo possibilidades à sensibilidade de capturar as demandas de saúde, sob a perspectiva ampliada do campo da Saúde Coletiva. Há de se relativizar que as respostas às demandas dos usuários materializadas como práticas cuidadoras no cotidiano dos serviços de saúde não dependem apenas da equipe de saúde, mas de todo o aparato que a compõem, como a formação dos profissionais, o apoio da gestão, a rede de atenção, entre outros. No entanto, também pensando no cotidiano dos serviços, poder-se-ia perguntar quais tecnologias operam na produção de cuidado e de que forma contribuem para a integralidade.

No campo da Saúde Coletiva o cuidado é uma expressão que articula saberes e práticas e vem orientando discussões em relação à transformação do processo de trabalho e formação em saúde. *A noção de cuidado não reporta um nível ou âmbito de atenção do sistema de saúde, nem algum procedimento técnico específico ou uma conduta assistencial mais simples, mas uma prática orientada pela integralidade no exercício da atenção à saúde, uma prática cuidadora* (PINHEIRO; CECCIM, 2005, p. 123). Práticas cuidadoras pressupõem assistir ou tratar, partindo de uma postura de acolhimento e respeito, de modo que se abra espaço para as singularidades, o que permite a compreensão das fragilidades.

Os autores (PINHEIRO; CECCIM, 2005) verificam essa perspectiva em pesquisas nas quais a ação integral é percebida como o “entre-relações” de promoção da saúde, o que implica afirmar que a prática social tenha produção de efeitos e repercussão entre usuários, profissionais e instituições. No cotidiano isso significa atitudes de sensibilidade, confiança, pertencimento, tratamento digno, horizontalidade da atenção e continuidade do acompanhamento de saúde. Por este prisma, o cuidado pode ser qualificado como um dispositivo político da integralidade, uma maneira de dispor da integralidade no ordenamento

da atenção, da gestão, da participação e da formação, marcando uma disputa por um modo de exercer o trabalho em saúde (formação e exercício profissionais) e por um modo de obter acesso a esse trabalho (controle social).

“Os arranjos sociais e institucionais em saúde estão, muitas vezes, marcados por conflitos e contradições e se fazem presentes em arenas de disputa política, onde a saúde oscila como direito de cidadania, prática científica, prática profissional ou política setorial. Ou seja, se a integralidade não contém uma verdade da atenção, da gestão, participação e formação, ela somente se cumpre em práticas eficazes de cuidado – isto é, quando usuários e populações se sentem cuidados pelos profissionais e pelo sistema de saúde de que dispõem. Produtora de relações, signos e significados, a integralidade como princípio e prática tem ocupado os diferentes espaços das instituições e sociedade, sobretudo os espaços moleculares, onde ganha sentido por meio das práticas cuidadoras presentificadas no assistir, ensinar, gerenciar e participar cotidiano, sensível e concreto” (PINHEIRO, CECCIM, 2005, p. 25).

Neste sentido, Scarparo (2006) chama atenção para o planejamento e a execução de ações orientadas para a integralidade na saúde, pois seriam possíveis apenas com a flexibilização do que é convencional no mundo do trabalho e a produção de conhecimento.

“Trata-se de vivenciar e problematizar, pensar e duvidar da realidade dos fatos ou da absoluta veracidade de uma asserção. Assim, habitam o território da incerteza: o conhecimento produzido, os modos de organização dos serviços, as práticas efetivadas e, conseqüentemente, as relações do profissional com os valores e saberes que as estruturam. Do mesmo modo, problematizam-se os pressupostos das relações com equipe de trabalho e com a população” (SCARPARO, 2006, p. 107).

Tais considerações expostas até o momento indicam a importância de valorizar os aspectos culturais de cada grupo ou comunidade, principalmente no que diz respeito às suas concepções de saúde/doença e as respostas possíveis que possam dialogar com esses aspectos (SCARPARO, 2006).

Modelos ideais ou identidades estão sempre fortemente marcados pelas concepções hegemônicas, pelas vigências, pela conservação. Em lugar dos modelos ideais, as práticas eficazes, atos/atuações que exigem uma atitude ético-política de contato com a alteridade, a experimentação, uma contemporaneidade vidente e não pela subordinação do vigente. Analisar experiências, então, significa conceber o cotidiano como o lugar onde as ações

desenvolvidas, sejam elas simbólicas ou práticas, produzem sentidos e se configuram como práxis. Como uma noção constituinte da experiência, seu território, o cotidiano, se ergue como fonte construtivista que implica processos de interação (PINHEIRO, CECCIM, 2005, p. 18).

A integralidade permite transformações que abrangem as relações e suas complexidades, demarcadas por essa perspectiva, pois atendimento integral prioriza práticas que busquem superar dicotomias e fragmentações, englobando as várias dimensões do trabalho a ser feito. Dessa forma ideias binárias como problema-solução, saúde-doença e terapeuta-paciente, são abandonadas (SCARPARO, 2006). Logo, a compreensão ampliada que a integralidade traz para a saúde permite, segundo Scarparo (2006), aproximações com o pensamento complexo de Edgar Morin. No momento que se nega ao reducionismo, aponta a implicação com o contexto. Bedin e Scarparo (2011) analisam o conceito de integralidade à luz da teoria da complexidade na Saúde Mental do SUS e traçam conclusões convergentes do que vimos até então, explicando que

“[...] considerar complexidade e integralidade nas práticas de vida reflete simultaneamente posturas de envolvimento e responsabilidade nas relações, de modo a tenção de práticas. Isso pode levar a ações de cuidado, de atenção, de comprometimento, de cumplicidade, e a outras que garantam relações solidárias e emancipatórias para com o(s) outro(s) e para consigo [...]” (BEDIN; SCARPARO, 2011, p. 203).

Desenhar e redesenhar políticas, inventar as práticas cotidianas de trabalho, no caso estudado, em saúde mental, mas aqui poderíamos ampliá-las e ver que o princípio da integralidade nos desafia e muito. O que parece fácil ao preencher as linhas dessa folha, na vida real se torna um desafio constante. Seria apenas tarefa do setor da saúde a integralidade ou usando o termo de Mattos (2001) essa imagem-objetivo, extrapolaria uma área específica como a da saúde para fazer repensar o próprio modelo de sociedade?

As concepções traçadas até o momento parecem interessantes para pensar o caminho necessário para a integralidade em saúde, não no sentido de que ela represente um destino certo ao final do percurso. A partir das colaborações dos autores até o momento

mencionados, é possível conceber que não há um lugar fixo para a integralidade, mesmo que, paradoxalmente, ela deva estar em todos os lugares e, por óbvio, incluindo a Atenção Básica.

Segundo Bergamaschi et al. (2012) isso auxiliou para que os serviços e programas de saúde fossem inicialmente pensados para a população urbana e o processo de assentamento ocorresse através de políticas públicas fragmentadas e desarticuladas – os movimentos pela reforma agrária e sanitária ocorrerem em paralelo, sem articulação. No entanto, é preciso apontar que também houve avanços nas últimas décadas no sentido de ampliar o acesso à saúde, inclusive da população rural.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, criada a partir do trabalho do Grupo da Terra<sup>3</sup> (BRASIL, 2011b), surgiu com o desafio de garantir o acesso a saúde a todas as populações do campo, além de reafirmar a necessidade de olhar essa população em suas especificidades, não apenas como contraponto à população urbana. Em seu escopo, afirma a necessidade de educação permanente para os trabalhadores da saúde, para que entendam essas populações e contemplem em seu trabalho as necessidades específicas de cada comunidade do campo e da floresta. Esse parece ser, ainda, um grande desafio nas práticas dos serviços que atuam em regiões com existência dessas populações.

O Plano Operativo<sup>4</sup> da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta foi pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no final do ano de 2011. Tem por objetivo definir as ações de saúde para implementação da Política no âmbito do SUS no período de 2012 a 2015, pactuando quatro eixos: *1) Acesso das populações do campo e da floresta na atenção à Saúde; 2) Ações de promoção e vigilância em saúde às populações do campo e da floresta; 3) Educação Permanente e Educação Popular em Saúde com foco nas populações do campo e da floresta e, 4) Monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde às populações do campo e da floresta* (BRASIL, 2013).

---

<sup>3</sup> O Grupo da Terra foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº. 2.460 de 12 de dezembro de 2005 e atualizado pela Portaria nº. 3.257 de 22 de dezembro de 2009, sendo composto por representantes de órgãos e entidades públicas e da sociedade civil organizada (BRASIL, 2011b).

<sup>4</sup> Resolução nº 03 de dezembro de 2011 e Portaria nº2866 de 02 de dezembro de 2011, respectivamente.

Por essa razão, o título do presente capítulo traz como interrogação a integralidade como imagem fugidia na estrada. Inspirado em uma colocação de Camargo Jr. (2001) que, ao afirmar a importância de se discutir acerca da integralidade, afinal, construir consensos em relação aos princípios organizadores da assistência é, antes de ser somente um interesse da academia, no sentido vulgar do termo, é de interesse de todos os cidadãos, pois sua conceituação e implementação definem, até certo ponto, a essência mesma de uma política pública de saúde.

Logo, torna-se relevante para o SUS, a discussão sobre a integralidade das ações de saúde, “essa miragem fugidia e ao mesmo tempo central para o sistema de saúde que queremos” (CAMARGO Jr., 2001, p. 15). Acrescento à alegoria do autor, a imagem da estrada, que me acompanha ao longo do texto. Melhor dizendo, me acompanhou tanto de maneira concreta, pois muitas estradas foram percorridas na busca de cenários que pudessem compor a análise dessa pesquisa, mas também como uma metáfora que pôde dar sequência à narrativa. Por isso, termino esse capítulo com a recusa em definir o que é integralidade, mas sim, como um convite a pensar como ela pode vir a ser, pois entendo que ainda é uma concepção distante a ser percorrida, por vezes a enxergamos, mas por vezes, se torna uma miragem fugidia ao longo da estrada.

## **2.1 Roteiros para prosseguir na estrada**

Segundo Minayo (2008), metodologia é: 1) a discussão epistemológica do “desenho” da pesquisa; 2) a apresentação de métodos e técnicas que serão utilizadas; 3) a criatividade do pesquisador. Creio que esta definição se faz presente em todos os pesquisadores que se interessam em alguma temática. Ao analisar, é inevitável abrir várias questões, e se torna difícil a tarefa de delimitar o tema, tendo em vista o tempo disponível, recursos, enfim, realizar o que é possível no trajeto de um mestrado. Neste ponto, a criatividade do pesquisador na escolha dos caminhos a serem percorridos é o que garante que a pesquisa prossiga. Assim a pesquisa qualitativa se torna essencial, pois visa entender os

fenômenos, e não generalizá-los. Dessa forma, a partir dessas considerações iniciais, alguns passos foram pensados nessa trajetória de pesquisa.

Primeiro, a “análise de cenários”, feita a partir dos dados secundários provenientes do banco de dados produzido na Avaliação Externa do Pmaq-AB, no ano de 2012, complementados pelos dados do Censo de 2010 realizado pelo IBGE, e dados atualizados do INCRA (2013). A análise de cenários consiste na associação de dados de produção dos serviços e de indicadores de monitoramento e desempenho avaliados no Programa, com os dados demográficos e de distribuição dos assentamentos rurais, com vistas a identificar os municípios de pequeno porte no estado Rio Grande do Sul que pudessem participar desse estudo.

A tecnologia de associação de diferentes bases de dados para a construção de indicadores para territórios definidos, descrita em estudos anteriores (FERLA; CLAUS, 2009), permite a análise de cenários específicos. Não se trata, aqui, apenas de uma análise de coleta de dados, mas de um trabalho para o debate e a construção compartilhada de sentidos dos resultados encontrados na primeira etapa da pesquisa, orientando a próxima etapa e sistematizando a interpretação dos dados quantitativos, a partir de diferentes olhares.

Na segunda etapa, que implicou no deslocamento para municípios identificados na primeira etapa, acima descrita, foi realizada a observação direta e não participante nos serviços, buscando-se evidenciar e problematizar práticas e tecnologias que organizam o cuidado e a gestão, e situações que pudessem ser objeto de aprofundamento em situações das entrevistas realizadas posteriormente.

Realizaram-se quinze entrevistas, dentre profissionais da gestão e do cuidado, além de usuários dos serviços, em dois municípios do estado do Rio Grande do Sul. Pretendeu-se identificar como a gestão e a atenção constituem diálogos com as necessidades de saúde dos grupos populacionais, seja na própria atenção básica, seja no percurso por redes de atenção, e como respondem a essas necessidades. As situações identificadas durante a observação direta, registradas em diário de campo, foram utilizadas para embasar o diálogo com os entrevistados, e subsidiar as reflexões oriundas do campo empírico, além da revisão sistemática da literatura.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa observou as normas sobre ética em pesquisa contidas nas normas da Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. As entrevistas foram precedidas de apresentação e autorização formal mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I), por parte dos sujeitos entrevistados. Este estudo integra o Projeto de pesquisa "Avaliação da

atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários", aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob matrícula nº 21904, e foi aprovado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem/UFRGS.

### **3 PRIMEIRA PARADA: O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (Pmaq-AB)**

A avaliação dos serviços de saúde com ênfase na qualidade da assistência conquistou espaço no Brasil no final da década de 1990, com o fortalecimento do controle social e a valorização da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação. O destaque à Atenção Básica como porta de entrada e proposta de reestruturação tecnoassistencial do sistema de serviços de saúde foi o fio condutor para absorver, nesse âmbito do sistema, a prática avaliativa buscando indicadores de qualidade.

Com a descentralização da saúde proposta pelo SUS, os municípios ficaram responsáveis por importantes demandas no âmbito da gestão, conforme descrito na Lei nº8.080/90, que incluem a necessidade de compor e gerir equipes de trabalho, dispor de estrutura física e tecnológica, organizar os insumos e as estratégias para operar o sistema de saúde, além de produzir e disponibilizar conhecimento para o conjunto da população de modo a promover equidade e integralidade. No âmbito da gestão pública que se estrutura em programas governamentais orientados por resultados, é cada vez maior a exigência de pluralidade de abordagens e atores, demandando a obrigatoriedade de dispositivos institucionais, igualmente participativos, que regulamentem os estudos de avaliação garantindo a qualidade e utilidade do produto final (HARTZ, 2009).

A avaliação da qualidade dos serviços nos permite repensar e aprimorar as práticas profissionais, tanto técnicas quanto de gestão, através da comparação com os padrões instituídos, possibilitando a identificação de dificuldades e desempenho que produzam impacto sobre a saúde e bem-estar da população. A nova edição da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) introduziu elementos ligados ao papel desejado da Atenção Básica na ordenação das Redes de Atenção à Saúde, avançando na afirmação de uma Atenção Básica acolhedora e resolutiva, que desenvolve a gestão e coordenação do cuidado do usuário. Através das propostas de mudanças nas diretrizes objetiva incentivar os gestores locais a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida e prevê incentivos financeiros para ampliar a cobertura populacional e a reorganização da atenção, a execução da gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis.

Em 2011, como parte da ação do Ministério da Saúde denominada "Saúde Mais Perto de Você" foi proposto o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB), componente de qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite (PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2012). O Pmaq-AB foi resultado de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, e busca envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores das três esferas, as equipes e os usuários, para mudar a cultura de gestão e qualificação, de forma que o modelo de atenção seja norteado pelas necessidades e satisfação dos usuários. Para isso, induz uma cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados, e o caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e pró-atividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2011).

As mudanças pretendidas nos processos de trabalho, induzidas, e incentivadas tornam-se relevantes de serem analisadas na perspectiva de identificar as tecnologias que são utilizadas nos espaços de produção do cuidado – sendo aqui entendidas através das conceituações de Merhy (2002) que, ao abordar o trabalho vivo em ato refere às tecnologias-leves como aqueles saberes implicados na relação do trabalhador-usuário –, e a capacidade das mesmas na garantia da expressão de interesses dos diversos atores e das heterogêneas realidades dos seus territórios. Discutindo as modelagens tecnoassistenciais em saúde, Merhy e Franco (2003) afirmam que por meio do jogo de disputas, cria-se uma correlação de forças que definirá a política de saúde, combinando interesses diversos e fazendo com que essa política favoreça ou não determinados grupos e interesses. Seus desdobramentos estão presentes no processo de trabalho cotidiano e nas práticas de gestão, interferindo nas relações sociais, políticas e econômicas capazes de produzirem mudanças na sociedade e impactos na construção do conhecimento.

A integralidade, como vimos no capítulo anterior, representa um constante desafio às práticas de cuidado, visto que estas precisam contemplar as necessidades específicas de cada local. Por sua vez, o Pmaq-AB reconhece que ao se pretender generalizar, perde-se em especificidade, dificultando capturar práticas cuidadoras específicas de cada lugar. Ao mesmo tempo, proporciona através de um mapeamento da rede de serviços da Atenção Básica de todo o país, que sejam feitas novas interrogações. Também é interessante refletir acerca da análise de implantação das políticas – visto que as políticas prévias explicam o seu desenvolvimento futuro, e legados institucionais podem

inviabilizar ou limitar a possibilidade de mudanças – e do desenho estabelecido em algum momento para uma determinada política, que produz consequências de tal forma que na relação entre as políticas públicas e os processos políticos as primeiras não são apenas uma decorrência dos segundos, mas também funcionam como variáveis independentes, reordenando as disputas e podendo até bloquear alterações institucionais (MENICCUCCI, 2010).

No escopo do Pmaq-AB é proposta uma pesquisa avaliativa produzida por instituições de ensino e pesquisa em todas as Unidades Básicas de Saúde e as equipes de Saúde da Família que aderissem ao Programa. O Pmaq-AB foi organizado em quatro fases, que se complementam, conformando um ciclo de melhoria do acesso e da qualidade. A primeira fase, chamada *Adesão e Contratualização*, é descrita como etapa formal de adesão ao Programa mediante contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde. Esse processo envolve a pactuação regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2011).

A segunda fase, chamada *Desenvolvimento*, é compreendida como a etapa na qual ocorre o desenvolvimento de ações, realizadas pelas equipes e a gestão municipal, com o apoio das gestões estaduais e do Ministério da Saúde. O intuito dessa etapa é promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2011). Há uma aposta em quatro estratégias nessa fase: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2012).

A terceira fase, chamada *Avaliação Externa*, consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das equipes e para reconhecimento e valorização dos esforços e resultados das mesmas e dos gestores municipais na qualificação da Atenção Básica. Essa avaliação é realizada em parceria com as instituições de ensino e pesquisa e resulta em uma certificação que, por sua vez, determina o valor do componente de qualidade a ser repassado mensalmente ao fundo municipal de saúde pelo Ministério da Saúde (PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2012).

E válido explicar que a avaliação externa, realizada na Terceira Fase do Pmaq-AB, no ano de 2012, abrangeu 17. 202 Equipes de Saúde da Família em 3.972 municípios brasileiros. Esse quantitativo de equipes representou um pouco mais da metade do total de equipes do mesmo ano/base, que contava com 34.093 equipes cadastradas no Ministério da Saúde. Alguns dos dados resultantes da avaliação externa são utilizados nessa pesquisa a fim de selecionar as equipes que atendem assentamentos rurais e apresentam melhores indicadores da qualidade, conforme a avaliação do Pmaq-AB.

A quarta fase do Programa representa o começo de um novo ciclo, denominada de *recontratualização*. Exige um momento nacional tripartite de balanço e de ajuste de trajetória, ao mesmo tempo em que tem sua dimensão local de repactuação de regras e de incremento nos objetivos do movimento de mudança (PINTO, SOUSA, FLORÊNCIO, 2012). Segundo o programa, a cada ciclo novos parâmetros de qualidade podem ser definidos, induzindo avanços na direção do que se espera em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população. Com a base de dados construída, assim como com a rede de avaliação, o programa pretende indução de mudanças sustentadas na organização do componente da atenção à saúde, por meio da ampliação de conhecimentos e tecnologias de atenção, de gestão e de formação setorial.

Nas próximas páginas, serão apresentados os dados do Pmaq-AB utilizados para fins dessa pesquisa, a partir de uma primeira seleção das equipes que referiram realizar ações e/ou atendimentos em áreas de assentamento rural, foco de nosso interesse.

### **3.1 Novas Rotas a partir dos dados do Pmaq-AB**

Nesse capítulo busco compartilhar um pouco da trajetória realizada para selecionarmos os municípios em que foi feita a pesquisa de campo. Antes disto, torna-se importante explicar alguns pontos sobre a avaliação externa. Essa fase do programa compreendeu a aplicação de questionário semiestruturado a um profissional de nível superior e a quatro usuários de cada equipe, além de observação e registro quanto à estrutura física, material e disponibilidade de insumos e medicamentos, afim de avaliar as condições de qualidade e acesso dos serviços de Atenção Básica.

Os dados utilizados nessa etapa da pesquisa referem-se ao questionário aplicado aos profissionais das equipes. Para tanto, buscamos selecionar as equipes que atendem comunidades assentadas e que possuem melhores indicadores, segundo a avaliação do programa. O questionário, ou Formulário de Avaliação Externa, está dividido em blocos

temáticos de perguntas e é bastante extenso e detalhado. Optamos por selecionar algumas questões que traduziriam uma atenção de maior qualidade.

Em uma primeira seleção no Banco de Dados, separamos do total das equipes avaliadas, aquelas que referiram atender *populações rurais, assentados e quilombolas* e, dentre essas, as que demonstraram possuir os melhores indicadores. Segue descrito na tabela abaixo quais itens a avaliação considerou.

Tabela 1 – Equipes avaliadas pelo Pmaq-AB que referem atender população Rural, Assentadas e Quilombolas

39.0	Realiza atendimento à População Rural, assentados e quilombolas.	Sim
39.1	A equipe realiza ações direcionadas à população rural, assentados e quilombolas de acordo com as especificidades e demandas do grupo?	5.525
39.2	A equipe atende população rural, assentado ou quilombola?	1.994
39.3	Existe transporte disponível para viabilizar o atendimento à população?	1.511
39.4	A equipe realiza gestão dos casos mais graves e que precisam de atendimento em outros pontos da atenção?	1.372
39.5	Os agentes de saúde orientam a população em relação ao uso adequado e a boa utilização dos reservatórios de água?	1.297

Fonte: Banco de Dados do Pmaq-AB, 2012.

Como se percebe, do total de equipes avaliadas pelo Programa, (n=17.202), 31% realizam atividades em comunidades da zona rural (n= 5.525). Dessas, separando-se as que responderam afirmativamente às demais questões deste bloco, restam 1.297 equipes.

A partir dessas 1.297 equipes, foram selecionados indicadores referentes à educação permanente, apoio da gestão local, visitas domiciliares, participação dos usuários, por pressupor uma reflexão sobre as práticas cuidadoras, melhor detalhados na Tabela 2. Percebe-se que a cada pergunta do questionário aplicado, o número de equipes é reduzido, visto que nem todas possuem os mesmos indicadores. Nosso interesse voltava-se às equipes mais completas que a avaliação pôde apurar, motivo pelo qual mantivemos o recorte da amostra a nível nacional para identificar a distribuição das mesmas no território.

Tabela 2 – Indicadores selecionados do Módulo II do Pmaq-AB relativos à educação permanente, apoio da gestão local, visitas domiciliares, participação dos usuários

Item	Indicador	Sim
8.1	Há no seu município ações de educação permanente que envolvam profissionais da Atenção Básica?	1.034
8.4	As ações de educação permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?	800
9.1	Nos últimos 12 meses a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?	727
9.6	A equipe de atenção básica recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho	691
9.8	A gestão disponibiliza para a equipe de atenção básica informações que auxiliem na análise da situação de saúde?	674
9.10	A equipe realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	620
9.11	A Equipe recebe apoio da gestão para discussão dos dados de monitoramento do SIAB?	598
9.12	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?	523
9.14	Os resultados da autoavaliação são/foram considerados na organização do processo de trabalho da equipe?	511
9.15	A gestão apoia/apoiou o processo de autoavaliação da equipe?	508
9.16	A gestão apoia/apoiou o processo o processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do Pmaq?	502
10.1	Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da SMS?	443
10.6	Como a equipe avalia o contato que o apoiador mantém com a equipe?	433
10.7	Como a equipe avalia a contribuição do apoiador na qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?	426
11.1	A equipe de AB realiza reunião de equipe?	423
11.2	Qual periodicidade das reuniões?	389
12.1	A equipe de AB recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	363
12.4	Qual a frequência que a equipe recebe apoio? (retirada somente a resposta "Não sabe")	360
13.3	Existe definição da área de abrangência da equipe?	358
14.1	Os prontuários dos usuários da equipe estão organizados por núcleo familiar?	305
15.1	Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?	274
15.4	Todos os usuários que chegam às unidades de saúde têm suas necessidades escutadas e avaliadas?	272
15.19	Quanto tempo ele geralmente espera por uma consulta? (Selecionamos as equipes que agendam até 30 dias de espera).	251
15.21	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário?	230
16.1	A equipe possui uma agenda semanal pactuada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe?	224
16.4	A agenda está organizada para a realização de visitas domiciliares?	216

16.5	A agenda da equipe está organizada para ofertar atividades comunitárias e/ou grupos de educação em saúde?	195
16.6	A equipe programa consultas e ações para usuários que façam parte de programas ou grupos prioritários e necessitam de cuidado continuado?	191
18.1	Existe central de regulação disponível para encaminhamento dos usuários para os demais pontos da atenção?	182
18.3	Existem fichas de encaminhamentos para os usuários para os demais pontos da atenção?	175
18.6	Com que frequência os profissionais da AB entram em contato com os especialistas para trocar informações sobre os pacientes encaminhados? (1 e 2 – sim e sim, algumas vezes)	147
18.8	Existe algum fluxo de informações institucionalmente organizado?	114
20.1	A equipe possui/recebe medicamentos da farmácia básica suficientes para atender sua população?	107
20.5	A equipe realiza todas as vacinas do calendário básico?	96
20.7	A equipe de atenção básica realiza procedimentos/pequenas cirurgias na unidade de saúde?	78
21.1	A equipe realiza coleta de exame citopatológico na unidade de saúde?	77
24.1	A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos?	76
32.1	A equipe realiza Visita Domiciliar?	76
33.1	A equipe de AB realiza busca ativa de famílias elegíveis para cadastramento do programa Bolsa Família?	73
33.2	A equipe possui registro das famílias do território cadastradas no programa bolsa família?	70
34.1	A equipe dispõe de canais de comunicação que permitem aos usuários expressarem suas demandas, reclamações e/ou sugestões na AB?	67
35.1	A equipe realiza pesquisa de satisfação do usuário?	56
35.5	Há Conselho Local de Saúde ou instância colegiada equivalente?	45

Fonte: Banco de Dados do Pmaq-AB, 2012.

Conforme podemos constar na tabela acima, ao submetermos as equipes selecionadas inicialmente que atendiam populações rurais, assentadas e quilombolas (n=1297) aos 43 indicadores escolhidos, o número de equipes reduz-se significativamente, restando apenas 45 equipes. No entanto, esta não é uma prerrogativa das equipes que atendem à zona rural, visto que se considerarmos todo o quantitativo das 17.202 equipes participantes do Programa, e aplicarmos os mesmos filtros, restam 400 equipes.

Sabemos que essa amostra é consideravelmente pequena, representando 2,3% do total das equipes participantes do Pmaq-AB, e 3,4% das equipes avaliadas que atendem zona rural, assentadas e quilombolas. No entanto, justifica nosso interesse de nos aproximarmos a algumas delas em seu cotidiano de trabalho, a fim de observar os arranjos locais que facilitam ou dificultam uma oferta à saúde de qualidade, no âmbito da Atenção Básica.

Para que fosse possível o mapeamento em território nacional dessas equipes, realizou-se, a busca, através do número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), da localização geográfica de cada uma delas, conforme demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 3 – Distribuição das 45 equipes que apresentam os indicadores selecionados do Pmaq-AB nas regiões e estados do Brasil

Região	Estado	Nº de Equipes que preencheram os indicadores da pesquisa
Sul	Rio Grande do Sul	2
	Santa Catarina	1
	São Paulo	4
Sudeste	Rio de Janeiro	3
	Minas Gerais	2
Centro-Oeste	Goiás	9
	Ceará	7
	Bahia	6
Nordeste	Alagoas	4
	Rio Grande do Norte	2
	Pernambuco	2
	Piauí	2
Norte	Pará	1

Fonte: Banco de Dados Pmaq-AB, 2012.

A região com maior concentração de equipes é a Nordeste, com vinte e três equipes, em seis estados. Totalizam seis equipes no estado da Bahia, sete no Ceará e quatro em Alagoas. Rio Grande do Norte, Piauí e Pernambuco, apresentam duas equipes, respectivamente. As regiões Sudeste e Centro-Oeste aparecem em segundo lugar, com nove equipes cada uma. Na região Sudeste aparece quatro equipes no estado de São Paulo, três no Rio de Janeiro e duas em Minas Gerais. Na região Centro-Oeste todas as nove equipes presentes estão localizadas no estado de Goiás e aqui um fato curioso, seis dessas equipes encontram-se em um único município. Na Região Sul encontra-se três equipes, sendo uma no estado de Santa Catarina e duas no Rio Grande do Sul. Por último, a região Norte, com uma equipe no estado do Pará.

Podemos reasaltar que, de acordo com os dados disponibilizados pelo Incra (2013), no período dos anos entre 1994 a 2012, um total de 1.258.205 trabalhadores rurais foram assentados. Observando-se as regiões do país, Norte fica em primeiro lugar, com 515.355 assentados, o Nordeste com 410.092, o Centro-Oeste com 217.928, o Sudeste com 59.289 e, em último lugar, o Sul com 55.541. Esses dados nos permitiram uma visão geral em termos mais

abrangentes do território nacional, e também reafirmaram a nossa pretensão de realizar o campo empírico no estado do Rio Grande do Sul, afinal, apresentou somente duas equipes que contemplaram os indicadores selecionados.

Para finalizar a análise dos dados, submetemos as 45 equipes selecionadas até o momento, quanto a oferta de serviços de Práticas Integrativas e Complementares (PICS). A importância de acrescentar esse dado, além de ser um indicador da qualidade, deve-se ao fato de que as Práticas Integrativas e Complementares poderiam significar um importante marcador no que tange a integralidade da atenção. Segundo Tesser e Luz (2008), caracterizam-se por uma abordagem integradora dos problemas, centrando-se no indivíduo e sua relação com o meio. Visto que o modelo biomédico de atenção à saúde, hegemônico tanto no setor privado quanto no público, centrado em saberes especializados e em diagnósticos de doenças, não corresponde a um cuidado sob a perspectiva da integralidade, enquanto que as práticas alternativas permitem uma compreensão holística, ou seja, há uma distinção epistemológica na compreensão do processo saúde/doença entre essas duas visões.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Tal política tem como um dos seus *objetivos incorporar e implementar a PNPIC no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde* (BRASIL, 2006, p. 24). Logo, Atenção Básica torna-se cenário profícuo para a oferta das PICS, pois é uma alternativa de cuidado potente para a perspectiva da integralidade em saúde e está próxima ao usuário, inserida em seu território, o que permite uma compreensão mais ampliada sobre o processo saúde e doença e contribui para realização de práticas cuidadoras singulares.

As PICS também podem significar uma maior interlocução com a cultura local, suas tradições e saberes. Claro que isso é uma aposta na potência que as PICS podem representar e realmente apresentam muitas experiências exitosas, no entanto, como qualquer outra prática, pode funcionar sob a perspectiva do modelo biomédico prescritivo. Sendo assim, um profissional de saúde, ao utilizar as formulas provenientes da homeopatia como se fossem

medicamentos alopáticos na lógica do problema/prescrição, estaria funcionando equivalente a mais uma especialização do saber hegemônico, não resultando uma prática alternativa que promove cuidado singular, baseado em uma compreensão holística (TESSER; LUZ, 2008).

Uma hipótese que permeou essa escolha, é preciso confessar, foi relativa às diferenças culturais acerca da saúde nas populações urbanas, fortemente subjetivadas pela oferta de cuidados tecnológicos do aparato biomédico, e nas populações rurais, aonde ainda é relevante a presença de práticas tradicionais. A oferta de PICS poderia indicar uma possibilidade de cuidados mais *nomadizados* por essa condição cultural. Após essas considerações, justificamos a importância de descobrir quais equipes, daquele conjunto (n=45) que atendem população da *zona rural, assentados e quilombolas* e que possuem os indicadores de qualidade citados nas tabelas anteriores, possuem ofertas de serviços de PICS. A tabela a seguir apresenta o bloco de questões que abordam as práticas alternativas e complementares.

Tabela 4 – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde avaliadas pelo Pmaq-AB

30.1	A equipe oferece o serviço de práticas integrativas e complementares para os usuários do território?	16
30.1/1	Existe documento que comprove?	15
30.2	A equipe registra o procedimento/atividade de práticas integrativas e complementares realizado?	14
30.3	A equipe realiza atividades de educação em saúde, abordando:	
30.3.1	Uso de plantas medicinais e fitoterápicos	6
30.3.2	Uso de recursos terapêuticos não medicamentosos, como águas termais, práticas da MTC e práticas da medicina antroposófica.	3
30.3.3	Nenhuma das anteriores	9
30.4	A equipe oferece o serviço de homeopatia?	3
30.4/1	Existe documento que comprove?	1

Fonte: dados do Banco de Dados do Pmaq-AB (2012), sistematizados pela autora.

Das 45 equipes analisadas na tabela acima, encontramos 16 equipes que referem oferecer PICS. Os dados acima demonstram, entretanto, que apenas uma equipe respondeu afirmativamente aos indicadores de qualidade listados nesse bloco de perguntas. No entanto, entendemos que para este estudo, nos interessa quais equipes afirmaram ofertar práticas integrativas e complementares, independentemente de quais sejam tais práticas. Estas especificidades de oferta podem se relacionar à articulação local, à formação existente, aos

profissionais que atuam, por exemplo. Dessa forma, não selecionamos nos indicadores anteriores.

Segundo Soares (2006) *a tensão entre a universalidade dos serviços e a alteridade dos usuários é o eixo principal de uma luta social em torno do controle dos dispositivos de poder que acompanham as intervenções nas condições de saúde das populações* (p. 71). E nessa linha, complementamos que a alteridade dos usuários pode ser percebida e aproveitada no sentido de ampliar o sentido do processo saúde e doença, de modo a responder aos usuários suas necessidades de saúde de uma forma mais próxima e não tão *programática*, tecnicista, higienista e coberta por valores etnocêntricos. As Práticas Integrativas e Complementares, portanto, pode ser uma alternativa possível e ser consequência de uma maior interlocução entre equipe de saúde e saberes populares/tradicionais de certa comunidade.

No estado do Rio Grande do Sul, encontramos duas equipes de saúde que preencheram os primeiros critérios levantados no Banco de Dados do Pmaq-AB, conforme a Tabela 2 apresenta. Após refletir sobre a questão das PICS e incluí-las na seleção das equipes, constatamos que apenas uma equipe refere oferecer o serviço de práticas integrativas e complementares. Claro, nesse ponto a equipe pode atender populações rurais, assentadas ou quilombolas, pois não tem como saber apenas pelo Banco de Dados qual comunidade específica a equipe atende. Devido a isso, optamos por incluir os dois municípios no nosso roteiro de pesquisa.

Os municípios escolhidos<sup>5</sup> para a realização do campo empírico, em que estavam localizadas as equipes selecionadas através do Banco de Dados do Pmaq-AB, localizam-se em duas regiões diferentes do estado do Rio Grande do Sul. O primeiro, ao sul do estado, um município com menos cinco mil habitantes, que possui duas equipes de Estratégia Saúde da Família e refere ofertar PICS. O segundo localiza-se ao noroeste do estado, na chamada Região das Missões, e possui pouco mais de cinco mil habitantes, e duas equipes de Estratégia Saúde da Família, mas não referem ofertar PICS.

Ambos municípios do Rio Grande do Sul indicados pela análise do Banco de Dados são de pequeno porte, como a maioria dos municípios brasileiros. No capítulo a seguir, realizaremos uma *parada*, para retomar alguns aspectos relacionados aos pequenos municípios, às zonas urbanas e rurais, através de um panorama obtido com os dados do IBGE e algumas reflexões teóricas. Tentaremos articular o que

---

<sup>5</sup> Houve uma troca de um dos municípios, mas esta mudança será narrada posteriormente.

esses aspectos configuram como desafios importantes à política da saúde, especialmente no que tange à integralidade em saúde, nosso marcador analítico.

## 5 SEGUNDA PARADA: Municípios de Pequeno Porte, a regionalização e as redes de atenção à saúde

Em termos quantitativos das populações rurais, segundo os dados do IBGE (2010), do total da população brasileira (n=190.755.799), 84,4% residem na zona urbana e 15,6% (n=29.830.007) na zona rural. Em relação ao porte populacional e a distribuição da população na zona urbana e rural, tem-se os seguintes dados:

Tabela 5 - Número de municípios, população residente, por situação do domicílio, segundo as Unidades da Federação e classes de tamanho da população dos municípios.

Classes de tamanho da população dos municípios (habitantes)	Número de municípios	População residente		
		Total	Urbana	Rural
Brasil	5.565	190.755.799	160.925.792	29.830.007
Até 5.000	2.351	4.374.345	2.462.318	1.912.026
De 5.001 até 10.000	1.160	8.541.935	5.128.577	3.413.357
De 10.001 até 20.000	863	19.743.967	12.014.203	7.729.763
De 20.001 até 50.000	583	31.344.671	22.025.900	9.318.771
De 50.001 até 100.000	325	22.314.204	18.070.042	4.244.162
De 100.001 até 500.000	245	48.565.171	45.874.660	2.690.510
Mais de 500.000	38	55.871.506	55.346.313	525.192

Fonte: IBGE, 2010.

Conforme apresentado na Tabela 4, 4.374 dos municípios possuem uma população de até 20.000 habitantes, resultando em um percentual de 78,59% do total e se incluirmos nesse cálculo os municípios de até 50.000 habitantes, chegamos a 4.957, ou seja, 89% dos municípios brasileiros. Portanto, mesmo que em quantitativos populacionais a maior concentração seja em grandes centros urbanos (63% da população vive em cidades com população acima de 100.000 habitantes), é importante apontar o quanto são numerosos os pequenos municípios. E neste poder local está uma parte importante para a condução da política do SUS, visto que a Atenção Básica é de competência municipal e que é a principal ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (IBGE, 2010).

Segundo Abramovay (2009, p.19), a cada publicação censitária o resultado é o esvaziamento do meio rural. Nos últimos anos, as associações e pactos locais, que não são estritamente municipais, visando à organização de iniciativas de desenvolvimento no interior do país, têm crescido de maneira acentuada. A partir dessas, juntamente com o fato de que boa parte dos municípios com maior índice de desenvolvimento humano é eminentemente rural, *não se torna difícil constatar que não existe qualquer razão para que o meio rural seja associado conceitualmente à ideia de que nele permanecem apenas os que não conseguem aventurar-se em direção às cidades, e que seu declínio é somente uma questão de tempo.* (Ibdem, 2009, p. 19). Por maiores que sejam os problemas das famílias assentadas, são bastante expressivas, em todas as regiões, as experiências em que o acesso à terra foi, de fato, a premissa para a melhoria de suas condições de vida.

No Brasil, a doutrina da descentralização da saúde assumiu a forma de municipalização, sendo cada município o gestor único do sistema local de serviços de saúde (CAMPOS, 2007). Os termos *centralização* e *descentralização* têm sido utilizados com frequência na análise de políticas públicas. Entretanto, devem ser tratados considerando-se o ambiente social e o momento histórico em que aparecem, visto que não ocorrem de maneira idêntica em todos os lugares e épocas.

A centralização e a descentralização política e administrativa do Estado moderno são situações idealizadas, que nunca foram, nem são, totalmente atingidas, não existem em estado puro (SILVA, 2001). Segundo Pasche et. al. (2006), o histórico das políticas de descentralização é denominado de paradoxal, e demonstra o quanto esse processo foi marcado por um jogo de forças, em que o maior desafio foi resistir às políticas neoliberais que eram realizadas através de uma agenda de reajuste estrutural.

Luz (2001) apresenta as contradições entre descentralização e concentração de recursos na União, e defende que, mesmo parecendo paradoxo, o Estado liberal tende a favorecer a descentralização, que se dá em um contexto de centralização dos recursos na esfera federal. Sob a lógica econômica, o município torna-se um local para onde são *repassados* recursos destinados à execução das novas funções, o que pode agravar a situação de pobreza e de ineficiência das políticas públicas em municípios pobres. As transferências de funções, nestes casos, não são acompanhadas de transferências de poder, e os repasses geram e alimentam

um 'círculo perverso': formalmente delega função, mas há uma desconfiança sobre a capacidade de gestão dos governos locais (PROTTI, MARQUES, RIGHI, 2004, p. 219).

O processo de descentralização altera as relações de poder e coloca o município na arena de disputa pela capacidade de formulação de diferentes propostas de gestão e de atenção no campo da Saúde Coletiva, ou seja, pelos modelos tecnoassistenciais, além de disputar através do controle social o setor. Portanto, na saúde é possível reconhecer a constituição de novos sujeitos sociais.

Os municípios com suas heterogeneidades de propósitos (tanto entre governos de diferentes municípios quanto em composições de um mesmo governo; os trabalhadores apropriados de teoria e acúmulos de experiências, dispostos a propor e disputar a implementação de determinadas formas de "produzir saúde"; e os usuários, com várias possibilidades de disposição e capacidade para realizar o controle social sobre as novas organizações e suas propostas para a gestão e a atenção (PROTTI, MARQUES, RIGHI, 2004, p.223).

Na década de 1990, a constituição de redes regionalizadas de atenção à saúde não foi um eixo prioritário do SUS, mesmo que houvessem planos e debates sobre o assunto, voltando-se as atenções para o processo de descentralização político-administrativa para a esfera municipal (PASCHE, et. al. 2006). Diversos segmentos de interesses abordam o tema da descentralização da maneira que lhes era mais conveniente, embora, seja visível que a maioria dos autores prefere associá-la com a democracia do Estado e a promoção de justiça social. A questão, portanto, não promove consenso no campo da reforma sanitária. É claro que todos assumem a importância desse processo para a consolidação do SUS, porém a discussão emperra quando se trata de analisar a forma pela qual o processo está sendo conduzido. As posições sobre o tema se dividem entre alguns que acreditam ser excessiva a autonomia municipal, enquanto outros, afirmam que os municípios ainda não têm a desejável autonomia para assumir a gestão da saúde (SILVA, 2001).

Além de estabelecer a universalização do acesso, o SUS afirmou a descentralização/regionalização, e a integração com formação de redes assistenciais hierarquizadas, como diretrizes fundamentais. Esse tema esteve presente desde o início, de forma explícita ou implícita, na agenda da Reforma Sanitária. É necessário considerar,

entretanto, que “descentralização”, “integralidade” e “participação”, definidas como diretrizes constitucionais, traduzem um desafio de articulação entre si e, portanto, o enunciado legal cria uma expectativa de uma organização do sistema conforme a realidade de cada local, e com capacidade de responder ao direito à saúde, na configuração ampliada que a própria Constituição<sup>6</sup> define (BRASIL, 1988). Veja-se aqui, que a territorialidade que está associada ao direito, não é da presença de serviços, mas de afirmação do direito à saúde. O “dever do Estado”, que não exclui a corresponsabilidade das famílias, instituições e pessoas, refere-se ao acesso à saúde, em sentido ampliado.

De qualquer forma, a descentralização não é condição suficiente para a mudança das tecnologias de cuidado, e para a produção das novas organizações que impulsionariam as políticas sociais. É possível que o ponto mais frágil do processo de descentralização da saúde seja o ritmo lento em que se observam as alterações no que denominamos modelos de atenção e gestão. Esta situação pode ser compreendida na tensão entre propostas de descentralização que apostam no município como lugar de mudança, e propostas que entendem a descentralização como uma estratégia para diminuir o custo das políticas sociais e acelerar processos de privatização (PROTTI, MARQUE, RIGHI, 2004, p.223).

Segundo Righi (2003),

Lidar com a ideia de que o município é local de produção e não apenas de implementação de programas, leva à necessária consideração de que o espaço do município é complexo. [...] Então, a complexidade é característica também do local. E, se isso é correto, o local não é espaço da simples execução de ações resultantes de decisões em níveis hierárquicos superiores das estruturas organizacionais piramidais. A partir do processo da Reforma Sanitária, é o município (espaço local) o novo intrometido, e ele entra na gestão do SUS carregado a sua principal característica: a complexidade (p. 91).

Portanto, emerge o lugar, não como espaço idealizado ou de reprodução, mas na sua complexidade, com conflitos e contradições. Emerge também como lugar de resistência, de

---

<sup>6</sup> Conforme o Artigo 196, a saúde é considerada um “direito de todos e dever do Estado”, que deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988).

experimentação, onde se vive e se disputa a produção de organizações (PROTTI, MARQUES, RIGHI, 2004). Assim, os processos de descentralização estão inseridos também no contexto da globalização.

A descentralização é, portanto, um tema que exige alguma discussão a respeito da relação entre processos locais e a globalização, e a respeito das diferentes propostas de reforma do Estado. A descentralização, com a municipalização da saúde, pode e deve ser aproveitada para avançar na construção do Sistema Único de Saúde. Por outro lado, o movimento de descentralização/municipalização não está 'descolado' de uma visão do papel do Estado, não sendo possível tratar a descentralização e a gestão local da saúde como processos encerrados em si mesmos (PROTTI, MARQUES, RIGHI, 2004, p.217).

Segundo Righi (2003), rede de atenção denomina, na saúde coletiva, serviços localizados em um dado território e que possuam características parecidas. Devido a isso, a forma de pirâmide tem sido usada para demonstrar a composição da rede de atenção, onde a base é composta por serviços menos complexos e o topo mais complexos, também compreendidos por uma densidade maior de tecnologias-duras.

Righi (2003) questiona acerca de como seria possível garantir a integralidade da atenção a partir da regionalização dos serviços de menor uso, de acordo com a diretriz da descentralização que permita que os lugares com menores recursos tecnológicos em saúde não sejam desconstituídos como espaço do pensar, do criar, do gerar tecnologias de gestão e atenção.

Dessa forma, a saúde concebe o território como espaço para a organização da atenção reduzida à localização de equipamentos, e não como espaço social onde estão inseridos os sujeitos e as organizações implicadas com a gestão do SUS: promove-se uma regionalização definida por critérios de mercado. A pirâmide, portanto, não expressa o modelo de atenção, informa a forma de gestão que efetivamente se transformou o planejamento da saúde, mesmo que em detrimento à diretriz da descentralização (Ibdem,2003, p.123).

Como alternativa, para a compreensão da saúde como promotora de cidadania e qualidade de vida, a integralidade e a equidade são fundamentais. Neste sentido, o sistema de saúde deve proporcionar espaço para a mudança da configuração formal das instâncias e dos fluxos

de gestão, para torná-lo mais eficiente, transparente e permeável ao controle social, além de estabelecer relações horizontais entre os entes federados para definir de critérios técnicos que atendam as prioridades das políticas de saúde, nos critérios de alocação de recursos financeiros para cada região e na promoção da capacidade técnica da gestão descentralizada, são operações necessárias e sobrepõem-se ao papel dos modos tradicionais de operar os sistemas de saúde, modelos fixos e fluxos centralizados (FERLA, 2002b). O processo de regionalização da atenção à saúde, associado a diretriz da descentralização da gestão, instiga os Estados e Municípios a repensarem seu papel no sistema, em particular, acerca da sua capacidade de gerar acesso a serviços e ações que respondam à integralidade.

Entendemos a proposta de linha de cuidado atada a uma noção de organização da gestão e da atenção em saúde que toma em referência o conceito de integralidade na sua tradução em práticas cuidadoras. Segundo Ceccim e Ferla (2006), linha de cuidado constitui num modelo de organização da gestão setorial e das práticas assistenciais capazes de responder por uma concepção de saúde que inclua as pessoas em uma rede de práticas cuidadoras em saúde e de afirmação da vida. A sua organização implica no planejamento de fluxos de ações resolutivas das equipes de saúde que tenham como centralidade das ações o acolhimento, a informação, o atendimento e o encaminhamento por dentro de uma rede cuidadora, superando a ideia de referência e contra-referência como um ato burocrático em que a equipe se exime da responsabilidade do cuidado do usuário.

Conforme a diretriz constitucional da descentralização, cabe à gestão municipal, em cooperação técnica e financeira com os gestores estadual e federal, garantir o acesso às ações e serviços de saúde, e não apenas o gerenciamento dos recursos assistenciais de baixa complexidade instalados no seu território. Isso significa que cabe ao gestor municipal a responsabilidade pela garantia do acesso da população independentemente do local. A população com maior necessidade<sup>7</sup> deve ser priorizada (FERLA, 2002a).

---

<sup>7</sup> Destaca-se aqui essa formulação porque se acredita que populações que vivem em assentamentos já estão com vulnerabilidade nas condições de acesso a bens de consumo, com uma situação de desenraizamento importante de sua cultura, com fragilidades no acesso a emprego e, muitas vezes, à renda, e, assim, com uma intensidade de necessidades de saúde diferenciada em relação à média da população. Também com uma configuração cultural distinta do território onde estão residindo, uma vez que ocupam locais que lhes foram disponibilizados, não necessariamente próximos de suas raízes. O destaque, portanto, procura dar evidência para um problema nas ofertas assistenciais a essas populações, tanto em termos de acesso quanto de qualidade, aqui registrada a frequente falta de especificidade nas ações oferecidas a essas populações.

A pouca participação e capacidade de gestão do sistema local sobre os serviços de saúde constitui-se no processo de *desconcentração*, em que apenas as atividades operacionais são transferidas às instâncias locais, mantendo-se o poder técnico, político, e financeiro concentrado nas instâncias centrais (FERLA, 2002a). Assim, o efetivo controle local e a garantia de subordinação dos serviços vinculados ao SUS as suas normas, princípios e diretrizes fica submetido a uma relação de poder desigual, mais fortalecida muitas vezes, no próprio prestador em detrimento do gestor local. A possibilidade de explorar os sentidos mais potentes da integralidade, que são derivados de práticas concretas, ficam esvaziados em nome do desempenho dos roteiros pré-definidos. O processo de descentralização com ênfase em arranjos municipais compunha também um contexto de enxugamento do Estado, onde a desconcentração de competências de gestão se articulava fortemente com a transferência das mesmas das instituições governamentais para a sociedade civil. Ou seja, há vetores de força com distintos interesses e disputa de sentidos operando sob a designação da descentralização, com consequências diversas para o que cabe nos sistemas locais de saúde.

Segundo Ferla (2002) *a crise de tecnologias de gestão descentralizada se abastece e se dissimula num excesso de gestão centralizada, própria da cultura política da administração pública brasileira*. Essa proposição contraria o Pacto Federativo estabelecido constitucionalmente, que impõe inovações ao sistema político vigente por meio de uma relação horizontalizada entre as três esferas do governo. As políticas de financiamento da saúde implementadas no âmbito nacional induzem administrativa e a organização das instâncias subnacionais deriva, principalmente, das políticas de financiamento da saúde implementadas no âmbito nacional (FERLA, 2002a).

A pactuação horizontal entre os gestores, pré-condição para assegurar o acesso aos serviços e procedimentos ofertados em outro território, deve estar solidamente constituída, com instrumentos de gestão capazes de garantir as condições pactuadas entre gestores da mesma esfera de governo. Há, portanto, um duplo desafio na garantia do acesso às ações e aos serviços de diferentes densidades tecnológicas, conforme a necessidade de cada segmento, mas também de um conjunto de ofertas capaz de responder à singularidade de cada grupo ou indivíduo (FERLA, 2002a).

O contexto federativo brasileiro, com autonomia para os entes federativos e a cultura política onde disputas partidárias tendem a reconfigurar os projetos de gestão governamental para fortalecer elas próprias, tem resultado em uma incipiente capacidade de gestão institucional para a complexidade do setor saúde nas diferentes instituições das políticas públicas. Logo, acaba no fortalecimento da atomização ainda existente, concentrando avanços no âmbito dos municípios. Quando se tratar de municípios de pequeno porte, regiões com grandes dispersões populacionais ou com forte movimentação populacional, essa característica é ainda mais visível e expressiva.

Refletindo sobre o processo como foi realizada a descentralização no Brasil, Campos (2007) afirma que não ocorreu de modo organizado. Para o autor, é imprescindível o papel do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado para coordenar e integrar os sistemas locais. A partir dessas avaliações sobre o processo de descentralização do SUS, podemos perceber o quanto essa pauta é complexa, envolvendo vários aspectos que atuam como forças divergentes. Campos (2007) chama a atenção, por exemplo, para os desacordos entre a tradição do sistema público de saúde e a ordem liberal-privatista *que se manifesta como resistência permanente ao SUS, estando dentro do SUS e, ao mesmo tempo, dentro do imaginário dominante dessa nossa época de globalização do capitalismo* (Ibdem, p. 1869), ressaltando as divergências na compreensão sobre o papel do Estado no suprimento das necessidades sociais de sua população.

Com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, a regionalização retornou com mais força à agenda do SUS, que definiu-a como sendo eixo estruturante de gestão, devendo orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre gestores, sendo as redes regionalizadas de atenção à saúde *institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos* (BRASIL, 2008). Segundo Silva (2011), o Pacto se propôs a substituir o formato rígido da NOAS por pactuação mais flexível, que resulte em construção de arranjos que contribuam para a regionalização e o aperfeiçoamento de redes. Regionalização e hierarquização, como referidas pela Carta Magna, devem atender aos atributos de estarem

integradas, em rede, expressar linhas de fluxo não gerenciais, mas de qualidade do acesso e da resolutividade, constituindo um sistema único, voltado aos interesses locais. *Desse modo, a regulação gerencial se constitui como dispositivo de monitoramento e melhoramento permanente da qualidade da atenção cuidadora em rede* (CECCIM, FERLA, 2006, p.167).

Reforçando essas ideias, a tipologia de necessidades de saúde proposta por Cecílio e Matsumotto (2006) aponta planos de pensamento para o cuidado em saúde que se pretenda pautado pela integralidade, mais amplos do que aqueles que se assentam somente na racionalidade biomédica vigente. A partir disso, Ferla (2007) propõem uma clínica nômade, ou seja, uma prática de cuidado que, para não abrir mão do objetivo de cuidado, se reorganiza conforme as condições do andar a vida de cada localidade, inclusive das condições tecnológicas dos serviços.

Segundo Ceccim e Ferla (2006):

A mandala do cuidado como imagem à administração e gerência do sistema de saúde articula linhas de cuidado da integralidade e não fluxos ascendentes e descendentes da pirâmide da atenção, assim o compromisso de qualificação da atenção básica à saúde, implica garantir-lhe qualidade e resolutividade, articulando a sua organização com toda a rede de serviços e como parte indissociável do tramado em rede de atenção integral à saúde. Esse pressuposto articula, ainda, o individual ao coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde nas populações, não descuidando da necessária atenção a qualquer cidadão em situação de urgência, construindo a extensão do cuidado pelas redes sociais que assegurem a autodeterminação dos usuários e não sua dependência dos profissionais ou dos serviços. [...] Mas é a educação permanente em saúde como política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, com o objetivo de implementar projetos de mudança no processo de trabalho e na educação dos profissionais, que colocará o cotidiano e sua qualificação como objeto da integralidade (CECCIM, FERLA, 2006, p.175).

A Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, trouxe a discussão da necessária inovação do processo de organização do sistema de saúde, redirecionando as ações e serviços no desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e tem por objetivo produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade,

responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do SUS, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além de eficiência econômica. Sua operacionalização se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional, e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

A RAS é concebida a partir de arranjos organizativos de ações e serviços que diferem em suas densidades tecnológicas, e que se conectam através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando assegurar a integralidade do cuidado. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, e compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, *regulamenta a Lei nº 8.080/90 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências*. Especifica conceitos como região de saúde definida como um espaço geográfico contínuo, constituída por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitada a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, a fim de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Também estabelece a região de saúde como base para a alocação de recursos financeiros, deixando a cargo das Comissões Intergestoras pactuarem a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção (BRASIL, 2012b).

Além disso, prevê que os acordos interfederativos devem ser pactuados através do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), considerado acordo de colaboração, firmado entre entes federativos para organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com a definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução, e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012b).

Vale destacar ainda, que o Decreto define como porta de entrada para Rede de Atenção em Saúde os serviços de Atenção Básica, Urgência e Emergência, e Atenções Psicossociais e Especiais de Acesso Aberto. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2011, a Atenção Básica é considerada a ordenadora do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, devendo ser base e resolutiva, coordenar o cuidado, e ordenar as redes, constituindo a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação. (BRASIL, 2012a). A resolutividade de uma linha de cuidado difere da expectativa de resolutividade da atenção básica à saúde apenas pelo reconhecimento e uso de uma cadeia interserviços ou inter-unidades de produção da saúde (CECCIM, FERLA, 2006, p. 176).

## 6 TERCEIRA PARADA: Assentamentos Rurais, destino ou desvio no direito à saúde?

Esse capítulo foi inspirado pela própria ideia de territorialização que a Atenção Básica traz em sua metodologia de trabalho. Santos e Rigotto (2011) citam três sentidos diferentes e complementares que a territorialização adquire no trabalho da Estratégia Saúde da Família. São eles: *demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais, como centros de referência*. (SANTOS, RIGOTTO, 2011, p. 76). Segundo os autores (Ibdem, 2011), interessa saber a história do lugar porque fornece elementos da identidade territorial à qual se relaciona, muitas vezes, à identidade coletiva, sendo assim, *compreender a linha que une o passado ao presente nos permitirá aceder a potencialidades, tradições, cultura, valores e hábitos, e também aos possíveis conflitos – de poder, de uso e ocupação do solo, culturais, étnicos, ambientais etc. –, todos da maior relevância para a saúde* (SANTOS, RIGOTTO, 2011, p. 77).

O debate sobre a reforma agrária não estava em pauta na história do país até o período da constituição da República. O Relatório Final da VIII Conferência de Saúde (BRASIL, 1986), que serviu de referência para a discussão da Assembleia Nacional Constituinte em 1987/1988, traz no Tema 1 – “Saúde como Direito” uma concepção ampliada de saúde, resultante da compreensão de luta de todos os atores sociais que se faziam presentes. Dessa forma, a visão de saúde registrada naquele documento é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, portanto, resultado das formas de organização social da produção, às quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. O mesmo relatório (opcit, 1986), afirma que a sociedade brasileira é caracterizada pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária.

Retomar o texto apresentado nesse documento, é interessante, pois nele registram-se os ideais da luta do movimento sanitário brasileiro, composto por diversos atores sociais, que norteou no campo do embate político da construção dos marcos legais do surgimento do SUS, tanto na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica do SUS. No entanto, mesmo que a concepção de saúde ainda possa ser considerada como mais abrangente e resultante de uma série de fatores sociais que o determinam, a Constituição Federal de 1988 traz em seu escopo o seguinte texto:

*Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

E a Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990), traz a seguinte definição:

*Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.*

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

Como podemos perceber, por mais que os ideais do movimento sanitário tenham sido incorporados nos documentos supracitados, não ficou explícita a questão da posse da terra como fator fundamental no direito à saúde. Ora, por óbvio essa supressão demonstra um jogo de forças presentes em um país que ainda apresenta grande concentração fundiária, conseqüente desigualdade social e muito a avançar no processo de Reforma Agrária. A garantia dos direitos sociais, porém, não finda na posse de terra ou, posteriormente, no incentivo à produção agrícola, através dos financiamentos concedidos aos pequenos agricultores, mas ao acesso a todos os direitos sociais, conforme previstos na Carta Magna.

Filippi (2005) lembra que, diferente dos países europeus, a constituição de um mercado interno deu-se obrigatoriamente pela alteração de status das classes sociais rurais. Já o Brasil, um caso peculiar no cenário mundial, nunca precisou realizar uma revolução agrária para que ocorresse a revolução industrial, resultando em praticamente nenhuma mudança importante no regime de posse da terra. Situação diferente de países desenvolvidos ou que vivenciaram o socialismo. Das economias coloniais latino-americanas, o Brasil foi aquela em que, até meados dos anos de 1930, o setor primário foi a base da economia. A agricultura foi a principal atividade da economia do Brasil vigorada por mais de quatro séculos. Esse período duradouro das atividades econômicas que tiveram o binômio terra-trabalho escravo como principal atributo, definiu a ocupação territorial do país.

É interessante perceber que as lutas sociais agrárias no Brasil se sobressaíram nacionalmente concomitantemente com o fato do país se tornar mais urbano, embora não se possa estabelecer

relação direta, pois os movimentos de contestação rural são mais complexos e não podem se explicar por um único episódio (FIIPPI, 2005). A redemocratização brasileira a partir da década de 1980, favoreceu a rearticulação das lutas sociais pela reforma agrária e acelerou um envolvimento da sociedade não nos termos de uma revolução burguesa nem da revolução passiva, porque os trabalhadores rurais conseguiram mobilizar e envolver certos segmentos urbanos, o que não significou um movimento articulado e imposto numa aliança com a burguesia. Em certa medida, essas mobilizações auxiliaram a avançar no debate da reforma agrária para além de um problema exclusivo da sociedade rural, acenando para os avanços das relações, em termos da totalidade rural-urbano (LUSTOSA, 2012, p. 197).

Kliemann (1986), ao retomar a história da colonização do Rio Grande do Sul, comenta que o Estado não se interessava pelos imigrantes, caso não tivessem na colônia praticando a agricultura. Ao contrário do que normalmente se imagina a imigração não era espontânea, o Estado financiava praticamente todo o processo. No entanto, nem todos os imigrantes vindos para o estado do Rio Grande do Sul no período Republicano eram agricultores ou desejavam sê-lo. Além disso, a permanência nas colônias nem sempre ocorria de forma próspera, seja pelo recebimento de terras de má qualidade ou pelas adversidades relacionadas à saúde e à alimentação. A solução encontrada, geralmente, era procurar novas terras ou oportunidades nos centros urbanos.

No entanto, com a situação de escassez de terras produtivas e a explosão demográfica das colônias antigas, somadas a política colonizadora da época, intensificou-se um movimento dos colonos na busca por terras desocupadas. Essa invasão foi denominada intrusão. Kliemann (1986) contextualiza que os intrusos, na época, eram denominados os indivíduos brasileiros e estrangeiros que, sem receio da repressão do Estado, abandonavam suas colônias de origem que se encontravam superpovoadas e apossavam-se de terras desocupadas. Esse movimento, muitas vezes, lhes dava o direito de ficar com a terra, justificado por hábito adquirido de uma vida nômade.

A partir de 1907 ocorreu considerável aumento na intrusão, tanto de proprietários nacionais como em áreas indígenas. Não havia também uma atenção à característica nômade da população nativa. Sendo assim, o abandono temporário era considerado definitivo pelo governo. Dessa forma, os índios ao retornarem às suas aldeias encontravam-nas ocupadas. Para agravar a situação da questão agrária, Getúlio Vargas, em 1928, emitiu um decreto que expropriava ainda mais o pequeno agricultor resultando em aumento do êxodo rural e a intrusão.

Evidencia-se, com isso, que a luta pelo espaço no Rio Grande do Sul não pode ser compreendida somente a partir do fechamento da fronteira agrícola, da explosão demográfica, ou da mecanização do campo nos anos 50. A questão é mais complexa. Ela tem raízes na forma de espacialização regional e nas condições que foram dadas à penetração do capitalismo no campo, condições essas que privilegiaram os interesses econômicos e políticos de uma minoria dominante em detrimento de necessidades sociais mais amplas, conforme se verifica pela ação da sociedade política na República Velha (KLIEMANN, 1986, p. 145).

Na história mais recente, a partir de 1974, também foi verificada uma crescente intrusão de colonos nas áreas indígenas, especialmente na região de Nonoai, no estado do Rio Grande do Sul. Ainda que os índios tenham tentado por várias vezes expulsar os colonos, nunca encontraram apoio nos órgãos oficiais. O renascimento do movimento dos agricultores sem-terra no Rio Grande do Sul foi resultado direto do conflito entre colonos e índios caingangues, da reserva de Nonoai, em 1978 (MARCON, 1997).

A Funai utiliza a categoria intruso para denominar os colonos que entraram nas reservas indígenas sem contrato de arrendamento, ou seja, ilegalmente, e de arrendatários para os colonos que mantinham uma relação legal. Evidentemente, essa distinção encobre um problema mais profundo que é, em ambos os casos, o da invasão dos territórios indígenas (MARCON, 1997, p. 48).

O conflito de Nonoai, em 1978, constituiu-se num marco em que começaram a explicitar-se as políticas fundiárias, sobretudo dos governos militares. O agravamento das contradições, no entanto, resultou no enfrentamento de dois segmentos sociais marginalizados social, econômica e politicamente: índios e sem-terra. A partir disso, reiniciou-se a luta pela reforma agrária e pela cidadania. As contradições na estrutura fundiária, denunciadas pelos vários movimentos sociais na década de 1960, ressurgiram com muita força no final do decênio de 1970. Nesse sentido, o conflito de Nonoai foi decisivo para recolocar em debate a concentração de terra, a ausência de uma opção política de reforma agrária, as ambiguidades dos projetos de colonização, a política de intrusão nas reservas indígenas, etc. (MARCON, 1997, p. 53).

É nesse contexto político e espacial que surgiu o acampamento da “Encruzilhada Natalino”, que ocorreu de dezembro de 1980 até julho de 1981, sendo o primeiro acampamento de colonos sem-terra nessa década. Devido a isso, é preciso expor algumas passagens desse contexto, em especial no que se refere ao Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra (MST), principal movimento social de luta pela reforma agrária com origens no sul do país no início da década de 1980.

Navarro, Moraes e Menezes (1999) optam por dividir a história do MST em três fases. A primeira delas compreende o período do início dos anos de 1980, com a mobilização dos primeiros grupos de trabalhadores rurais, principalmente nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Nessa época havia marcante presença de mediadores religiosos e a forma de mobilização era essencialmente pacífica, tendo os governos estaduais como foco de interlocução. O movimento expandia-se rapidamente com o recrutamento fácil de trabalhadores rurais com pouca terra ou sem-terra, pois os poucos assentamentos motivavam a ampliação desse movimento social.

A segunda fase ocorreu, segundo os autores (Ibdem, 1999), nos anos de 1986 e 1993, em que a postura do movimento começou a optar pelo confronto, ao mesmo tempo em que buscava um distanciamento da direção operacionalizada pela Igreja Católica até então. Nesse momento, ao que parece, o movimento constrói mais fortemente uma organização própria, a sede anteriormente localizada no Rio Grande do Sul migra para São Paulo, onde ainda permanece. O interlocutor principal passou a ser o governo federal até meados de 1988, mas logo volta-se ao governo estadual e, no final da década de 1980, configura uma fase de maior resultado prático, no que se refere a número de assentamentos e agricultores recrutados para ações propostas. Os autores (Ibdem, 1999), também apontam uma crise nesse período em que o movimento enfrenta, é consequência da presença de forças contrárias a exemplo da UDR (União Democrática Ruralista) e o crescimento acelerado de assentamentos que impuseram uma questão: “como organizar a produção nessas novas áreas, viabilizando economicamente os assentamentos e apresentando-as como ‘áreas modelos’?” (Ibdem, 1999, p. 29).

Navarro, Moraes e Menezes (1999) definem como terceiro período o início dos anos de 1994 em diante, e aqui vale ressaltar o limite do tempo, pois a análise dos autores vai até o final da década de 1990. Mesmo assim, importa trazer que entre os desafios apontados que o MST se deparava, era a gestão econômica e produtiva dos novos assentamentos.

Sobre o cenário dos assentamentos no Rio Grande do Sul, há uma tendência a formar grupos diferentes: as famílias que mantinham vínculo mais orgânico com o MST; os grupos dissidentes do movimento; ou com forças políticas locais que arregimentaram os candidatos a assentamento (NAVARRO, MORAES E MENEZES, 1999, p. 53). Outro ponto destacado pelos autores como fator determinante na formação dos grupos é a origem geográfica. Desta forma, famílias oriundas de um mesmo município preferem aglutinarem-se nos assentamentos, decorrente dos vínculos de amizade e parentesco estabelecidos anteriormente. Nesse ponto, há uma separação mais evidente no sul do país, que é a origem étnica das famílias, que em linhas gerais, os autores separam em dois blocos: os

de origem, referindo-se aos imigrantes europeus e os caboclos. Por ser uma especificidade dos assentamentos dos três estados sulistas, essa característica não aparece no “I Censo da Reforma Agrária”. No entanto, a etnia não seria o fator determinante dos reagrupamentos, mas as condições históricas que propiciaram aos de “origem” melhores oportunidades de acesso a propriedade da terra e a tradição de ser colono. Os colonos, imigrantes europeus do sul do país, ou como chamam de “origem”, reúnem experiência em administrar o lote, exercício de autonomia e controle sobre as formas de organização e produção e de seus resultados, manejo de técnicas modernas. Geralmente são filhos de pequenos proprietários, solteiros ou recém-casados. Ao passo que os “brasileiros” em geral possuem famílias numerosas, idade mais avançada e baixa escolaridade.

Além de aglutinar blocos de famílias, os traços culturais sedimentados ao longo destas diferentes trajetórias influenciam, sobremaneira, as maiores ou menores expectativas em relação à nova situação de assentado. Por exemplo, frente à precariedade do padrão de vida anterior, a obtenção de um lugar permanente para morar e a garantia da alimentação básica para a família, aparecem como o máximo que uma família de “caboclos” poderia talvez desejar. A importância dos sinais de permanência é tão grande que tendem a priorizar a construção da casa de alvenaria em detrimento de outros investimentos na produção. Já as expectativas entre as famílias cuja referência era o padrão de vida de seus pais “colonos”, são incomparavelmente mais sofisticadas, motivos pelo qual priorizam os investimentos na produção. Tais diferenças, inevitavelmente, vão marcar outras formas de identidade e estranhamento que dão origem a novos grupos cuja unidade se forja, muitas vezes, já no interior dos assentamentos, complexificando ainda mais sua estrutura organizativa e as relações internas (NAVARRO, MORAES E MENEZES, 1999).

Ferreira Neto (2002), traz que o momento da ocupação da terra reúne os integrantes do grupo em um interesse em comum o que faz que as participações sejam mais homogêneas, pois os opositores são mais claramente distinguidos. Já no momento do assentamento, cada assentado tem um espaço maior individual para seguir sua trajetória, abrindo brechas para diluição da identidade que existia entre os sem-terra. O autor reconhece que não há uma identidade pronta e acabada, ao invés disso, entende como identidades que se contrapõem no enfrentamento a outras. Assim, a identidade de excluído, de sem-terra, contrapõem-se a de proprietário, de ‘com-terra’, e consolida-se, a partir da perspectiva dos indivíduos, na noção de grupo, de nós, em oposição a eles, aos outros (p. 46).

## 6.1 Assentamentos Rurais: o que se observa nas produções em saúde

Foram indexadas buscas das expressões “Assentamento Rural” OR “Assentamentos Rurais” nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde ([www.bireme.br](http://www.bireme.br)) e na base de dados Scientific Electronic Library Online SCIELO ([www.scielo.org.br](http://www.scielo.org.br)). Os requisitos para a pesquisa foi de que os materiais deveriam ser catalogados como artigos, teses ou monografias e ter o ano de publicação no intervalo entre 2009 e 2014, na BVS e 2008-2014 na base Scielo. A mudança de intervalo deu-se porque na base Scielo o ano de 2008 apresentou um considerável aumento de publicações, comparado aos outros anos. Após leitura dos títulos e resumos, para certificar de que se tratava de materiais que abordassem algum aspecto da saúde em Assentamentos Rurais, restaram 28 artigos, e podem ser conferidos no Apêndice A.

Chama atenção que dentre os periódicos que apresentaram maior concentração de publicações, embora elas sejam bastante dispersas, relacionem-se à temática das doenças tropicais, ou seja, doenças infecciosas que são mais comuns nas regiões dos trópicos e que apresentam maior dificuldade de controle, perfazendo um total de oito artigos. Os periódicos *Ciência e Saúde Coletiva* e *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais* e *Cadernos de Saúde Pública* apresentam dois artigos publicados, cada um.

Portanto, exceto algumas publicações que parecem se ocupar de ampliar a compreensão sobre a vida nos assentamentos rurais, a maioria das publicações da área da saúde, parecem encontrar nos assentamentos a produção de doenças. Para tanto, realizam levantamento de riscos, investigações sorológicas e descrições de outros fatores. Olhando o conjunto das produções, parece que essas reafirmam os assentamentos rurais como o lugar do caos, da produção, disseminação e foco de doenças. Vale lembrar que não foi encontrado nenhuma produção que abordasse Atenção Básica nos assentamentos rurais.

**De qual distância falamos?**

*São sete horas da manhã de uma quarta-feira. Vou encontrar a equipe de saúde em frente à Unidade. Há um carro disponível para a equipe na frente da Unidade Básica de Saúde e, dessa vez não temos motorista, como geralmente ocorre. Seguimos por uma estrada asfaltada até a comunidade rural, depois uma pequena parte de estrada de chão. No local, uma escola desativada sedia os atendimentos onde também funciona a associação dos moradores. Muitos homens idosos aguardam atendimento médico e odontológico e, posso visualizar naqueles corpos o resultado do trabalho pesado. Em algum momento percebo a conversa entre a agente comunitária, a técnica de enfermagem e o médico. A agente comunitária relata que está preocupada com um idoso. O médico recusa-se a ir vê-lo, alega que há uma fila enorme a sua espera e sugere que as duas profissionais busquem o idoso com o carro da equipe. Pergunto se posso acompanhá-las e elas aceitam. Andamos de carro uma distância de aproximadamente 300 metros. Chegamos a um casebre de madeira e um idoso veio até a porta. Sério, falava pouco e parecia ter problema de audição. Havia uma ferida aberta em sua pálpebra que parecia avançar para a retina. Uma cena começa a se formar em que a agente comunitária e a técnica de enfermagem tentam convencê-lo a ir até o posto de atendimento para o médico ver a ferida. Ele é relutante. Vários argumentos são colocados: ele precisa cuidar para que não piore, estamos de carro, portanto não precisaria se preocupar em ir e voltar a pé. Nada parece convencê-lo. Percebo que faço a mesma coisa e, em pouco tempo, nós três estamos tentando arrancar aquele homem de sua casa para levá-lo até o médico. Afasto-me do casebre e da cena que estava acontecendo e apenas observo. A distância da estrada a percorrer, nesse caso, entre usuário e equipe de saúde é tão pequena do que geralmente ocorre. Quanta ironia! Retornamos lamentando o fracasso da intervenção. Ao final dos atendimentos, mas bem antes do final da tarde, a líder comunitária oferece um café à equipe de saúde em sua casa. Após alguns instantes, percebemos a saída da agente comunitária, alguém exclama gritando seu nome, mas ela já está caminhando ao longe e não ouviu, ou não quis ouvir. Aquela cena causou certo constrangimento nas pessoas que estavam presentes. Alguém se preocupou, dizendo que ela não havia se despedido de mim. Eu lembrei que quando ela trouxe sua queixa/demanda à equipe sobre o idoso que visitamos, esta também foi silenciada. Adiantava falar? Provavelmente ela, como moradora do lugar, continuaria a conviver com essas e com outras demandas durante o restante do intervalo de tempo que a equipe completa não está presente para compartilhar.*

## **7 “VIAJO POR QUE PESQUISE OU PESQUISAR É VIAJAR? ”: um pouco do trajeto, das curvas e bifurcações do percurso**

Bom, como apontei no início, a pesquisa foi pensada, no momento de redigi-la como se eu estivesse passando por uma estrada, no caso, uma estrada de chão, característica das zonas rurais e muito comum nos caminhos longínquos que levam até os assentamentos rurais.

Porém, o percurso da pesquisa não foi tranquilo e aqui cabe novamente a imagem da estrada, com suas fissuras, bifurcações, alagamentos. Os desafios e as incertezas permearam o processo e, se por vezes me motivava a buscar modos de continuar o trajeto, por outros sentia necessidade de parar e nada parecia fazer sentido. Nessas horas, é como se eu estivesse sozinha na estrada sem muita certeza se a direção que estava indo era mesmo a que deveria seguir, não havia sinalização e ninguém passava para que eu pudesse perguntar.

Percorrer uma estrada de chão, em meio a zona rural, onde não há ninguém por perto, pode ser uma imagem encantadora, completada por um lindo dia de sol, mas também pode ser perturbadora e angustiante. Penso que aceitar essas sensações e tentar aproveitá-las na pesquisa faz parte do aprendizado da pesquisa. A seguir eu relato um pouco dos movimentos que precederam a ida ao primeiro município, ao noroeste do estado, conhecida como Região das Missões.

A partir dos dados do Pmaq-AB, conforme exposto anteriormente, foram selecionados dois municípios para a produção da pesquisa empírica. O objetivo foi ir aos locais para realização de observações e entrevistas com profissionais, usuários e gestores, visando criar subsídios à discussão sobre as práticas de saúde destinadas às populações assentadas, tendo como fio condutor para a análise a concepção de integralidade em saúde.

No primeiro momento da seleção dos dados levantados no Banco de Dados do Pmaq-AB, mesmo que esses tenham apontado para apenas dois municípios no estado, ficou evidenciada a contingência de informações referentes às diversas atividades desempenhadas, tanto na gestão como na atenção à saúde. Apenas essas informações poderiam subsidiar uma análise

mais aprofundada sobre a Atenção Básica nesses contextos, principalmente na combinação desses dados com outros disponíveis no IBGE e no INCRA, para citar alguns exemplos. Entretanto, algo do interior dessas experiências ainda continuaria desconhecido. Mas de qual interior se fala nesse momento? Talvez aqui seja mais interessante utilizar a expressão micro-lugares, que conforme Spink (2005) é uma metáfora que dá importância aos encontros, desencontros, do que é ouvido no cotidiano, em filas, salas de espera, enfim qualquer lugar ou situação que mostre essas passagens breves, mais do que indicar um lugar concreto. Essa concepção parece se aproximar à intencionalidade da pesquisa de campo, porque a mesma não se limitou a observar o lugar dos atendimentos realizados às populações assentadas, ou seja, lugar no sentido concreto do termo, pois esses poderiam estar tanto nas Unidades Básicas de Saúde situadas na área urbana das cidades como nos postos de atendimentos ou UBS situadas nos assentamentos. Nem tampouco se ateve a investigar os assentamentos rurais dessas localidades: o mais correto seria indicar que a observação empírica buscou acompanhar, por um tempo limitado, como ocorre na dinâmica da Atenção Básica o encontro à essa população e se esse encontro busca a direção do cuidado integral.

A intencionalidade da pesquisa, desde o início, consistia em localizar uma expressão do cuidado que tivesse a capacidade de diálogo com a cultura, com o modo de existência singular de um grupo populacional também muito singular, pretensamente menos atravessado pela cultura biomédica e pelo discurso da biomedicina. O micro-lugar pretendido, além de traduzir uma situação específica – o atendimento em saúde para um grupo singular cuja singularidade estaria marcada por uma expectativa de cuidados não tão conformada pela cultura biomédica – traduzia também a memória corporal do contato anterior, das primeiras atividades profissionais, onde diálogos e a identificação de demandas singulares provocavam a uma clínica mais viva, como aquela que se organiza a partir da integralidade.

Nesse sentido, não seria possível – e tampouco era essa a intencionalidade - identificar especificamente como se organiza a Atenção Básica em comunidades de assentamentos rurais, pois como demonstrado nos capítulos anteriores, essa categoria de serviços aglutina *comunidade rural, assentados e quilombolas*, por isso a necessidade de se consultar outras fontes para certificar se o município realmente possuía assentamentos rurais. No caso aqui

relatado, devido à facilidade de comunicação direta, optei pelo contato telefônico com as secretarias municipais de saúde. A primeira surpresa é que essa informação não foi acessada com facilidade. Ao contrário do que imaginei inicialmente, que a gestão local pudesse ter uma maior facilidade em reconhecer seus usuários, principalmente pelo fato de se tratar de municípios pequenos, com menos de dez mil habitantes, parecia razoável que as próprias secretarias de saúde pudessem informar se prestavam atendimento à população assentada ou não. No entanto, foi preciso mais de um telefonema, contato tanto com funcionários diversos da secretaria de saúde os quais repassaram a ligação para a secretaria de agricultura, para certificar se havia assentamento no local. Ao final dessa primeira investigação, ambos os municípios afirmaram que possuíam populações assentadas. O primeiro confirmou que os assentamentos eram vinculados ao Incra, enquanto o segundo município não soube informar ao certo como se constituía tal assentamento, pois era composto por famílias da própria cidade, atingidas por uma tempestade, que foram assentadas em outro local.

Esse desconhecimento inicial, pensei, poderia indicar uma integração da comunidade ao restante da cidade, de modo que as diferenças entre assentados e não assentados fossem diluídas; poderia ocorrer, por outro lado, um completo desconhecimento e falta de assistência da gestão municipal ou, inclusive, o que não descarta o anterior, uma negativa da existência de tais pessoas, resultando em uma exclusão das mesmas ao acesso às políticas públicas. O fato de não conseguir, inicialmente, uma informação mais concisa se o município possui assentamentos rurais ou não, já se configura em algo importante para uma primeira reflexão: as populações assentadas, que tem classificação prevista nos sistemas de informação, que tem existência e mobilizam forças políticas e imaginários locais, parecem invisíveis para o sistema de saúde na sua condição de assentados. Com algum esforço de processar a sensação corporal inicial, pareceu que haveria o risco de que, também em pequenos municípios e para essa população, as heterogeneidades estariam apenas na condição de diferenças e, nessa condição, não teriam potência para reconfigurar as ofertas de atenção. Uma frustração inicial que mobilizou, novamente, a lembrança da história dos assentamentos.

Conforme mencionado anteriormente, os assentamentos no Rio Grande do Sul iniciaram na região noroeste, a mesma em que também começou o MST. No final dos anos 1990, muitas

famílias migraram para a parte sul do estado, no entanto, sua inserção nas cidades mais ao sul do estado não ocorreu de modo simples, e foi marcada por fortes resistências da comunidade da região, em especial dos proprietários de terras, gerando inclusive um movimento inédito no país, o qual foi identificado como “vistoria zero”, e que visou impedir que técnicos do INCRA vistoriassem as propriedades rurais daquela região, inviabilizando as desapropriações para fins sociais (ROS, 2009).

Esse breve resgate não se configura uma novidade, afinal, integrantes de um movimento social cuja bandeira direciona-se a intervir na concentração de terras e na concepção de propriedade que temos atualmente, muito provavelmente, não seriam recebidos tranquilamente por aqueles que se beneficiam desse funcionamento. No entanto, faz-se pertinente nesse momento da narrativa, pois a pesquisa centra-se em municípios muito pequenos, onde as relações sociais são próximas. Logo, imaginar que o médico que atende na Atenção Básica pode ser também um dos fazendeiros que lideraram o movimento junto ao Sindicato Rural para barrar a entrada de famílias assentadas, explícita o quanto as relações tão próximas não são necessariamente de simples compreensão, pois retratam um contexto maior bem mais complexo. Tal exemplo, que beira o caricato, busca chamar atenção para o quanto o acesso às políticas públicas pode ser influenciado por essa trama de relações. Como sabemos, não basta a afirmação doutrinária de que a saúde é um direito fundamental, é preciso que esse direito seja reafirmado no cotidiano dos serviços.

Na região sul do estado do Rio Grande do Sul a chegada da população assentada foi mais difícil, comparando-se ao restante do país (ROS, 2009), tanto que as áreas de assentamentos se restringiram a algumas cidades, entre elas, uma em que tive experiência como trabalhadora da Atenção Básica, onde pude constatar o quanto, muitas vezes, essas populações são estigmatizadas inclusive nos ambientes que deveriam estar a serviço de sua inclusão e garantia de direitos.

A interlocução entre política pública e comunidade pode ocorrer de maneira mais orgânica ou mais segregada. Provavelmente essa foi a maior dificuldade na realização do relato na parte empírica dessa pesquisa, pois no momento em que era reconstituída nas memórias, registros, conversas, entrevistas, era inevitável lembrar de episódios vivenciados em outros momentos

de minha trajetória. Tratada a sensação inicial com as memórias do vivido previamente, parece-me que aqui surge uma pequena variação da constatação já referida. Talvez a questão central não seja a invisibilidade propriamente dita, mas o fato de que há necessidade de uma intencionalidade clara da política para quebrar a invisibilidade que se projeta sobre as populações de assentados e os discursos que são projetados sobre elas: é preciso que essa seja uma diretriz da política local, que o sistema local coloque essa questão no conjunto das relações que constituem aquele micro-lugar. Essa direcionalidade da política, por certo, terá visibilidade. E a qualidade do cuidado prestado a essa e a outros grupos populacionais, por certo, terá efeitos.

Nesse momento, eu poderia sublinhar a questão da distância dos assentamentos, mas durante toda a pesquisa me questionei o quanto deveria ser dada importância a essa distância concreta dos assentamentos, localizado geralmente em regiões rurais mais distantes, à zona urbana das cidades ou me referir apenas à distância que é colocada no sentido de nós e eles. Eles, os assentados, os forasteiros, os estrangeiros, os bárbaros, que representam uma ameaça ao *status quo*.

E foi justamente essa reflexão sobre as distâncias entre as realidades observadas que instigou olhar para o campo empírico, pois não somente a distância percorrida medida em quilômetros, em estradas intermunicipais, mas a distância entre essas cidades e as comunidades rurais, tanto de comunidades rurais, tanto de pequenos agricultores locais, ou de trabalhadores rurais de grandes fazendas, como as comunidades em que a pesquisa buscava aproximação, ou seja, os assentamentos rurais. Apenas para citar algumas distâncias, pois muitas outras existem: distâncias culturais, de acesso a serviços, de reconhecimento, no âmbito do sistema de saúde público, idealmente organizado em rede de atenção, com a diretriz da descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo. Não seria o momento de questionar que a direção não seria apenas única? Como haver encontro, se há apenas uma direção?

Nessa *única* direção do encontro, em que eu me desloquei até as comunidades rurais de assentados, em vários aspectos existiam muitas diferenças, mas posso apontar algo em comum, um aspecto que tanto facilitava, como impossibilitava o encontro: a estrada. Estrada

de chão, sujeita a intempéries de diversas ordens, mas que se impunha a possibilidade ou de permitir ou de bloquear totalmente o encontro, através das cheias dos rios, das quedas de suas pontes e de outras impossibilidades que tanto um carro comum, como uma camionete mais bem prepara não poderia vencer os obstáculos. Claro que esses fatores descritos são questões concretas a serem avaliadas, principalmente em um sistema de saúde que tem a pretensão de alcançar acesso universal, no entanto, há também outro acesso, possibilitado não apenas por questões concretas, da estrada, do carro disponível, das condições climáticas, que fogem ao nosso controle, falo de um acesso que não é com direção única, mas que se refere ao encontro. E aqui permito utilizar a metáfora de se acessar o outro para o encontro, esse outro, geralmente identificado como usuário do serviço de saúde, mas o usuário não deve ser concebido como algo dado, pois de qual usuário estamos falando? Neste relato, como já vem sendo repetido, a direção é ao encontro com o usuário morador da zona rural, especialmente de assentamentos rurais, o que lhe confere uma característica diferente a do agricultor familiar, que também pode ser, mas de alguém que é proveniente da região ou não, e que a partir de um processo de reforma agrária se estabeleceu em um lote de terra para prover seu sustento. No entanto, o processo de inserção da vida na nova cidade não é algo simples.

Conforme mencionado no capítulo “Novas rotas a partir dos dados do Pmaq-AB”, as duas equipes que encontramos no Rio Grande do Sul, uma ficava ao sul do estado e a outra ao noroeste. A cidade ao sul informava ao Pmaq-AB que possuía oferta de PICS e a segunda cidade não ofertava. Ambas referiam possuir comunidades de assentamentos rurais, sendo que a cidade ao sul, informou que eram famílias reassentadas da própria localidade.

Parti para a primeira cidade, ao noroeste do estado, na Região das Missões. A Cidade 01, apresenta em seu sistema de saúde local, duas equipes de ESF, uma equipe de urgência/emergência – SAMU, e uma equipe do Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB). Foi combinado, através de contato telefônico anterior, que eu chegaria até a UBS e conversaria com os profissionais das equipes, usuários e a gestora. Acompanhei a equipe das atividades tanto na cidade como na zona rural durante uma semana. Não consegui ter contato com a comunidade de assentados nessa cidade porque era apenas uma comunidade e não

estava na semana em que o cronograma da equipe ia até a localidade. O acesso seria possível somente com o carro da prefeitura, não havia transporte. Fui em outras comunidades rurais e, numa das ocasiões, consegui entrevistar a ACS da comunidade assentada que estava cobrindo a licença saúde da colega ACS da comunidade vizinha. Em algum momento, comecei a me questionar se a minha entrada em campo não foi muito institucionalizada, ficando colada às equipes, então em alguns momentos circulei pela cidade e tentei buscar outras informações sobre o assentamento rural, visto que estava impossibilitado de ir até lá. Entrevistei o presidente da Fetag, mas ele informou que a federal estava mais ligada ao pequeno agricultor, não a questão do assentamento diretamente. Então procurei a Emater-RS do município. Esta não estava conseguindo realizar os acompanhamentos.

Findada o período que ficaria na cidade, parti para o próximo destino. Porém, no início da partida, quando faço uma pequena parada na cidade ao lado e, então, mudam-se os planos. A partir de um encontro ao acaso com um médico intercambista do Programa Mais Médicos, descubro que a cidade vizinha, diferente da que eu estava até o momento, tem um número grande de assentamentos rurais, uma comunidade indígena e um quilombo. Esse cenário pareceu profícuo para observar a realidade local, pois o município convivia com diferentes singularidades. Como o sistema de saúde local dava conta de tantas especificidades?

Mudo a rota e fico na cidade, no lugar de partir para o próximo destino que seria ao sul do estado, realizo o campo em duas cidades de pequeno porte na Região das Missões.

### **7.1 Conversas no Caminho: a produção do diálogo**

Muitas dúvidas permearam acerca da maneira de apresentar os dados produzidos durante o campo empírico. Inicialmente pensei em dar mais visibilidade ao Diário de Campo e as entrevistas apareceriam de modo complementar. No entanto, após separar o material, fiz algumas considerações: primeiro, seria impossível trabalhar a totalidade do material nesse momento; segundo, os diálogos produzidos nas entrevistas diziam muito sobre os sentidos

que as pessoas produziam sobre o lugar do assentado, as concepções de saúde e doença, as condições de trabalho, os processos de cuidado e de gestão em saúde. Percebi então que não faltavam provocações para pensar as questões da pesquisa nos diálogos, mas sim um montante de coisas que seriam impossíveis dar conta. A seguir, demonstro alguns trechos dos diálogos realizados no campo empírico, agrupados por temáticas. A intenção, nesse momento, não é esgotar as possibilidades de reflexões sobre o material, e sim abrir novas propostas de análise.

***ELES, OS INTRUSOS: O direito minguado, o mérito negado***

*P: Assim, o pessoal, os assentados, eles começaram ganhando, né? Ganhando tudo do Incra, então sempre eles querem tudo. E eu entrei fazendo tudo pra eles também.*

*E: Como assim "fazendo tudo"?*

*P: Ah, buscando remédios, exames, marcando consultas. Eu vou até a cidade e marco consultas e exames para eles. Entende? Sendo que eles poderiam fazer isso, né? Só que eu entrei no começo fazendo tudo isso, então agora eles querem. E agora eu estou largando, aos pouquinhos eu estou conseguindo que eles peguem mais responsabilidade. Mas antes eles largavam bastante para mim. Bastante coisa.*

*P: Tem, tem bastante diferença. Que nem eu, trabalho no assentamento com pessoas mais novas. Lá na [Comunidade Rural de não-assentados] é idoso praticamente, de 80 anos para cima. Então eles são carentes, querem atenção. Eles gostam que eu vá conversar e, se eu não vou, eles já ficam me marcando. E o pessoal do assentamento, eles querem mais, mais material, eles querem remédio (risos) querem que tufaça tudo, exame, consulta, querem no dia que querem. Eu tenho conseguido me controlar com eles, me dou bem com eles, mas é diferente, muito diferente as duas comunidades que eu faço. Bem diferente”.*

ACS – Assentamento Rural

*“[...] Na verdade, na zona urbana o que tu percebes é que eles procuram mais a unidade de saúde. Talvez pela proximidade, seja mais fácil. No interior tem a estrada, né? Porque as pessoas da zona rural quando chove fica difícil vir pra cidade. Geralmente, demora para melhorar a estrada e depende de uma condução. Mas o pessoal da cidade procura mais, principalmente o pessoal do centro. Nós temos atendimentos no interior e, muitas vezes, eles aguardam a data do médico ir até eles. Quase sempre isso acontece, dependendo onde é a localização do interior, eles procuram mais o médico. E*

*eles só vêm pra cidade quando realmente necessitam de atendimento, senão eles aguardam. Mas o pessoal do interior é mais tranquilo, não buscam tanto. Já na cidade não, como eu falei, procuram mais. Muitas vezes, não é tanto pela necessidade, é mais por virem, por perguntar, por... né? Às vezes, até conversar com o profissional da unidade. Não precisa nem passar pelo médico, mas nem que seja pra conversar na unidade [...]*".

Enfermeiro

*"[...] Nosso município é essencialmente agrícola, né? Não tem outras atividades industriais aqui, se resume nisso. Então, todos eles são muito semelhantes, com exceção que nós atendemos dentro de um assentamento. Temos um assentamento e lá é um pouco diferente os atendimentos, a gente vê que o pessoal é bastante carente. É uma área bem isolada, é um povo que veio de vários outros locais pra ir pra lá com seu lote de terra. Então, além dos problemas próprios de saúde mesmo, a gente percebe que tem muita ansiedade, muita angústia, parece que é maior essa questão de deslocamento, se sentem meio abandonados. Porque não tem estrutura, né? Sabe, é uma região bem distante né? No fundo do município, eles são, parece que é um pouquinho diferente. Mas nas queixas dá no mesmo, é lombalgia. Trabalhador rural, né? Fica com sequelas, dor de coluna, tendinite no ombro, trabalhador braçal, trabalha com arado, com enxada, com machado, carregando peso. Com o tempo o desgaste é natural, vai ficando crônico e vai surgindo as dores crônicas. Então as pessoas vão se incomodando e querem atendimento, solução. A maioria dos problemas que a gente atende no interior é isso daí. [...] A maioria é sobrecarga do trabalho. Talvez dê uns 60% ou 70% dos atendimentos em que as queixas são ligadas ao trabalho, depois surgem outros problemas crônicos, quem é fumante, bronquite, as crianças com febre, essas gripes dessa época, de inverno, mas daí são os menores, os maiores motivos são os relacionados ao trabalho [...]*".

Médico – ESF

É possível identificar nos relatos apresentados, uma sugestão de que o singular nos assentamentos rurais é uma tensão entre a ideia da saúde como direito, e a saúde como concessão. Se pensarmos na zona urbana, a busca da unidade para outras demandas que não a assistência é transformada em demanda exótica. Na zona rural, no entanto, há um perfil já definido, como trabalhadores rurais empobrecidos, com sobrecarga física, desgastados pelas longas jornadas de trabalho e carências econômicas, políticas e sociais. Dessa forma, o assentamento parece já ser uma concessão, porém, é possível que ali já se tenha mais clara a ideia do direito à saúde, criando um vetor de tensão com a oferta realizada. Podemos pensar que há uma singularidade, mas não relacionada a oferta de ações com a configuração de práticas integrativas e complementares, mas sim, por causa da produção cultural mais

autônoma da lógica biomédica. Parece-nos, então, que a tensão se estabelece bem antes, da postura de quem já lutou e conquistou direitos versus uma construção cultural que diz que demandar mais do que o que há de oferta é transbordamento de direitos.

*“[...] Na verdade assim, não existe especificamente um conselho local de saúde nas comunidades. Eles têm conselhos locais de gestão. Então é o mesmo grupo que discute saúde, discute agricultura, discute meio ambiente, discute bom, qualquer outro assunto. E dentro desse grupo que discute essa gestão eles podem escolher alguns representantes pra fazer parte do CMS. Obviamente que, o conselho precisa ser paritário porque é isso que tá na constituição, mas muitas vezes, pela falta de qualificação dos conselheiros, se perde no sentido de qualidade das reuniões, porque, bom, precisa ser paritário, até pela questão de ser neutro, mas, ao mesmo tempo, tem conselheiros que... o grau de instrução é muito baixo. Indiscutivelmente se torna difícil tu discutires um assunto com alguém que é analfabeto ou praticamente[...]. Outra coisa, "ah, tá faltando medicamento no posto de saúde". Nós não temos essa concepção que falta medicamento. A nossa concepção como profissional é de que há um excesso de medicamento na população. A população tá acostumada a tomar muito medicamentos que não tem necessidade. [...] tinha uns cinco medicamentos prescritos na receita que ele mostrou e um dos medicamentos, que ele não recebeu era o creme vaginal, e ele é um homem. Então o que aconteceu, provavelmente, na hora de entregar o sistema não aceitou porque como ia justificar entregar um creme vaginal para um homem? Não tem justificativa! Então são exemplos de que falta conhecimento para até a leitura de uma receita. Imagina a gente a discutir gestão, discutir as coisas mais complexas no conselho? Então, é bem complicado”.*

Enfermeiro – AB

*“[...] Os assentados têm um nível de necessidade por todo o meio de vida que eles têm e por outro lado os... Porque assim, aqui os não assentados, não são pequenos agricultores, a maioria é latifundiário. A maioria das fazendas tem Unimed, então não todas, é claro, mas dá um diferencial bem grande em relação aos assentados que dependem única e exclusivamente do atendimento do SUS, eles dependem principalmente dos atendimentos do SUS. E também vejo que isso não é crítica, é uma forma de organização deles. Como eles viveram esse movimento a vida inteira, talvez caiba um sistema que consiga dizer, p ex., "bom, vocês conseguiram o objetivo de vocês, agora é outra etapa". Porque é bastante complicado trabalhar com eles, nesse sentido. Pra quem vem de fora, talvez não perceba isso.*

*[...] Eu trabalhei com os índios, que é uma população com pobreza muito maior que os assentados e para eles, tudo o que tu fazia quando chegava lá, depois alcançava: redução da internação, redução da mortalidade infantil, melhor condição de saúde bucal, etc. Naquilo o que tu tinhas que fazer, tu era reconhecido. Até hoje eles me veem e reconhecem. Nos assentamentos isso é um extremo em relação ao resto da população, tu podes fazer tudo, eles ainda vão te dizer assim, quando chegar alguém de fora: "nós não estamos sendo assistidos, não é feito nada em relação à prevenção. Não sei qual a*

*concepção que eles têm de prevenção, entendeu? Para mim prevenção foge de um individual, é mais coletiva.*

*A gente tem o perfil e trabalha esses números e aí a gente chega lá e tu viu o que eles falaram? “Aqui não é feito nada!” e “Nós estamos desassistidos completamente”. Bom, nós tivemos lá na quarta. Tinha atendimento sexta-feira na localidade, mas o posto de saúde na localidade deles fica a sete quilômetros, ou seja, não é uma distância impossível. Sem contar que, naquele assentamento, não vou generalizar, mas 90% das pessoas têm carro. E se tu fores olhar, todos os dias, uma vez por semana, todos eles estão na cidade, por algum tipo de outra coisa. Bom, se tu consegues, pra todas as outras coisas, eu acho que o acesso a saúde também, não é só a equipe buscar, é as pessoas também irem atrás. Tem que ter uma troca. Então isso que é um extremo bastante grande. Eu sempre comparo os assentamentos com a população não assentada, do mesmo jeito que dá pra comparar, os próprios índios, né? Dentro da sua organização. [...] os Kaigangs têm o mesmo nível de organização dos assentados, tu podes fazer, pode dar o que tu quiseres. Não acontece só na saúde, digamos que eles foram reivindicar uma cesta básica e o governo manda duas cestas básicas. Tu chegas lá e diz assim: “vocês estão contentes com a cesta básica que vocês ganharam?”, Eles dizem: “não, não, foi pouca tinha que ter ganhado 10”, mas eles reivindicaram uma, não é mesmo? Então na saúde não é diferente, nada é diferente, porque é o jeito que eles têm de negociarem, e assim eles acabam conseguindo quase tudo o que eles querem, sempre acabam conseguindo. Só que pra todos os profissionais e eu acredito que não é diferente, pra quem está na ponta, isso é complicado, porque parece que não, é não é porque tu que ficou inerte ao sistema deles”.*

Enfermeiro – ESF

*“É, é que geralmente, se tu levar isso pra ti, se tu não conseguir entender que isso é histórico, né? Que isso faz parte do movimento, que é uma forma deles reivindicarem, tu te acha uma - com perdão da palavra - uma merda profissional. Se tu pegares uma lista, p. ex., do Pmaq-AB, nós recebemos a avaliação muito acima da média. E aí, tu, o que é, porque o Pmaq-AB conseguiu pegar as questões “oh, vocês fazem tal coisa?” Fizemos. “Vocês fazem tal coisa?” Fizemos! Talvez se no Pmaq-AB, digamos que tivesse 100 perguntas, 99 a gente tinha em dia, do que a gente fazia. Mas, se tu fores fazer as mesmas 100 perguntas pra eles, eles vão te responder e tu vai conseguir fazer uma, no máximo, e as outras 99 vão responder “fazem, mas não como devia”.*

Enfermeiro – AB

*“Mas daí, por exemplo, os assentados, tu pega, aquele dia um dos senhores: “É que eu quero aqui, denunciar que a equipe só faz 4 horas semanais”. Só que eram 4 horas semanais na comunidade dele. A equipe estava seguindo um cronograma que não é para ele, porque não é só ele que existe, né? Mas eles acham que, bom, dentro de um contexto enorme, que aquela coisinha que tu tens que estar é a minha. P. ex., a gente teve atendimento lá, na nossa concepção, tinham duas famílias com necessidade de ter visita, que tinham dificuldade de se locomover em um atendimento centralizado. Mas na concepção de alguns deles, inclusive na concepção dos conselheiros de saúde é que nós tínhamos que ir em todas as casas, ter ficado lá”.*

Enfermeiro – AB

*“Bom, eles têm que voltar ao meio dia. Quem não almoça? E lá não tem lugar pra fazer almoço, tu viste como é que é. E lá muitas vezes aconteceu assim, de chegar gente, chegar gente, nós ficamos trabalhando e passar da uma hora da tarde e a gente continuar, daí a gente falava: “nós temos que ir embora.” E eles retrucavam: “mas porquê? vocês não tem que ficar até as quatro?”. Entendeu? Eles não entendem que você tem que ter o seu horário de almoço. Agora, eles vão pra casa, vão almoçar no horário certo, quando tem reunião eles terminam a reunião pra almoçar. Agora, profissional não, entendeu? Não tem essa preocupação. É bem complicado”.*

Enfermeiro – Coordenador Atenção Básica

*“A falta de comunicação do médico com o paciente. Se não fala. Muitas vezes só nos limitamos a prescrever o medicamento e, muitas vezes, o paciente precisa falar, é apenas conversar. E as vezes chega o paciente e não é só o paciente que deve se olhar, o paciente é maior, é a mulher, o filho, a mãe, o pai. Quantas pessoas têm ao redor dele? Por isso entender em seu meio biopsicossocial. Porque ele não está só no mundo, está cercado de pessoas. Tratar aquela pessoa é buscar ao redor dele as coisas que está influenciando a sua saúde”.*

Médico Intercambista – ESF

As falas dos profissionais da saúde apresentadas, de certa maneira, parecem demonstrar uma queixa em relação às demandas, maiores do que o serviço de saúde está habituado a responder. A organização desses grupos quebra um protocolo de convivência que o serviço espera: ajuda e reconhecimento. Cidadania e respeito aos direitos não parecem ser a equação mais forte. É claro, no entanto, que se precisa considerar que a saúde pode ser o ponto de contradição entre esses grupos e o estado. Podemos supor que tenha voz na saúde o conjunto de demandas negligenciadas, ao mesmo tempo que, também se percebe uma demanda emergente nesses grupos que está embasada no modelo biomédico.

#### **ZONA RURAL E ASSENTAMENTOS RURAIS: diferenças de demandas de saúde**

*“Às vezes, vem a ambulância ou a SAMU ou um carro de lá mesmo levar. As pessoas trabalham com esses trituradores e várias pessoas já se machucaram. Tem bastante acidente de trabalho! E também briga! Um senhor deu uma machadada um dia numa mulher e foi uma sanguera! Tem vezes que*

*sobra até pra mim sabe, de socorrer aquela pessoa. Quando dá aquelas encrencas de família? Vou lá socorrer fulana e depois ficam, sabe? Em cima de mim, me dizendo as coisas. Mas daí passa depois de um tempo (risos) ”.*

ACS – Assentamento Rural

*“Não, na verdade, não tem muita diferença de fato da zona rural pra cá, a não ser em algumas coisas assim que na zona rural é mais comum coisas relacionadas a questão de saneamento básico, tu trata muito de problemas de pele, de problemas de verminoses, que logo na cidade é bem menos, talvez pela estrutura da cidade e a maneira de conseguir as condições de moradia. Mas fora isso, o restante é praticamente a mesma coisa.”*

Médico – ESF

*“E: Ah demanda, do pessoal do interior é geralmente acidente de trabalho com motosserra, com foice ou queda. A gente tem feito um trabalho nas escolas com a enfermeira do SAMU de prevenção aos acidentes de trabalho e queda. A gente teve óbito por choque elétrico também, no último, pelo descuido, pela falta de informação. Nós temos trabalhado isso e a demanda maior é mais pela, é laboral. Dor na coluna, dor muscular, pelo trabalho no campo, enfim. Por ser uma região de fronteira, o pessoal tem trabalho bastante também os afogamentos no verão, com os banhos de rio. A gente não teve nesse ano e esse foi o primeiro verão que não teve nenhum óbito por afogamento.*

Secretário de Saúde Município

*“É, se tu fores olhar hoje, acidente de trabalho existe desde o trabalho manual. Se for pegar um facão, uma enxada pode cortar o pé, a mão. O meu pai tem uma mão toda esmagada, então sim, cinquenta anos atrás aqueles acidentes existiam, mas hoje talvez não tenha tanto acidente de trabalho que são relacionados à saúde, até porque quem é assegurado especial, se acidentou o agricultor lá, o INSS cobre o custo e quem está trabalhando não fica no prejuízo porque ele vai ser ressarcido, ele vai ganhar uma ajuda de custo pra aquele período, mas a maior preocupação aqui é em relação aos agrotóxicos, o nosso município consome muito veneno. Aliás, no país se consome dez a doze litros de agrotóxicos por habitante. Isso é muito veneno. Então é isto, eu não digo acidente de trabalho, mas futuramente e lentamente as pessoas vão pagar um preço por isso, principalmente quem trabalha direto na atividade e até mesmo quem não trabalha. Quem está comendo e respirando o ar. Eu vejo assim, no nosso município, eu vejo um índice bastante alto de gente morrendo de câncer né, na própria saúde mental, tu vê bastante gente, nós temos mais de 100, acho que 100 pessoas no município, não sei se dá pra relacionar isso ao agrotóxico ou não, mas é uma coisa que tem que ser levado em conta. Então em relação à saúde, no futuro ela vai preocupar mais nesse sentido. Hoje é mais difícil tu te machucar num trabalho do dia a dia lá. Mas as doenças relacionadas ao excesso de veneno são muitas”.*

Usuário Assentado

Nos fragmentos apresentados anteriormente, chama-nos atenção a concepção que o usuário assentado tem de uma saúde diferente. Há uma interface entre modos de vida e demandas por saúde, desde acidentes por conta dos meios de produção, até doenças relacionadas a um conjunto de causas que estão conectadas, e não se esgotam na saúde. A saúde que os assentados referem, um conceito ampliado de saúde, não parece ir ao encontro com a concepção de saúde que os profissionais e gestores falam, mais próxima do discurso biomédico. Há um desencontro grande, marcado pelo reconhecimento de legitimidade para acessar os serviços e uma disputa importante pelo conceito de saúde.

#### **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ao alcance de todos?**

*“P: Tem um... o [nome dos profissionais] que fazem atendimento, fora dos horários no caso, pras pessoas, né? Tem muita gente que tem IPE e tem convênio e querem usar os serviços, dai depois do horário do expediente no posto, ele faz os atendimentos. Mas aqui basicamente os encaminhamentos que a gente dá quando necessário é pra [nome da cidade mais próxima referência para atenção especializada], que é o nosso centro mais próximo e para as cidades [nome das duas cidades mais próximas que também são referência] tem alguns atendimentos de hemodiálise, é ali, renal, oncologia. Então melhorou bastante essa questão de encaminhamentos via SUS, que nem te falei antes, nós temos os serviços SUS, mas tem que encaminhar, então muitas vezes o próprio paciente não quer ser encaminhado até Porto Alegre para conseguir cardiologista pelo SUS, porque todos que temos em [cidade próxima] não prestam atendimento SUS, então tem que ficar lá no AGOS para ele ser encaminhado, mas e eles não querem, para eles é mais cômodo pagar o valor da consulta e ir. O que tranca, muitas vezes, nesse encaminhamento, é porque o médico não consegue resolver até o final. O paciente de oncologia, p. ex., que não encaminha pelo SUS, vai voltar pra cá pra ele conseguir uma cirurgia pelo SUS, porque a cirurgia é muito cara, mas atendimentos em si, pra urologista, pra essas coisas, eles preferem ir ali numa cidade maior aqui da região. Mas caso precise de cirurgia, volta pro sistema, daí ele entende, mas ele não quer iniciar dessa forma”.*

Enfermeiro

*“E: E como tu percebes a rede de saúde mental?*

*P: A rede? No sentido de, tu diz... Trabalhar em rede? Não tem! Infelizmente. O Naab que veio para fazer isso. O Naab que tá para trabalhar junto com... Tu dizes a rede só da saúde ou a assistência como um todo?*

*E: Como um todo...*

*P: Quando a gente vai nessas capacitações, eles avisam muito né "trabalhar em rede", a rede é: educação, saúde, assistência, trabalhar isso tudo. É difícil, talvez tenha algum município que consiga fazer isso. Nós com o PIM (Programa Primeira Infância Melhor), que também é uma rede porque tem a assistência, a educação e a saúde, são três GTM (Grupo Técnico Municipal) e, no caso, teria que ter uma coordenadora da saúde, da educação e da assistência. Nós só temos da saúde, no caso eu. A educação e a assistência a gente já pediu e é difícil alguém disponibilizar para vir. Então, acho que falha muito, como todo o sistema, não sei. Por que isso? Acho que falha no geral, porque nós vamos às capacitações e muitas pessoas falam "ah, porque no meu município é difícil se reunir as três secretarias juntas. Tem umas em que a assistência e a saúde são juntas, né? Então é mais fácil trabalhar, só que também tem que ter uma visão da saúde e uma da assistência, talvez separadas, mas chega um ponto que tem que se unir isso. Talvez o Naab venha a calhar, talvez não, com certeza. Mas eu acho que vai ser difícil, vai, mas estamos aí pra isso, né? "*

Profissional do Naab

*"O retorno não tem! Isso é outro problema que a gente tem em todos os lugares. Tu tens uma ficha de referência que você explica o porquê está encaminhando o paciente e na mesma ficha tem uma parte de contra-referência, que deveria voltar preenchida, nunca volta. Nunca vi voltar. As informações que a gente consegue da contra-referência são obtidas com o próprio paciente. "Ah, eu fui lá, ele falou isso, falou aquilo".*

Médico

*"Por exemplo, uma coisa que incomoda a gente, às vezes, e que nos deixa angustiado como profissional é dos outros serviços não darem a devida urgência no que nós precisamos. Por exemplo, se eu estou com um paciente que vem aqui e eu preciso de um ultrassom, né, uma ecografia, nós não temos aqui, nos precisamos da referência e, muitas vezes a gente liga pra lá e "ah, só tem pra depois, daqui há 15 dias, raio X, tomografia, 20, 30 dias. Ah, um especialista X lá de um neurologista. Ah, não tem vaga, nem particular, nem pelos convênios que tem. Então esses são desafios que a gente tem, mas acredito que não seja só daqui, deve ser todos os municípios devem enfrentar. Medicação, que nem sempre tem tudo, muitas vezes é... a nossa farmácia básica aqui ela... em determinados momentos atrasa, tem coisas que é um consórcio intermunicipal de distribuição de medicamentos, daí as vezes emperra, passa as vezes 30 dias sem vir medicações básicas. E é um desafio, a pessoa vem consultar e as vezes não tem dinheiro, não tem como comprar nas farmácias, e ali não tem tb, precisa de um antibiótico.*

*E: É uma sensação de impotência...*

*P: Sim, são desafios né, medicação, exames, alguma internação, diferente de áreas especializadas, não aquelas imediatas, que como te falei, aquelas em (cidade de referência) sempre tem né, mas as vezes também precisa de outro tipo de internação de alta complexidade e a gente tem complexidade".*

Médico

*“Sim, o pessoal tem muito feito convênios para consultar, devido a questão de especialistas, hoje não se tem muito essa parte dos especialistas. Então o pessoal tem feito convênios, através de cartões, com descontos nas consultas. O pessoal tem procurado muito e o município, deixa a desejar em relação aos profissionais nas áreas que eles precisam, desde pediatria... criança não sabe dizer o que dói e especialistas, questão de coração. Claro, isso aí, não é emergência, é agendado, daí leva um mês, dois, depende do médico. Então o pessoal tem procurado fora também daqui”.*

Presidente Fetag Municipal

*“Hoje uma das principais dificuldades, principalmente nos municípios de pequeno porte, é a referências para as cidades maiores. A dificuldade com a rede é muito grande. Por exemplo, a baixa complexidade da AB melhorou muito, mas a média e a alta não acompanharam essa evolução. Até tive assim, a média é o grande problema, não no sentido de atendimento, quando tu tens o diagnóstico, o problema é conseguir diagnóstico na média complexidade, esse é o grande problema, eu acho. Ah, p. ex., aqui no município, temos acesso a uma ressonância e duas tomografias por mês, que é infinitamente menor do que é a necessidade”.*

Enfermeiro – AB

*“É, não sei. A demanda hoje seria, pelo menos, vinte ressonâncias e umas vinte tomografias, claro que a necessidade real, se filtrasse, seria de pelo menos umas dez ressonâncias e três tomografias se teria necessidade. Porque são oito mil pessoas. Tu pegar dez que precisam não é difícil, agora tu ter só acesso a uma é muito pouco. Claro que tem uma demanda reprimida de anos, né, tem pessoas que estão na fila há dois ou três anos. E por isso precisaria ter em maior número no início”.*

Enfermeiro – AB

*“Os carros também é uma questão de concepção de gestão. Na saúde se tu tiveres cinco carros tu consegues fazer tudo o que precisa fazer. Agora, p. ex., aqui em nosso município, uma população de oito mil habitantes, a gente tem 10 e ainda assim falta, por quê? Porque é muito encaminhamento, é muita demanda fora, é tudo muita, sabe? É muito serviço que poderia ser mais regionalizados e acabam sendo distantes e com pouca resolutividade”.*

Enfermeiro – Coordenador AB

No estado do Rio Grande do Sul, dos 497 municípios, apenas 43 tem mais de 50 mil habitantes. Partindo-se do princípio de descentralização do SUS, cabe a instância municipal a gestão da Atenção Básica, importante porta de entrada do sistema e ordenadora da rede de cuidado, o

que implica que a equipe municipal de saúde deve ou deveria acompanhar o percurso do usuário pela rede. Logo, para o SUS, a gestão municipal se configura uma importante instância para a condução da política.

No entanto, dois entraves nos pequenos municípios se destacam: 1) Os municípios alegam a dificuldade de contratação de profissionais na área da saúde e a os limites impostos pela Constituição e cobrados pelo Tribunal de Contas da União, o que “obrigaria” a terceirização dos profissionais, sendo a alternativa “viável” diante do limite de gastos com funcionários públicos; e 2) Mesmo que a prestação de serviços no que concerne o âmbito da Atenção Básica esteja satisfatória (o que é a realidade da maioria, pois são nesses municípios que há maior taxa de cobertura das equipes de Saúde da Família e maior número de profissionais de saúde per capita), de nada adianta abrir as portas do sistema se há uma bifurcação logo em seguida, diante da necessidade de consultas especializadas e exames (destaco as áreas da saúde mental, oncologia, traumatologia).

Reconhecendo a discussão que muitos dos profissionais médicos da Atenção Básica realizam encaminhamentos que poderiam ser avaliados como desnecessários, pois seriam cabíveis de acompanhamento na própria Atenção Básica, mesmo assim, há um déficit na chamada atenção especializada (basicamente consultas e exames). Tendo em vista que a maioria desses serviços são contratados em municípios de médio e grande porte, o que poderia ser encarado como uma exceção, torna-se regra. Ressalta-se, dessa forma, as falhas na organização da rede de cuidado, que se agravam na abrangência das demandas dos pequenos municípios.

#### **APOIO ÀS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA: que apoio precisa?**

*“E: Não tenho muito medo dessas coisas assim sabe? [ver pessoas com ferimentos ou passando mal]. Que nem o pé desse senhor lá, a mulher dele desmaiava, o guri fazia ânsia de vômito quando viam os curativos. Eu não sou muito assustada, me dou bem. Tem pessoas que não conseguem né? Inclusive era para eles estarem fazendo um curativo e eu fazendo outro, mas eles não se animam, desmaiam, dá ânsia de vômito. Daí eu to fazendo. Eu ajudo aqui também, a enfermeira, às vezes, verifico a pressão que não é meu caso de verificar. Verifico porque aqui é muito distante da cidade, né? Às vezes, tu podes conseguir salvar uma pessoa só dando um ou outro remedinho, né? Às vezes, tá*

*muito alterada, né? Enfartam, por exemplo, por não tomar um remédio. É muito longe, aqui nós estamos 35 km da cidade. Então, tudo isso, eu acho que eles poderiam dar pra nós, esses cursos de primeiros socorros, penso, que nós podíamos salvar alguém, né? “.*

ACS – Zona Rural

*“P: Daí são os grupos né, são os grupos e as reuniões com as equipes. Quem faz os grupos é a nossa oficina. Temos um grupo só, no momento, porque a gente começou faz uns dois meses. Tá implantado faz um tempo né, mas daí teve que contratar profissional, isso demora um pouco, né. A gente montou uma sala, teve que abrir licitação para comprar material, demorou também um tempo. Então temos uma sala montada, uma sala bem legal”.*

Psicólogo Naab

*“Estamos a recém começando, então percepção assim é quase nula. Eu acho e creio que assim como as gurias falam que vai ser bom, vamos ter um resultado bom, só que é demorado, não é fácil ter essa intenção de parar o trabalho às três da tarde de uma sexta-feira para falar dos pacientes. Porque vai ter alguém querendo uma receita, vai ter alguém querendo aferir uma pressão. Então vai ser um entra e sai. Mas a teoria é muito boa que o NABB nos passa. Vamos ver a prática. A gente está no começo, fizemos duas reuniões só. Então tá bem no comecinho mesmo. Temos tudo pela frente”.*

Psicólogo Naab

*“Quando algumas pessoas começam a misturar o que é saúde pública, o que é realmente do sistema único de saúde e o que é política, essas questões também começam a melhorar. É, que nem na reunião lá, nós preocupados em resolver o nosso mapa, o nosso sistema, a coordenadora do ESF também com essa mesma preocupação, daqui a pouco vem a mulher, não sei se tu percebeu o discurso dela, da coordenadora?*

*E: Não sei...*

*P: A coordenadora saiu com uma politicagem! Ninguém tava preocupado com aquele discurso dela de que o estado aumentou o repasse, mandou carro pra não sei qual município! Bom, vai falar isso no palanque ou divulga isso na televisão ou faz jornalzinho. Isso é uma coisa, outra coisa é que eu nunca discuti um mapa que vamos tentar criar uma equipe nova aqui e vamos ver com o município se tem necessidade aqui, se o perfil de saúde exige uma equipe nova. Temos hipertensos? Temos diabéticos? Tem necessidade de tanta consulta? Ou será que só com grupos de saúde ou uma coisa mais a gente resolve? Não, se fica discutindo “nós queremos carro”, “o governo, o governo de tal, a pessoa tal”, acho que daí esse é o grande gargalo, tem que deixar o discurso político pra um lado e criar um sistema que realmente funcione”.*

Enfermeiro – AB

## O PMAQ-AB NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS

*“Eu acho que o Pmaq também tá sanando um monte de dificuldade que a gente tinha, porque os municípios também tem um déficit do orçamento. Eles estão... eles estão quebrados né (risos). Eu acho que o Pmaq-AB vem e ele tem que se aplicar os valores dentro, a gente faz o trabalho tb dentro de qualidade, de atendimento, de tudo e melhorou bastante, porque a gente conseguiu adquirir mais equipamentos, a qualidade de acesso, que é fundamental e eu acho que isso veio a pouco tempo e isso tudo está melhorando a cada dia um pouquinho”.*

Enfermeiro – AB

*“Melhorou o acesso, porque os locais de atendimento, isso a gente conseguiu estruturar melhor, né? Pra transporte tb de gestante, de pessoas idosas, a gente vai e faz, as pessoas conseguem vir e ser atendidas.. ah, antes era mais difícil esse atendimento, sabe? Ah, tu não tinha equipamento suficiente, hj a gente já tem uma qualidade, a gente tem Raio X pro dentista, né, que isso é uma das formas de melhoria da qualidade de acesso. Que antes pra ti vir fazer um raio x era difícil. Tu tinha que mandar pra um centro de especialidades porque nos não tínhamos. Hoje consegue fazer um raio x e resolver o problema dele. Isso é uma das coisas que agiliza, melhorou nesse sentido de qualidade e de acesso. Mais ou menos por aí”.*

Enfermeiro – AB

*“É, isso é bom, isso eu acho que funciona bem, isso mudou bastante. Eu acho asism, que uma coisa importante que foi, foi o Pmaq, acho que o Pmaq ajudou bastante nisso. Eu achei q o Pmaq ajudou mto nisso, ajudou na parte de estruturação, eu acho q tudo isso ajuda, pq pra tu dar um bom atendimento tu tem que dar uma estrutura boa. Tipo pra tu fazer os exames CP, se tu não tiver uma estrutura boa na tua sala, ar cond, as pacientes nao vem fazer no inverno, os exames. Então acho q tudo isso ajuda, a estrutura, sabe? Tudo isso ajuda bastante.*

*E: Ajuda no processo de trabalho, então? E como foi o processo de vocês de autoavaliação e de avaliação externa?*

*P: Olha, isso foi bom, o Pmaq-AB tem o lado bom, porque em município pequeno tem esse lado de gestor, sabe, e ai isso ajuda bastante, porque ai o Pmaq-AB vem faz a avaliação, vê direitinho, até na parte financeira, os recursos que vem se estão sendo implantados de forma correta, acho que tudo isso é importante. Isso é bom que tenha. Mais nessa parte mesmo, pra ver se o dinheiro está sendo implantado corretamente. Isso é importante.*

*E: Como assim? A parte do gestor do município que eu não entendi.*

*P: pq vem a verba né. E automaticamente o Pmaq-AB vem fiscalizar um pouco isso, então acho que isso é bom, pra ver se realmente esta sendo implantado no Pmaq-AB, essa parte assim.*

*E: E isso faz com que mude o processo de trabalho?*

*P: Ele influencia, pq ai tu queira ou não, os recursos vem pra isso, então influencia né... “.*

Enfermeiro – AB

*“E ai tu tenta responder tudo manualmente porque nada é organizado e tu tem 50 sistemas, dentro desses sistemas, 40 usam os mesmos dados, dai bom essa criança tem consulta e tal. Eu acho que se nos tivéssemos essa organização, o Pmaq-AB, p. ex., ao invés de ter q ir os entrevistados ate as unidades, esse recurso podia ta usando pra usar os mesmos, talvez com uma qualificação diferente, esses entrevistadores, pra trabalhar esses dados, pra discutir, porque assim ó.. a gente no Pmaq-AB, a gente consegue simplesmente o retorno daquilo que a gente já sabe o que é. Mas não trabalhar esses dados de bom, isso daqui tá assim porque tem que ser feito assim ou poderia, ou comparando com outro lugar. Nem o governo e nem nós temos pernas pra ficar analisando esses dados”.*

Enfermeiro – AB

Pensando a concepção de apoio às equipes nesses contextos, percebemos nas falas dos trabalhadores que as necessidades transitam por questionamentos de onde e como encontrar suporte para ampliação e qualificação da oferta dos serviços. Algumas alternativas se mostram viáveis para os profissionais qualificarem suas práticas, mas nunca sem algum ônus na relação com a gestão ou com os usuários.

A concepção biomédica em que opera o sistema torna as relações mais rígidas e, nesse sentido, tentar encontrar alternativas que modifiquem os processos de trabalho geram uma tensão difícil de conciliar entre os interesses dos trabalhadores, gestores e usuários. Isso não significa que os processos não estejam em constante mudança, e que os atores não busquem novos modos de operar. Para que isso aconteça, qual apoio precisam? De suporte técnico aos profissionais? De uma oferta de atenção que priorize os grupos comunitários? De um espaço maior para reunião das equipes e discussão de casos clínicos?

Os fragmentos apresentados referentes ao tema do Pmaq-AB e sobre o Apoio institucional, parecem reforçar a ideia da necessidade de um vetor externo à Atenção Básica para agenciar mudanças. Chama-nos atenção, durante o campo, a necessidade de um apoio institucional tanto à gestão quanto às equipes.

## **CHEGAMOS AO DESTINO?**

A metáfora da estrada de chão que acompanhou o meu percurso, minhas reflexões e se tornou o fio condutor para a escrita foi escolhida por ter sido cenário, em sua versão concreta, de várias sensações que vivenciei: discussão sobre o trabalho, troca de confidências, reclamações diversas do tempo de percurso, do balanço da estrada, enjoos, uma parada para tirar foto de alguma paisagem, desvios, receio de se estar indo realmente no caminho certo após escolher um lado de uma bifurcação sem sinalização alguma, e vários retornos quando se constata a impossibilidade de seguir.

No campo da pesquisa pude re-ver e re-viver essas idas ao interior, comunidades da zona rural com as equipes e questionar qual distância se tornava incomoda para o encontro. Eram eles, os de fora, os estrangeiros, que moravam lá, no interior.

Além de ser característica do acesso à zona rural, geralmente a viagem é longa, com passagens tranquilas, paisagens inebriantes; e, em outros momentos, se apresenta como um desafio ou até mesmo algo desesperador. Diante de uma bifurcação sem sinalização, o que fazer? Qual sentido escolher? Será que, após uma volta, chegaremos ao mesmo lugar? Por isso trouxe a estrada de chão como principal metáfora do percurso da pesquisa.

Portanto, mais do que estrada de chão ou zona rural, quis trazer para a dissertação um pouco do que vi em assentamentos rurais dos pequenos municípios, e que se tornou intensamente presente na minha rotina, mas que não percebia tamanha equivalência de discussão na Saúde Coletiva, como se pode ver num breve levantamento às bases de dados disponibilizadas no formato online. Se por um lado, o tema aborda cenários que eu já presenciei, passar novamente sempre pode ser um desafio, ainda mais de outra perspectiva, no exercício de pensar sobre e com as formalidades que a produção científica exige.

As políticas de saúde brasileiras se destacam por suas perspectivas de cidadania. Dessa forma, integralidade e cuidado são foco de uma intensa produção de sentidos e práticas na conquista dos direitos sociais. Esses temas são inesgotáveis, pois se estabelecem na diversidade das

experiências de convivência e, portanto, ampliam as possibilidades de debate, permitindo compreender a dinâmica social. Dessa forma, coloco a integralidade como marcador, que pode ser retomado pela escolha de usar a estrada como metáfora em algumas partes da narrativa.

Portanto, desvelar o cotidiano é imprescindível para abranger o verdadeiro sentido do direito à saúde, as representações populares sobre saúde e doença, das instituições e dos serviços de forma a repensar a relação entre o direito positivo e o quadro de notórias desigualdades no campo sanitário ao qual essa população está submetida.

Penso, nesse final da escrita, que há um grande desafio aos serviços de saúde relacionado à garantida qualidade da atenção ofertada. Atualmente, dispomos de uma série de políticas que visa a produção de um cuidado integral, amplia o sentido de cuidado e enfatiza não somente a necessidade das ações preventivas e curativas, mas tensiona permanentemente para que essas ações em saúde extrapolem os limites das tradicionais responsabilidades do setor da saúde.

O receio de se teorizar sobre a integralidade na saúde parece relacionar-se à sensação de que nunca vamos “chegar lá”. Talvez seja essa mesmo a proposta, para que não se perca no horizonte os ideais de saúde, não uma saúde entendida como ausência de doença, mas uma saúde que demonstre condições dignas a todos os cidadãos, indicadores de saúde que reflitam uma sociedade mais justa, uma relação entre profissional e usuário mais sensível, que priorize a escuta, o acolhimento das demandas, que reúna ao mesmo tempo profissionais acolhedores, conscientes de que sozinhos não irão dar conta de todas as necessidades dos indivíduos e das coletividades, que possam ter um olhar mais complexo para as demandas em saúde, que desconfiem das respostas prontas e saibam trabalhar em rede.

Garantir a integralidade seria o mesmo que ofertar uma atenção de qualidade? Lembrando que ambos os conceitos, integralidade e qualidade são polissêmicos, previne-se que não é pretensão desse estudo delimitá-los ou traçar possíveis inter cruzamentos. No entanto, é válido trazer algumas definições para enriquecer essa breve discussão.

Considerando o que foi colocado até agora e trazendo a nova Política Nacional da Atenção Básica, percebe-se que ela ocupa um lugar central na rede de atenção do Sistema Único de

Saúde, ao se definir como ordenadora do cuidado coloca para si a incumbência de acompanhar o usuário em toda a sua trajetória de cuidado. Cuidado este que almeja ser integral. No entanto, seria apenas um discurso teórico muito distante da realidade se as políticas públicas estagnassem nos preceitos e carecessem de ações.

É preciso ser propositivo no modo de cuidado, nas apostas de mudanças, ou seja, parece consenso de que o cenário atual tanto da Atenção Básica, quanto dos outros pontos da rede precisam de incrementos, está muito longe do ideal, mas a forma como seriam feitas essas mudanças não agregam opiniões. A qualidade da atenção na Atenção Básica, por exemplo, pode ser discutida a partir de diferentes perspectivas, desde os índices de cobertura da assistência, da composição das equipes, dos materiais e insumos disponíveis, da capacidade da gestão, da educação permanente em saúde, do apoio matricial ou institucional.

Conforme as ideias expostas, fica a questão de como utilizar esses dispositivos de forma que não segregue ainda mais uma população historicamente tolhida de seus direitos sociais, mas que trabalhe para que a integralidade não seja vista apenas como algo a ser alcançado na atenção ao usuário.

Para além da paisagem, as estradas de chão e seu entorno, são plenas das marcas de camada de memórias não contadas – ou não escutadas –, mais uma vez nos encontramos com o inesgotável. Penso ser esse o desafio da construção do cuidado integral. Reconhecer um processo que por ser dialógico, não nos contempla com acertos ou conclusões. Há a todo momento uma espécie de desconstrução do olhar que inaugura territórios de investigação, e não permite fechar em um único entendimento.

Assim, as estradas também nos remetem a imagens fugidias no percurso, as paradas necessárias, a possibilidade de encontro do estranho em nós, e o inesperado que as viagens prometem.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Ricardo de. **O Futuro das Regiões Rurais**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; LUCERO, Nelson Alves. **A pesquisa em psicologia: construindo outros planos de análise**. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, Aug. 2005 .

BEDIN, Dulce Maria; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicologia: teoria e prática**. V. 13, n. 2. P. 195-208, 2011.

BERGAMASCHI, F. et al. Reflexões Acerca da Integralidade nas Reformas Sanitária e Agrária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 667-74

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Conferência Nacional De Saúde**, 8., 1986, Brasília. Relatório final. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF: 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde – DARA. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação**. Versão para debate. Brasília, DF: Ministério da Saúde, nov. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011**. Regulamentação da Lei nº 8.080/90/ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 1. Ed.;3. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Geral da Presidência da República. **Mesa de Monitoramento das Demandas Sociais**: destaque ao atendimento às pautas do campo, maio de 2013. Disponível

em: <[http://www.secretariageral.gov.br/noticias/ultimas\\_noticias/arquivos-noticias/relatorio\\_campofloresta](http://www.secretariageral.gov.br/noticias/ultimas_noticias/arquivos-noticias/relatorio_campofloresta)>. Acesso em: 25 de out de 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União - Seção 1 - 20/09/1990, Página 18055.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

CAMPOS, G. W. de S. C. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, supl.0, p.1865-1874, Rio de Janeiro, nov. 2007.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

CECCIM, R. G.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero na Formação Para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (1): 41-65, 2004.

CECILIO, L.C.O.; MATSUMOTO, N.F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006, pg. 37-50.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mapas Temáticos**, 2010. Disponível em: <<http://mapas.ibge.gov.br/tematicos/amazonia-legal>>. Acessado em: 21 de set de 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZAÇÃO E REFORMA AGRÁRIA (INCRA). **Famílias Assentadas**, 2013. Disponível em: <<http://www.incra.gov.br/index.php/reforma-agraria-2/questao-agraria/numeros-da-reforma-agraria/file/1148-familias-assentadas>>. Acessado em: 21 de set de 2013.

FERLA, A.A. et al. Descentralização da gestão e regionalização da atenção no Rio Grande do Sul: consolidando e avaliando o processo de efetivação do SUS. In: Ministério da Saúde. (Org.). **Experiências inovadoras no SUS: Relatos de Experiências / Gestão dos serviços de saúde**. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

FERLA, A. A. et al. Regionalização da atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. In: Alcindo Antônio Ferla; Sandra Maria Sales Fagundes. (Org.). **O fazer em Saúde Coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. 1ed. Porto Alegre: ESP/RS; Editora Da Casa, 2002b.

FERLA, A.A. **Clínica em movimento: cartografias do cuidado**. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

FERLA, A.A; CLAUS, S.M.(Org.). Cenários de saúde suplementar: inventário e análise da situação e da regulação, cobertura assistencial e dinâmica de atores com maior atuação sub setorial da Região Sul do Brasil. **Relatório de Pesquisa**. 2009. Disponível em: < [http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/UFRGS\\_Cenários.pdf](http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/UFRGS_Cenários.pdf)>. Acesso em 02 de set. de 2013.

FERREIRA NETO, José Ambrósio. Organização de interesses e Reforma Agrária. In: MUNIZ, José Norberto; GOMES, Elaine Cavalcante. **Participação social e Gestão Pública: as armadilhas da política de descentralização**. Belo Horizonte, 2002.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação em Saúde. Em: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: EPSJV/Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível na internet: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>. Acesso em 25 de novembro de 2012.

KASTRUP, V. Simpósio 3 — estratégias de resistência e criação. Competência ética e estratégias de resistência. In GUARESCHI, Neuza (org.). **Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 120-130

KLIEMANN, Luiza H. Schimitz. RS: **Terra & Poder** – história da questão agrária. Porto Alegre, Mercado Aberto, 1986.

LUSTOSA, Maria das Graças Osório P. **Reforma Agrária à Brasileira: política social e pobreza**. São Paulo: Cortez, 2012.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – Abrasco, 2001, p. 39-64.

MARCON, Telmo. **Acampamento Natalino: história da luta pela reforma agrária**. Passo Fundo: Ediupf, 1997. 241p.

MENEGON, V. M. (1999). Por que jogar conversa fora? In M. J. Spink (Ed.), Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas (pp. 215-241). São Paulo, SP: Cortez

MENICUCCI, T. M. G. Ruptura e Continuidade: a dinâmica entre os processos decisórios, arranjos institucionais, e contexto político – O caso da política de saúde. In: **Escola de Governo da Fundação João Pinheiro: Texto para discussão n° 21**, Governo de Minas Gerais, Belo Horizonte, nov. 2005.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: **Hucitec**, 1997.

MINAYO, C. Conceitos de Avaliação por Triangulação de Métodos. In: MYNAIO, C.; ASSIS, S. G. de; SOUSA, E. R. de (orgs.). **Avaliação por Triangulação de Métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. P. 19-51.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, por. São Paulo, HUCITEC / ABRASCO, 2008.

PASCHE, D. et. al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**. Washington, v.20, n. 6, p.416-422, 2006.

PINTO, H.A; SOUSA, A; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012. Disponível em: <www.reciis.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 03 set. de 2013.

PROTTI, Carlos Alberto; MARQUES, Joice; RIGHI, Liane Beatriz. Gestão Local da Saúde: descentralização e desenvolvimento organizacional em dois municípios do estado do Rio Grande do Sul. In: MISOCKY, Maria Ceci; BORDIN, Ronaldo (orgs.). **Gestão Local em Saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

RIGHI, Liane Beatriz. **Poder Local e inovação no SUS: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul**. Campinas, São Paulo: [s.n], 2003. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2003.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o sus nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005. p. 13-33.

ROS, César Augusto. O Movimento “Vistoria Zero” e a Resistência do Patronato rural às Políticas de Assentamentos no Rio Grande do Sul. **Sociologias**, n. 22, jul-dez, 2009.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 387-406, nov.2010/fev.2011

SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. Perspectivas de integralidade em prática de saúde na década de setenta: o sistema de saúde comunitária na Vila São José do Murialdo. **Barbarói**, v. 25, p. 115-130, 2006.

SILVA, S. F. da. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeito, atores, e políticas / Silvio Fernandes da Silva; prefácio de Maria Cecília de Souza Minayo. – São Paulo: Huitec, 2001.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, Jun 2011.

SOARES, M. da G. de O. **Do Latifúndio à Reforma Agrária**: A diversidade social na construção do território – o caso do Projeto de Assentamento Santa Alice – Herval/RS. 2009. 163 f. Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Ciências Sociais, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2009.

SOUZA-ESQUERDO, V. F.; BERGAMASCO, S. M. P. P. . Reforma Agrária e Assentamentos Rurais: perspectivas e desafios. In: **V Jornada de Estudos em Assentamentos Rurais**, 2011, Campinas. V Jornada de Estudos em Assentamentos Rurais, 2011. Disponível em <<http://www.iica.int/Esp/regiones/sur/brasil/Lists/DocumentosTecnicosAbertos/Attachments/381/Vanilde%20Ferreira%20de%20Souza%20Esquerdo%20-%20NEAD%20-%20artigo.pdf>>Acessado em 10 de setembro de 2013.

Spink, Mary. Jane. (2007). Pesquisando no cotidiano: Recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. **Psicologia e Sociedade**, 19(1), 7-14

SPINK, Peter Kevin. O pesquisador conversador no cotidiano. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. spe, 2008.

TESSER, Charles Dalcalane; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades Médicas e Integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 195-206, 2008.

TOMIO, Fabrício Ricardo de Limas. A criação de municípios após a Constituição de 1988. **Rev. bras. Ci. Soc.** [online]. 2002, vol. 17, n.48, p.61-89.

**APÊNDICE A - ARTIGOS SOBRE “ASSENTAMENTOS RURAIS” OU “ASSENTAMENTO RURAL”  
NAS BASES DE DADOS DA BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE E DA SCIENTIFIC ELECTRONIC  
LIBRARY ONLINE SCIELO**

Nº	Nome do artigo	Autores	Revista	Descritores	Ano
1	Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil	Cristiano Moura, Estela Santos Gusmão, Patrícia Morgana Hordonho Santillo, Renata de Souza Coelho Soares, Renata Cimões	Cad. Saúde Pública vol.30 n.3 R io de Janeiro Mar. 2014	Autoavaliação; População Rural; Saúde Bucal; Estudos Transversais; Adulto	2014
2	Investigação sorológica de espécies de <i>Ehrlichia</i> em cães, equinos e humanos de um assentamento rural do sul do Brasil	Rafael Felipe da Costa Vieira, Thállitha Samih Wischral Jayme Vieira, Denise do Amaral Gomes Nascimento, Thiago F. Martins, Felipe S. Krawczak, Marcelo B. Labruna, Ramaswamy Chandrashekar, Mary Marcondes, Alexander Welker Biondo, Odilon Vidotto	Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo vol.55 no.5 S ão Paulo Sept./Oct. 2013	Ehrlichia canis; Ehrlichia chaffeensis; IFA; ELISA	2013
3	Aqui ninguém domina ninguém:	Júlio César Borges dos Santos; Élide	Cad. Saúde Pública vol.29 n.8 R	Saúde da População Rural;	2013

	sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra	Azevedo Hennington	io de Janeiro Aug. 2013	Assentamentos Rurais; Saúde do Trabalhador	
4	Fauna flebotomínica (Diptera: Psychodidae) em assentamentos rurais no Município de Cáceres, Estado de Mato Grosso, Brasil	Graziella Borges Alves; Elisa Teruya Oshiro; Marcio da Cruz Leite; Aline Vidor Melão; Letícia Moraes Ribeiro; Nathália Lopes Fontoura Mateus; Reginaldo Peçanha Brazi; José Dilermando Andrade Filho; Alessandra Gutierrez de Oliveira	Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol.45 no.4 Uberaba July/Aug. 2012 Epub July 26, 2012	Mato Grosso. Fauna flebotomínea. <i>Nyssomyia whitmani</i> . Assentamento rural	2012
5	Dinâmicas do modo de vida e saúde ambiental no campo: os projetos de desenvolvimento sustentável em assentamentos	José Prado Alves Filho	Tese – Saúde Pública USP	Desenvolvimento sustentável; saúde das populações rurais; assentamentos rurais; políticas públicas	2012

	rurais no estado de SP				
6	Relações de saúde e trabalho em assentamento rural do MST na região de fronteira Brasil-Paraguai	Eduardo Espíndola Fontoura Júnior; Kátia Reis de Souza; Rogério Dias Renovato; Cibele de Moura Sales	Trab. educ. saúde (Online) vol.9 no.3 Rio de Janeiro nov. 2011	saúde; trabalhador rural; MST; assentamento rural; agrotóxicos	2011
7	Biografias de gravidez e maternidade na adolescência em assentamentos rurais no Rio Grande do Sul	Joannie dos Santos Fachinelli Soares, Marta Julia Marques Lopes	Rev. esc. enferm. USP vol.45 no.4 São Paulo Aug. 2011	Gravidez na adolescência; Assentamentos Rurais; Condições sociais; Saúde da população rural	2011
8	Segurança alimentar e nutricional de crianças menores de dois anos de famílias de trabalhadores rurais Sem Terra	Regina Maria Ferreira Lang <sup>1</sup> ; Cláudia Choma Bettega Almeida <sup>1</sup> ; José Augusto de Aguiar Carrazedo Taddei	Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.7 Rio de Janeiro July 2011	Segurança alimentar e nutricional, Assentamentos rurais, Desnutrição energético-proteica	
9	Uso de agrotóxicos em assentamentos de reforma agrária no Município de Russas (Ceará, Brasil): um estudo de caso	Maria Goretti Gurgel Mota de Castro; Aldo Pacheco Ferreira; Inês Echenique Mattos	Epidemiol. Serv. Saúde v.20 n.2 Brasília jun. 2011	agrotóxicos; assentamentos; exposição; saúde	2011

10	Características socioeconômicas e estado nutricional de crianças e adolescentes de assentamentos rurais de Pacatuba, Sergipe	Vieira, D. A. S.; costa, d.; costa, j. O.; Curado, F. F.; Mendes-Netto, R. S.	Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.= J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 36, n. 1, p. 49-69, abr. 2011	Estado nutricional; consumo de alimentos; assentamentos rurais.	
11	“O uso de plantas medicinais na medicina popular praticada em assentamentos do MST do estado do Rio de Janeiro: uma contribuição para o SUS”	Letícia Mendes Ricardo	Dissertação de mestrado: Fiocruz	Medicina Popular; Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra; Plantas Medicinais; Sistema Único de Saúde.	2011
12	“O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra e as relações entre saúde, trabalho e ambiente em um assentamento rural no estado do Rio de Janeiro	Júlio César Borges dos Santos	Dissertação de mestrado: Fiocruz	Saúde da População Rural; Assentamentos Rurais; Saúde do Trabalhador; Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra	2011

13	Plantas medicinais e seus usos na comunidade da Barra do Jucu, Vila Velha, ES	Albertasse, P.D.; Thomaz, L.D.; Andrade, M. A.	Rev. bras. plantas med. vol.12 no.3 B otucatu July/Sept. 2010	Restinga, Barra do Jucu, caiçaras, plantas medicinais	2010
14	Avaliação da colonização por <i>Helicobacter pylori</i> através de teste sorológico (IgG) e de dispepsia em voluntários da população rural de Monte Negro (RO), região da Amazônia ocidental	Rafael Bernardon Ribeiro; Herlon Saraiva Martins; Vera Aparecida dos Santos; Marcelo el Khouri; Leandro Savoy Duarte; Marcelo Nascimento Burattini; Quirino Cordeiro; Luiz Marcelo Aranha Camargo; Carlos Eduardo Pereira Corbett	Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo vol.52 no.4 São Paulo July/Aug. 2010	Seroprevalence; <i>Helicobacter pylori</i> ; Dyspepsia; Western Amazon	2010
15	Uso e diversidade de plantas medicinais da Caatinga na comunidade rural de Laginhas, município de Caicó, Rio Grande do Norte (Nordeste do Brasil)	Roque, A.A.; Rocha, R.M.; Loiola, M.I.B	Rev. bras. plantas med. vol.12 no.1 B otucatu Jan./Mar. 2010	Caatinga, comunidade rural, etnobotânica, plantas medicinais, Rio Grande do Norte	2010

16	Infecção natural em <i>Lutzomyia</i> ( <i>Nyssomyia</i> ) <i>umbratilis</i> Ward & Fraiha, 1977 (Diptera: Psychodidae: Phlebotominae) por <i>Leishmania</i> spp. (Kinetoplastida: Trypanosomatida) em áreas endêmicas de leishmaniose tegumentar americana no Estado do Amazonas, Brasil	Francimeire Gomes Pinheiro <sup>1</sup> ; Sérgio Luís Bessa Luz; Antonia Maria Ramos Franco PINHEIRO, Francimeire Gomes, LUZ, Sérgio Luís Bessa e FRANCO, Antonia Maria Ramos. Infecção natural em <i>Lutzomyia</i>	Resumo de dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Entomologia do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia	Reação em Cadeia da Polimerase; Psychodidae; <i>Leishmania</i> ; Assentamentos Rurais	2010
17	Saberes e práticas alimentares em uma comunidade quilombola no Ceará	Maria Lucia Barreto Sá	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Tese.	Quilombola; segurança alimentar e nutricional; práticas alimentares; acesso e disponibilidade alimentar	2010
18	Sorodiagnóstico de doenças da reprodução em rebanhos de bovinos leiteiros de assentamentos	R.G.P. Tomich; C.V. Serra; M.R.Q. Bomfim; F.S. Campos; Z.I.P. Lobato; A.O. Pellegrin; L.A. Pellegrin; E.F. Barbosa-Stancioli.	Arq. Bras. Med. Vet. Zootec. vol.61 no.4 Belo Horizonte Aug. 2009	Herpesvírus bovino 1, vírus de língua azul, <i>Leptospira</i> , soroprevalência	2009

	rurais de Corumbá, MS				
19	Elevada Prevalência Da Hepatite A Entre Índios Terena Da Região Centro-Oeste Do Brasil	José Ivan Aguiar, Eliana Aguiar, Juberty de Souza, Elba Regina Lemos, Clara Yoshida, Maria Lucia Silva, Roberto R. Daher e Joaquim Caetano A Neto	<i>Rev. patol. trop;</i> <i>38(2): 131-134,</i> <i>abr.-jun. 2009. tab</i>	Índios Sulamericanos; Hepatite A; Comunidades Rurais; Soroprevalencia.	2009
20	Estudo de uma série de casos de leishmaniose tegumentar americana no município de Rio Preto da Eva, Amazonas, Brasil /	Naiff Júnior, Roberto Daibes; Pinheiro, Francimeire Gomes; Naiff, Maricleide de Farias; Souza, Ilner de Souza e; Castro, Lourival Maciel; Menezes, Moézio Pereira; Franco, Antonia Maria Ramos	<i>Rev. patol. trop;</i> <i>38(2): 103-114,</i> <i>abr.-jun. 2009. ilus,</i> <i>tab, graf</i>	Leishmaniose tegumentar americana. Leishmania. Rio Preto da Eva. Amazonas.	2009
21	Enteroparasitose s em crianças de áreas rurais do município de Coari, Amazonas, Brasil	Silva, Elizângela F. da; Silva, Edivã B. da; Almeida, Katyane de S; Sousa, João Jonilson N. de; Freitas, Fagner Luiz da C	<i>Rev. patol. trop;</i> <i>38(1): 35-43, jan.-</i> <i>mar. 2009. tab</i>	Enteroparasitoses. Crianças. Médio Solimões	2009

22	Saúde ambiental no campo: o caso dos projetos de desenvolvimento sustentável em assentamentos rurais do Estado de São Paulo	José Prado Alves Filho, Helena Ribeiro	Saude soc. vol.23 no.2 São Paulo Apr./June 2014	Desenvolvimento Sustentável; Saúde Ambiental; Populações Rurais; Assentamentos Rurais; Políticas Públicas	2014
23	De sem-terra a sem-terra: memórias e identidades	Natália Kerche Alvaides; Rosemeire Aparecida Scopinho	Psicol. Soc. vol.25 no.2 Belo Horizonte 2013	memória; identidade social; enraizamento; movimentos sociais; reforma agrária	2013
24	Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural	Rosemeire Aparecida Scopinho	Ciênc. saúde coletiva vol.15 suppl.1 Rio de Janeiro Jun. 2010	Condição de vida e saúde, Trabalho e cooperação, Assentamento rural, Movimentos sociais e saúde	2010
25	Expansão urbana e distribuição espacial da malária no município de Manaus, Estado do Amazonas	Maria das Graças Gomes Saraival, II; Raul Diniz Souza AmorimII; Marco Antônio Sabóia MouralI; Flor Ernestina Martinez-Espinosal, II; Maria das Graças Vale Barbosa	Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol.42 no.5 Uberaba Sept./Oct. 2009	Malária. Ações antrópicas. Ocupação dos espaços	2009
26	Contaminação ambiental por	Vamilton Alvares Santarém;	Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo	Toxocaríasis; Larva migrans; Soil	2008

	ovos de Toxocara spp. em assentamento rural no Brasil	Elisabeth da Cunha Franco; Fernanda Torres Kozuki; Danila Fini; Luiz Euribel Prestes-Carneiro	vol.50 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2008	contamination; Rural community	
27	Tungíase disseminada tratada com ivermectina	Flávia Romero Gatti; Caroline Montoza de Oliveira; Thais Reis Servilha; Ana Paula Galli Sanchez	An. Bras. Dermatol. vol.83 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2008	Ectoparasitoses; Ivermectina; Pulgas	2008
28	Saúde de famílias do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e de bóias-frias, Brasil, 2005	Fernando Ferreira Carneiro; Anamaria Testa Tambellini; José Ailton da Silva; João Paulo Amaral Haddad; André Campos Búrigo; Waltency Roque de Sá; Francisco Cecílio Viana; Valéria Andrade Bertolini.	Rev. Saúde Pública vol.42 n.4 São Paulo Aug. 2008 Epub July 03, 2008	Trabalhadores Rurais. Assentamentos Rurais. Condições Sociais. Saúde da Família. Saúde da População Rural. Segurança Alimentar e Nutricional. Saúde da População do Campo. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra	2008
29	Saúde ambiental no campo: o caso dos projetos de desenvolvimento sustentável em assentamentos	José Prado Alves Filho, Helena Ribeiro	Saude soc. vol.23 no.2 São Paulo Apr./June 20 14	Desenvolvimento Sustentável; Saúde Ambiental; Populações Rurais; Assentamentos Rurais; Políticas Públicas	2014

	rurais do Estado de São Paulo				
30	De sem-terra a sem-terra: memórias e identidades	Natália Kerche Alvaides; Rosemeire Aparecida Scopinho	Psicol. Soc. vol.25 no.2 Belo Horizonte 2013	memória; identidade social; enraizamento; movimentos sociais; reforma agrária	2013
31	Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural	Rosemeire Aparecida Scopinho	Ciênc. saúde coletiva vol.15 suppl.1 Rio de Janeiro Jun. 2010	Condição de vida e saúde, Trabalho e cooperação, Assentamento rural, Movimentos sociais e saúde	2010
32	Expansão urbana e distribuição espacial da malária no município de Manaus, Estado do Amazonas	Maria das Graças Gomes Saraival, II; Raul Diniz Souza AmorimII; Marco Antônio Sabóia Mourall; Flor Ernestina Martinez-Espinosal, II; Maria das Graças Vale Barbosa	Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol.42 no.5 Uberaba Sept./Oct. 2009	Malária. Ações antrópicas. Ocupação dos espaços	2009
33	Contaminação ambiental por ovos de Toxocara spp. em assentamento rural no Brasil	Vamilton Alvares Santarém; Elisabeth da Cunha Franco; Fernanda Torres Kozuki; Danila Fini; Luiz Euribel Prestes-Carneiro	Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo vol.50 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2008	Toxocaríasis; Larva migrans; Soil contamination; Rural community	2008

34	Tungíase disseminada tratada com ivermectina	Flávia Romero Gatti; Caroline Montoza de Oliveira; Thais Reis Servilha; Ana Paula Galli Sanchez	An. Bras. Dermatol. vol.83 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2008	Ectoparasitoses; Ivermectina; Pulgas	2008
35	Saúde de famílias do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra e de bóias-frias, Brasil, 2005	Fernando Ferreira Carneiro; Anamaria Testa Tambellini; José Ailton da Silva; João Paulo Amaral Haddad; André Campos Búrigo; Waltency Roque de Sá; Francisco Cecílio Viana; Valéria Andrade Bertolini.	Rev. Saúde Pública vol.42 n.4 São Paulo Aug. 2008 Epub July 03, 2008	Trabalhadores Rurais. Assentamentos Rurais. Condições Sociais. Saúde da Família. Saúde da População Rural. Segurança Alimentar e Nutricional. Saúde da População do Campo. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra	2008

**ANEXO 1****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa Integralidade na Atenção Básica: gestão e cuidado em saúde em municípios de pequeno porte com assentamentos rurais, sob a responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla, a qual pretende conhecer as especificidades da atenção à saúde realizada em zonas rurais. Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevistas individuais e em grupos. Se você aceitar participar, estará contribuindo para conhecer como ocorre a atenção à saúde nos espaços rurais.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Este estudo integra a Pesquisa: “Avaliação da Atenção Básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre o acesso, qualidade e satisfação dos usuários”, aprovado no comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob matrícula n. 21904. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Av. João Pessoa, 155, pelo telefone (51) 3328-2309, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFRGS, Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 - Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Cento- Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060. Fone: +55 51 3308 3738, E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

**Consentimento Pós-Informação**

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante

# RURALS: ASSENTAMENTOS EM ATENÇÃO BÁSICA EM

campo fértil para a integração?