



## SAÚDE(S): A INTEGRAÇÃO DE CULTURAS NA CONSTRUÇÃO DA PLURALIDADE DO CONCEITO<sup>1</sup>

PASSOS, Renato Augusto

*Estudante de mestrado do Programa de Desenvolvimento, tecnologias e sociedade  
renatoapassos@hotmail.com*

NUNES, Sylvia da Silveira

*Docente do Programa de Desenvolvimento, tecnologias e sociedade  
sylviasnunes@yahoo.com.br*

SILVA, Luiz Felipe

*Docente do Programa de Desenvolvimento, tecnologias e sociedade  
lfelipe.unifei@gmail.com*

459

### RESUMO

O direito à saúde é garantido em Constituição Federal desde o ano de 1988. Desta forma, regulamentado em leis, o Sistema Único de Saúde (SUS) presta os mais diferentes tipos de serviços a toda a população brasileira. Por isso, o presente trabalho pretende retratar o cotidiano dos usuários do SUS em um município de pequeno porte no Sul de Minas, analisando suas concepções de saúde. A metodologia etnográfica foi utilizada, com observação participante nas unidades de saúde e análise documental. Os resultados preliminares demonstram a necessidade de ampliação dos modos de “promover” saúde(s) sob novas óticas que levam além do modelo biomédico tradicional. Ao observar casos individuais de usuários do sistema público de saúde municipal, nota-se a diversidade de maneiras de lidar com a pluralidade do conceito de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde coletiva. Pesquisa qualitativa. Humanização.

### ABSTRACT

The right to health is guaranteed in the Constitution since 1988. Accordingly, regulated by laws, the Brazilian Public Health System (SUS) provides numerous types of services for the entire Brazilian population. Therefore, this study aims to portray the daily life of SUS in a small municipality in Southern Minas Gerais state, analyzing their conceptions of health. The ethnographic methodology was used, with participant observation in health facilities and document analysis. Preliminary results demonstrate the need to expand the ways to "promote" health(s) under new optics that lead beyond the traditional biomedical model. By observing individual cases of public municipal health system users, there is a diversity of ways to deal with the plurality of the concept of health.

**Keywords:** Public health. Qualitative research. Humanization.

---

<sup>1</sup> Nota: Pesquisa apresentada com o apoio da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG.



## INTRODUÇÃO

O direito a saúde garantido a todos os brasileiros desde a Constituição Federal de 1988 trouxe através do Sistema Único de Saúde (SUS), a oferta de diversos tipos de serviços nas mais diversas áreas. Desta forma, ainda que a ideia de um sistema voltado às classes econômicas menos favorecidas seja predominante, todos usam este sistema de alguma forma. Campanhas de vacinação, consultas médicas, vigilância epidemiológica, fiscalização sanitária em estabelecimentos alimentícios, entre outros, são algumas das ações desenvolvidas por este sistema.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o SUS pode ser definido da seguinte forma:

Sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, com base na concepção de saúde como direito de cidadania e que tem as diretrizes organizativas de: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade (BRASIL, 2009, p. 32).

Neste contexto, através de normas e metas, o sistema busca ofertar ações que visem garantir a saúde de todos os brasileiros com os princípios de equidade, integralidade e universalidade. A dificuldade encontrada neste cenário de múltiplos contrastes regionais e locais exige por isso, uma avaliação contínua da situação da saúde populacional.

O conceito de saúde, desde que a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946 usa a definição de “um completo bem-estar físico, mental e social” vem recebendo críticas de diversos autores da área. Dejours et al. (1993) apontam que este “completo bem-estar” é apenas uma ilusão, e este “estado” nada mais que um objetivo a ser alcançado. Para estes autores, a própria fisiologia humana é mantida por equilíbrios e desequilíbrios constantes ao longo da vida, o que caracteriza mais o movimento do que a estabilidade proposta pela OMS.

Para além disso, o conceito de saúde não pode ser visto de forma única, uma vez que existe uma diversidade conceitual e metodológica sobre o mesmo (ALMEIDA FILHO, 2011).

Balestrin e Barros (2009) afirmam que as necessidades em saúde podem ter origens diversas que incluem o social, o cultural, o psicológico e o biológico. Por isso, definir as necessidades em saúde não é uma tarefa fácil visto que os indivíduos podem considerar numa



visão hospitalocêntrica, a falta de hospitais e tecnologias mais importantes do que relação de maior proximidade entre paciente e médico.

Um importante trabalho desenvolvido por Ayres (2004) demonstra que a colisão de culturas tão distintas pode permitir o real encontro entre médico e paciente. O objetivo de compreender o significado de “saúde” ganha nova visão quando este autor e profissional relata sua mudança de postura diante de uma senhora, nomeada por ele de Violeta. Esta paciente rotineiramente procurava o serviço de saúde com diversas queixas e era sempre atendida no modelo “padrão” de consultas médicas, demonstrando ineficácia no tratamento proposto. Quando o profissional resolve ampliar sua clínica com alicerces em aspectos humanos, criando confiança e proximidade na relação, uma nova forma de compreender a prática de saúde é demonstrada. O encontro “humano” presente no ouvir, no cuidar, no falar, no silenciar, demonstram o renascimento do profissional e permite novos verdadeiros (re)encontros com a usuária do sistema.

O profissional atuante na rede pública de saúde fica muitas vezes preso a padrões e metas e não estabelece uma relação “humanizada” com os usuários do sistema, deixando de considerar suas reais necessidades e impedindo uma integração de culturas e saberes distintos em saúde. Por isso, o cotidiano dos usuários do SUS demonstrado através de suas falas e atitudes pode permitir uma melhor adequação de métodos e facilitar ações que realmente levem em consideração suas necessidades, permitindo uma visão ampla das diversas saúdes existentes.

Desta forma, o objetivo do presente trabalho é analisar as concepções de saúde dos usuários do serviço público de saúde de um município de pequeno porte no sul de Minas Gerais.

## **MÉTODO**

O município de estudo situa-se no sul de Minas Gerais, possui uma população inferior a cinco mil habitantes, dos quais 62,6% residem na zona urbana. Possui atualmente duas unidades básicas de saúde localizadas no centro da cidade, e não possui hospital.

Trata-se de um estudo transversal de pesquisa qualitativa etnográfica. O levantamento de dados foi realizado por meio de pesquisa etnográfica, com observação participante nas unidades básicas de saúde em dias e horários alternados, em eventos realizados pela equipe de



saúde municipal, em visitas domiciliares realizadas pelos profissionais de saúde da família e com o auxílio de análise documental fornecida pela secretaria municipal de saúde do local em estudo.

O total de amostras, tratando-se de resultados preliminares, será determinado por saturação, com estimativa de cinquenta usuários do sistema público de saúde, uma vez que os horários de atendimentos são limitados aos dias úteis da semana e somente até às 17h00min.

Os cuidados éticos incluíram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os usuários entrevistados que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa. Além disso, todos os nomes de profissionais, usuários e cidades citados no decorrer do trabalho serão fictícios.

A análise e interpretação dos dados colhidos e anotados no diário de campo durante a pesquisa aconteceram durante toda a realização do trabalho de forma descritiva interpretativa.

O presente projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisas da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT), por meio da Plataforma Brasil, sob parecer 618.702.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Diversas são as maneiras de lidar com o conceito de saúde no cotidiano dos usuários do sistema público de saúde municipal. Neste trabalho serão apresentados alguns relatos do diário de campo utilizado na pesquisa, demonstrando as diferentes visões propostas à compreensão de saúde individual e familiar.

Assim como demonstrado em trabalho de Bosi e Affonso (1998) o conceito de saúde apresentou-se de forma pluridimensional, com a abrangência de questões que perpassam o modelo biológico tradicional de saúde-doença.

### **Cuidado e humanização: a saúde do outro depende de mim**

*(...) Graças a Deus o Rafael é uma criança normal. A saúde dele é ótima! Tem esse chiado no peito, mas é pela dificuldade da deglutição. Mas nisso a fisio ajuda muito! Aliás, todos os profissionais que cuidam dele são ótimos! Os motoristas também. Pagar tudo isso só se eu fosse muito rica! (risos) – Mãe de paciente de quatro anos com paralisia cerebral.*

*(...) Hoje ele tem ótima saúde! É bem saudável. Isso é o mais importante pra nós. A família inteira fica preocupada quando o Marcos adoecer (risos). (...)*



*Em casa ele é feliz! (os olhos da avó brilham). Ele tem a expressão feliz! Quando ele está com dor ele geme, ou muda a expressão. Quando eu saio com ele e vejo outras crianças com tantas dificuldades, eu vejo que ele está tão bem. No mundinho dele, ele é feliz! – Avó de paciente de sete anos com microcefalia e hidrocefalia.*

Os relatos acima demonstram uma visão de saúde diferente da baseada em padrões biomédicos, onde a ampla visão do cuidar e a relação família-paciente-profissional é responsável por manter a saúde e qualidade de vida do outro. A integração de culturas distintas e a relação humanizada de todas as pessoas envolvidas no processo de cuidado demonstram a união de forças com o mesmo objetivo: garantir saúde.

Para Erdmann et al.(2004), o processo de cuidado garante a sobrevivência das espécies, sendo necessário e construído de forma racional pelos humanos, os quais buscam formas de sempre “fazer o melhor”. Este processo é derivado das relações cotidianas e através de seu dinamismo busca a promoção da vida, constituindo o campo de saúde humana. Para este autor:

O cuidado está associado ao processo de viver e se materializa em relações complexas entre os seres e entre estes e os ambientes organizacional, institucional e natural. A meta viver mais, saudável e feliz, inerente à condição humana, parece ser uma função das práticas de cuidado que se estabelecem em vários campos, especialmente no campo da saúde, incluindo suas organizações. Ao almejar continuados ganhos em relação ao processo de viver mais e feliz, a sociedade parece debruçar-se sobre a melhoria contínua do cuidado como estratégia para a promoção da saúde, buscando construir organizações capazes de operar a complexidade dos sistemas de cuidado (ERDMANN et al., 2004, p. 467).

Os processos que englobam questões referentes ao processo saúde-doença e cuidado envolvem experiências individuais e intersubjetivas, ou seja, torna-se necessário “dar voz” às famílias, ouvir suas narrativas, permitir o real encontro entre os sujeitos envolvidos, para que as reais necessidades de assistência contribuam na reconstrução de práticas efetivas de saúde. A rotina de encontros que envolvem o profissional, o paciente e a família deve ter flexibilidade e estar adequada à saúde de cada criança, exigindo atenção das particularidades em saúde frente ao seu contexto sociocultural (MELLO et al., 2012).

Em ambos os relatos apresentados, o cotidiano impõe diversas limitações aos pacientes, as quais são minimizadas pelo cuidado prestado pelos responsáveis familiares e profissionais de saúde. O que poderia ser determinado no padrão biomédico tradicional como “doença” com imposições baseadas em aspectos de ordem biológica, ganha novas interpretações diante de



uma nova percepção de saúde construída fundamentalmente no cuidado e humanização interpessoais.

Assim, como afirmam Sousa e Erdmann (2012), a integralidade na oferta de cuidado vai além da realização de algum procedimento, ação ou conduta realizada pelo profissional de saúde. Este cuidado exige práticas que envolva atitudes humanas que demonstrem confiança, sensibilidade, tratamento digno e contínuo ao paciente.

Diante da vida, a posição de um indivíduo não pode estar baseada somente na qualificação de estar saudável ou doente. A presença de uma doença crônica não impede que uma pessoa viva em grande potência. A adoção de um conjunto de atitudes pode favorecer a redução dos efeitos da doença, conservando no indivíduo a manutenção de capacidades criativa e normativa, não sendo o adoecimento um fator limitante de vida. Por isso, principalmente as pessoas que lidam diretamente com o ato de cuidar devem conservar tal consciência (CZERESNIA et al., 2013).

Desta forma, assim como demonstrado no cotidiano vivido junto aos usuários do SUS no local de estudo, o estabelecimento de propostas que favoreçam a felicidade e a qualidade de vida em perpassam questões que envolvem “doença”, demonstrando que a humanização profissional e o cuidado são muitas vezes mais importantes que as tantas tecnologias duras hoje disponíveis no “mercado promotor” de saúde.

### **Consciência sanitária: saúde também é isso?**

#### **Relato 11 – Diário de campo:**

*O Sr. Prefeito Municipal solicita ao técnico em química Thiago, uma visita a um aglomerado familiar no bairro Andorinhas, onde famílias enfrentam problemas de falta de água.*

*Como o profissional não conhece o caminho para chegar até as residências, a técnica de enfermagem do PSF é solicitada a seguir junto. As estradas rurais apresentam bom estado e a viagem de carro dura cerca de cinquenta minutos.*

*A chegada ao local demonstra uma situação bastante diferente daquelas encontradas no cotidiano. A precariedade de saneamento básico é notável.*

*A técnica de enfermagem segue na frente e faz contato com a primeira, das quatro famílias que ali vivem.*



*A moradora local, Sr.<sup>a</sup> Juliana, relata que todas as quatro residências recebem água, porém, muito suja. Sua residência é a única que recebe água “mais limpa” e por isso, esta água é fornecida aos vizinhos para preparo de alimentos.*

*- A minha água é diferente da deles. O cano é outro. Quando eles precisam pra cozinhar eles pegam aqui, quando querem.*

*Durante a conversa a moradora conta que somente em sua casa vivem dez pessoas, e que duas de suas filhas adolescentes deixaram a escola devido ao fato de estarem grávidas.*

*A Sr.<sup>a</sup> Sofia, outra moradora local, ouve a conversa e nos convida a entrar em sua casa. Ficamos na sala e ouvimos os relatos da necessidade de uma caixa d'água que atenda às necessidades de todos que ali moram.*

*- Nossa, precisamos de uma água boa! Uma caixa d'água aqui pra gente seria ótimo. É muito difícil para gente ficar buscando toda hora pra poder cozinhar!*

*Durante as visitas o técnico Thiago deixa clara a necessidade de adequação também da coleta de lixo e do esgoto doméstico, o qual encontra-se a céu aberto. Segundo as crianças do local o riozinho (esgoto com águas claras) serve de diversão nos dias muito quentes.*

*- Tio, ele entra na água ali pra brincar ó (mostra o riozinho) – Diz uma das crianças.*

*As mães são orientadas pela equipe de saúde sobre as prevenções contra verminoses. O técnico informa que levará a situação ao conhecimento do Prefeito para que as medidas sejam tomadas.*

O relato acima demonstra a realidade vivida por inúmeras famílias em nosso país, mesmo diante de tantas tecnologias médicas e investimentos em pesquisas farmacêuticas na atualidade. Localizado a quase uma hora do centro da cidade, o bairro citado reúne famílias de baixa renda, que dependem exclusivamente do serviço público de saúde e que recebem atendimento médico da equipe de saúde da família a cada vinte e um dias.

Como afirmam Lisboa et al. (2013, p. 342):

Os serviços de saneamento básico são essenciais para a promoção da saúde pública. A disponibilidade de água em quantidade e qualidade adequadas constitui fator de prevenção de doenças; a água em quantidade insuficiente ou qualidade imprópria para consumo humano poderá ser causadora de doenças. O mesmo pode ser verificado quanto à inexistência e pouca efetividade dos serviços de esgotamento sanitário, limpeza pública e manejo de resíduos sólidos e de drenagem urbana.



Pesquisa realizada por Teixeira et al. (2014) acerca do impacto das deficiências de saneamento básico sobre a saúde pública em nosso país no período de 2001 a 2009, demonstrou que o total de mortes relacionadas ao saneamento básico inadequado totalizou uma média de 12.068 por ano. Além disso, a média de internações hospitalares no sistema público de saúde neste mesmo período foi de 758.750 por ano, gerando uma despesa total de 2,141 bilhões de reais em consultas médicas e internações.

A realidade encontrada no local de estudo demonstra a precariedade na atenção à saúde dos moradores do bairro rural visitado, onde inexistente tratamento de água, esgotamento sanitário encanado e nem mesmo recolhimento de lixo doméstico. Tal situação expõe diversas famílias ali residentes a inúmeros riscos. Por isso, a necessidade de uma “consciência sanitária” por parte dos gestores públicos e pela equipe de saúde municipal torna-se fundamental ao repensar o modelo de saúde proposto.

O modelo curativo empregado ao ofertar atendimento médico e medicamentos à comunidade não garante condições mínimas à manutenção da saúde aos moradores locais. Em afirmação, o próprio Ministério da Saúde deixa claro que muitas desigualdades na distribuição de riquezas ainda são evidentes em muitos setores populacionais, onde muitos ainda vivem em condições de pobreza e com condições mínimas ao acesso de serviços de saúde. A ausência de bens materiais não caracteriza a pobreza, mas sim a vulnerabilidade a que estes indivíduos ficam expostos devido à ausência de oportunidades e opções, a falta de saneamento básico, moradia digna, entre outros (BRASIL, 2013).

Outro relato demonstra a difícil realidade vivenciada pelos moradores locais...

**Relato 12:** *(Visitas domiciliares – 02-01-2014 – 08:30 h)*

*Após as festas de ano novo, muitos profissionais de saúde estão de folga. No PSF local encontram-se apenas uma técnica de enfermagem e um agente comunitário de saúde.*

*Os pacientes que chegam ao local são orientados a procurar o centro de saúde, onde há atendimento médico até às 12:00 h.*

*Alguns pacientes da zona rural aguardam visita domiciliar agendada pela técnica de enfermagem e, na ausência de motorista responsável, ofereço ajuda.*

*Partimos às 10:30 h rumo ao bairro Andorinha, o mais distante da cidade. Durante o percurso a profissional relata que a médica atende a cada vinte e um dias nesta comunidade,*





devido ao revezamento com os outros bairros rurais. Após pouco mais de uma hora chegamos à primeira residência.

*1ª visita – Assim que o carro é estacionado, algumas crianças descalças e com tosse persistente observam desconfiadas. Nos braços, algumas trazem seus gatos de estimação.*

Ao aproximarmos das residências, Sofia e Juliana nos recebem. A técnica de enfermagem explica que passa para saber das necessidades das famílias.

*Cabisbaixa, Juliana conta que há quatro dias, dois de seus filhos estão doentes. A mais nova, Alexandra, apresenta muita tosse e o filho mais velho, Pedro, febre alta. A falta de créditos no celular impediu a solicitação de ajuda ao veículo de plantão que fica na cidade. Como não possuía medicamentos em casa, optou pelo uso de ervas caseiras.*

*- Ah, a crianças tão tudo doente, com febre, tossindo. Precisa tudo ir no médico. Não tinha como ligar lá, tava sem crédito!*

Devido ao horário, a técnica explica que não seria mais possível conseguir atendimento médico naquele dia. Oferece a opção de levá-los ao hospital de uma cidade mais próxima, mas Juliana recusa. Prefere esperar mais um dia e ir ao centro de saúde municipal.

Sofia também explica que precisa ir até a farmácia do postinho buscar os remédios de uso controlado da mãe. Há alguns dias sem estes medicamentos, relata que a senhora, já de idade, fica muito ansiosa.

*- Nossa Clélia (técnica do PSF), você tem que ver como a mãe tá! Sem remédio ela fica desesperada. Acabou, mais não tinha como nós ih buscá!*

Clélia lembra Sofia da necessidade de levar o cartão de controle de medicação para que seja possível recebê-los. Através de contato telefônico com a Secretaria Municipal de Saúde agenda um carro para buscar todos os pacientes para consulta no dia posterior.

A distância geográfica aliada às difíceis condições de saneamento básico faz com que os problemas de saúde sejam recorrentes na população local. O serviço de saúde da família não consegue resolver de forma efetiva os problemas enfrentados por estes moradores que ficam isolados e sempre expostos a tantos riscos.

Em conferência municipal de saúde realizada neste ano o direito a “voz” foi dado aos usuários do SUS, com o objetivo de auxiliar os rumos dos serviços de saúde e permitindo a



democracia. Durante este evento algumas das propostas aprovadas demonstram a preocupação da comunidade com questões ligadas ao ambiente e a saúde humana. Entre elas destacaram-se:

- 1 - Nova forma de captação de água, devido aos recursos hídricos insuficientes;
- 2 - Trabalho de conscientização com a população a respeito do lixo;
- 3 - Coleta de lixo nos bairros rurais;
- 4 - Palestras preventivas em saúde;

Nos bairros rurais não existe nenhuma forma de tratamento de água, sendo a captação desta proveniente de minas. A captação de novos recursos hídricos refere-se à zona urbana, onde a água distribuída não tem sido suficiente para abastecimento da população. Nesta área o controle de qualidade da água é realizado mensalmente pela equipe de vigilância em saúde, o que não acontece com a água de abastecimento rural, deixando esta população vulnerável a diversos tipos de doenças de veiculação hídrica.

O lixo acumulado nos bairros rurais também é outro fator importante destacado pela comunidade. Com o acúmulo de resíduos próximos às residências ou em depósitos irregulares, aumentam as chances de doenças transmitidas por vetores, por exemplo. Medidas de conscientização pela equipe de saúde não serão suficientes no combate a este tipo de problema. Assim demonstrado no bairro Andorinha, outros moradores e animais de estimação lidam em seu cotidiano com o problema.

Ainda que os profissionais de saúde do município consigam demonstrar a estes moradores as medidas preventivas necessárias a serem adotadas (como aquisição de caixa d'água, construção de fossa séptica, etc.), estes ficam muitas vezes impedidos de realizar as medidas necessárias devido a fatores financeiros. Com ocupações que garantem basicamente a subsistência familiar e com poucos recursos disponíveis, as adequações físicas não são prioridade.

A equipe de serviço social oferta aos moradores do município todos os medicamentos prescritos que não são encontrados na farmácia básica, o que faz com que o serviço de “saúde” seja avaliado como exemplar. A presença do médico ao prescrever sua assistência aos pacientes e a capacidade da secretaria de saúde em atender a seus pedidos, cria a falsa sensação de segurança, de manutenção de uma “ordem biológica saudável”...



A pessoa vê a saúde nisso né? Se tiver... médico, tem tudo que o médico pode passar: tem remédio, tem exames. Então eu acho que por isso todo mundo diz que ta boa. Você ouve muita gente falando que se falta remédio na farmácia a saúde está uma porcaria! Tem gente que vê se tem saúde pela assistência no geral: se ela tem o remédio, se ela faz exames... não sei - Farmacêutica municipal.

Ao manter o padrão “curativo” com a oferta de medicamentos à população, outros problemas são “invisíveis” ao serviço social e de saúde municipal. Com condições de moradia e saneamento inadequados, torna-se comum a necessidade constante dos moradores, em especial daqueles residentes em bairros rurais, a procura pelo profissional médico:

Aqui os problemas são sempre os mesmos. As pacientes são as mesmas. Todo mês aqui ou nas consultas na unidade do PSF. Eu não sei o que acontece! As pessoas sempre querem exames ou remédio, e nem sempre é necessário. – Médica do PSF ao referir-se a uma determinada área rural.

Vale ressaltar que dificilmente a procura por este tipo de serviços nas unidades de saúde municipais tende a diminuir enquanto não forem adotadas medidas pelo poder público, as quais são fundamentais às perspectivas de mudança da precarização do cenário atual no local de estudo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os relatos acima demonstram realidades que necessitam ser repensadas ao buscar compreensão do conceito de “saúde”. “Dar voz” aos sujeitos e perceber suas limitações no cotidiano assistencial em saúde tornam-se fundamentais ao propor estratégias que garantam ações efetivas de promoção à saúde individual e familiar.

A atenção em saúde deve abarcar questões que lidem além do aspecto biomédico tradicional com oferta de exames, medicamentos e consultas. Exemplos de atenção e cuidado ao outro se demonstram essenciais em ambas às situações apresentadas, seja pelo próprio profissional de saúde ao trabalhar de forma humanizada, seja por parte daqueles representantes do poder público.

A integração de diversas culturas como a dos profissionais de saúde, meio ambiente, serviço social, infraestrutura, entre outros e usuários do sistema público de saúde, são necessários para que a(s) saúde(s) sejam pensadas em suas diversas dimensões, levando em



consideração as características comuns de cada indivíduo, em cada comunidade. “O que se espera é que a aproximação dos diferentes saberes contribua para uma melhor leitura das necessidades que as pessoas apresentam e que as mobilizam a procurarem um serviço de saúde” (RIQUINHO; GERHARDT, 2010, p. 322).

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc*, v. 13, n. 3. Setembro/Dezembro 2004, p. 16-29

BALESTRIN, Maria Fátima; BARROS, Solange Aparecida Barbosa de Moraes. A relação entre a concepção do processo saúde e doença e identificação/hierarquização das necessidades em saúde. Em: *VOOS - Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade de Guairacá*. v. 1, Julho 2009, p. 18-41

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; AFFONSO, Kátia de Carvalho. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. Em: *Cad. Saúde Pública*, v. 14, n. 2. Rio de Janeiro: Abril/Junho 1998, p. 355-365

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS 20 anos./Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, Elvira Maria Godinho de Seixas; OVIEDO, Rafael Antônio Malagón. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

DEJOURS, Christophe; DESSORS, Dominique; DESRIAUX, François. *Por um trabalho, fator de equilíbrio*. Em: *Rev. adm. empres.*, vol.33, n.3. São Paulo: Maio/Junho 1993, p. 98-104.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. *Rev. bras. enferm.*, v. 57, n. 4. Brasília: Julho/Agosto 2004, p. 467-471

LISBOA, Severina Sarah; HELLER, Leo; SILVEIRA, Rogério Braga. Desafios do planejamento municipal de saneamento básico em municípios de pequeno porte: a percepção dos gestores. *Eng. Sanit. Ambient.* v. 18, n. 4. Rio de Janeiro: Outubro/Dezembro 2013, p.341-348



MELLO, Débora Falleiros de et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev. bras. enferm.*, v. 65, n. 4. Brasília: Julho/Agosto 2012, p. 675-679

RIQUINHO, Deise Lisboa; GERHARDT, Tatiana Engel. Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. *Saude soc.*, v. 19, n. 2. São Paulo: June 2010, p. 320-332

SOUSA, Francisca Georgina Macedo de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde. *Rev. bras. enferm.*, v. 65, n. 5. Brasília: Setembro/Outubro 2012, p. 795-802

TEIXEIRA, Julio Cesar et al. Estudo do impacto das deficiências de saneamento básico sobre a saúde publica no Brasil no período de 2001 a 2009. *Eng. Sanit. Ambient.*, v. 19, n.1. Rio de Janeiro: Janeiro/Mar 2014, p. 87-96