



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JOÃO PAULO LOPES DA SILVA

**COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS, NO NORDESTE BRASILEIRO**

JOÃO PESSOA/PB

2023

JOÃO PAULO LOPES DA SILVA

**COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS, NO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política, cuidado e gestão em saúde

Linha de Pesquisa: Políticas, cuidado e gestão em saúde: sistemas, redes e organização das práticas

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Socorro Trindade Moraes

JOÃO PESSOA/PB

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586c Silva, João Paulo Lopes da.

Cotidiano de trabalho de profissionais da atenção primária à saúde em territórios rurais, no Nordeste brasileiro / João Paulo Lopes da Silva. - João Pessoa, 2023.



139 f. : il.

Orientação: Maria do Socorro Trindade Moraes.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Atenção primária à saúde - Profissionais. 2. Saúde da família - Território rural. 3. Saúde da população rural. 4. Serviços de saúde. I. Moraes, Maria do Socorro Trindade. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614-051(043)

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA	
---	--	---

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Curso de Pós-Graduação	Instituição
Pós-Graduação em Saúde Coletiva	UFPB
Ata da Sessão de Defesa de Dissertação do (a) Mestrando(a)	
João Paulo Lopes da Silva	
Realizada no Dia	
16/03/2023	

Às **14:00** horas do dia **16** do mês de **março** do ano de **2023** realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, do(a) discente **João Paulo Lopes da Silva**,

Intitulado:

COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS, NO NORDESTE BRASILEIRO

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores:

Maria do Socorro Trindade Moraes, orientadora,

Franklin Delano Soares Forte, Examinador interno da UFPB e

Claudia Santos Martiniano Sousa, examinadora externa da UEPB.

A sessão foi aberta pelo presidente da banca, que apresentou a banca examinadora e a orientanda. Em seguida, a candidata procedeu com a apresentação do trabalho. Após a exposição, seguiu-se o processo de arguição do mestrando. A primeira examinadora foi a professora Claudia Santos Martiniano Sousa. Logo após procederam a arguição o professor doutor Franklin Delano Soares Fortes.

Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho do mestrando.


Diante do exposto, considerando que o mestrando, dentro do prazo regimental, cumpriu todas as exigências do Regimento Geral da UFPB, do Regulamento Geral


dos Cursos de Pós-Graduação “*Stricto Sensu*” da UFPB e do Regulamento do programa, está **APTO** a obter o Grau de **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**, a ser conferido pela Universidade Federal da Paraíba.

A banca examinadora considerou **APROVADO** o trabalho do discente. Nada havendo a relatar a sessão foi encerrada às **16:00** horas e eu **Maria do Socorro Trindade Moraes** orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

João Pessoa, 16 de Março de 2023.

Assinatura da orientadora: *Maria do Socorro Trindade Moraes*

Documento assinado digitalmente
 FRANKLIN DELANO SOARES FORTE
Data: 16/03/2023 16:01:12-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Documento assinado digitalmente
 CLAUDIA SANTOS MARTINIANO SOUSA
Data: 16/03/2023 20:47:48-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

JOÃO PAULO LOPES DA SILVA

**COTIDIANO DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS, NO NORDESTE BRASILEIRO**

Banca Examinadora:

Maria do Socorro Trindade Moraes

Profa. Dra. Maria do Socorro Trindade Moraes

Orientadora – UFPB

Documento assinado digitalmente



FRANKLIN DELANO SOARES FORTE

Data: 16/03/2023 16:01:12-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte

Examinador interno – UFPB

Documento assinado digitalmente



CLAUDIA SANTOS MARTINIANO SOUSA

Data: 16/03/2023 20:47:48-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Claudia Santos Martiniano Sousa

Examinador Externo - UEPB

Dedico este estudo a todos os profissionais do SUS que trabalham na Atenção Primária à Saúde, nos territórios rurais brasileiros, que dedicam cotidianamente suas vidas por uma atenção à saúde de qualidade e equitativa para todos!

AGRADECIMENTOS

Agradecer é admitir que houve um minuto em que se precisou de alguém. É reconhecer que o homem jamais poderá lograr para si o dom de ser autossuficiente.

Agradeço primeiramente a Deus, meu Aba Pai, que me oportunizou concluir esta etapa, que era uma promessa tão antiga, esperada, desejada e tão chorada. Através de uma canção da cantora Sarah Farias, Deus disse: “E não precisa temer, pois eu serei com você. Te encherei de sabedoria, te encherei de conhecimento. E a minha graça não se apartará de você”. Obrigado, por me fortalecer diariamente nas batalhas cotidianas e por cuidar tão bem de mim!

Aos meus pais, Maria das Graças e Francisco Lopes, pelo amor incondicional, pela compreensão e apoio para a concretização desta etapa.

Às minhas irmãs, em especial, à Risolene Lopes e à Lindinalva Lopes, pelo suporte, cuidado e incentivo em todos os momentos da minha trajetória profissional. Ao meu irmão Francisco Filho (*in memoriam*), que sempre foi um ponto de apoio nas horas em que eu mais precisava. Se estivesse aqui, com certeza estaria vibrando com essa vitória. O meu coração ainda chora sua partida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria do Socorro Trindade Moraes, minha eterna gratidão por ter me recebido de braços abertos, ter acreditado em mim e na minha proposta de pesquisa, respeitando minhas ideias e por ter me dado autonomia durante todo o processo. Também por tamanha sensibilidade, paciência, humildade, confiança e ensinamentos ao longo das orientações. Gratidão por tudo.

À banca avaliadora deste trabalho, pela presteza no aceite do convite, pelo zelo com a pesquisa acadêmica, compromisso e por serem fonte de inspiração para mim: professores Dra. Claudia Martiniano, Dr. Arleusson Ricarte e Dr. Franklin Delano. Gratidão por me permitirem beber da fonte de vossos valiosos conhecimentos e poder aprimorar este estudo.

Gratidão especial ao Professor Dr. Arleusson Ricarte, por contribuir substancialmente em minha pesquisa, direcionando um olhar mais aprofundado sobre a ruralidade. A sua tese foi uma fonte de inspiração que para mim, você se tornou uma referência em estudos sobre a saúde na rural no Brasil.

À Professora Claudia Martiniano, pelas valiosas contribuições e reflexões que fundamentaram a discussão, por sua paciência e disposição em sempre participar deste momento tão especial que foi a construção desta dissertação.

Ao Professor Franklin Delano, exemplo de gentileza, leveza e amor pela pesquisa, um ser humano ímpar. Gratidão pelas suas contribuições, direcionamentos e disposição. Suas reflexões engrandeceram este estudo e trouxeram a leveza necessária para qualificar a temática.

Gratidão também aos professores Dr. Francisco Sales Clementino e Me. Maria Zélia Araújo, meus mestres da graduação, por acreditarem no meu potencial e por sempre me incentivarem a crescer no mundo acadêmico.

À Universidade Federal da Paraíba, em especial, ao corpo docente e aos Coordenadores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pela excelência na formação e por serem exemplos de amor pela pesquisa e pela saúde pública brasileira. Gratidão ao Prof. Dr. Eduardo Guedes, que, no primeiro momento, em minha dissertação, contribuiu com algumas reflexões sobre processo de trabalho em saúde e ao professor Dr. Gabriel Freitas, pela amizade e pelas inquietações sobre métodos de pesquisa.

Aos colegas da 2ª Turma do Mestrado em Saúde Coletiva da UFPB, turma de 2020, pelo acolhimento, companheirismo, amizade, apoio e pela construção de conhecimento. Em especial, à Turma do G2, (Bruna, Mariana, Mônica e Karlla, nossa pernambucana) e também a Raíssa, Kaique e Drica, que dividiram comigo suas angústias, dificuldades, madrugadas adentro, sempre cheios de bom humor e entusiasmo. É um privilégio contar com suas amizades.

Às minhas amigas da vida, do ambiente de trabalho, pelo incentivo, suporte, pelas palavras de afeto e estimável convivência. Vocês contribuíram diretamente nesta trajetória. Guardo os nomes (que são muitos) e a amizade de cada um no coração. Porém, gostaria de registrar alguns aqui: Maria Thereza Duarte, Izabella Fernandes, Cleópatra Selene, Glaucia Gleber, Kely Cristina, Isabela Medeiros, Liliane Queiroz e, especialmente, Rafaela Maia, que, durante os plantões, escutava meus lamentos e acolhia minhas fragilidades. Gratidão!

À bolsista do PIBIC, Rylla, pela colaboração na transcrição das entrevistas.

Às Secretarias Municipais de Saúde, pela autorização desta pesquisa, principalmente, aos profissionais trabalhadores dos territórios rurais pesquisados, pela acolhida calorosa e pelas contribuições compartilhadas acerca do seu cotidiano de trabalho.

Enfim, minha imensa gratidão a todos e todas que, direta e indiretamente, fizeram este momento acontecer, contribuindo com minha formação. O sentimento de

gratidão emana por cada um. Só cheguei até aqui graças ao amor, ao apoio e à dedicação que vocês sempre tiveram por mim.

Muito Obrigado!

ADMIRÁVEL GADO NOVO

(Zé Ramalho)

Vocês que fazem parte dessa massa
Que passa nos projetos do futuro
É duro tanto ter que caminhar
E dar muito mais do que receber
E ter que demonstrar sua coragem
À margem do que possa aparecer
E ver que toda essa engrenagem
Já sente a ferrugem lhe comer
Eh, ô, ô vida de gado
Povo marcado, eh
Povo feliz
Eh, ô, ô vida de gado
Povo marcado, eh
Povo feliz
Lá fora faz um tempo confortável
A vigilância cuida do normal
Os automóveis ouvem a notícia
Os homens a publicam no jornal
Recorrem através da madrugada
A única velhice que chegou
Demoram-se na beira da estrada
E passam a contar o que sobrou
Eh, ô, ô vida de gado
Povo marcado, eh
Povo feliz
Eh, ô, ô vida de gado
Povo marcado, eh
Povo feliz
O povo foge da ignorância
Apesar de viver tão perto dela
E sonham com melhores tempos idos
Contemplam essa vida numa cela
Esperam nova possibilidade
De verem este mundo se acabar
A "Arca de Noé", o dirigível
Não voam, nem se pode flutuar
Não voam, nem se pode flutuar
Não voam, nem se pode flutuar
Eh, ô, ô vida de gado
Povo marcado, eh
Povo feliz
Eh, ô, ô vida de gado
Povo marcado, eh
Povo feliz!

RESUMO

O cenário rural historicamente foi marcado por embates populares, disparidades sociais e iniquidades em saúde. A população rural, há muito tempo, carece do olhar das políticas públicas, em especial, do Sistema Único de Saúde, devido às desfavoráveis condições de saúde e de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Na área rural, apesar da expansão das unidades da Estratégia de Saúde da Família, a dispersão populacional e a vasta área territorial e gestão pouco qualificada têm sido agravantes à cobertura da Estratégia, insuficientes para uma Atenção Primária resolutive. Este estudo teve por objetivo compreender o cotidiano de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em territórios rurais de municípios no Nordeste brasileiro. Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa que teve como cenário quatro municípios localizados no interior do Estado da Paraíba: Juru, Manaíra, Princesa Isabel e Tavares. Participaram da pesquisa uma equipe da Estratégia de Saúde da Família de territórios rurais de cada município, totalizando vinte e três entrevistados. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas entre maio e julho de 2022, e o material empírico foi organizado no software Atlas.ti22® e fundamentado a partir da Análise de Conteúdo. Os resultados são apresentados em três eixos temáticos: Construções e Organização do Trabalho na Equipe de Saúde da Família em Território Rural; Olhar Profissional sobre as Especificidades no Cuidar da População Rural; Desafios e potencialidades no trabalho na Estratégia de Saúde da Família em Território Rural. Para cada eixo, surgiam categorias que, por conseguinte, deram origem a subcategorias que emergiram das falas. Os sentidos produzidos pelas narrativas, evidenciaram que o território rural estudado é permeado de barreiras e singularidades socioespaciais que influenciam na organização do processo de trabalho e no cronograma na Estratégia de Saúde da Família. Existe uma fragmentação no processo de planejamento de trabalho de algumas equipes, especialmente, na saúde bucal. A realização de ações descentralizadas, como visitas domiciliares e atendimento nos postos âncoras, foi sinalizada como uma forma de superar as barreiras sociogeográficas. O estudo ainda desvelou que dificuldades, como acesso sociogeográfico relacionado ao transporte e ao deslocamento, problemas na infraestrutura nas unidades âncoras, falta de recursos e rotatividade profissional são dificuldades comuns encontradas nos territórios brasileiros e que comprometem a longitudinalidade do cuidado. Quanto às potencialidades, destacou-se o vínculo do profissional, a importância do trabalho em equipe e a provisão e fixação dos profissionais médicos através do programa Médicos pelo Brasil. Apesar dos desafios impostos ao trabalho em territórios rurais e tendo em vista as especificidades atreladas a esse território e às condições de trabalho, os profissionais encontram satisfação no desenvolvimento do trabalho.

Palavras- chaves: Atenção Primária à Saúde. Território rural. Saúde da população rural. Serviços de saúde.

ABSTRACT

The rural setting has historically been marked by popular clashes, social disparities and health inequalities. The rural population has long lacked the attention of public policies, especially the Unified Health System, due to unfavourable health conditions and the organization of Primary Health Care services. In rural areas, despite the expansion of the Family Health Strategy units, the dispersion of the population and the vast territorial area and poorly qualified management have been aggravating factors for the coverage of the Strategy, which is insufficient for resolute Primary Care. The aim of this study was to understand the day-to-day work of Family Health Strategy professionals in rural areas of municipalities in the north-east of Brazil. It was a qualitative study set in four municipalities located in the interior of the state of Paraíba: Juru, Manaíra, Princesa Isabel and Tavares. One Family Health Strategy team from the rural areas of each municipality took part in the research, totaling twenty-three interviewees. The semi-structured interviews were conducted between May and July 2022, and the empirical material was organized using Atlas.ti²²® software and based on Content Analysis. The results are presented in three thematic axes: Constructions and Organization of Work in the Family Health Team in a Rural Territory; Professional View on the Specificities of Caring for the Rural Population; Challenges and potential of working in the Family Health Strategy in a rural territory. For each axis, categories emerged which, consequently, gave rise to subcategories that emerged from the speeches. The meanings produced by the narratives showed that the rural territory studied is permeated by socio-spatial barriers and singularities that influence the organization of the work process and the schedule in the Family Health Strategy. There is fragmentation in the work planning process of some teams, especially in oral health. Decentralized actions, such as home visits and care at anchor points, were highlighted as a way of overcoming sociogeographical barriers. The study also revealed that difficulties such as sociogeographic access related to transportation and commuting, infrastructure problems at the anchor units, lack of resources and professional turnover are common difficulties found in Brazilian territories that compromise the longitudinality of care. As for the potentials, the most noteworthy were the professional bond, the importance of teamwork and the provision and retention of medical professionals through the Doctors for Brazil program. Despite the challenges posed by working in rural areas and given the specific characteristics of this territory and the working conditions, the professionals find satisfaction in their work.

Keywords: Primary Health Care. Rural territory. Health of the rural population. Health services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Representação gráfica do mapa da Paraíba, com destaque para 11 ^a GRS, 2022.....	47
Figura 2-	Representação gráfica do mapa da Paraíba, com destaque para os municípios selecionados na pesquisa, 2022.....	48
Figura 3-	Município de Juru-PB.....	48
Figura 4-	Município de Manaíra-PB.....	49
Figura 5-	Município de Princesa Isabel-PB.....	50
Figura 6-	Município de Tavares-PB.....	51
Figura 7-	Percepção dos profissionais sobre o trabalho na ESF rural.....	62
Figura 8-	Nuvem de palavras com a percepção dos profissionais sobre a população da zona rural.....	68
Figura 9-	Tipologia do planejamento das atividades na ESF rural.....	69
Figura 10-	Organização do agendamento das atividades na ESF rural.....	78
Figura 11-	Olhar dos profissionais sobre a organização das especificidades do território rural.....	88
Figura 12-	Desafios no Trabalho da ESF Rural.....	97
Figura 13-	Potencialidade do Trabalho da ESF em Território Rural.....	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Critérios utilizados para nova tipologia de classificação municipal...	30
Quadro 2-	Distribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família nos municípios da pesquisa.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
APS	APS - Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DNERu	Departamento Nacional Rural
EPS	Educação Permanente em Saúde
EAP	Equipes de Atenção Primária
eSF	Equipes de Saúde de Família
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRS	Gerência Regional de Saúde
GT	Grupo de Trabalho (GT)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MRR	Municípios Rurais Remotos
SBMFC	Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PB	Paraíba
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PDRE	Plano Diretor de Regionalização Estadual
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PBF	Programa Bolsa Família
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos

PRONAF	Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAE	Programa Nacional da Alimentação Escolar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanha da Saúde Pública
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidades de Saúde da Família
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Objetivo Geral.....	23
2.2	Objetivos Específicos.....	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
3.1	Reflexões sobre o Conceito de Ruralidade no Brasil.....	24
3.2	Atenção à Saúde da População Rural no Brasil.....	31
3.3	Atenção Primária à Saúde no Brasil e o Trabalho da Equipe Multiprofissional.....	39
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	46
4.1	Desenho de Estudo.....	46
4.2	Cenário do Estudo.....	46
4.2.1	Caracterização dos Municípios de Pesquisa.....	48
4.2.1.1	<i>Município de Juru</i>	48
4.2.1.2	<i>Município de Manaíra</i>	49
4.2.1.3	<i>Município de Princesa Isabel</i>	50
4.2.1.4	<i>Município de Tavares</i>	51
4.3	Participantes do Estudo.....	52
4.4	Instrumentos e Técnica de Coleta de Dados.....	53
4.5	Análise dos Dados.....	54
4.6	Considerações Éticas.....	56
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	58
5.1	Construções e Organização do Trabalho na Equipe de Saúde da Família em Território Rural	61
5.1.1	Categoria 1- Construções sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família rural.....	61
5.1.2	Categoria 2 – Planejamento da Estratégia de Saúde da Família Rural.....	69
5.1.3	Categoria 3 – Agenda de Trabalho da Estratégia de Saúde da Família Rural.....	77
5.2	Olhar Profissional sobre as Especificidades no Cuidar da População Rural.....	87
5.2.1	Categoria 1 – Olhar sobre as Especificidades Rurais.....	88

5.3	Desafios e Potencialidades no Trabalho na Estratégia de Saúde da Família em Território Rural.....	96
5.3.1	Categoria 1 – Desafios no trabalho da Estratégia de Saúde da Família rural.....	97
5.3.2	Categoria 2 – Potencialidades do Trabalho da Estratégia de Saúde da Família em Território Rural.....	103
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
	REFERÊNCIAS.....	109
	APÊNDICES.....	127
	ANEXOS.....	132

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um grande marco nos avanços das políticas públicas do setor e vem alcançando um importante espaço de discussão no cenário mundial, propondo estratégia para diminuir as iniquidades dos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2021).

No Brasil, há 45.796 equipes de Saúde de Família (eSF) e de 28.980 Saúde Bucal (eSB) implantadas, com uma cobertura de 62,6% da população em 2019 (GIOVANELLA *et al.*, 2021). Considerando a divisão do território em zona urbana ou rural, o Brasil tem 29.757.904 habitantes residindo em domicílios rurais, sendo a Região Nordeste responsável pelo maior percentual no país. Existem hoje 16.497 equipes de saúde da família credenciadas pelo Ministério da Saúde, correspondendo a uma cobertura de 80,7% da população nordestina. A ESF foi particularmente importante porque representou a primeira iniciativa concreta de sanar o vazio assistencial presente no país, até meados da década de 1990, além das vulnerabilidades sociais e econômicas presentes (FORTE *et al.*, 2022).

Os profissionais da APS constituem um enorme contingente de força de trabalho no sistema de saúde brasileiro, os quais devem prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, por meio de trabalho em equipe interprofissional, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações (CONDELES *et al.*, 2019; OLIVEIRA; PEDRAZA, 2019).

Não há dúvidas de que o crescimento do número de equipes da ESF melhorou o acesso aos serviços de saúde para grande parte da população brasileira e que houve diversos investimentos na qualificação das equipes de ESF, sobretudo, para organizar o processo de trabalho, no sentido de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e da coletividade. Contudo é preciso apontar que a acessibilidade aos serviços é bastante precária em diversas regiões do país, especialmente, nos espaços em que se localizam territórios rurais (OLIVEIRA, 2019; SHIMIZU; TRINDADE; MESQUITA; RAMOS, 2018; FEITOSA *et al.*, 2016).

A realidade da saúde rural brasileira é diferente do que ocorre em outros países da Europa e da Ásia, tanto no que se refere à questão da organização de gestão, quanto à geográfica. Porém, apresentam semelhança no que se refere às dificuldades para assistência à saúde. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), 56% dos moradores de áreas rurais no mundo não têm acesso a serviços de

saúde. A maioria dos países em áreas rurais enfrentam dificuldades com transporte e comunicação, desigualdades de financiamento à saúde, além de extrema escassez de recursos humanos e na distribuição desigual de profissionais de saúde, especialmente, de médicos (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018; FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021).

Entre as declarações internacionais que orientam sobre a saúde da população rural, a Declaração de Delhi reforça que as necessidades das pessoas vivendo em áreas rurais e de difícil acesso devem ser consideradas prioritárias, caso as nações queiram atingir a cobertura universal em saúde (WHO, 2018).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2015), no Brasil, 15,28% dos brasileiros ainda residem em locais remotos ou de difícil acesso, possuem menos acesso a cuidados e apresentam as piores condições de saúde quando comparados a populações urbanas. A Região Nordeste se destaca por concentrar grande parte dos municípios rurais adjacentes e remotos, e a Região Norte, por ter os municípios rurais remotos do país (SOARES *et al.*, 2015; ALMEIDA; FLOSS; TARGA; WYNN-JONES; CHATER, 2018; FRANCO.; LIMA; GIOVANELLA, 2021).

Esse problema originou-se devido a fatores, como a dificuldade de profissionais de saúde com habilidades para atuar nas áreas rurais, a distância das localidades rurais e a falta de recursos adequados para o trabalho. Quando se trata dos profissionais de saúde que escolhem trabalhar em áreas rurais e remotas, esse problema torna-se mais grave, devido à falta de acesso à informação para subsidiar a prestação dos serviços de saúde na rede de atenção (RURAL INFORMATION TECHNOLOGY EXCHANGE WRITE, 2013).

No Brasil, apesar da expansão das unidades da ESF em área rural, a dispersão populacional e a vasta área territorial têm sido agravantes à cobertura da Estratégia, insuficientes para uma APS resolutive. Outro fator para o avanço da ESF nas zonas rurais de municípios de pequeno e médio porte é a escassez de recursos, como de profissionais qualificados, com destaque para a falta de médicos que queiram trabalhar na zona rural (SHIMIZU; TRINDADE; MESQUITA; RAMOS, 2018; FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021).

A população da zona rural, há muito tempo, requer atenção das políticas públicas, em especial, do Sistema Único de Saúde, devido às iniquidades em saúde,

bem como para a superação do modelo de atenção que respeitem suas especificidades (SHIMIZU; TRINDADE; MESQUITA; RAMOS, 2018).

Estudos realizados por Arruda, Maia e Alves (2018), Oliveira *et al.* (2019) e por Miranda; Oliveira; Moraes e Vasconcelos (2020) apontaram que a realidade territorial da zona rural se diferencia da zona urbana por diversos aspectos, como dispersão territorial, condições de saúde da população mais precárias, escassez de transporte público e a falta de infraestrutura das Unidades de Saúde da Família (USF). Tais aspectos trazem como consequência a dificuldade de acesso da população ao serviço de saúde.

No que se refere ao trabalho dos profissionais de saúde na ESF em zona rural, existe uma dinâmica de trabalho diferenciada, condicionada pelas características próprias da ruralidade e pelas dificuldades inerentes às condições de vida e saúde da população que demandam cuidados em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Para diminuir as iniquidades em saúde relacionadas à população rural, foi publicada, em 2011, e reformulada, em 2014, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), a qual foi considerada um avanço para a garantia do direito e do acesso da população rural ao SUS (BRASIL, 2014).

Todavia, essa política, ao integrar demandas assistenciais tão diversas (campo, floresta e águas), em uma única política, não contemplou estratégias eficazes que poderiam auxiliar no enfrentamento de necessidades de saúde/cuidado específicas para a população do campo. Além disso, existe pouca articulação dessa política com a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2014; OLIVEIRA *et al.* 2019a).

A partir dessas reflexões, entendendo que a Atenção Primária à Saúde deve ser a porta de entrada preferencial desses usuários e ordenadora dos cuidados básicos de saúde e compreendendo as lacunas na literatura quanto à escassez de estudos brasileiros com a temática, buscou-se conhecer o cotidiano do trabalho dos profissionais da ESF em territórios rurais.

A escolha dessa temática, partiu da minha trajetória profissional como enfermeiro assistencial em um município de médio porte. Percebi que, durante os atendimentos ambulatoriais, a maioria da população assistida era oriunda da zona rural e que suas queixas básicas poderiam ser resolvidas dentro do seu próprio território, na ESF. Esse fato trouxe algumas inquietações sobre o contexto da saúde

na ruralidade e o trabalho da equipe desempenhada nas UBS rurais, especialmente, em municípios rurais adjacentes, tornando-se o objeto de pesquisa.

Mesmo com a ocorrência da expansão das eSF no Brasil, os profissionais de saúde que trabalham em áreas rurais ainda enfrentam diversas dificuldades para a garantia à continuidade do cuidado, como: condições de trabalho, longo percurso para as áreas rurais e as dificuldades de transporte para o deslocamento, cronograma de trabalho, qualificação da equipe para um trabalho voltado para as especificidades da população, entre outros, conforme aponta os estudos publicados por Oliveira *et al.* (2019a/2020) e Shimizu, Trindade, Mesquita, Ramos (2018).

A partir do exposto, emergiram os seguintes questionamentos: Como é o cotidiano de trabalho dos profissionais da ESF em territórios rurais de municípios no Nordeste brasileiro?; Quais os desafios no trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, considerando as especificidades das áreas rurais para garantia da continuidade do cuidado integral?; Em que condições logísticas acontece o trabalho na equipe da Estratégia de Saúde da Família na área rural de municípios do interior da Paraíba?

Diante disso, esta pesquisa se justifica pela relevância da temática para área de saúde e por sua limitação nas publicações relacionadas ao trabalho dos profissionais das equipes da ESF no contexto da saúde rural, especialmente, em territórios rurais adjacentes. Assim, se subsidia a reorientação da organização dos serviços de saúde no Brasil em territórios rurais, a partir do fortalecimento de políticas públicas para tomada de decisão de profissionais e de gestores de saúde quanto à organização do trabalho na APS.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Compreender o cotidiano de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em territórios rurais de municípios no Nordeste brasileiro.

2.2 Específicos

- Compreender como se dá a construção e a organização do trabalho nas equipes da ESF, em território rural;
- Identificar as especificidades das regiões rurais que influenciam no desenvolvimento das práticas de cuidado das equipes de ESF;
- Desvelar os desafios e as potencialidades na organização do trabalho dos profissionais da ESF em zona rural;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Reflexões Sobre o Conceito de Ruralidade no Brasil

A ruralidade é uma temática que abarca uma problemática social diante da globalização e da reestruturação do capitalismo contemporâneo e tem sofrido transformações de ordem econômica, ambiental e sociocultural. Os países em desenvolvimento têm vivido um paradoxo em relação à desvalorização do rural, visto que, em geral, a ruralidade é percebida como sinônimo de atraso, e se considera que sua sociedade é parada no tempo e que pouco contribui para o desenvolvimento nacional (BEZERRA; BARCELAR, 2013; MENEZES NETO, 2017).

Percebido como um espaço ligado diretamente à questão territorial, os estudos das ruralidades trazem limitações ao conceito do rural, apontando como característica o fato de serem regiões isoladas, distantes, pouco habitadas e cuja característica principal está ligada às questões agrárias. Assim, refere-se que área rural é destinada à agricultura e à industrialização ao urbano (NADALETO, 2013). Além de ser relacionada ao espaço da agricultura, outras características atribuídas ao rural são: a relação direta dos seus habitantes com a natureza, a baixa densidade populacional e o interconhecimento entre os seus habitantes (RODRIGUES, 2014).

O debate sobre a diferença entre o rural e o urbano torna-se mais intenso a partir da segunda metade do século XX. No Brasil, a Lei nº 311, de 2 de março de 1938, estabelece a divisão territorial no país, descrevendo como cidade toda e qualquer sede de município, independente de outros critérios ou características, ou seja, “o rural é tudo que não é urbano” (KUMMER, 2021).

No contexto internacional, a temática da conceituação de rural tem buscado imprimir uma concepção do espaço rural para além da simples oposição ao espaço urbano, considerando que a definição do espaço rural deve prever, além dos aspectos demográficos, também os elementos econômicos, sociais, culturais e geográficos (CELLA; QUEDA; FERRANTE, 2019).

Os países-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e União Europeia costumam classificar os espaços territoriais de acordo com a densidade demográfica em: predominantemente urbanas, intermediárias próximas de uma cidade, intermediárias isoladas, predominantemente rurais próximas de uma cidade e predominantemente rurais isoladas (OECD, 2011).

De acordo com Nunes (2021), o critério utilizado pela OCDE, para classificar o que é rural e urbano, tem por base a análise da dimensão territorial do desenvolvimento e suas consequências sobre as políticas públicas. O critério de densidade demográfica apenas facilita a operacionalização e a compreensão das áreas rurais, considerando que essas áreas serão caracterizadas por apresentar menor densidade habitacional, portanto é um critério que desvincula a ruralidade da pobreza e do despovoamento (CELLA; QUEDA; FERRANTE, 2019).

No Brasil, a delimitação dos espaços rurais teve uma intensidade maior nas décadas de 1940-1950, quando o Estado brasileiro adota a definição sobre a delimitação dos espaços rurais e urbanos. As áreas rurais do Brasil são definidas por oposição e exclusão às áreas urbanas. Nesse sentido, todo espaço de um município que não corresponder às áreas urbanas ou distritais é considerado rural. Assim, a estratégia do modelo de desenvolvimento adotado e executado no Brasil, a partir dessas décadas, priorizou intervenções nos espaços urbanos, em especial, nos centros metropolitanos que vão conformar e ampliar o crescimento urbano-industrial (BEZERRA; BARCELAR, 2013).

Essa abordagem resultou em alguns aspectos negativos, pois a alta concentração de investimentos nas grandes cidades do país, com abandono de milhares de localidades menores, teve como consequência a pobreza rural, evidenciada pela ausência de saneamento, escolas, serviços de saúde, energia elétrica, entre outros. Esses problemas já são prevalentes nas periferias urbanas das grandes cidades, considerando a existência de pobreza e falta de investimento em serviços essenciais (OLIVEIRA, 2019).

A definição de território rural é questionada e criticada por José Eli da Veiga (2002), pois o critério utilizado no Brasil é único em todo o mundo; considera-se urbana toda sede de município (cidade) e de distrito (vila), sejam quais forem suas características. É uma definição tida como insuficiente, visto que muitos municípios brasileiros são essencialmente rurais e que esse conceito pode trazer malefícios no que tange às políticas públicas de melhoria da qualidade de vida da população que reside nessas áreas.

Conforme escreve Nadaletto (2013), no Brasil o critério administrativo que delimita as áreas rurais pode estar escondendo e subestimando um enorme contingente populacional e territorial em muitos municípios pouco habitados e tidos por urbanos. Todavia, esses municípios possuem uma extrema dependência e

proximidade das atividades desenvolvidas no campo, além de se encontrarem distantes das regiões consolidadamente urbanizadas.

Segundo o Censo Demográfico, “Rural é a área externa ao perímetro urbano de um distrito, composta por setores nas seguintes situações: rural de extensão urbana, rural povoado, rural núcleo, rural e outros aglomerados, rural exclusive aglomerados” (IBGE, 2002. p. 66).

As abordagens clássicas situam o rural relativamente ao urbano de duas maneiras: como oposição campo-cidade e como um *continuum* rural-urbano. Mota e Schmitz (2002) descrevem três tipos de abordagens que estão associadas às definições existentes entre o rural e o urbano, campo e cidade: a dicotômica, a de *continuum* e a de permanência das ruralidades.

A visão dicotômica dedicou-se a estabelecer uma oposição entre dois polos autônomos, bem delimitados e excludentes. Vincula-se a uma visão marcadamente setorial, considerando que o campo está restrito à produção agropecuária, e a cidade se volta à produção industrial e ao fornecimento de bens e serviços para a população nela residente e no seu entorno. No Brasil, essa visão dicotômica predominou até os anos 1980, embora ainda esteja presente nas instituições, agências e políticas (MOTA; SCHMITZ, 2002; HESPANHOL, 2013).

A perspectiva do *continuum* rural-urbano remonta a meados da década de 1930 e se intensificou na década de 1960, como uma reação contra as dicotomias polarizadas. Propõe três tipos ideais de sociedade: pequenas comunidades, sociedades camponesas e sociedades urbanas. Ela advoga o fim do rural, argumentando que a ampliação dos processos de industrialização e globalização provocou a urbanização geral da sociedade, tendendo a homogeneizar todos os espaços, sejam eles rurais ou urbanos (HESPANHOL, 2013; RODRIGUES, 2014; IBGE, 2017).

A última abordagem traz a permanência das diferentes ruralidades derivadas das particularidades de cada lugar e da maneira como cada fração do espaço participa dos processos econômicos e sociais (HESPANHOL, 2013). Pesquisadores, como Mota e Schmitz (2002), reconhecem as transformações que atingiram o meio rural, mas defendem que há pertinência nas suas particularidades, que podem constatadas por meio das atividades econômicas, das formas de ocupação do espaço, da paisagem, dos atores, das relações de trabalho e das representações sociais.

A classificação entre o que é rural ou não no Brasil é preocupante. De acordo com Maria de Nazareth Baudel Wanderley (1999), pesquisadora e fundadora da Rede Nacional de Estudos Rurais no Brasil, um dos critérios mais recorrentes para diferenciar o rural do urbano é a dimensão da população, sendo que cada país define até que ponto uma comunidade pode ser considerada urbana. Critérios como a densidade demográfica e a proximidade com grandes centros urbanos também são utilizados nas definições. No contexto internacional, existem casos, como exemplo a França, que considera rural qualquer aglomerado com menos de 2.000 habitantes independente das atividades que desenvolvem e da forma como se relacionam.

Ricardo Abramovay (2003) traz algumas reflexões sobre seu olhar ao conceito de ruralidade e toma por base referências centrais do debate internacional: “o rural não é definido por oposição, e sim nas suas relações com as cidades” (p. 20). Isso significa reconhecer que cada território tem sua singularidade, sua história, constituição de vida e particularidade.

Com o processo de modernização da agricultura entre as décadas de 1960 e 1970, ocorreram algumas modificações no espaço agrário brasileiro, com a introdução de tecnologias sofisticadas. Essas mudanças foram intensas entre os anos de 1980 e 1990, quando ocorre realmente a passagem do período técnico para o período técnico-científico informacional. Nesse período houve acréscimo de informações que se expandiram para outras regiões do território brasileiro até então excluídas do processo de modernização (MEDEIROS, 2017).

Devido à expansão das áreas urbanas, esperava-se que em 1970, a concepção do rural fosse superada e que desaparecesse com o desenvolvimento humano. Porém, diferentemente do que se esperava, houve um fortalecimento do rural que modificou o cenário mundial e brasileiro (BUSQUET, 2012-2013).

A temática da ruralidade, no início do século XXI, veio com uma nova tônica e ganhou importância na agenda internacional, com impulso de organizações da sociedade civil e gestores governamentais, fortalecida pela necessidade de caracterizar, de forma mais precisa e coerente, o papel, a realidade e a dinâmica dessas regiões rurais, com o intuito de superar as definições do rural como oposição ao urbano e como residual delas (BEZERRA; BARCELAR; 2013; DELGADO *et al*; 2013; LIMA, 2016).

Algumas literaturas sobre a temática da ruralidade ainda continuar realizando abordagens mais tradicionais ao associar o meio rural à presença exclusiva da

agricultura e de sua centralidade na definição das dinâmicas sociais, econômicas e culturais. A partir do momento em que se considera o rural como resíduo, o urbano passa a ser o *lócus* central das ações dos Estados e da sociedade geral, trazendo implicações importantes para o desenvolvimento socioeconômico e ambiental das regiões rurais, deixando essa região à margem das políticas públicas e dos projetos de desenvolvimento (BEZERRA; BARCELAR; 2013; DELGADO *et al.*; 2013).

Conforme Wanderley (2009), a concepção de ruralidade coloca como invisíveis os seres humanos que foram protagonistas do desenvolvimento deste país. O projeto de modernização no Brasil foi coerente com o peso histórico que a concentração fundiária desempenhou na conformação das configurações territoriais das regiões interioranas.

Com a diversificação observada nos espaços rurais nos últimos anos, alguns pesquisadores da área da ruralidade, como Carneiro (1998), Graziano da Silva e Del Grossi (2000), Veiga (2006), Wanderley (2009), destacaram que, mais do que um renascimento, estamos a vivenciar o surgimento de uma nova ruralidade, que seria resultado da convergência de alguns fatores, como: o aumento da preocupação com a conservação do patrimônio natural; a intensificação de outras atividades econômicas e de outros interesses sociais no meio rural, para além da prática agrícola; a atribuição de novas funções para o meio rural ademais da produção de alimentos; o aproveitamento das distintas amenidades propiciadas pelos centros urbanos próximos; e a exploração de novas fontes de energia. Como consequência, as áreas rurais passaram a ser consideradas atualmente como construções sociais específicas e diversificadas (KAGEYAMA, 2004; DELGADO *et al.*, 2013).

A partir dos anos 90, a significação do que é o “rural” tem sido redimensionado devido aos intensos debates entre pesquisadores do tema, deixando para trás sua identificação com o meramente agrícola ou como uma oposição ao urbano (MENEZES NETO, 2017). Isso decorreu do novo conjunto de atividades diferentes das tradicionais introduzidas no campo, estreitando a relação do rural com o urbano de acordo com o grau de modernização da região onde se localiza (OLIVEIRA, 2019).

De acordo com Rodrigues (2014), com a emergência no processo de modernização do campo, observou-se uma nova relação com a terra, em que se desenvolveram novas atividades econômicas de caráter não agrícola nos espaços rurais. Dessa forma, a agricultura ocupou menor quantidade de pessoas e permitiu, assim, o desenvolvimento da pluriatividade, havendo dedicação de parte da

população rural a atividades tipicamente urbanas, como prestação de serviços, a exemplo do turismo rural, que, além de proporcionar melhoria de renda da população, promove a entrada de equipamentos urbanos nas áreas rurais.

Considerando o fenômeno da pluriatividade que vem ocorrendo na área rural, é fundamental ir além dos métodos tradicionais para se compreender a nova dinâmica de organização desse espaço. É preciso observar, nas construções desse espaço, além das questões sociodemográficas, enxergando o rural não apenas como um lócus de produção, mas também um lugar de vida e de moradia (WANDERLEY; FAVARETO, 2013).

De acordo com Rodrigues (2014), o rural pode ser compreendido como uma categoria de leitura da realidade social, na medida em que expressa uma representação do mundo que vai além da mera diferenciação do espaço. É fundamental que ocorra uma nova conceituação do que é rural e que ela não esteja limitada a uma questão espacial do que não é urbano. Existem algumas formas sociais para auxiliar nessa conceituação, como a utilização de aspectos demográficos, como o número total da população; fatores econômicos, como o tipo de atividade econômica; ou por indicadores sociais, como a presença de determinados bens de uso coletivo.

A partir de 2017, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou uma proposta de classificação urbano e rural para o Brasil, alinhada à tipologia proposta pela OCDE e União Europeia, na qual considerou o critério de densidade demográfica associado à acessibilidade a centros com alto nível hierárquico em relação à rede urbana, em escala municipal (IBGE, 2017).

A definição da tipologia efetuou-se segundo um processo de classificações e cruzamentos matriciais sucessivos, com base nos seguintes critérios: população em áreas de ocupação densa, proporção da população em áreas de ocupação densa em relação à população total e localização. Esse processo metodológico de agrupamento resultou em cinco tipologias rural/urbana: Urbano, Intermediário Adjacente, Intermediário Remoto, Rural Adjacente e Rural Remoto (IBGE, 2017).

Quadro 1: Critérios utilizados para nova tipologia de classificação municipal.

Classificação	Critérios para os Municípios em Unidades Populacionais
Município predominantemente urbano	Mais de 50.000 habitantes, em áreas de ocupação densa.
	Entre 25.000 e 50.000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização superior a 50%.
	Entre 10.000 e 25.000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização superior a 75%.
Município intermediário	Entre 25.000 e 50.000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização entre 25% e 50%.
	Entre 10.000 e 25.000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização entre 50% e 75%.
	Entre 3.000 e 10.000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização superior a 75%.
Município predominantemente rural	Entre 25.000 e 50.000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização inferior a 25%.
	Entre 10.000 e 25.000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização inferior a 50%.
	Entre 3.000 e 10.000 habitantes, em área de ocupação densa, com grau de urbanização inferior a 75%.
Município rural adjacente e intermediário adjacente	(...) A dimensão da localização de forma que se possibilite distinguir, dentre os municípios classificados como intermediários e rurais, aqueles adjacentes e centros urbanos de maior hierarquia daqueles que se encontram remotos.

Fonte: Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação IBGE (2017).

Segundo a classificação e caracterização dos municípios brasileiros pelo IBGE, a maior parte desses municípios é predominantemente rural (60,4%), sendo 54,6% classificados como rurais adjacentes, e 5,8%, rurais remotos. Há, no Brasil, 323 Municípios Rurais Remotos (MRR) em todas as regiões, situados em maior proporção na Região Norte (121), seguida das Regiões Nordeste (102) e Centro-Oeste (74). A Região Sul se destaca pela quase inexistência de áreas rurais com características remotas (2%). A partir dessa classificação, somam-se 32.214.417 milhões de brasileiros, o que equivale a 17,6% da população total vivendo em territórios rurais no País. Desse quantitativo, 28.689.820 vivem em municípios classificados como rurais adjacentes, e 3.524.597, nos rurais remotos (IBGE, 2017; NUNES, 2021).

Dois elementos foram centrais na classificação proposta: o tempo de deslocamento até um subcentro, centro ou metrópole regional e a população residente em áreas de ocupação densa. Segundo o IBGE, a escolha da variável de deslocamento se deu com o intuito de diferenciar os municípios em sua relação com centros urbanos de maior porte, já que a maneira como os municípios se ligam a centros urbanos com maior complexidade de oferta de bens e serviços é um

importante meio de qualificação das áreas não urbanas (FAUSTO; FONSECA; PENZIN, 2020).

Essa proposta de classificação dos espaços rurais e urbanos, identificados a partir de critérios comuns estabelecidos para todo o País, proporciona uma melhor otimização e redireciona a condução de planejamento e gestão territorial que tenham como base a formulação e a operacionalização de políticas públicas e sociais para os municípios que sejam capazes de responder a reais necessidades da população rural no país (TARGA *et al.*, 2013).

Nos últimos anos, houve alguns avanços no acesso às políticas sociais na área rural, que contribuíram para a diminuição de iniquidades e causaram impactos positivos nos indicadores de saúde e nas condições de vida, principalmente, com o Programa Bolsa Família (PBF), o Programa Um Milhão de Cisternas, o Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), a Aposentadoria Rural, entre outros. Além disso, em relação ao setor saúde, há o Programa Mais Médicos (PMM); todas essas políticas implementadas nas gestões de governos de esquerda (FAVARETO, 2010; SOUSA, 2021). Destaca-se também a implantação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) (BRASIL, 2014), que representou a iniciativa de política pública para a saúde dessa população, embora ainda incipiente.

Segundo Medeiros, Quintans e Zimmermann (2014), ainda existem muitas comunidades rurais que estão em completo abandono das políticas públicas, em situações de isolamento social e escassez de recursos. Porém, ao longo dos anos, devido a algumas estratégias, observa-se que, onde as políticas públicas conseguiram alcançar, houve melhorias, considerando as transformações sociais proporcionadas à população e ao território.

Considerando o contexto da ruralidade discutida e da importância da implementação de políticas públicas para melhoria do território rural, a seguir discutiremos aspectos da atenção à saúde da população rural e seus desdobramentos no Brasil.

3.2 Atenção à Saúde da População Rural no Brasil

O cenário rural historicamente foi marcado por embates populares, disparidades sociais e iniquidades em saúde. A população que persiste em viver

nessas localidades enfrenta cotidianamente vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas (SILVA; PINTO, 2020).

A heterogeneidade do rural brasileiro pode ser representada por dois tipos de estrutura social: “as grandes fazendas e as comunidades rurais”, sendo essa última “o rural por excelência” que podem ser denominadas de bairros rurais, colônias, sítios e tantas outras formas. O rural é lugar de vida e de trabalho, cuja atividade principal está ligada a atividades agrícolas, mas essas não são as únicas (MIRANDA; SILVA, 2013).

No campo da saúde, pensar o rural tornou-se objeto recente de preocupações acadêmicas e políticas, sendo que o modelo proposto por esse campo para o rural brasileiro acompanha historicamente os interesses econômicos, seja para alcançar patamares aceitáveis nos indicadores mensuráveis de desenvolvimento e de saúde exigidos pelas grandes agências de acompanhamento e de fomento seja para manter a força de trabalho sadia, capaz de atender às demandas de mercado e à restrita relação do desenvolvimento ao crescimento econômico (SANTOS; ARRUDA; GERHARDT, 2018).

Conforme escreve Lima (2016), a história das políticas públicas de saúde voltadas para as áreas rurais denotam da primeira metade do século XX, período esse que o Brasil era eminentemente rural, havendo uma corrida desenvolvimentista com a consequente urbanização, a partir do Governo de Juscelino Kubitschek, que em 1956 criou o Departamento Nacional Rural (DNERu), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste. Em 1970, criou-se a Superintendência de Campanha da Saúde Pública (SUCAM), com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o DNERu e a campanha de erradicação da malária.

Dentro desse movimento de cuidado das populações rurais e remotas, cabe destacar também o Projeto Rondon, criado em 1967, tendo grande impacto no cuidado às populações remotas no país. O projeto foi extinto em 1989, quando deixou de receber prioridade do Governo Federal. Em 2005, o projeto foi reativado, sendo coordenado dessa vez pelo Ministério da Defesa, ganhando uma nova roupagem. A sua ênfase não foi apenas na saúde, mas no envolvimento de jovens como protagonistas das mudanças sociais nos locais selecionados para atuação (LIMA, 2016).

Poucas foram as políticas ou projetos voltados para a saúde da população rural. Conforme escreve Santos, Arruda e Gerhardt (2018), a maioria das políticas públicas voltadas para os espaços rurais estão vinculadas aos meios de produção agropecuária, como o Programa Nacional do Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Programa Nacional da Alimentação Escolar (PNAE), todas relacionadas à concepção de que o meio rural existe apenas para abastecer o meio urbano.

Essa visão demonstra uma falta de identificação do que acontece na sociedade rural e a compreensão de que tais espaços são apenas para servir, o que demonstra uma clara negação da existência de vida social nesse meio. Para Wanderlei (2009), o mundo rural não é um espaço isolado, é um espaço diferenciado e está integrado à sociedade. Possui suas peculiaridades históricas, sociais, culturais e ecológicas que definem sua realidade.

A construção de uma política nacional para populações rurais começa efetivamente a partir da Constituição de 1988, por garantir a todos a saúde como um direito e dever do Estado (ANDO *et al.*, 2011).

Nesse contexto, considerando as condições desfavoráveis de saúde dessas populações e visando diminuir as iniquidades em saúde, foi instituído o Grupo da Terra (por meio da Portaria nº 2.460/2005), após intensas mobilizações e reivindicações dos movimentos sociais das populações referidas, com o intuito de reduzir os agravos que incidiam nas taxas de morbidade e mortalidade naquele grupo populacional. Participaram ativamente dessa construção o Grito da Terra, a Marcha das Margaridas, o Abril Vermelho e o Chamado da Floresta (SANTOS; ARRUDA; GERHARDT, 2018).

É importante destacar que, no processo de discussão de políticas públicas para as áreas rurais no Brasil, no tocante à saúde, foi criado em 2011 o Grupo de Trabalho (GT) de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Pesquisadores, como Nilson Ando, Leonardo Targa, Leonardo Savassi e Dijon Silva, têm liderado as discussões na temática de medicina rural.

Entre as discussões de relevância para a saúde rural, a Declaração de Brasília sobre “O conceito de rural e o cuidado à saúde” trouxe importantes contribuições, desconstruindo o conceito limitado proposto na legislação. Essa declaração apontou que o conceito de rural deve ser amplo satisfatoriamente para envolver as diferentes realidades dos profissionais e da população brasileira. Deve estar suficientemente

livre de limites rígidos de dados populacionais, geográficos, num sentido restrito (físico) e político. Deve ainda estar relacionado às características do sistema de saúde, da prática dos profissionais de saúde e das características de saúde das comunidades específicas (ANDO *et al.*, 2011).

Assim, a saúde rural deve ser integradora, ilimitada e acolhedora, podendo incluir, além das populações de áreas tradicionalmente reconhecidas como rurais, as comunidades ribeirinhas, indígenas, populações quilombolas, de pescadores, mineradores, de alguns trabalhadores temporários, migrantes, áreas remotas e locais de difícil acesso, mesmo dentro de grandes cidades, como favelas, áreas rurais incrustadas, municípios muito pequenos, entre outros (ANDO *et al.*, 2011; BRASIL, 2020).

Desde 2011, existe no Brasil uma política de saúde direcionada à população do campo, da floresta e das águas, compreendida por populações tradicionais – indígenas, ribeirinhas, quilombolas, pescadores (ANDO *et al.*, 2011; TARGA *et al.*, 2013; BRASIL, 2014). A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) foi um marco histórico na Saúde, especialmente, para a população do campo, sendo aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, como um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo, da floresta e das populações ribeirinhas no processo saúde/doença (BRASIL, 2014).

A política incorporou diversas dimensões da concepção de saúde defendida pelos movimentos sociais e sindicais no campo, tendo por objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de saúde, a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida (BRASIL, 2014).

A população rural há muito carece do olhar das políticas públicas, em especial do SUS, devido às desfavoráveis condições de saúde. Porém, de acordo com estudo realizado por Santos, Arruda e Gerhard (2018), apesar de todos os esforços realizados, a não implementação da PNSIPCFA, de forma mais integrada às ações em saúde, até o presente momento, tem mantido essa população invisível e excluída,

contrapondo-se aos fundamentos do Sistema Único de Saúde e às concepções das novas ruralidades.

Reconhecer o Brasil rural é fundamental para intervir no processo saúde-doença, pois o universo rural tem singularidades e especificidades que condicionam a organização dos serviços de saúde e as práticas socio sanitárias. No mundo rural, deve-se considerar, primeiramente, a questão ambiental, que está diretamente ligada ao modo de vida e à reprodução social (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

No tocante ao cenário internacional sobre o debate da saúde na ruralidade, mesmo com pouca clareza sobre a definição de critérios sobre o rural, percebem-se evoluções favoráveis na temática. Países continentais e ricos, como Estados Unidos, Canadá e Austrália lideram pesquisas e debates sobre a saúde rural. A Austrália, particularmente, ganha proeminência com iniciativas governamentais articuladas para a saúde rural. Conhecer essas estratégias definidas no debate internacional para a saúde rural pode ser um elemento propulsor para auxiliar na compreensão desse tema pouco abordado e discutido na realidade brasileira e insuficientemente incorporado no SUS (FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021).

Nos últimos anos, foi possível observar um aumento no quadro de iniquidade em saúde nos países em desenvolvimento, especialmente, na população residente em território rural. No tocante à utilização dos serviços de saúde, observou-se uma forte dependência dessa população aos serviços públicos de saúde, sendo a Atenção Primária à Saúde o principal modelo de assistência (GARNELO; LIMA; ROCHA; HERKRATH, 2018).

De acordo com Franco, Lima e Giovanella (2021), mesmo com a expansão da APS no território nacional, ainda é registrada uma forte desigualdade socioespacial na oferta de serviços, equipamentos e profissionais. Além disso, deve-se considerar a transição demográfica e epidemiológica que atinge o Brasil, em todos os cenários, especialmente, no rural, com aumento do número de usuários com doenças crônicas e limitações físicas para acessar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018; VIANA *et al.*, 2018).

Pesquisas realizadas em alguns territórios rurais têm apontado que as condições de saúde dessa população são mais precárias do que as da zona urbana, que comumente tem mais acesso a outros tipos serviços de saúde, além da APS. Portanto, continua sendo um grande desafio do Sistema Único de Saúde (SUS)

garantir o acesso igualitário e com qualidade a toda a população brasileira (SANTOS *et al.*, 2017; SHIMIZU; TRINDADE; MESQUITA; RAMOS, 2018).

Para Magalhães *et al.* (2022), mesmo após o processo de descentralização, o acesso aos serviços de saúde em área rural continua a apresentar dificuldades. Podem-se notar barreiras geográficas, logísticas, sociais e econômicas, enraizadas, as quais vão desde a falta de transporte, longas distâncias até as unidades de saúde até a baixa renda e a consequente impossibilidade de recorrer mais aos serviços de forma preventiva. Tal situação denota que os fatores socioeconômicos continuam como fortes condicionantes e determinantes da saúde.

Corroborando Oliveira *et al.* (2020) em seu estudo realizado na zona rural de Campina Grande-PB, evidenciou-se que as condições de vida desfavoráveis da população rural têm relação com as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, revelando que, ainda que haja serviços de saúde disponíveis, a população enfrenta condições adversas para buscá-lo.

O estudo de Chaves *et al.* (2018) ressalta que um dos grandes desafios para o SUS é a superação da falta de integração entre os níveis de atenção, o que afeta fortemente a capacidade de coordenação do cuidado pela APS, especialmente, em função da existência de barreiras que dificultam o percurso do usuário pelo sistema. Além disso, a frágil rede de atenção à saúde nos municípios de pequeno porte, característica deste estudo, revelam que, a depender da condição de saúde, a pessoa poderá necessitar ser transferida para centros desenvolvidos tecnologicamente que distam até 600km de sua localidade de moradia.

Ainda em relação ao acesso, o estudo desenvolvido por Gama, Fernandes, Parente e Secoli (2018) com Ribeirinhos da Amazônia mostrou que a grande distância entre as comunidades e a zona urbana, onde encontram serviços de saúde, faz com que os moradores busquem solucionar seus problemas de saúde na própria comunidade, especialmente, pelo uso de medicamentos alopáticos. Porém, em contraposição a isso, nas UBS faltam equipamentos básicos, como um esfigmomanômetro para aferição do nível de pressão arterial, medicamentos e acesso a exames mais específicos para diagnósticos das doenças.

Ressalta-se que as condições econômicas desfavoráveis, aliadas ao ambiente em constante mudança e limitações geográficas, constituem importantes barreiras para o acesso aos serviços de saúde e à melhoria das condições de vida da população (GAMA; FERNANDES; PARENTE; SECOLI, 2018). Estudos realizados por Arruda,

Maia e Alves (2018) e Franco, Lima e Giovanella (2021) evidenciaram que a localização geográfica das comunidades rurais interferiu na capacidade das populações rurais acessarem cuidados de saúde oportunamente.

O Brasil rural tem populações em condições de isolamento geográfico, no semiárido e na Amazônia, expostas a riscos e agravos de saúde radicalmente diferentes (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

De acordo com Stopa *et al.* (2017), a região Norte concentra os piores índices de utilização dos serviços de saúde no País, enfrentando baixa disponibilidade de médicos (1/1000 habitantes), que é sete vezes menor que a encontrada nas capitais do Sul do País (7,1/1000). Dentre as unidades federadas do Norte, o Amazonas dispunha de menor percentual de médicos atuando no interior (6,9%), em 2013. O mesmo estado tinha, nesse mesmo ano, 2,0 médicos/1000 habitantes na capital, contra 0,2/1000 no interior (razão capital/interior de 10), valor menor apenas que o Pará, com razão capital/interior de 11,3 (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014).

Outra problemática bastante persistente no cenário rural é a dificuldade para provimento e fixação de profissionais nessas áreas, especialmente, o profissional médico. O estudo realizado por Stralen, Massote, Carvalho e Girardi (2017) destacam algumas dificuldades no provimento e fixação de médicos para atender às demandas e às especificidades da população rural. Nesse contexto, embora se tenha adotado no país algumas estratégias para provimento, fixação e reformulação da força de trabalho médica para atuação na Atenção Básica (AB), como o PROVAB médicos, Programa Mais Médicos, as regiões mais carentes e/ou remotas ainda apresentam maiores dificuldades de atrair e fixar esses profissionais (TARGA *et al.*, 2021).

Estudo liderado por Marcia Cristina Rodrigues Fausto e Ligia Giovanella, com apoio de uma rede de pesquisadores sobre Territórios rurais e remotos no Brasil, evidenciaram diversas fragilidades na organização da APS nessas regiões. A pesquisa apontou que os desafios para a organização da Atenção Básica nesses municípios são diversificados e que as condições de vida dessa população são desiguais. Características como: população esparsa decorrente da baixa densidade populacional, municípios distantes e pouco atrativos devido às condições de infraestrutura, dificuldade na fixação e consequentemente alta rotatividade dos profissionais de saúde, são os principais desafios apontados na pesquisa (FAUSTO *et al.*, 2023; LIMA; GIOVANELLA; BOUSQUAT; FAUSTO; MEDINA, 2022; FAUSTO; FONSECA; PENZIN, 2020).

Nessa direção, o estudo de Soares, Silva, Franco e Maia (2020) aborda essa dificuldade relacionada à fixação de médicos nas equipes da APS e acrescenta que, mesmo quando existe profissional na equipe, é observado que o acesso da população rural às consultas ainda é algo restrito, que não atende às reais necessidades das famílias ali existentes, o que exigiria a reorganização da agenda médica, com ampliação do tempo dedicado às consultas. Além disso, o estudo faz outro apontamento importante relativo ao atrativo salarial para os médicos, que apresenta um aspecto importante na fixação desses profissionais. Nos municípios pesquisados, desvelou-se que os salários dos profissionais médicos das áreas urbanas e rurais são iguais, ou seja, a gestão não considera as especificidades territoriais e os desafios dos profissionais na execução do trabalho.

Para Pessoa, Almeida e Carneiro (2018), o acesso à saúde rural passa por um grande desafio que é a superação das distâncias para garantir atenção à saúde, que coloca em cena outro componente, que é a atenção domiciliar. As equipes de saúde da família rurais necessitam realizar atendimentos domiciliares para reduzir ou transpor as barreiras de acesso dos usuários à UBS. Caso contrário, as famílias ficam sem acesso ao serviço de saúde.

Essa situação das famílias em área rural é mais complexa do que aquelas da área urbana. Shimizu, Trindade, Mesquita e Ramos (2018) acrescentam dificuldades que no meio urbano não são percebidas, como a escassez de transporte público, a falta de serviços de saúde e, em muitas regiões, a falta de infraestrutura, como energia elétrica e meios de comunicação, que são obstáculos para a atuação das equipes da ESF rural.

De acordo com Oliveira *et al.* (2020), esses empecilhos constituem agravantes que pioram a situação de vida no meio rural, impactando a produção e o consumo necessários ao sustento, interferindo também no processo saúde-doença e na sua qualidade de vida.

Os referidos autores ainda acrescentam que a questão cultural na área rural tem grande relevância, e isso pode ocasionar dificuldades para o desenvolvimento das ações de saúde que permeiam o cotidiano de trabalho das equipes que atuam nesse cenário, pois alguns costumes concorrem com as prescrições contidas nos projetos terapêuticos singulares.

É importante que os profissionais da ESF que trabalham em área rural tenham conhecimento e formação para atuar diante da realidade encontrada, com atenção

especial para os modos de existência: costumes, crenças, espiritualidade, utilização de ervas para o cuidado. Lima, Dias, Lopes e Heck (2019) discorrem sobre a importância de os profissionais olharem para o território e ouvirem o que a população expressa ser suas necessidades de saúde. Caso contrário, corre-se o risco de atuarem sobre os programas propostos pelo Ministério da Saúde, sem atingirem as necessidades da população rural, contribuindo para perpetuação de problemas históricos dos territórios rurais, de invisibilidade e de não atendimentos de suas necessidades.

A seguir, abordaremos como a Atenção Primária à Saúde foi se constituindo no Brasil, apontando alguns desafios e limites para sua operacionalização no SUS, assim como organização do trabalho multiprofissional na Estratégia de Saúde da Família.

3.3 Atenção Primária à Saúde no Brasil e o Trabalho da Equipe Multiprofissional

Desde a Conferência de Alma Ata, em 1978, enfatizou-se a Atenção Primária à Saúde como estratégia fundamental para a substituição do modelo tradicional de atenção à saúde, com destaque para a Carta de Ottawa, de 1986, que enfatiza a promoção da saúde na reorientação dos serviços de saúde, a qual foi enriquecida com as declarações internacionais posteriores (BRASIL, 2006a; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

O processo de reorganização dos serviços de saúde no Brasil teve seu início a partir da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, no ano de 1988, orientada pela VIII Conferência Nacional de Saúde, que assegurou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros, por meio de uma assistência médico-sanitária integral e de caráter universal, com acesso igualitário dos usuários aos serviços, sendo eles hierarquizados e a sua gestão, descentralizada. Nesse contexto, foram firmados os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade, participação e descentralização (ARAÚJO; FREITAS; ARAÚJO; BATISTA, 2017).

Em se tratando de Atenção Primária à Saúde (APS), para Paim (2012), existem diferentes formas de implementar a APS. Em alguns países, a APS é considerada um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços a populações mais pobres; em outros, é o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos, responsável pela coordenação do cuidado e por sua organização e ainda como uma política de reorganização do modelo assistencial.

No Brasil, considera-se a Atenção Primária à Saúde um marco referencial para a organização dos serviços de saúde e a reorientação do modelo assistencial de saúde. Desde os anos 1920 até a atualidade, acompanharam-se várias tentativas de se organizar a APS. Nesse período, vários modelos foram implantados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas (ARANTES; SCHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Para Starfield (2002), a APS é o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. A referida autora descreve que a APS compreende alguns atributos essenciais, como acesso ou atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e os derivados, como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural.

No Brasil, a APS é denominada de Atenção Básica (AB) e caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

O marco mais importante da APS ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, influenciado por abordagens internas e externas de cuidados primários. Em decorrência das suas potencialidades, em 1997, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) por sua capacidade de orientar a organização do sistema de saúde, de buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população e de contribuir na mudança do modelo assistencial vigente (ARANTES; SCHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; PERUZZO *et al.*, 2018).

Pesquisas avaliativas realizadas nos últimos anos no Brasil evidenciaram que a consolidação da APS, nas últimas décadas, foi relevante e representou um importante avanço para o SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. Desde sua implantação, a ESF tem experimentado importante expansão no país, que em 2019 alcançou a cobertura de 62,6% da população, atendendo cerca de 131,2 milhões de pessoas em todo o território nacional. A significativa expansão e manutenção da cobertura da ESF, nos últimos 20 anos, provocou o aumento da oferta

de ações e serviços de amplo espectro e concorreu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população (ARANTES; SCHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; BRASIL, 2019a; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Para Lacerda e Moretti-Pires (2018), a ESF tem como propósito reorganizar a prática da Atenção Básica à Saúde, rompendo a visão da saúde fragmentada, considerando permanentemente que o meio e a forma de organização social em que o indivíduo está inserido têm relevância na ação e na produção de saúde.

A Atenção Básica (AB) inova nesse modelo de organização do trabalho, a partir de uma equipe multiprofissional. Embora, já se tenha pesquisado sobre os avanços e os desafios do modelo de trabalho em equipe que agrega várias categorias profissionais, para a pesquisa em tela, torna-se fundamental compreendê-la (PERUZZO *et al.*, 2018; GUIMARÃES; CASTELO-BRANCO, 2020).

Em pesquisa realizada nos municípios de Santa Catarina sobre a atuação profissional, a partir dos indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), os trabalhadores apontaram que o maior desafio no trabalho da AB, está relacionado aos aspectos processuais que envolvem a organização do trabalho e a coordenação do cuidado. As dimensões “vínculo e territorialização” alcançaram apenas 12,9% como bom; “organização do trabalho e ações intersetoriais”, 11, 5%; e “coordenação do cuidado” 90% ruim e regular. Embora, essa pesquisa tenha sido realizada em uma região específica do país, seus resultados realçam dilemas comuns nas equipes da AB no país (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Segundo Peruzzo *et al.* (2018), alguns dilemas e desafios nas condições processuais do trabalho na ESF não se concentram na disponibilidade de recursos, mas na formação profissional. É fato que, nos últimos anos, vêm ocorrendo mudanças curriculares nos cursos do campo da saúde, mas ainda são insuficientes quando se observam as necessidades do Sistema Único de Saúde.

Dito isso, ao olhar a organização de trabalho da equipe na ESF, não podemos perder de vista a importância do trabalho conjunto e articulado, que requer competências e habilidades que muitas vezes sequer foram problematizadas ao longo da formação em saúde. O planejamento conjunto e de ações compartilhadas são dimensões da organização do trabalho na ESF que implica capacidade de dialogar, de construção coletiva a partir do compartilhamento de saberes e de responsabilidade

fundamentais para o exercício coletivo do trabalho em saúde (BARBOSA; RODRIGUES; BARBOSA; ALENCAR; MAIA, 2018).

O trabalho dos profissionais da ESF tem como política estruturante a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecida em Portarias, como a nº 648 de 28 de março de 2006, posteriormente reformulada por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e novamente revogada em 2017. Essas reformulações trouxeram algumas mudanças e retrocessos para o trabalho no SUS, como a relativização da cobertura universal, a definição de padrões distintos de serviços, a recomposição das equipes e a reorganização do processo de trabalho na AB, entre outras mudanças importantes que também devem ser consideradas (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2017).

Entre as mudanças ocorridas na nova versão da PNAB, duas novas diretrizes foram adicionadas: o cuidado centrado na pessoa e a longitudinalidade do cuidado. Com essas novas diretrizes, transparece a necessidade de o usuário participar do seu processo diagnóstico e de tratamento, além de ser tratado como único, por meio do acolhimento da sua individualidade. Essas diretrizes são fortalecidas a partir da defesa da fixação de profissionais de saúde, que traz como direcionamento positivo a garantia da continuidade do cuidado, a estabilidade profissional e a possibilidade de mudanças no processo de trabalho, com a inserção da educação permanente e a avaliação contínua do trabalho das equipes (BRASIL, 2017; MOURA, 2020).

A partir da reformulação da PNAB em 2017, as equipes da ESF passaram a ser compostas por pelo menos, 1 médico generalista ou especialista em Saúde da Família, 1 enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, 1 auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A essa equipe multiprofissional podem ser acrescentados, quando necessário, o cirurgião-dentista generalista ou especialista e o auxiliar ou técnico em saúde-bucal e o Agente de Combate às Endemias (ACE). O número de ACS por equipe varia em função da definição da população, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, definidos pela coordenação local (BRASIL, 2017).

Antes a PNAB orientava que cada equipe de Saúde da Família (ESF) deveria ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomendava-se também que o número de pessoas por equipe deveria considerar o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de

vulnerabilidade, menor seria a quantidade de pessoas por equipe, o que não vem ocorrendo na prática (BRASIL, 2017; SALZANI *et al.*, 2020).

A nova PNAB traz aspectos positivos em relação a conceituações e discurso, uma vez que mantém e reforça a ideia de uma AB mais resolutiva e acessível para a população em similaridade com a de 2011, porém traz alguns retrocessos e ameaças ao SUS, como a diminuição do número de ACS nas equipes de Saúde da Família, podendo estar limitado a apenas um ACS por equipe, a partir da norma vigente (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Para Brocardo (2018), a reformulação proposta pela PNAB pode comprometer o trabalho instituído pela ESF, por ir de encontro ao modelo biomédico e por considerar a possibilidades de precarização da APS, aprofundando o desmonte progressivo do SUS, que vem ocorrendo no bojo das reformas, com a progressiva redução de custos e as transferências constantes dos serviços públicos para o setor privado.

Dentre as mudanças importantes que ocorreram na APS, a mudança no modelo de financiamento da AB, foi um marco ocorrido através da Portaria nº 2979 de 12 de novembro de 2019, com a instituição do Programa Previne Brasil, que estabeleceu o novo modelo de financiamento de custeio da APS, com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde para garantir a universalidade do SUS. Essa proposta visa melhorar a qualidade da APS na medida em que tem como um de seus pilares a valorização do trabalho das equipes e serviços para o alcance de resultados em saúde a partir do cumprimento de metas para cada indicador por equipe e condicionado a sua tipologia (BRASIL, 2019b).

É importante ressaltar que o Previne Brasil alterou algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passaram a ser distribuídas com base em quatro critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo para ações estratégicas e incentivo financeiro com base em critério populacional. O quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe varia de acordo com a tipologia. Para os municípios urbanos, o parâmetro de uma equipe de Saúde da Família é quatro mil pessoas. Nos municípios rurais adjacentes e remotos, o parâmetro é de duas mil pessoas. Nessa nova portaria de repasse, o rural exerce uma forte influência, pois municípios rurais adjacentes e remotos possuem peso no indicador e no repasse de recursos aos municípios (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2022).

No tocante à organização do trabalho na equipe da ESF, Freitas (2019) e Peruzzo *et al.* (2018) destacam que trabalhar em uma equipe multidisciplinar é um desafio e enfatizam a importância da complementaridade entre eles, diante da grande riqueza e complexidade do ofício exercido. Os profissionais que trabalham na APS precisam compreender que o cuidar envolve uma complexidade de ações e exige um olhar ampliado sobre as singularidades do território e dos contextos de vida da população, visto que essas características influenciam no processo saúde-doença e na organização de seu processo de trabalho.

De acordo com Silva, Peduzzi, Orchard e Leonello (2015), os profissionais que compõe a ESF devem ter, como alicerce fundamental de sua atuação, os princípios da integralidade e multidisciplinaridade, sendo esse último um dos principais percalços para a atenção primária, já que a não incorporação de ações em conjunto resulta em uma assistência fragmentada, centrada na doença e não no indivíduo. De acordo com Peruzzo *et al.*, (2018) essa problemática da interdisciplinaridade no trabalho profissional está relacionada à própria formação dos profissionais e pode constituir uma forte barreira para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, uma vez que a graduação ainda é falha na preparação dos estudantes para o desenvolvimento de habilidades que envolvam interação com outras áreas profissionais.

Por ser composta por diferentes profissionais, a equipe da ESF é tida como multiprofissional, porém ela também pode ser considerada como interdisciplinar e interprofissional, pela integração que deve ocorrer através da interação entre o trabalho dos diferentes profissionais inseridos na equipe (PEDUZZI; CARVALHO; MANDÚ; SOUZA; SILVA, 2012).

A constituição de equipes interdisciplinares e interprofissionais, conforme escreve Peduzzi, Agreli, Silva e Souza (2020), é uma perspectiva da superação da fragmentação do trabalho e da individualização biomédica, na busca de reconstituição da integralidade do trabalho coletivo em saúde e da qualificação do conjunto dos profissionais, democratizando o contexto do trabalho e efetivando a integralidade do cuidado.

A organização do trabalho da equipe da ESF deve ser desenvolvida de forma dinâmica, sob constante reavaliação das ações realizadas, principalmente, através do acompanhamento dos indicadores de saúde de sua área de atuação. A participação de várias classes de profissionais na ESF proporciona a complementação do saber e

a oferta de um cuidado interdisciplinar e resolutivo voltado para as necessidades de saúde da população local (FREITAS; SANTOS, 2014; BEZERRA; ALVES, 2019).

No que se refere às atribuições de todos os profissionais da ESF, para operacionalização do trabalho, a PNAB (BRASIL, 2017) descreve que eles devem participar do processo de territorialização e diagnóstico de saúde da comunidade, desenvolvendo relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, identificando situações de risco e vulnerabilidade. Deve ainda cadastrar e manter atualizados os dados de indivíduos e famílias do território para planejamento em saúde, realizando o cuidado em saúde da população adscrita, a partir da necessidade da população, organizando o fluxo de usuários para os diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e gerenciando os insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade, além de estimular a participação da população para realização do controle social.

Desse modo, as Equipes de Saúde da Família devem planejar ações, conceber a saúde como um processo de responsabilidade compartilhada e pautar suas ações entendendo a família como espaço social (GOMES, 2015).

A organização do processo de trabalho na APS é fundamental para que a equipe possa avançar na garantia tanto da universalidade do acesso quanto da integralidade da atenção e da melhoria do bem-estar e do próprio trabalho. Assim, a AB requer profissionais com uma ampliação do seu núcleo de saberes que, além da competência técnica, desenvolvam as dimensões políticas e de gestão do trabalho em saúde, assumindo seu papel de autor do cuidado (GALAVOTE *et al.*, 2016a).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Desenho de Estudo

A metodologia de uma pesquisa é o instrumento pelo qual a investigação do problema proposto é viabilizada, a fim de que os objetivos traçados sejam atingidos. A presente pesquisa teve como proposta metodológica a pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa.

Para Gil (2017), a pesquisa exploratória permite uma maior intimidade com o problema a ser estudado, objetivando uma viabilização mais explícita, por considerar variados aspectos alusivos ao fenômeno estudado, com um planejamento mais flexível, familiarizado com uma abordagem pouco conhecida ou explorada.

Por sua vez, a pesquisa descritiva tem por objetivo registrar e descrever os fatos, bem como as características de uma certa população ou fenômeno. O pesquisador deve observar, registrar, analisar e ordenar os dados, sem que haja manipulação, permitindo uma nova visão do problema em questão (PRODANOV; FREITAS, 2016).

A pesquisa qualitativa utiliza pressupostos e uso de estruturas interpretativas/teóricas que informam o estudo dos problemas da pesquisa, abordando os significados que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano (CRESWELL, 2014). Para Minayo (2014), esse tipo de abordagem pretende estudar, a história, as relações, as representações, as crenças, as percepções e as opiniões, as quais resultam da interpretação humana acerca de suas vivências e sentimentos.

4.2 Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido no estado da Paraíba, na mesorregião do Sertão Paraibano, na microrregião da Serra do Teixeira. Localizada na parte leste do Nordeste do Brasil, a Paraíba possui 223 municípios, com população de 3.766.528 habitantes; desse total, 927.850 (24,63%) residem em área rural; o estado possui uma área de aproximadamente 56.469,744 km² e densidade demográfica 66,70 hab./km² (IBGE, 2010). A população estimada em 2021 foi de 4.059.905 habitantes.

O presente estudo teve como cenário a Atenção Primária à Saúde, em especial, as Unidades de Atenção Primária à Saúde de quatro Municípios do Sertão Paraibano,

que compõe a 11ª Gerência Regional de Saúde (GRS)¹. A Regional é composta por sete municípios: Manaíra, São José de Princesa, Princesa Isabel, Tavares, Juru, Água Branca e Imaculada.

A escolha desse cenário se deu em função de os municípios serem de distintos portes, com diferenças nos campos de práticas profissionais da ESF, no contexto de tamanho populacional, nas características socioambientais e no desenvolvimento econômico. Essas distinções podem trazer importantes contribuições para compreensão do fenômeno em estudo, o campo científico e para a área de saúde coletiva.



Figura 1 – Representação gráfica do mapa da Paraíba, com destaque para 11ª GRS, 2022.

Fonte: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/ode/regioes-1>.

Para uma melhor abordagem e desenvolvimento da pesquisa, foi selecionada uma amostra representativa de 50% dos municípios que compõem a 11ª Gerência Regional de Saúde. Os municípios selecionados foram: Juru, Manaíra, Princesa Isabel e Tavares. A escolha dessas localidades deu-se por conveniência de proximidade territorial e por possibilitar um melhor acesso para coleta de dados.

¹ O Estado da Paraíba está organizado em 3 macrorregiões de saúde, e essas estão subdivididas em 16 regiões de saúde. A Paraíba possui 14 unidades geoadministrativas da Secretaria de Estado da Saúde, denominadas Gerências Regionais de Saúde (GRS), entretanto estão efetivamente implantadas apenas 12 GRS. A 11ª GRS está localizada na 3ª Macrorregional, sediada no Município de Princesa Isabel e tem a missão de oferecer apoio técnico aos municípios, acompanhando o planejamento das ações e serviços de saúde.

Quanto à tipologia de classificação rural-urbana do IBGE (2017), os municípios de Juru, Manaíra e Tavares são classificados como rural adjacente. Já o Município de Princesa Isabel se classifica como intermediário adjacente.

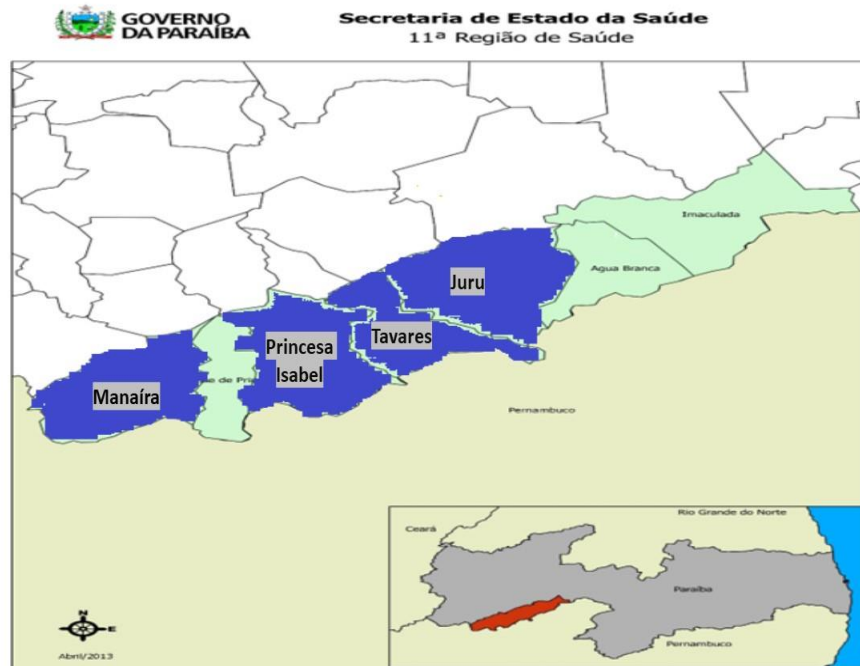


Figura 2 – Representação gráfica do mapa da Paraíba, com destaque para os municípios selecionados na pesquisa, 2022.

Fonte: http://infosaudepb.saude.pb.gov.br/mosaico/regionalizacao/mapas_estaticos.

4.2.1 Caracterização dos Municípios de Pesquisa

4.2.1.1 – *Município de Juru*



Figura 3 – Município de Juru-PB

Fonte: Google imagens, 2022.

O município de Juru está localizado a 398 km de João Pessoa, com área territorial de 403,276 km² e população estimada em 9.826 habitantes. Limita-se com as cidades de Olho d'Água, Tavares, Água Branca, Solidão, no estado de Pernambuco. A economia tem como base a agricultura e a pecuária, com destaque para a criação de caprinos, e tem se desenvolvido com o pequeno comércio. Entre os atrativos culturais, estão as festividades de São João e da Padroeira Santa Terezinha. O sistema de saúde municipal é formado por um (01) hospital municipal, um (01) Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), cinco (05) UBS, duas (02) lotadas em área urbana e três (03) em área rural; há também vigilância em saúde e serviço ambulatorial.

4.2.1.2 – Município de Manaíra



Figura 4 – Município de Manaíra-PB

Fonte: Google imagens, 2022.

O município de Manaíra está localizado na região oeste do Estado da Paraíba, limitado, ao norte, pelo município de Curral Velho; a leste, pelo município de São José de Princesa; ao sul, pelo município de Santa Cruz da Baixa Verde em Pernambuco; a oeste, pelo município de Santana de Mangueira. O topônimo foi escolhido em homenagem a uma índia de nome Manaíra, vocábulo indígena que significa "Mel Cheiroso" ou "Abelha Cheirosa".

Possui uma área de 352,57 km², com uma população de 10.759 habitantes (IBGE, 2010). Dentro do território populacional, o município possui um remanescente de quilombo, o “Quilombo do Fonseca”. A rede municipal de saúde é composta por um (01) Centro de Saúde, uma (01) unidade do SAMU, cinco (05) unidades de UBS, sendo duas (02) distribuídas na zona urbana, duas (02) na zona rural e uma (01) mista, que atende população urbana/rural.

4.2.1.3 – Município de Princesa Isabel



Figura 5 – Município de Princesa Isabel-PB
Fonte: Google imagens, 2022.

Princesa Isabel se encontra localizado a 420 km de distância da capital do estado, João Pessoa. De acordo com o IBGE (2010), é a 28ª cidade da Paraíba com maior população, com 21.283.247 habitantes, distribuídos em 368 km² de área. No âmbito da proposta do Plano Diretor de Regionalização Estadual (PDRE), o município apresenta-se como uma importante referência para saúde e educação para os municípios que compõem a territorialização da 11ª Regional da Paraíba.

Concentra a sede da 11ª GRS e de educação, EMATER, Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h, SAMU Regional, Rede de Atenção Psicossocial, Centro Especializado de Reabilitação - CER, compondo uma rede completa de serviços de média complexidade e ambulatorial que atende todos os municípios circunvizinhos.

O serviço de saúde municipal de Princesa Isabel é composto por uma (01) unidade hospitalar, por serviço de vigilância e saúde, serviço de diagnóstico por imagem, atualmente, pactuado com outros municípios, e uma (01) rede de Atenção Primária com 12 UBS, sendo oito (08) unidades distribuídas na zona urbana e quatro (04) unidades na zona rural.

4.2.1.4 – Município de Tavares



Figura 6 – Município de Tavares-PB
Fonte: Google imagens, 2022.

O município de Tavares se encontra localizado na região Oeste do Estado da Paraíba, limitando-se a Oeste com Princesa Isabel, a Norte com Nova Olinda, a Leste com Juru e a Sul com a localidade de Quixaba, em Pernambuco.

Possui uma população de 14.103 habitantes e ocupa uma área de 237, 329 km². Possui densidade demográfica de 59,42 hab/km². A agricultura juntamente com a pecuária e o comércio constituem as principais atividades econômicas da comunidade. Em seu território, possui população vulnerável, como a população quilombola “Domingos Ferreira”. O Sistema Municipal de Saúde é composto por uma (01) unidade hospitalar municipal, uma (01) unidade do SAMU, sete (07) UBS - sendo 05 na zona urbana e 02 na zona rural, vigilância em saúde, entre outros serviços básicos.

Os locais de pesquisa foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas nas zonas rurais dos referidos municípios selecionados e que possuem equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os quatro municípios selecionados totalizam 11 UBS, porém, para esta pesquisa, foi selecionada apenas 01 UBS por município, por consideramos a amostra representativa e que os dados coletados demonstrarão a realidade vivenciada pelas demais. Abaixo, no quadro 1, foi realizada a distribuição total das UBS por municípios, considerando sua localização: urbana, rural e urbana/rural.

Quadro 2: Distribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família nos municípios da pesquisa.

MUNICÍPIOS	ZONA URBANA	ZONA RURAL	UNIDADE MISTA (URBANA/RURAL)	TOTAL DE ESF
Juru	02	03	-	05
Manaíra	02	02	01	05
Princesa Isabel	08	04	-	12
Tavares	05	02	-	07

Fonte: Dados informados nas Secretarias Municipais de Saúde, 2022.

4.3 Participantes do Estudo

A população deste estudo é composta por vinte e três profissionais de saúde que trabalham na Estratégia de Saúde da Família dos municípios selecionados, sendo: Enfermeiros (4), Médicos (4), Cirurgiões Dentista (4), Técnicos em Enfermagem (3), Auxiliar em Saúde Bucal (4) e Agentes Comunitários de Saúde (4).

A seleção dos participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

1) Profissionais da saúde que atuassem nas UBS com Equipes de Saúde da Família localizadas em zona rural dos municípios selecionados; 2) Tempo de atuação nas equipes de ESF igual ou superior a 6 meses, compreendendo-se que esse seja o período mínimo para estabelecer o vínculo com a dinâmica desse nível de atenção; 3) Acessibilidade e disponibilidade dos participantes no dia da entrevista.

Foram excluídos todos os profissionais que, no período da coleta de dados, não estavam presentes na unidade ou que se encontravam afastados temporariamente de suas funções por férias, licença médica, licença sem vencimento ou outros motivos

legais. Ressalta-se que apenas um profissional não demonstrou interesse em participar da pesquisa.

4.4 Instrumentos e Técnica de Coleta de Dados

Para alcançar o objetivo proposto neste estudo, os dados foram coletados a partir da aplicação de uma entrevista semiestruturada, dividida em duas partes: a primeira sobre o perfil socioeconômico e profissional dos participantes, e a segunda parte destinada a responder o objetivo do estudo sobre a organização do trabalho da APS no território rural (APÊNDICE A).

A entrevista é a estratégia mais usada no processo de coleta de dados no trabalho de campo, sendo caracterizada como uma conversa a dois, de forma organizada, com o intuito de coletar informações a respeito de um objeto de pesquisa, realizadas por iniciativa do entrevistador, a qual permite a obtenção de informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia e só podem ser conseguidas com a contribuição da pessoa, constituindo uma representação da realidade por meio de ideias, crenças, sentimentos, maneiras de agir, pensar, atuar, opiniões, comportamentos e atitudes (MINAYO, 2014).

A utilização da entrevista na modalidade semiestruturada permite que o entrevistador possa se desviar da sequência das perguntas e não fique necessariamente preso à formulação inicial exata das perguntas, que foram feitas com o intuito de desenvolver um guia da entrevista, ou seja, como uma forma de orientação para os entrevistadores. Em contraste aos questionários, o entrevistador não vai apresentar uma lista de possíveis respostas, pois o objetivo é obter as visões individuais dos entrevistados sobre o tema, permitindo que respondam da forma mais livre e extensiva que desejarem (FLICK, 2013).

A aplicação da entrevista semiestruturada ocorreu no período de maio a julho de 2022, de forma individual pelo pesquisador, a partir do agendamento com o profissional participante.

Os procedimentos para realização das entrevistas seguiram as seguintes etapas:

- 1) Estabelecimento de contato com os profissionais da equipe, mediante aplicativo telefônico do *WhatsApp*;
- 2) Esclarecimento sobre o objetivo do estudo e critérios de inclusão;

- 3) Verificação do interesse disponibilidade para participar;
- 4) Agendamento das entrevistas.

As entrevistas com os profissionais dos municípios de Princesa Isabel e Manaíra foram realizadas de forma presencial na unidade, em sala reservada, de forma individual. Nos municípios de Tavares e Juru, os profissionais foram entrevistados de forma virtual ou remota. Foram realizadas algumas tentativas de agendamento presencial, porém, devido às questões climáticas e de acesso ao território, não foi possível esse encontro. No período da coleta nessas localidades, as condições climáticas não estavam favoráveis. Devido às chuvas, as estradas de acesso às unidades não possibilitaram a passagem de transporte, o que impediu a ocorrência da entrevista presencial com a equipe, que não conseguiu acessar a UBS, cancelando seu atendimento.

As entrevistas *online* ocorreram após agendamento prévio com cada profissional, utilizando a plataforma do *Google Meet*, mediante envio do *link* pelo pesquisador. O encontro virtual para entrevista ocorreu com cada participante, de forma individual, sigilosa e conforme conveniência do participante.

Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante do Apêndice B, pelo sujeito do estudo, autorizando sua participação voluntária e divulgação do material coletado. No caso dos participantes entrevistados pela plataforma virtual, os TCLE foram enviados aos participantes, e eles retornaram via arquivo PDF ou JPEG, assinados, concordando com a realização da pesquisa.

Durante as entrevistas, utilizou-se, como recurso auxiliar, um gravador, tanto na forma presencial quanto pela plataforma virtual do *Google meet*, após autorização do entrevistado. Na entrevista *online*, o gravador era posicionado ao lado do computador. Ressalta-se que não foi realizada gravação de imagens ou vídeos dos participantes. As entrevistas tiveram duração de 25 a 50 minutos.

4.5 Análise dos Dados

Os dados obtidos no estudo foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2016), que consiste em um aprofundamento minucioso, com a utilização de vários métodos abordados no que diz respeito à análise de discursos e a outros modelos de evidências científicas.

Para Bardin (2016), a análise de conteúdo busca encontrar o que está oculto nas palavras, nas “entrelinhas”, busca compreender diferentes realidades por meio das mensagens. Assim, com a semântica, seu material central, a análise de conteúdo, estuda o sentido das palavras e seus significados.

Os resultados foram analisados com o auxílio do *Software* Atlas.ti 22®, versão atual e gratuita, sob o número de licença: R-473-08D-2A7-B47-93A-EA4. Esse *software* tem como objetivo facilitar a análise qualitativa quando está envolvido um grande volume de dados textuais, obtidos por meio de diversos instrumentos, como entrevistas, observações, documentos, em diversos formatos, como arquivos de texto, vídeos, áudios, entre outros (TRINDADE *et al.*, 2017).

O *software* Atlas.ti foi desenvolvido em 1989 por Thomas Muhr, na Alemanha, e, desde então, muitos pesquisadores de diversas áreas do conhecimento, em todo o mundo, tem-no utilizado em suas análises, por conta de sua facilidade e da gama de ferramentas disponíveis, o que confirma o potencial abrangente do *software* para análise de dados qualitativos (ATLAS.ti, 2022).

Conforme escreve Silva Junior e Leão (2018), o *software* Atlas.ti22® é uma ferramenta de Windows para a análise qualitativa de *corpus* de dados grandes que tem como finalidade ajudar a organizar, reagrupar e desenvolver o material de forma criativa e sistemática; seu principal propósito é dar uma resposta às necessidades de análise qualitativa.

Ressalta-se ainda que o Atlas.ti não faz a análise sozinho, pois é uma ferramenta que auxilia o pesquisador no processo de organização da análise dos dados. Todas as inferências e categorizações devem ser feitas pelo pesquisador, suportado por sua base teórica, tendo sua eficácia na interface entre a expertise humana e o processamento de dados do computador (TRINDADE *et al.*, 2017; SILVA JUNIOR; LEÃO, 2018).

Dessa forma, o *software* foi utilizado neste estudo como meio organizacional, permitindo selecionar os fragmentos mais relevantes do *corpus* da pesquisa denominados no *software* de “citações”, as quais foram representadas por “códigos”, e seus grupos denominados de “grupos de códigos”.

Para operacionalizar a organização da análise, as entrevistas foram transcritas, e realizou-se a categorização de acordo com a profissão do entrevistado. As entrevistas tiveram sua validação, a partir da escuta do áudio e da verificação das transcrições realizadas pela orientadora e por uma bolsista do PIBIC. Logo após, as

categorias foram validadas mediante reunião de orientação. Para análise, foram empregadas as três etapas fundamentais, recomendadas por Bardin (2016) para a Análise de Conteúdo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira etapa, a pré-análise, consistiu na organização dos dados, categorização e revisão das entrevistas. Em seguida, realizou-se a criação do projeto no *software* para a posterior inserção dos documentos, que representaram os discursos das entrevistas transcritas, totalizando vinte e três. Em seguida, procedeu-se à leitura dos discursos de cada profissional para seleção das ‘citações’ e a sua vinculação a um ‘código’ específico, de acordo com o núcleo temático, a partir do contexto que representa as frases, servindo de unidade de compreensão.

Após finalizado o processo de unidades de registro, foram construídos comentários que ajudaram na compreensão da vinculação do fragmento ao código e auxiliaram a sistematização inicial de ideias para interpretação das informações coletadas.

Por meio do *software*, foram gerados relatórios específicos para cada ‘grupo de códigos’ e submetidos à avaliação, cujo objetivo foi validar a relação entre citações e códigos. Tratou-se da segunda etapa, a exploração do material, em que foi realizado o exame minucioso do material orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Nessa etapa, foi possível finalizar a codificação do *corpus* deixando-o mais explicativo, fundamental para viabilizar as interpretações e inferências.

A terceira e última fase do processo de análise diz respeito ao tratamento dos resultados, à inferência e à interpretação. Os resultados foram tratados, e os dados codificados, buscando as informações para análise, que resultou nas interpretações inferenciais, constituindo o momento de intuição, de análise reflexiva e crítica.

Após análise dos dados, com base no referencial teórico, os resultados foram trabalhados a partir de categorias e subcategorias definidas aprioristicamente de acordo com o núcleo temático. Com o auxílio do software Atlas.ti22®, foram geradas figuras, a partir das citações dos participantes, discutidas à luz da literatura.

4.6 Considerações Éticas

Em cumprimento aos Aspectos Éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito à normatização das pesquisas com seres

humanos, esta pesquisa obedeceu a todos os requisitos éticos e científicos de equidade, justiça, autonomia e não maleficência, explícitos na Resolução nº 510/2016 do Ministério da Saúde, confirmando aos participantes sigilo e privacidade das informações que foram coletadas, assegurando a sua utilização para fins científicos e acadêmicos (BRASIL, 2012c; BRASIL, 2016).

Inicialmente, foi encaminhado um ofício às Secretarias de Saúde dos municípios em que a pesquisa seria realizada solicitando a permissão para a execução da investigação, esclarecendo os objetivos e os riscos que o estudo envolveu, além de salientar os benefícios e a relevância da pesquisa. Cada secretaria municipal de saúde assinou e encaminhou a sua carta de anuência, liberando a pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP- CCS/UFPB e aprovado, sob CAAE: 5660212.5.0000.4188 e Parecer 5.320.516.

Após aprovada, a pesquisa foi desenvolvida, e todas as normas éticas foram obedecidas. Antes de serem entrevistados, os sujeitos receberam esclarecimentos sobre a finalidade da pesquisa, bem como sobre os benefícios e riscos que poderiam advir de sua participação. Os participantes que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma cópia. Foi assegurada a garantia do sigilo de informações e o anonimato em qualquer forma de divulgação científica dos resultados; também ficou assegurado o direito de se retirar do estudo em qualquer fase, sem sofrer nenhum tipo de constrangimento pessoal, e, que caso quisessem, poderiam ter acesso aos resultados do estudo (BRASIL, 2012c).

As entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra, e cada participante foi identificado por um código de acordo, para substituir sua profissão, e por um número cardinal, de acordo com a ordem dos discursos, para manter o sigilo das informações, conforme orientação da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Optou-se por substituir a categoria profissional por um tipo de vegetação típica do ambiente rural sertanejo. Assim, os sujeitos foram identificados como: Enfermeiras (Mandacaru); Médicos (Aroeira); Cirurgião-Dentista (Baraúna); Técnico em Enfermagem (Macambira); Auxiliar de Saúde Bucal (Juazeiro); Agente Comunitário de Saúde (Xique-xique).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi composta por vinte e três participantes, sua maioria pertencente ao sexo feminino (enfermeiras (n=4); técnicas em enfermagem (n=3); auxiliar em saúde bucal (n=4); agente comunitário de saúde (n=3). Quanto à faixa etária, a idade dos entrevistados variou de 23 a 65 anos, apresentando uma média de idade variável entre 23 e 29 anos (n=9). Os participantes referiram que treze eram solteiros, nove casados, e um estava divorciado.

Referente à escolaridade, a maioria dos participantes eram pós-graduados, nível *lato sensu*, prevalecendo os profissionais da área de enfermagem (n=4) e odontologia (n=4) como as profissões que mais investem em qualificação profissional, especialmente, na área de atuação do momento. Entre as especializações apontadas por esses profissionais, estão: Saúde da Família e Saúde Coletiva/Saúde Pública. Alguns profissionais já haviam concluído pelo menos uma das especializações, outras em estavam em andamento. Em relação ao tempo de formação, 14 profissionais tinham menos de 10 anos de formado.

No tocante ao tempo de trabalho na Atenção Primária à Saúde, a maioria está inserida nesse campo, entre 6 e 10 anos (n=8), com destaque para as profissionais enfermeiras (n=3) e auxiliar de saúde bucal (n=2). Os participantes médicos, cirurgiões-dentistas e técnicos em enfermagem tinham um tempo de atuação que variou de 1 a 5 anos. Os ACS são os trabalhadores que apresentam um maior tempo de trabalho na APS, por serem profissionais fixos das Unidades Básicas de Saúde, atuando, há mais de 15 anos (n=3), nas microáreas adstritas.

No tocante ao vínculo de trabalho, a maioria dos trabalhadores (n=14) foram incorporados à ESF por meio de contratação excepcional de interesse público, com contratos renovados anualmente, a partir do entendimento das gestões municipais. Apenas 7 trabalhadores eram estatutários, e seus vínculos não estavam direcionados à APS, podendo os gestores municipais, por interesse próprio, direcionarem o profissional para outros serviços afins.

Quanto à carga horária de trabalho na ESF, todos os profissionais referem cumprir as 40 horas semanais, conforme contrato da gestão municipal, e essa é carga horária mínima de funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde, conforme Ministério da Saúde. É importante também destacar que, em 2011, a Portaria nº 2.027 flexibilizou a carga horária do trabalho do profissional médico, que pode cumprir uma

carga horária mínima de até 20h, porém o repasse financeiro para equipe, consequentemente, seria reduzido (BRASIL, 2011). Em 2017, a Portaria nº 2.436 regulamentou a nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, com importantes mudanças, como a criação de modalidades de equipes da Atenção Básica e sua composição (BRASIL, 2017).

Em 2020, o Ministério da Saúde realizou algumas modificações na PNAB, introduzindo outra modalidade de equipe, além das Equipes de Saúde da Família já existentes, a chamada “Equipes de Atenção Primária” (EAP), trazendo a obrigatoriedade de pelo menos médico e enfermeiro na composição da equipe da ESF. A portaria descreve duas modalidades de EAP, sendo elas: modalidade I, em que a carga horária profissional pode ser de 20h semanais, devendo a equipe cobrir 50% da população adscrita, e modalidade II, com carga horária profissional de 30h semanais, mas devendo a equipe cobrir 75% da população adscrita. (BRASIL, 2020).

No tocante à experiência dos profissionais na APS em área rural, a maioria dos trabalhadores estavam inseridos no serviço na área rural há mais de 1 ano. A média prevalente foi de 1 a 5 anos (n=11), correspondentes aos profissionais enfermeiros (n=2), médicos (n=2), cirurgiões-dentistas (n=2), técnico em enfermagem (n=2), auxiliar em saúde bucal (n=3). Os Agentes Comunitários de Saúde (n=3) são os profissionais com mais tempo de atuação nas equipes, correspondente a mais de 16 anos. Apenas um profissional médico referiu estar trabalhando recentemente (10 meses) na equipe.

Neste estudo, observou-se que existe pouca rotatividade de equipes, embora o tempo mencionado pela maioria estivesse relacionado ao atual trabalho na ESF. Tendo em vista que a maioria não possui vínculo empregatício estatutário, especialmente, direcionado para a APS, é comum, nos municípios interioranos, demissões e contratações de trabalhadores, à medida que se aproximam eleições municipais. Tais demissões estão relacionadas à não filiação do trabalhador ao partido eleito da vez. A mudança de gestão na saúde e, em muitos casos, de profissionais desconsidera fatores importantes, como: compromisso do trabalhador, melhoria de indicadores na saúde, qualificação profissional, vínculo e experiência profissional no campo.

O exercício do cuidar em território rural apresenta vários desafios: precariedade nas condições de trabalho, dispersão geográfica, iniquidades socioeconômicas, baixa oferta de serviços (citológico, atividades de educação em saúde, planejamento

familiar, vacinação), os quais ocorrem esporadicamente, entre outras fragilidades. No tocante à saúde, Targa (2019) descreve que a realidade do modelo de atenção em saúde realizado pela ESF na área rural exige a necessidade de visualizar outras dimensões do cuidar, a partir do contexto social de vulnerabilidade dessa população.

Em territórios rurais, devido às peculiaridades envolvidas na organização do trabalho da equipe da ESF, a maioria dos trabalhadores cumprem uma carga horária mais reduzida, de seis horas corridas, ou seja, das 07h da manhã até às 13h. Esse horário, de acordo com os participantes, adequa-se melhor à realidade territorial, considerando questões geográficas de distanciamento - tanto dos profissionais quanto dos próprios pacientes -, períodos de chuva ou de sol forte, além de transporte. Esses aspectos colaboram para a flexibilização de horário de atendimento, cujo objetivo central é facilitar ou melhorar a acessibilidade dos usuários as UBS.

Quanto à qualificação do trabalho profissional, a oferta do curso introdutório para a maioria dos participantes (n=16) não foi realizada, e poucos profissionais tiveram a oportunidade de participar de um curso introdutório sobre APS. Os profissionais que alegaram ter participado (n=7) são aqueles que têm um tempo maior de atuação e são estatutários, com destaque para os ACS, já que o curso introdutório é pré-requisito para ingresso na profissão.

Embora o Curso Introdutório represente qualificação importante no reconhecimento do território e suas especificidades para o cuidar em saúde, não constitui uma prática na realidade da gestão da APS, por entender que o conteúdo relativo a essa formação é abordado durante o processo de graduação. Além disso, o profissional poderá buscar, se assim desejar, aperfeiçoar-se, realizando, por conta própria, especialização em Saúde da Família ou mesmo em Saúde Coletiva. Tal fato reforça a falta de compromisso da gestão municipal em fortalecer a qualificação profissional para melhor cuidar da população. Entende-se também que esse processo formativo pode dar-se ao longo da práxis, através da Educação Permanente. Todavia, esse processo também precisa ser impulsionado pela gestão municipal.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) visa fortalecer as práticas em APS e torna mais efetivo o trabalho do profissional. É importante que as práticas de EPS sejam embasadas no uso de metodologias ativas para a construção do conhecimento, fundamentadas em temáticas pertinentes à realidade e às necessidades das equipes, e não no repasse de informações, em que o trabalhador não constrói o seu saber, como ocorre rotineiramente, com a organização de ações educativas imediatistas,

constantemente dissociadas das necessidades dos trabalhadores e dos usuários (FERREIRA; BARBOSA; ESPOSTI; CRUZ, 2019; SCHWEICKARDT; LIMA; CECCIM; FERLA; CHAVES, 2015).

Nesse contexto, cabe considerar que a APS é um importante espaço de práticas e construção do cuidar, que deve ter como ponto de partida a problematização do cotidiano dos trabalhadores envolvidos, resultando na organização do processo de trabalho em saúde, considerando as diversas nuances envolvidas, contextos, fragilidades e potencialidades, articulando, assim, os diversos saberes e olhares em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar.

Para uma melhor compreensão do desenvolvimento do estudo, as análises das narrativas obtidas nas entrevistas deram origem a categorias, com subcategorias elencadas de acordo com o objetivo da pesquisa e distribuídas em três eixos temáticos: Construções e Organização do trabalho na Equipe de Saúde da Família em Território Rural; Olhar profissional sobre as Especificidades no Cuidar da População Rural; e Desafios e Potencialidades no Trabalho da Estratégia de Saúde da Família em Território Rural.

5.1 Construções e Organização do Trabalho na Equipe de Saúde da Família em Território Rural

A literatura aponta que a população rural tem menos acesso a cuidados e apresenta as piores condições de saúde quando comparada a populações urbanas. No Brasil, como em outros países, o serviço destinado para cuidar das populações rurais está a cargo dos cuidados primários em saúde, que deve ser executado pela equipe da Estratégia de Saúde da Família, orientado pelo contexto social e pela vulnerabilidade do território (FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021).

5.1.1 Categoria 1- Construções sobre o trabalho na ESF rural

Esta categoria permite conhecer o cotidiano dos trabalhadores na ESF, em território rural, nos municípios pesquisados. Os participantes relataram sua vivência sobre como percebem e entendem o trabalho na ESF rural. A resposta dos participantes gerou uma categoria temática e três subcategorias, conforme figura abaixo.

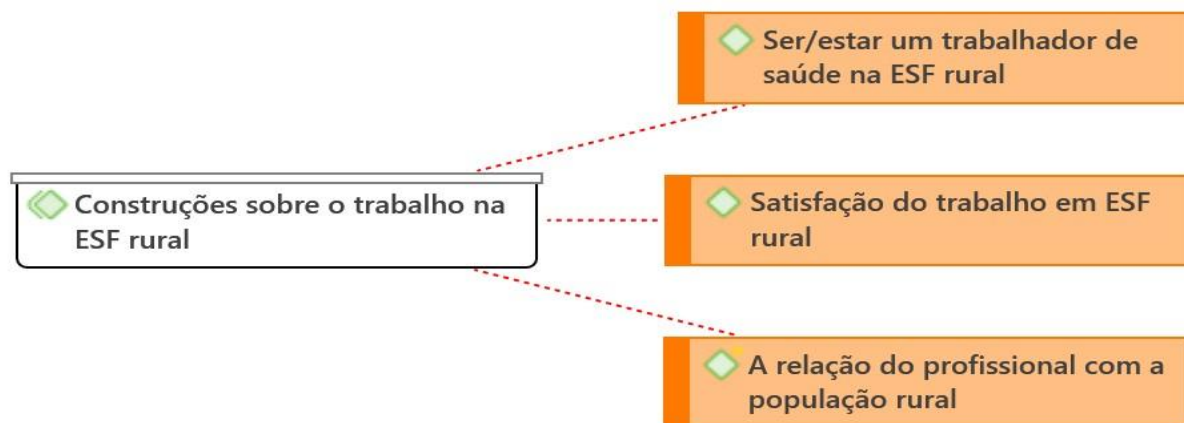


Figura 7 – Percepção dos profissionais sobre o trabalho na ESF rural.

Fonte: Elaboração própria, com auxílio do Software Atlas.Ti22.

Para alguns, a escolha surgiu em função de experiências pessoais vivenciadas na infância no meio rural; para outros, por meio de estágios realizados durante a graduação. Para outra parcela, a escolha é definida pela gestão municipal.

A subcategoria: “Ser/estar um trabalhador de saúde na ESF rural” teve 8 evocações e desvelou algumas percepções, na qual os participantes enfatizaram que estar no rural é um modo de construir singularidades em sua profissão, além de se identificarem como agentes transformadores e facilitadores do cuidar, através de práticas que consideram as peculiaridades da população e do território ao processo de saúde/doença. Essa evocação foi bastante presente na fala de uma participante, que destaca sua atuação como um potencial de mudança e cuidado na vida das pessoas.

Eu acho que sou um facilitador. Sou um elo muito importante para a comunidade porque o acesso do pessoal da zona rural é bem mais complicado, porque a área é distante, e a gente facilita bastante a vida deles, ajuda muito. O meu trabalho é de orientação porque a gente trabalha com a formação na saúde. Logo no início, o pessoal confundia muito, achava que o Agente Comunidade Saúde teria de levar medicação para o povo. Pediam muito no início. Mas, a gente tem a função de educar porque educar não é fácil. E você educar uma comunidade não é tarefa fácil. (Xique-Xique 1)

O que significa educar a população? Segundo Freire (2006), educar é, acima de tudo, um ato de amor, de diálogo, de respeito, de compreensão do outro. A vivência do ACS na comunidade e sua participação no cotidiano das coletividades possibilitam um elo entre a população e os serviços de saúde, através da visita domiciliar, em que ocorre o desenvolvimento de atividades educativas e preventivas, através de compreensões de contextos de vida, de orientações e identificação de novas demandas. Samudio *et al.* (2017) descrevem que os ACS são profissionais

estratégicos na APS, que influenciam na criação e manutenção de comportamentos saudáveis, especialmente, em regiões com pouca disponibilidade de profissionais ou quando o acesso ao serviço de saúde é difícil, em razão de pouca oferta ou distribuição de serviço.

Ressalta-se que a conscientização da população sobre hábitos de vida deverá ocorrer em linguagem acessível e conectada à tomada de consciência da situação real vivida pelos moradores. Nunca é um processo unicamente de repasse de informação, mas, sobretudo, de conscientização existencial e política. Essa dimensão educativa nem sempre fica clara para os demais trabalhadores da equipe que advêm, em sua maioria, de uma formação burocrática e descontextualizada dos territórios de vida.

Outro discurso importante dessa categoria foi evidenciado por dois profissionais médicos, quando traz que sua inserção está relacionada a uma dívida social com suas raízes, e por esses profissionais acreditarem que o desenvolvimento do seu trabalho tem feito diferença na vida da comunidade.

Desde o começo, eu sempre quis trabalhar na zona rural porque eu queria fazer alguma coisa que fosse eficaz. Eu sempre achei que eu tinha uma dívida social muito grande e, por isso, eu fui trabalhar na Atenção Básica. (Aroeira 3)

Pela possibilidade de ter um contato mais íntimo com a população. Nas visitas eu me sinto mais bem recebido pela população da zona rural do que da zona urbana. E eu sinto que faço a diferença, sabe? Quando eu estou na zona rural, eu consigo fazer essa diferença na vida das pessoas, que muitas vezes nunca foi ao médico, nunca teve um olhar humanístico. Assim, a gente sente que cada paciente acaba sendo até uma vida que você consegue mudar. (Aroeira 2)

Os profissionais da ESF exercem uma função importante no cuidado ao paciente. A presença da equipe interprofissional durante os atendimentos, sejam na unidade ou por meio da visita domiciliar, repercute como uma assistência positiva para a população rural e para o planejamento do cuidado. O acolhimento, a empatia, a singularidade dos moradores e de suas famílias, que costumam presentear e demonstram afeição às equipes quando cuidadas, geram nos trabalhadores um sentimento de retribuição calorosa e significativa no exercício da função.

Quando o profissional trabalha em equipe e reconhece as singularidades do território, percebe-se que ocorrem mudanças significativas, tanto no trabalho quanto na vida da população. (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018). Frente a isso, considerando que, entre os profissionais que compõe a equipe da ESF, todos são

importantes, a literatura tem apontado o trabalho do profissional enfermeiro como fundamental para a boa assistência e o cumprimento das diretrizes e princípios estabelecidos no SUS (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017; OLIVEIRA; SANTOS; ANDRADE; DOMINGOS; SPIRI, 2020). A participante Mandacaru 4, em sua fala, enfatiza a importância do Enfermeiro como líder no trabalho na Atenção Básica.

A gente que trabalha na Atenção Primária a Saúde precisamos estar ali atuando, de forma a identificar precocemente uma situação de risco, situação de vulnerabilidade e tentar mudar aquilo que achamos que temos condições de ser modificado, para que não influencie negativamente a saúde daquele indivíduo, daquela família e comunidade. Então, acredito que o trabalho efetivo dentro da unidade exige muito mais do Agente Comunitário de Saúde e da enfermeira, justamente por conta disso, porque, querendo ou não, a gente é o elo de comunicação, de fato, entre profissional e a comunidade. (Mandacaru 4)

Essa fala possibilita algumas reflexões sobre o papel da enfermagem na Atenção Básica, colocando esse profissional como pedra angular do cuidado. Estudos semelhantes corroboram esse olhar, ao abordar o protagonismo do enfermeiro e sua capacidade de liderança no gerenciamento dos serviços de Atenção Básica (VENDRUSCOLO; SILVA; DURAND; METELSKI; SILVA FILHO, 2020; ARAÚJO; VASCONCELOS; PESSOA; FORTE, 2022).

O fato de a enfermagem possuir uma maior pressão assistencial na Atenção Básica, quando comparada aos demais profissionais que compõe a equipe, possibilita maior capacidade de articulação e mediação do cuidado junto aos demais membros da equipe de saúde. Todavia, devido ao quantitativo de atribuições, a realização da assistência pode ficar fragilizada, uma vez que falta tempo para dedicação. Além das atribuições específicas do seu núcleo profissional, a enfermagem assume ainda a coordenação de funções junto aos ACS e aos técnicos de enfermagem. Outras vezes, responsabilizam-se pela função de “gerente” da unidade, além de atividades de cuidado aos grupos nos diversos ciclos de vida. Esse alargamento de função gera maior protagonismo frente ao trabalho na equipe de saúde.

Para Nunciaroni *et al.* (2022), a enfermagem ocupa papel central na sua condição de força de trabalho para saúde pelo elevado número de profissionais e por contribuir, sobremaneira, para a redução das desigualdades em saúde e sociais, dado que considera a complexidade da determinação social do processo saúde-doença na produção do cuidado como objeto de seu trabalho.

Prover cuidados de saúde efetivos e de alta qualidade no contexto de ruralidade é um desafio para qualquer nação, considerando as particularidades da população no seu modo de sobrevivência e na forma de cuidar da sua saúde, que ultrapassa valores, crenças e hábitos subscritos em sua identidade (SILVA *et al.*, 2018).

As subcategorias que tiveram uma maior frequência de evocações foram: “A relação do profissional com a população rural”, com 23 enunciações e “Satisfação do trabalho em ESF rural”, com 20 enunciações.

Essas duas subcategorias, quando analisadas, complementam a construção do sentido da outra. Durante os depoimentos, a maioria dos participantes declararam sentir-se satisfeitos no trabalho que estavam desenvolvendo com a equipe, por causa da população que era acolhedora, e relataram que as singularidades de vida daqueles territórios era um estímulo para o cotidiano do trabalho.

- Eu sempre gostei da área rural. Eu me sinto bem lá, já há muitos anos, conheço bem o pessoal. E eu, eu gosto deles, acho eles mais receptivos, mais respeitosos. Sei lá, eu gosto mais, mais humildes. (Mandacaru 3)

- É o contato que a gente tem, e eu vejo o contato que eu tenho com a população da zona rural, a empatia, o aconchego. São pessoas que a gente vê que tem uma simplicidade, uma humildade, uma aceitação do tratamento. (Baraúna 2)

- Eu gosto de trabalhar na zona rural porque eu acho o pessoal mais acolhedor. (Aroeira 4)

- É muito gratificante, não só pelo financeiro, mas também pela gratidão que as pessoas têm. Como eu te falei, eventualmente, eu atendo na zona urbana, e não é a mesma coisa. O pessoal da zona rural é mais grato. Ele é mais simpático e trata a gente melhor. (Baraúna 4)

Tais narrativas fazem referências à dimensão de cunho afetivo como impulsionadora para o desenvolvimento e preferência do trabalho realizado na ruralidade. Todavia, a personalidade pacata, humilde, pouco afeita às reivindicações dos seus direitos permitem aos moradores da zona rural uma atitude, muitas vezes, de resiliência diante das intervenções de cuidado e de comportamentos dos trabalhadores de saúde.

O estudo realizado por Oliveira (2019) com enfermeiros na zona rural, em Campina Grande-PB, mostrou que a relação de vínculo do profissional com a população rural se dá para além dos problemas de saúde, e essa relação favorece o desenvolvimento das práticas de saúde pelo profissional. Ao adentrar nos domicílios das famílias, o profissional passa a ter boa aceitação, criando vínculos, o que

possibilita ampliar a abordagem das necessidades existentes e compartilhar responsabilidades no cuidado e na cidadania.

Entre os diversos olhares profissionais sobre a percepção do trabalho na área rural, além da satisfação com o vínculo com a população, alguns profissionais trouxeram suas percepções relacionadas às dificuldades vivenciadas no cotidiano, para prestar a assistência.

O nosso trabalho na zona rural tem um pouco de dificuldade por causa da distância. O nosso PSF fica a 28 km de distância. No tempo de chuva, é complicado por causa das estradas. (Baraúna 1)

Como eu percebi que é uma população um pouco mais carente pela falta de acessibilidade ao cuidado em saúde, pela falta de orientação muitas vezes relacionada à questão de saúde, de cuidados, sempre gostei de lidar com essa população. (Aroeira 2)

Eu gosto de trabalhar em área rural. Como já te falei, a única dificuldade é ter que ficar aqui na cidade e ter que ir para zona rural, porque eu gostaria de ter um local fixo pra mim, para não ter que realizar duas atividades. (Mandacaru 1)

Para falar a verdade, é um pouco duro, né? Principalmente, para quem mora no sítio e depende da chuva. A gente não sai com um roteiro pronto, porque depende do que encontra na área, né? Às vezes, programa para 4/5 famílias, no dia, e faz só 2/3. E o trabalho do agente de saúde é mais escutar, principalmente, os mais idosos, que são muito carentes. E, fora isso, tem a outra demanda, que é marcação de dentista, exames, essas coisas. (Xique- xique 4)

Meu dia a dia acaba sendo um pouco corrido, porque tem a unidade daqui e tem a unidade do posto vizinho. (Macambira 3)

A dinâmica do trabalho na zona rural difere da urbana. A lógica do trabalho vinculado a uma unidade de saúde física fixa não é impedimento, mas limita a atuação da equipe. Por exemplo, para a realização do Papanicolau em mulheres, pré-natal, bem como de procedimentos odontológicos, é preciso estrutura para realização de tais atividades. Embora não haja impedimento, pressupõe capacidade de flexibilização do trabalho da equipe. Além disso, as casas podem ser dispersas ao longo do território, gerando deslocamentos com gasto de tempo, e, em períodos de chuvas, as estradas costumam ficar em condições precárias. Esses desdobramentos do trabalho em contexto rural são descritos nos depoimentos como limitantes e desafiadores.

Nas narrativas, observa-se que os profissionais discorrem sobre os problemas ocorridos no dia a dia do trabalho na ESF, na área rural, que estão relacionados a problemas geográficos e climáticos, até limites no tocante ao apoio da secretaria de

saúde, na oferta de transporte para chegar até às famílias. Em uma das equipes, o profissional relata dificuldades nesse sentido. Quando o atendimento precisa de apoio e estrutura física compatível, encaminha-se para a unidade de referência/âncora na zona urbana.

As unidades âncoras são locais de apoio e têm como objetivo democratizar o acesso aos serviços básicos de saúde nas localidades mais afastadas geograficamente da sua UBSF de origem. Nas âncoras, os atendimentos são realizados uma vez por semana, no ensejo de os usuários que residem em comunidades longínquas terem acesso ao atendimento da equipe de saúde.

Essa realidade foi encontrada em outro município, porém com contexto diferente. A equipe possui duas unidades fixas principais, divididas em dois territórios, que agrupam um maior aglomerado da população. Dois profissionais problematizam a dificuldade de locomoção de uma unidade para outra e da organização da agenda na oferta de serviços.

De acordo com Oliveira *et al.* (2020), existe uma dinâmica diferenciada na relação do cotidiano do trabalho dos profissionais de áreas rurais da APS, que está condicionada pelas características próprias da ruralidade e pelas dificuldades inerentes às condições de vida e saúde da população, o que demanda cuidados em saúde.

Obstáculos geográficos limitam a mobilidade e impactam a capacidade das populações de acessarem serviços de saúde oportunamente, e essa questão destaca-se como um dos principais fatores que têm sido frequentemente associados à distribuição desfavorável da força de trabalho em saúde à distância dos centros urbanos, tanto em literatura nacional, quanto na internacional (RUSSELL; MCGRIL; HUMPHREYS, 2017; WAKERMAN *et al.*, 2019; FRANCO; LIMA, GIOVANELLA, 2021; LIMA; GIOVANELLA; BOUSQUAT; FAUSTO; MEDINA, 2022).

Os discursos geraram a subcategoria: “A relação do profissional com a população rural”. Para ilustrar essas percepções, foi construída uma nuvem de palavras com as características descritas pelos entrevistados.

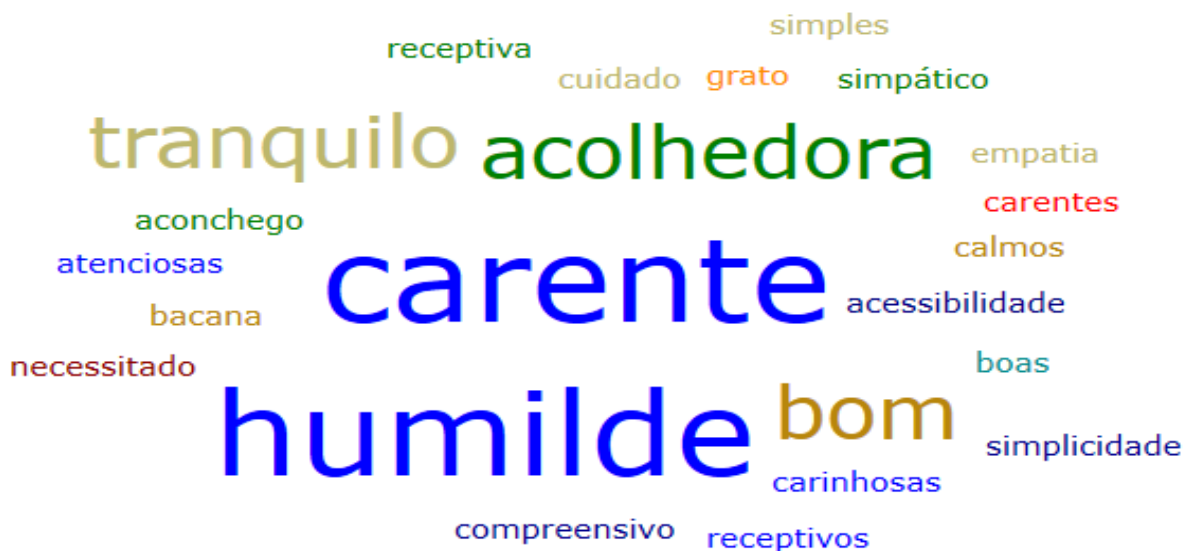


Figura 8 – Nuvem de palavras com a percepção dos profissionais sobre a população da zona rural.
Fonte: Elaboração própria, com auxílio do Software Atlas.Ti22.

A população rural foi descrita a partir de adjetivos como “humilde”, “carente”, “acolhedora”, “tranquila”, “boa”. Houve discursos também que caracterizavam a população como “receptiva”, “compreensiva”, “carinhosa”, “empática”.

Essas características podem ser percebidas como fator estimulante, para a criação de vínculos afetivos entre os profissionais e a população. Corroborando essa afirmativa, Rocha *et al.* (2013) e Oliveira e Pedraza (2019) apontam que as características da população podem influenciar na criação de vínculos com a comunidade. Isso facilita a construção e organização do trabalho, visto que os profissionais se sentem motivados a partir da sensação de utilidade e pela possibilidade de serem agentes de transformação positiva para os indivíduos assistidos.

A motivação profissional é importante para a continuidade e a melhoria dos serviços prestados, responsivos às necessidades de saúde da população, bem como ao contentamento dos usuários com o atendimento recebido (OLIVEIRA; PEDRAZA, 2019).

Essa criação de vínculos afetivos é característica dos territórios rurais, devido às singularidades históricas, sociais, políticas, geográficas e culturais inseridas nesse espaço. Na Estratégia de Saúde da Família, não seria diferente, por esse serviço ser a porta de entrada preferencial dos usuários ao acesso aos cuidados de saúde.

Milanez *et al.* (2018) destacam que na ESF, por existir essas singularidades no território, a exigência de comprometimento dos profissionais é bem maior devido à

complexidade da sua atuação nas práticas de cuidado à saúde, a partir das fragilidades da população.

Reforçando essa ideia, Gondim e Monken (2017) descrevem que os territórios são construções de diferentes realidades e possuem particularidades materiais e simbólicas, de modo que a compreensão dos contextos territoriais permite que os profissionais de saúde reconheçam dinâmicas sociais, econômicas, políticas e identitárias que possibilitam a identificação dos múltiplos saberes e o estabelecimento de parcerias para o enfrentamento dos problemas e das necessidades da população, visando potencializar a capacidade operacional do sistema de saúde local.

5.1.2 Categoria 2 – Planejamento na Estratégia de Saúde da Família Rural

Essa categoria busca adentrar na organização do trabalho na ESF rural, assim os participantes foram questionados sobre como eram realizados o planejamento e a organização das atividades pelos profissionais. Das respostas, emergiu uma categoria temática: “Planejamento na ESF rural” e duas subcategorias: “Planejamento Coletivo” e “Planejamento Individual”.

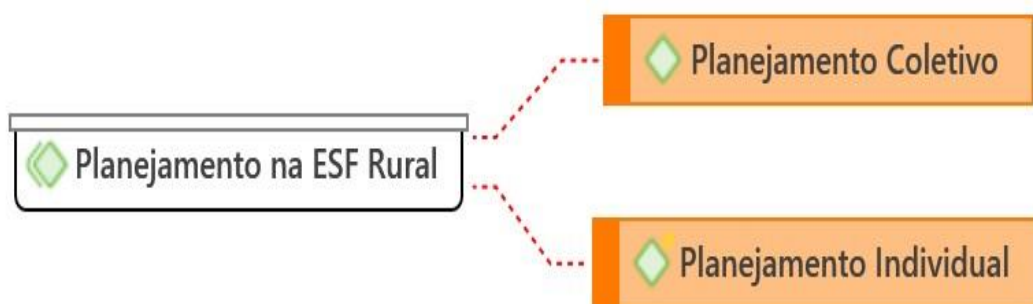


Figura 9 – Tipologia do planejamento das atividades na ESF rural.

Fonte: Elaboração própria, com auxílio do Software Atlas.Ti22.

O planejamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico baseado em intenções e ideias organizadas e orientadas para atingir um determinado objetivo, buscando eficácia, eficiência e alcançar os melhores resultados, possibilitando a tomada de decisão (GOMES *et al.*, 2015).

Entre os principais dispositivos para o planejamento, as reuniões em equipe se destacam como uma importante ferramenta gerencial e educativa que promove a construção do trabalho. Na APS, essas reuniões devem contemplar a participação dos diversos profissionais envolvidos na equipe interdisciplinar, compartilhando suas

vivências, discutindo os problemas pertinentes e analisando os principais indicadores, para, a partir desse diálogo, estabelecer metas alcançáveis pela equipe de trabalho.

Na subcategoria: “Planejamento Coletivo”, houve vinte e duas evocações dos participantes, que discorreram sobre o planejamento e a organização da agenda ser realizada a partir das reuniões com a equipe, em que são discutidas demandas e elaborado um cronograma. Esses discursos são ilustrados a seguir:

No início do mês, a enfermeira faz reunião com a gente e passa um cronograma, que é por PSF da unidade básica. O trabalho do enfermeiro da unidade depende muito do ACS, se o ACS não fizer o trabalho dele, o trabalho do enfermeiro da unidade não anda. A gente se reúne no início do mês. Tem o planejamento da unidade e tem o planejamento meu mesmo, as minhas visitas, assim... (Xique-xique 1)

A equipe completa está presente. Discutimos sobre quantidade de fichas, horário de entrada e saída de paciente. Discutimos sobre visitas, se estão sendo realizadas ou não. Questão dos diabéticos se estão indo à unidade. (Macambira 2)

A gente tem reuniões mensais aproximadamente, certo? A comunicação costuma ser entre a equipe inteira, e uns pequenos ajustes geralmente são feitos entre mim, a enfermeira e a nossa recepcionista, principalmente, na parte das gestantes, que nós devemos ter muita atenção, sobre número de gestantes, sobre busca ativa. A gente tenta planejar para que consiga atingir os indicadores e ter um atendimento satisfatório também. (Aroeira 2)

Sim, a equipe está toda, médico, enfermeiro, dentista, os ACS, recepcionistas, todo mundo. Ontem mesmo, a gente fez uma reunião. Era para acontecer semanalmente, mas, nesses últimos períodos, não está acontecendo semanalmente não, mas mensalmente. Uma vez por mês, a gente tem essa reunião. Só que também mudou, tivemos um período sem enfermeira e ficou meio quebrado isso aí. (Baraúna 2)

A gente só debate as metas, os pontos negativos, onde precisa melhorar, quais os indicadores estão baixos, esse tipo de coisa. E aí tem algumas medidas para melhorar. Mas, debate de caso a gente nunca fez não. (Baraúna 3)

Discute horário, visita domiciliar. Deixa o dia certo de visita, a gente planeja ação em escola e alguma ação que (...) também na zona rural. Lá a gente também já deixa tudo já (...) e o nosso cronograma também. A gente já deixa tudo específico, nessa reunião. (Juazeiro 3)

Os relatos apontam para uma diversidade no modo de organizar o trabalho nas equipes. As reuniões podem acontecer semanal, quinzenal ou mensalmente, das quais podem participar só enfermeiros e ACS, entre todos os membros. Buscam discutir agendas de atendimentos, visitas domiciliares, horário de atendimento; identificam problemas, metas e indicadores. Todavia, não ficaram claros, nos relatos, os encaminhamentos adotados pelas equipes no enfrentamento das necessidades.

A equipe, muitas vezes, reserva um turno mensal para reunião de planejamento de ações, todavia não costuma levantar previamente necessidades a curto, médio e a longo prazo, como estratégia de organização das demandas. Nessas reuniões, também são feitas atualizações de indicadores, organização de ações coletivas de educação em saúde, atendimento da demanda da secretaria de saúde, entre outros. Reforça-se que a falta de uma cultura de planejamento estratégico situacional das equipes limita e dificulta a elaboração de estratégias para lidar com situações-problema identificadas nas equipes.

As reuniões em equipe são uma importante ferramenta gerencial e educativa que promove a construção e a reorganização da agenda de trabalho na APS. Elas devem ser orientadas conforme as singularidades do contexto de vida das pessoas, em suas dimensões materiais e simbólicas, contemplando os impactos clínicos, epidemiológicos e socioeconômicos (SANTANA; MEDEIROS; MONKEN, 2022).

Os discursos também trouxeram alguns apontamentos importantes, como a centralização da figura do profissional enfermeiro como gerenciador das reuniões em equipes, assim como a não periodicidade dessas reuniões, como ilustrada na fala a seguir:

A reunião é mensal. A gente tem a reunião de entrega de produção, no início do mês, com a coordenação. A produção sou eu quem fecho. A enfermeira que fecha. Cada profissional me entrega a dele, no final eu acabo somando e colocando nas planilhas. Aí, a gente tem essa reunião, tem os repasses para a coordenação, a gente discute alguns pontos, até com outras equipes, e depois a gente marca a daqui. (Mandacaru 2)

O relato acima define bem como a reunião mensal acontece. O repasse da produtividade (ações desenvolvidas ao longo do mês) dos profissionais é entregue à enfermeira de cada equipe de saúde, que se responsabiliza em consolidar os dados e enviar à secretaria de saúde. Tal fato mostra centralidade dessa ação na pessoa da enfermeira, limitando a análise desses indicadores para todos os profissionais da equipe. Além disso, não fica claro, nos depoimentos, se os dados são problematizados e como isso é feito. Essa cultura de “apenas” anotar os procedimentos em planilhas específicas e repassar via SMS limita e impede o planejamento com objetivo de lidar estrategicamente com problemas, ampliar e trocar saberes e identificar necessidades de famílias e território.

As reuniões em equipe devem ser caracterizadas como momentos de diálogo, nos quais seja possível elaborar planos de atendimento para cada indivíduo e cada

família; oferecer oportunidades para a socialização do conhecimento; e realizar um planejamento conjunto, trazendo subsídios para tomadas de decisões mais assertivas. Além disso, as reuniões contribuem para a readequação do processo de trabalho, para a apresentação de notas técnicas e para os informes de gestão (VOLTOLINI; ANDRADE; PICCOLI; PEDEBÔS; ANDRADE, 2019).

Durante os relatos sobre o planejamento da equipe, alguns apontamentos realizados pelos participantes destacaram que as reuniões têm uma frequência maior com os ACS e com os demais profissionais, nas quais, na maioria das vezes, ocorrem apenas repasses do que foi planejado, conforme explicitado na fala abaixo.

Eu me reúno com os agentes de saúde, e vemos essa parte prática da coisa. Eles trazem algumas questões, alguma necessidade da área, vemos essa questão administrativa das metas do (...). Então, traçamos metas, objetivos, até porque os agentes de saúde, nesse momento, são inevitáveis, para que eles atuem e atuem bem nesse processo, para que a gente alcance essas metas. Faço essa reunião com eles e depois vejo com os demais profissionais, a chefe da enfermagem, o médico, e vamos conversando durante o decorrer dos dias, de acordo com a necessidade, e, por exemplo, se o médico vir a necessidade de alguma intervenção de alguma forma, a gente sempre vê essa ligação. (Mandacaru 4)

A realidade relatada pela enfermeira também é explicitada por outros profissionais, que discorrem que, nas reuniões de planejamento de algumas equipes, o compromisso maior ocorre entre enfermeiro e ACS. Houve relato que trouxe a ausência do profissional médico e também do cirurgião-dentista.

Geralmente acontece com agente de saúde e enfermeiro. Quem é o carro-chefe ali é enfermeiro. (Xique-xique 4)

A equipe participa da reunião, porém a equipe de saúde bucal é mais ausente. (Macambira 1)

A gente se reúne no início do mês. Reúne-se para debater para onde a gente vai, qual sítio a gente vai, onde precisa de visita. A gente se reúne sempre no início do mês. Participam todos os agentes de saúde, eu, a técnica. Já o médico não é sempre que ele participa não. Mas, depois eu passo todo o cronograma para ele. O odontólogo também não participa (Mandacaru 1)

Geralmente, os técnicos em enfermagem e os ACS estão, mas geralmente o médico não. Você entende que o médico aqui atende três dias por semana, então não é tão conveniente que a gente pare o atendimento dele para reunião. Mas, isso não quer dizer que a comunicação não exista (Mandacaru 4)

Os depoimentos acima clarificam que não existe efetivamente reunião de equipe, com o objetivo de planejar e avaliar necessidades. O médico e cirurgião-dentista, ao se desresponsabilizarem de sua participação na reunião, limitam e

dificultam a socialização das informações e o mapeamento de estratégia para “atingir metas”. Nesse sentido, problematizamos quais as implicações desse modelo de atuação na Atenção Primária a Saúde? Por que o médico e cirurgião-dentista não se sentem compelidos a participarem da reunião em equipe? Será que a leniência da enfermagem ou mesmo da gestão municipal promove a manutenção desse *status quo*? Tais questionamentos são relevantes na medida em que problematizam a relação e a distribuição de poderes na própria equipe.

A fragmentação do trabalho em saúde observada nas narrativas contemplam a subcategoria: “Planejamento Individual”, que apresentou quinze evocações, a partir das quais é possível verificar a falta de integração da equipe para a construção da agenda de trabalho.

Todavia, existem diferenças entre as equipes quanto à participação de seus membros nas reuniões. Médicos de outras duas equipes apontam que participam das reuniões e que achavam essencial poder cooperar com as discussões.

O olhar da interprofissionalidade na ESF, princípio que caracteriza a APS, surge como ponto frágil nos depoimentos analisados. Parte dessa dificuldade está relacionada ao processo de formação em saúde ainda fortemente fragmentado, repercutindo na atuação desses profissionais quando são instados a atuar em equipe. Sabe-se que os trabalhadores devem atuar de modo compatível com o mesmo propósito, a partir de relações solidárias recíprocas, além da busca por práticas participativas na comunidade (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018; FARIAS; RIBEIRO; ANJOS; BRITO, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2022).

É fundamental destacar que, embora o trabalho interprofissional na ESF seja um importante orientador do cuidado, nos discursos de profissionais da equipe de saúde bucal, são reforçadas reuniões individuais, voltadas para prestação de contas a gestão municipal de saúde bucal, evidenciando desarticulação dessa gestão com a APS.

O planejamento é feito pela coordenação de saúde bucal e pede para gente executar. (Juazeiro 1)

Geralmente, a gente fica subordinado à coordenação. A coordenação municipal é quem diz o que a gente vai fazer. A Coordenadora de saúde bucal: "Olha, a gente vai trabalhar essa semana, vamos fazer visitas nas escolas, na creche ou trabalhar esse tema". A gente fica esperando. (Baraúna 3)

A gente se reúne com as equipes de todos os PSF da saúde bucal do Município, e tem uma reunião separada. E a gente faz tanto a entrega de dados quanto o planejamento. (Baraúna 4)

Conforme relatos acima, o planejamento é feito para “apagar incêndios” e de modo verticalizado, de cima para baixo, ou seja, da coordenação para a equipe de saúde bucal. Além disso, acontece à revelia dos demais profissionais da equipe de saúde.

Foi evidenciado, no estudo de Costa, Medeiros Júnior, Costa e Pinheiros (2010), realizado em Parnamirim-RN, que 50% dos cirurgiões-dentistas participantes colaboravam com o trabalho interprofissional na ESF, enquanto os demais disseram que apenas ocasionalmente ou não trabalham de forma integrada com os demais profissionais.

Um profissional médico apontou que o profissional cirurgião-dentista da sua unidade participa das reuniões de planejamento e da organização da agenda, porém algumas atividades são realizadas de forma independente e individualizada.

Sim. A equipe de saúde bucal também participa, só que ela age de forma mais independente que do restante da equipe. Tem uma agenda própria, um dia de atendimento próprio. E eles conseguem agir dessa forma. Funciona direitinho. (Aroeira 3)

A fragmentação no processo de trabalho da equipe pode ser atribuída à questão da formação profissional, que está ligada às práticas engessadas no modelo curativista. O estudo de Scherer, Chaves e Menezes (2018), realizado no Distrito Federal, sobre a inserção do trabalho da saúde bucal na ESF a partir do trabalho em equipe, apontou que a inclusão da saúde bucal na ESF tem-se constituído em possibilidade de romper com a prática odontológica excludente, tecnicista e biologicista, representando oportunidade de mudança no processo de trabalho e de melhoria no acesso aos serviços, especialmente, em espaços rurais. Nesse contexto, a integração da equipe de Saúde Bucal (eSB) com a de Saúde da Família tem sido lacuna nos estudos sobre a atenção à saúde bucal no Brasil.

Corroborando esse pensamento, um cirurgião-dentista relatou que historicamente vem ocorrendo uma falta de integração dos profissionais da saúde bucal, com relação aos demais participantes da equipe de ESF. Pesquisadores na área de saúde bucal, como Sônia Chaves, escrevem sobre a questão da política de saúde bucal no Brasil e sua difícil integração, tanto no que se refere à implementação da política, quanto à integração com a equipe de Atenção Básica, especialmente,

apontando possibilidades do retorno de uma saúde bucal excludente (CHAVES, 2016; LORENA SOBRINHO; ROSSI; MARTELLI; CHAVES, 2020).

A falta de integração entre a equipe pode também ser decorrente do processo formativo profissional e de atualização para trabalharem de forma integrada e interdisciplinar. Cada um acaba por executar sua função, sem partilha de saberes.

Eu acho que é um pouco de falta de conhecimento dos outros profissionais sobre a importância da saúde bucal. Acredito que eles não querem integrar. Isso ocorre com algumas pessoas, né?... Muitas vezes, se o dentista não tiver o posicionamento de se integrar, ele fica de fora. Falta muito diálogo ainda, de conhecimento e de busca, entre os profissionais, para saber como a gente deve fazer a integração multiprofissional. (Baraúna 2)

A realidade apresentada na fala acima é presente no cotidiano do trabalho das equipes de ESF no Brasil. Existe um distanciamento do trabalho da equipe de saúde bucal dos demais componentes da Saúde da Família. No contexto atual do setor saúde, há um debate crescente acerca do trabalho interprofissional e da necessidade de se discutir as práticas colaborativas, fortalecendo a centralidade no usuário e suas necessidades na dinâmica da produção dos serviços de saúde (PEDUZZI *et al.*, 2013; FARIAS; RIBEIRO; ANJOS; BRITO, 2018).

Uma outra problemática identificada que se aplica não apenas às equipes rurais, mas também urbanas é a exclusão do profissional auxiliar em saúde bucal das reuniões de planejamento. Conforme evidenciado, a reunião de saúde bucal é realizada apenas com cirurgiões-dentistas, e não em equipe, já que se exclui o profissional auxiliar em Saúde Bucal.

A reunião de saúde bucal ocorre apenas entre os dentistas e a coordenadora. Com a nossa equipe, é mais quando tem alguma coisa extra, aí ela faz uma reunião, e a gente vai. Ou, se for outro caso, é no grupo do WhatsApp. Mas, agora, as reuniões vão ser tudo com as equipes na Secretaria (Juazeiro 4)

O depoimento acima clarifica a falta de prioridade no planejamento em saúde, que fica subordinado às demandas assistenciais. Em que medida não realizar reuniões de avaliação e planejamento impacta o processo de trabalho das equipes? O que fica evidente quando só participam da reunião a(o) enfermeiro e técnicos? Retirar um turno de atendimento para reunião de equipe é perda de tempo? Por que, na reunião de saúde bucal, o(a) auxiliar de saúde bucal não participa? Tais perguntas nos ajudam a problematizar como a cultura assistencial, focada no médico, ainda prevalece nos serviços de APS, em municípios de pequeno porte da Paraíba.

Realidade semelhante foi evidenciada no estudo de Lima e Chaves (2022), que discorre sobre a inserção do Técnico em Saúde Bucal na Equipe de ESF. Existe uma exclusão do profissional, o que ocorre dentro da própria saúde bucal, por parte de uma maioria dos cirurgiões-dentistas e pela falta da implementação da política bucal que possibilite a esse profissional exercer com autonomia a sua profissão.

Sobre esse processo de exclusão para o planejamento, uma profissional técnica em enfermagem cita que a reunião mensal da equipe em que ela trabalha ocorre apenas entre enfermeira e Agente Comunitário de Saúde, com o intuito de levantar a produção mensal. De tal maneira, os demais profissionais excluídos desse processo, por acreditar-se que, se todos os profissionais pararem para se reunir, será um dia de atendimento perdido. Assim, na maioria das vezes, os profissionais se reúnem apenas se houver alguma pauta importante para discutir no momento, como ilustrado na fala a seguir.

Tem reunião com a enfermeira. Com os técnicos, é mais difícil. Tem com as enfermeiras, e depois elas se reúnem e fazem com a gente. Mas, é aquela comunicação, né? Porque não tem como tirar um dia da semana para fazer reunião e deixar de atender. A demanda é muito grande. Não tem como. É perder um dia de atendimento. (Macambira 3)

É importante observar que o profissional enfermeiro lidera a organização da reunião e da agenda da equipe. Durante as falas, foi possível observar que duas profissionais enfermeiras referem que participam da reunião o profissional técnico em enfermagem e, ocasionalmente, o técnico em saúde bucal. Ainda, durante as entrevistas, esses profissionais referiram não ter frequência em participação nas reuniões por questão da demanda de trabalho ou mesmo por falta de convite, sendo visualmente excluídos desse planejamento.

A consolidação de uma cultura de planejamento na APS ainda é um grande desafio. É preciso compreender que o planejamento é um importante instrumento de gestão e que contribui para alcançar melhores alocações e distribuições de recursos, utilizando como ferramenta os diagnósticos epidemiológicos e das necessidades de saúde. Por essa perspectiva, é possível afirmar que a política de saúde é eficaz quando a ação planejada for realizada (WEILLER; MENDES, 2016).

A organização do planejamento deve ocorrer com base nos territórios e na população, visualizando suas particularidades e demandas específicas. No entanto, apesar dos avanços com a implantação das políticas de saúde e com o reforço da PNSIPCFA, que veio colaborar na descentralização do cuidado, a população rural

ainda está longe de ser compreendida, de ter sua particularidade conhecida, sua real demanda atendida e de ser incluída na perspectiva do direito (WAMMES; ROESLER, 2015; ALMEIDA; SANTOS; CABRAL; FAUSTO, 2021).

Residir em localidades mais vulneráveis gera uma série de custos ao indivíduo, como aqueles relacionados à infraestrutura, à maior distância e à dificuldade para acesso aos serviços públicos. É fato que uma das maiores dificuldades mundiais, no que diz respeito à saúde rural, tem sido a falta de acesso das populações rurais, quando comparada à área urbana, que tem uma disponibilidade maior de serviços (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018; SOARES; SILVA; FRANCO; MAIA, 2020).

Os municípios analisados neste estudo são de pequeno porte e classificados quanto à tipologia do IBGE, como rural adjacente. Apenas o município de Princesa Isabel se classifica como intermediário adjacente, por ter uma parcela maior da população localizada na área urbana, além de ser referência como polo de saúde para os demais municípios circunvizinhos.

Destaca-se que, das quatro equipes entrevistadas, apenas uma equipe tinha maior parte de seu atendimento em área urbana, devido à unidade-sede estar localizada nessa área, por a gestão entender que facilitaria a locomoção de maior parte dos usuários por questão geográfica. As demais equipes se deslocavam diariamente para as unidades sede de cada área rural para realizarem seus atendimentos.

5.1.3 Categoria 3 – Agenda de Trabalho da Estratégia de Saúde da Família Rural

Ainda considerando a organização do trabalho nas UBS, solicitou-se que os participantes discorressem sobre como eram organizadas as agendas de trabalho da equipe. A sistematização das falas deu origem à categoria temática: “Agenda de trabalho da ESF rural” e a quatro subcategorias: “Demanda Programada”, “Demanda Espontânea”, “Posto Âncora” e “Visita Domiciliar”.

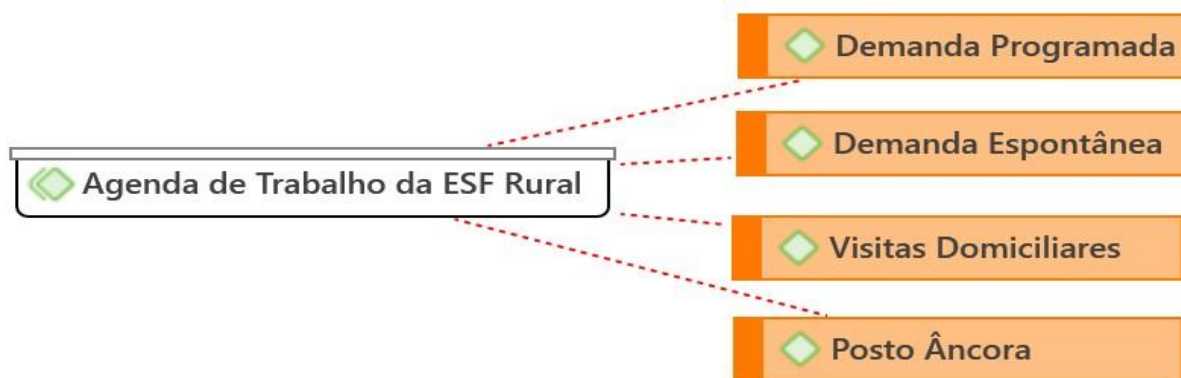


Figura 10 – Organização do agendamento das atividades na ESF rural.

Fonte: Elaboração própria, com auxílio do Software Atlas.Ti22.

Conforme apontam os relatos dos entrevistados, a agenda é construída de acordo com diretrizes basilares para atendimento na Atenção Básica. A agenda pode ser organizada em atendimento de demanda programada, contemplando os programas de saúde; atendimento de demanda espontânea, que atende à necessidade do momento da busca do usuário e visita domiciliar, que é um importante instrumento de cuidado que assiste o paciente vulnerável sem acessibilidade ao serviço de saúde, por motivo de sua condição de saúde. O posto âncora é uma especificidade do atendimento em zona rural ou em locais remotos, o qual funciona como um ponto de apoio devido ao acesso restrito, por questões geográficas do território.

A organização dos atendimentos e do processo de trabalho dos profissionais nos municípios pesquisados apresentam algumas características comuns, ligadas à agenda, como o atendimento programado e o acolhimento por demanda espontânea. A subcategoria “Demanda Programada” teve 14 evocações, e a subcategoria “Demanda Espontânea” teve 22 evocações. Os relatos dos participantes trouxeram um olhar para as fragilidades do território e de sua população, quando se referiam ao agendamento programado. Ou seja, muitas vezes, realizava-se o atendimento espontâneo devido às questões geográficas dos usuários, e todos eles eram acolhidos, independentemente da ação agendada do dia.

A gente faz a programação sabendo que a gente atende por demanda espontânea e por demanda programada agendada. Geralmente, a gente tem a parceria com os agentes de saúde, e a gente procura ver a questão do acesso dessas pessoas. Então, a gente divide os nossos horários de atendimento por regiões ou microrregiões, e os agentes de saúde informam a população. Como já vem de um processo que eu encontrei aqui desde que eu cheguei e estava dando certo, a gente continuou com essa mesma metodologia. Então, a população já sabe que tal dia vai ter atendimento

direcionado à população de tal área. Mas, isso não impede que, em qualquer momento, haja necessidade, em caso de urgência ou de emergência. (Baraúna 2)

Quando eu entrei na unidade, a enfermeira anterior tinha um cronograma que, segundo eles, dava mais ou menos certo. Tipo, na primeira terça do mês, ela fazia hiperdia; na segunda terça, pré-natal; na terceira terça, puericultura, e, na última terça do mês, fazia citológico. Eu comecei com esse cronograma e continuei a seguir o que a outra enfermeira deixou. Só que percebi que não dava certo, porque, no dia do hiperdia, chegava criança para puericultura; tem a questão da gestante, porque gestante não tem como organizar as consultas para dizer assim: “venho só na próxima terça-feira”. Vi que não ia dar certo, então comecei a atender por demanda espontânea. (Mandacaru 1)

Trabalhamos com demanda agendada, porém atendemos também a demanda espontânea. Por exemplo, a gente tem um dia exclusivo para gestantes, que é a terça-feira. Porém, como o número de gestantes não é tão grande na nossa unidade, a gente consegue fazer alguns encaixes de demanda espontânea. Geralmente, são encaixadas vagas de demanda espontânea, de acordo com o número de gestantes que forem atendidas no dia. (Aroeira 2)

É demanda espontânea. Se a gente não atender, vai ter muitos que vão chegar aqui sem ser o dia. Daí, não vou mandar meu paciente que veio de longe, pagando passagem, não. Eu priorizo que ele está na minha unidade. Já aproveito. Exemplo, gestante que vem para mim, já passa na triagem, passa na enfermeira e já envio para o dentista, já marco nutricionista, porque ela vem apenas uma vez por mês, então aproveito para fazer tudo por essa mulher por causa da dificuldade. (Macambira 1)

A gente trabalha com o agendamento e com a demanda espontânea. Principalmente, os profissionais que não trabalham a semana inteira, como por exemplo o médico, sempre agendamos os de cuidado continuado, que é como a gente chama um hipertenso, um diabético, uma gestante, sempre fazemos o agendamento para termos o controle. (Mandacaru 4)

O nosso atendimento é livre demanda. Infelizmente, por ser zona rural e o tempo ser reduzido, também a gente acaba não especificando tal dia para isso ou aquilo. Porque um dia atende em um sítio, dois dias em outro, mas não tem como especificar de um dia ser só pré-natal, por exemplo, então a gente deixa livre demanda. (Aroeira 4)

Os relatos apontam para uma agenda que tenta manter a programação a partir de ciclos de vida e por doenças crônicas. Todavia, não atentar para as necessidades dos usuários com sintomas agudos é um equívoco. Sintonizar e equilibrar ambas as demandas têm sido uma saída possível para as equipes. As narrativas ainda apontam que, dentre os profissionais que colaboram na construção da agenda, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é apontado como o principal colaborador.

Resultado semelhante a essa colaboração do ACS na construção da agenda dos profissionais da ESF foi apontado por Costa *et al.* (2013), que disseram que a construção da agenda clínica da maior parte dos profissionais vinculados à saúde da família é realizada com a contribuição de outros profissionais da equipe,

especialmente, com a participação efetiva do ACS, os quais encaminham pessoas para o atendimento clínico, além de manter a equipe informada sobre as famílias em situação de risco.

Dentro das falas anteriormente expostas, foi possível observar que dois profissionais - médico e enfermeiro - apresentam discordância quanto à questão do agendamento. A Enfermeira afirma que realiza agendamento de cuidado continuado, já o médico explica que os atendimentos são por livre demanda. Esse tipo de ocorrência ilustra a fragmentação do trabalho em equipe, pela falta de comunicação e de planejamento em equipe. Ressalta-se que a falta de comunicação e diálogo pode ser um nó crítico que pode afetar o trabalho em equipe.

As falas referidas pelos entrevistados ainda trazem um olhar sobre o atendimento interprofissional, quando apontam, como exemplo, o atendimento da gestante, que, ao realizar seu atendimento de pré-natal com a enfermeira, já é encaminhada para o médico, para o cirurgião-dentista e para outros profissionais, como nutricionista, psicólogo, entre outros, conforme as necessidades identificadas na consulta.

Segundo Jacowski *et al.* (2016), a prática interprofissional é um dos grandes desafios para os profissionais que integram a ESF, sendo necessário que os profissionais superem o modelo de atenção fragmentado e centrado no modelo biomédico, convertendo sua prática individualista em um modelo de integração que modifique seu processo de trabalho.

Uma das profissionais entrevistadas aponta que trabalhar com demanda programada em território rural compromete a organização do atendimento, visto que esse território sofre influências de questões geográficas e climáticas, e uma pequena modificação no clima, como a chuva, pode comprometer todo o dia de atendimento.

Na zona rural, a gente programa uma coisa e ocorre outra, daí muda tudo. No dia que ocorre uma intercorrência na estrada, muda todo o cronograma, porque os agendados do dentista, por exemplo, vem à unidade e volta sem atendimento porque a equipe não chegou até à unidade. Acaba juntando e tumultuando, devido ter chovido ou o carro ter quebrado. O dentista e o médico trabalham com agendamento. Essa semana eu saí da minha localidade e fui até à unidade âncora, e eles saíram da zona urbana para a unidade âncora. Porém, eu consegui chegar, e eles não conseguiram por conta de chuva. (Macambira 2)

Realidade semelhante foi vivenciada no estudo de Rodrigues, Almeida, Cabral e Fausto (2021) no município de Assis Brasil, no Acre, no qual se destacou que as condições climáticas era fator impeditivo para realização das ações. No período

chuvoso, algumas áreas do interior ficavam inacessíveis, e, no período de seca, a trafegabilidade dos rios ficava prejudicada. Essas circunstâncias levavam usuários a permanecerem longos períodos (até seis meses) desassistidos.

A importância de a UBS manter uma agenda programada está centrada na longitudinalidade do cuidado, embora, para a realidade de muitos municípios rurais e remotos, o atendimento por demanda espontânea prevaleça. De tal forma, vale salientar que, devido às dificuldades de acesso à UBS, tanto dos usuários quanto dos profissionais do serviço de saúde, é necessária a organização da APS (GALVÃO; ALMEIDA; SANTOS; BOUSQUAT, 2019).

O estudo de Oliveira (2019), no município de Campina Grande-PB, mostrou que o cronograma de trabalho, elaborado pelos enfermeiros nas UBS rurais, organizava a programação da assistência conforme a localização geográfica e a distribuição das unidades de saúde na área rural, as quais, em sua maioria, eram distantes umas das outras, buscando contemplar, de forma integral, a assistência para a população dentro das suas especificidades.

A subcategoria: “Visitas Domiciliares” teve 23 evocações e foi criada a partir do relato dos participantes que citaram as questões geográficas do território como uma importante barreira para o acesso de muitos usuários vulneráveis. Assim, organizou-se uma agenda compartilhada com o ACS, na qual as visitas eram organizadas por microárea.

Para as visitas domiciliares, os pacientes são catalogados pelos ACS, e a gente realiza as visitas de forma intercalada: uma semana o posto âncora e, na outra, visita domiciliar. Geralmente, os acamados são atendidos de acordo com a indicação dos agentes, que são pessoas que estão no meio, estão todos os dias na área e conhecem as necessidades dos pacientes, muitas vezes, mais que o médico e mais que o enfermeiro. A gente tende a fazer atendimentos mais frequentes nas casas de pacientes que têm maior fragilidade e que têm mais comorbidades ativas, mais doenças ativas, geralmente por indicação dos agentes. (Aroeira 2)

A visita domiciliar com a equipe é definida por ACS. Tipo, cada ACS tem direito a duas visitas ao mês. Como são cinco, a gente vê a área que tem mais necessidades, pessoas domiciliadas, acamadas, só que essas visitas, elas ocorrem, têm um cronograma. (Xique-xique 1)

Não tem dia certo. Por ser um horário corrido, a gente deixa sob livre demanda. Quando tem uma visita, é comunicado ao ACS, e ele repassa para (...) e aí a gente vai fazer as visitas. Às vezes, tem uma, duas, três visitas em um dia, e os critérios são aqueles. Mas o pessoal acamado ou pessoa com dificuldade de locomoção têm dificuldade de ir até o postinho. Eu não sou muito rigoroso em critério de visita não, porque é um pessoal mais carente e que precisa de uma atenção melhor, e eu não vou ser rigoroso. (Aroeira 4)

Eu vou para fazer o controle, né? Aí, nessa visita que eu vou, eu vejo qual é a necessidade, porque tem pessoas que necessitam muito de uma visita de um médico. Aí, eu converso com a enfermeira, ela tira um dia e vai com o agente de saúde e o médico lá. Aí, geralmente, de oito em oito dias, tem uma visita. (Macambira 3)

O fato de as visitas domiciliares não terem critério baseado no risco, ou mesmo ser aleatória a distribuição das visitas (dois por ACS) reforça como ainda é incipiente o planejamento baseado nas necessidades e riscos individuais e coletivos. Tal fato pode ser fator de iatrogenia, já que uma microárea pode apresentar maior risco de doenças do que outra.

A mediação do profissional ACS nas visitas domiciliares pode facilitar o acesso da população e melhorar a compreensão da organização dos serviços por parte dos usuários, assim como a identificação das necessidades de saúde e as pactuações entre o serviço e a comunidade (BARBOSA *et al.*, 2016).

Para Ferraz e Leite (2016), a visita domiciliar operacionaliza a longitudinalidade do cuidado, à medida em que reduz rupturas no cuidado prestado ao paciente ao mediar o contato entre os profissionais da ESF e o indivíduo, em seu próprio domicílio. Deve ser realizada aos usuários que estejam impossibilitados, temporária ou permanentemente de procurarem a UBS, não sendo específica de uma patologia concreta nem de nenhum grupo de idade.

Nos relatos dos participantes, foi possível observar que as visitas eram realizadas de formas variadas, conforme organização de cada equipe. A maioria das visitas são realizadas pelos ACS, junto ao médico e à técnica em enfermagem, ou a enfermeira com a técnica em enfermagem e, às vezes, com o médico ou só com técnica em enfermagem. Pouco se mencionou a participação dos profissionais de saúde bucal durante as visitas domiciliares.

Os participantes da saúde bucal, ao serem questionados sobre visitas domiciliares, referiram apenas realizar se solicitado pelo ACS, diante de alguma necessidade. Mas, rotineiramente, essa atividade não estava programada na sua agenda. Foi apontada a dificuldade para avaliação em domicílio, devido à questão do transporte de equipamentos e instrumentais de trabalho. Outra questão também foi a falta de comunicação para solicitar a visita da saúde bucal, conforme falas ilustradas abaixo.

É feita de acordo com a indicação do agente de saúde porque, na nossa profissão, não tem como a gente levar muitos equipamentos, mas dá para fazer avaliação, orientação ao pessoal acamado. Dá para fazer visita sim.

Mês passado, a gente não teve demanda de visita, por conta da distância. O agente de saúde só chama se for algo de extrema urgência, porque você ir 28 km ou 30 km só para orientar e orientar, né? Então, geralmente, eles procuram tentar trazer o paciente, arrumar um carro para trazer o paciente para cá, para tentar fazer alguma coisa. (Baraúna 1)

É um ponto em que a gente tem que melhorar em relação a isso, porque, na odontologia, a visita domiciliar é quando os pacientes estão acamados, pacientes que não têm condições de ir para a UBS. Aí é um trabalho que a gente precisa bastante da questão dos ACS. Até hoje, lá, acho que só dois ACS falaram comigo a respeito de dois pacientes, e aí um deles a gente conseguiu fazer uma avaliação na casa do paciente. Faz uma avaliação na cavidade oral, vê as necessidades e aí vê a possibilidade de levar o paciente para UBS, providenciar carro e tudo mais. Até porque, como a odontologia é mais atendimento, procedimento, a gente precisa de cadeira (...), a gente fica muito impossibilitado de fazer procedimento na casa. Então, a questão lá, isso está um pouco complicado, porque a gente não tem o retorno dos ACS para falar à família que estão precisando. (Baraúna 3)

Nessas reuniões que a gente tem, os agentes de saúde passam sempre para gente, as pessoas acamadas que não podem ir até a UBS. Aquelas pessoas que têm necessidades especiais e, muitas das vezes, aquelas pessoas que nunca foram à UBS por algum medo. Aí, a gente vai até a casa deles conversar com eles, explicar o procedimento como é feito lá, até a gente chegar numa conclusão. (Juazeiro 3)

Tem uns sítios muito distantes. Eu não sei. Eu sei que os agentes são a principal linha para trazer os pacientes. E esses que são muito longe, acho que é mais difícil, porque uma visita domiciliar o médico pode ir, mas o dentista não tem como fazer nada, né? a não ser uma avaliação. Mas, atendimento mesmo só na UBS. (Juazeiro 4)

Os relatos mostram como a promoção, prevenção e vigilância em saúde ainda não é prioridade na agenda de saúde dos profissionais de saúde bucal. Os depoimentos mostram ainda como o modelo odontológico é centrado no enfoque curativo-reparador e não no cuidado integral. Tal fato aponta que a inserção da saúde bucal se vincula a uma prática dente-procedimento-cárie-centrado. A EqSB foi constituindo-se desligada da ESF, o que fortalece o paradigma cirúrgico restaurador no qual a profissão se constituiu ao longo do século XIX e XX. A Odontologia, ao ser inserida na ESF, deveria mudar o processo de trabalho para uma perspectiva de trabalho em equipe, adscrição da clientela, ampliação e qualificação do acesso e integralidade e resolutividade do cuidado saúde bucal.

Considerando as vulnerabilidades rurais no tocante a distâncias geográficas, o agendamento de visitas domiciliares dentro da programação da saúde bucal poderia ser um trabalho de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais aos sujeitos e suas famílias, comunidades e territórios, juntamente aos demais integrantes da equipe no ambiente domiciliar.

Estudo realizado por Bizerril, Saldanha, Silva, Almeida e Almeida (2015) mostrou a importância da inserção da visita domiciliar pela equipe de saúde bucal, inicialmente, como uma forma de quebrar paradigmas da odontologia tradicional, mas também de estabelecer um vínculo mais efetivo entre a equipe de saúde bucal e a comunidade assistida.

O Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde escreve que o cirurgião-dentista apresenta papel fundamental na visita domiciliar, desenvolvendo atividades de: promoção em saúde por meio da motivação e educação em saúde para o paciente e sua família; proteção e prevenção em saúde bucal, como orientar higiene bucal e cuidados com prótese ao paciente, aplicação tópica de flúor e escovação supervisionada; tratamento clínico por meio de identificação de lesões orais. Frente a isso, o profissional estabelece uma rede de comunicação participativa com a família, coordenando o cuidado e contribuindo para o bem-estar do paciente e da família (BRASIL, 2012d).

A subcategoria: “Posto Âncora” teve 23 evocações, na qual os participantes elucidavam como importante a ação da equipe, por se deslocar da unidade sede para um ponto de apoio que possibilitasse o acesso do usuário. Isso favoreceu o acesso da população rural aos cuidados em saúde, diminuindo, consideravelmente, as extensas distâncias entre as moradias e a UBS, favorecendo a integralidade do cuidado.

Destaca-se que a construção da agenda dos profissionais que trabalham em território rural se difere do urbano, por diversas características, sendo a dimensão geográfica, uma questão particular importante. Atender toda a demanda é um desafio para equipe de saúde porque a população residente nessas localidades é dispersa, residindo em locais distantes de algum lugar povoado.

Assim, é necessário sair da UBS sede e realizar atendimento em postos âncoras, que pode ser uma estrutura própria localizada em um ponto estratégico que contemple maior parte das famílias adscritas, como pode ser um ponto de apoio, a exemplo de igrejas, escolas. Também, algumas vezes, a própria casa de algum morador é usada como ponto de atendimento para a comunidade local.

O posto âncora, também chamado de “pontos de apoio” pela PNAB (BRASIL, 2017), é definido como um espaço físico vinculado à UBS e destinado ao atendimento da população dispersa, com reconhecimento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Observou-se que, das quatro equipes participantes, cada uma organizava seu cronograma para realizar atendimento semanal nas unidades de apoio; outros a cada 15 dias. Três equipes dispunham de postos âncoras fixos, e uma equipe utilizava uma escola como ponto de apoio. Porém, ressalta-se que a utilização de escolas pelas equipes é uma rotina comum, quando se descentraliza o atendimento para local de difícil acesso.

Na questão da quinta-feira, que a gente vai para a zona rural, a gente vai para o sítio e faz todo atendimento. A gente faz puericultura. Só o que é um pouco complicado fazer pré-natal porque, na maioria das vezes, a gente vai para escola, e é complicado avaliar a mãe e o citológico também, não tem como fazer porque nunca tem um local mais reservado. Só faço citológico aqui e na unidade âncora. (Mandacaru 1)

Eles sabem que, a cada 15 dias, a gente vai. A gente tem uma equipe lá, que são duas meninas e o pessoal da limpeza, que eles abrem o PSF antes da gente chegar, e eles têm um grupo da comunidade no WhatsApp. Lá é uma escola que eles organizaram, e a gente atende, aí tem a sala da enfermeira, tem a recepção, tem uma sala para triagem, que a gente faz triagem e vacina que a gente leva, e tem a sala que o médico atende. Então, a gente vai e tenta, naquele dia, atender a todos os programas. Se eu tenho pré-natal, eu levo o material, geralmente as meninas avisam. (Mandacaru 2)

Lá a gente atende por agendamento. É um dia no posto (nome da unidade), que é a sede mesmo da UBS, e a gente tem uma âncora na (nome da unidade). Aí, um dia é fixo para uma unidade e depois para outra. E um dia da semana, que no caso é a segunda-feira, a gente reveza. Lá é por agendamento, são oito pessoas e, no máximo, dez, onze; atende urgência. E o meu trabalho lá é auxiliar o dentista, é organizar a sala e os instrumentais. (Juazeiro 3)

Estudo realizado em Campina Grande-PB, por Oliveira *et al.* (2019b), com enfermeiros que trabalham em área rural, mostrou que a organização da agenda contemplou atendimento na unidade e nos pontos de apoio (âncoras). A periodicidade de atuação dos enfermeiros na área de abrangência dessa equipe variou de uma a duas vezes por semana, na mesma localidade, ou ainda uma ou duas vezes por mês. A equipe dividiu o tempo de trabalho na zona rural para o atendimento em unidades dispersas em vários locais do território, apesar de trabalhar todos os dias na zona rural. Esse aspecto dificulta o trabalho dos profissionais, especialmente, do enfermeiro, que tem uma dupla responsabilidade na APS, que vai da assistência à gerência.

A realidade vivenciada por Almeida, Santos, Cabral e Fausto (2021), em municípios rurais remotos da Região do Norte de Minas Gerais, evidenciou que vinculados às UBS rurais, existiam pontos de apoio que serviam de suporte para as ações das equipes, nos quais eram realizados vacinação, programas diversificados,

coleta de preventivo, atendimento em saúde bucal, entre outros, cujos agentes comunitários de saúde (ACS) desempenhava um papel importante na organização do acesso. A lógica, diante do acesso intermitente, era o atendimento espontâneo, por queixa/conduita e sem acompanhamento longitudinal. Os atendimentos eram realizados também em espaços comunitários, como centros sociais, escolas e igrejas.

Estudos realizados por Garnelo, Lima, Rocha e Herkrath (2018) e Rodrigues, Almeida, Cabral, Fausto (2021) desvelam a realidade da organização da saúde em municípios rurais remotos na região norte do Brasil. Devido à extensão territorial e à má distribuição dos serviços de saúde e de profissionais, a forma de alcançar algumas populações mais isoladas é promovendo ações itinerantes e intermitentes com diversos profissionais, a partir de um olhar interdisciplinar. Talvez, pela questão da dispersão territorial, a dificuldade da população rural e remota da região norte seja mais vulnerável em relação a outras realidades, para que sua população consiga um melhor acesso aos serviços de saúde.

No tocante ao atendimento de saúde bucal em postos âncoras, dois profissionais cirurgiões-dentistas, por terem equipamentos fixos adequados, relatam realizar atendimentos descentralizados, levando apenas para esses locais os instrumentais, visto que as unidades âncoras não dispõem desses materiais. Os outros dois referiram que atendem apenas na unidade sede, pois a realidade vivenciada por eles para seu atendimento não pode ser comparada aos demais profissionais que compõem a equipe, que, na maioria das vezes, não necessitam de tecnologias duras para trabalhar.

Como é zona rural, às vezes, é mais difícil o acesso à unidade, e a saúde bucal tem essa especificidade, é diferente do médico. O médico pode sair daqui e ir para um posto âncora e fazer um atendimento que fica mais próximo de comunidades mais distantes; a enfermeira também pode ir ao posto âncora e fazer lá, fazer um citológico, então fica melhor o acesso. A odontologia não faz isso, porque a odontologia tem os equipamentos que a gente não pode ficar transportando, eles são fixos, né? E, infelizmente, esses postos âncoras não têm consultórios odontológicos, porque, para que a gente possa fazer qualquer tipo de tratamento, é necessário que a gente tenha uma cadeira, um compressor, uma série desses equipamentos que são fixos na unidade, então eles têm que vir para a unidade para a realização desses tratamentos. (Baraúna 2)

Os principais agravos que acometem a saúde bucal e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são: (1) cárie dentária; (2) doença periodontal – (a) gengivite e (b) periodontite; (3) câncer de boca; (4) traumatismos dentários; (5) fluorose dentária; (6) edentulismo; e (7) má oclusão.

No Brasil, quase 27% das crianças de 18 a 36 meses e 60% das crianças de 5 anos de idade apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Na dentição permanente, quase 70% das crianças de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie. Entre adultos e idosos, a situação é ainda mais grave: a média de dentes atacados pela cárie entre os adultos (35 a 44 anos) é de 20,1 dentes e 27,8 dentes na faixa etária de 65 a 74 anos. A análise desses dados aponta também para perdas dentárias progressivas e precoces: mais de 28% dos adultos e 75% dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos uma arcada (BRASIL, 2008).

A realidade desvelada na fala de Baraúna 2 mostra a precariedade da organização do cuidado e a falta de investimento da gestão para uma acessibilidade integral da população aos cuidados e saúde na área rural. Pessoa, Almeida e Carneiro (2018) discorrem que, embora os espaços comunitários, quando utilizados para atendimentos de saúde, por um lado, favoreçam o acesso à saúde nas comunidades rurais, por outro, revela a precariedade com que, muitas vezes, são tratadas as necessidades de saúde da população rural.

Essa realidade revela que, em muitos municípios, são utilizados “pontos de apoio” improvisados que não constam no SCNES e que contribui para manter invisível a demanda das populações rurais e a atuação de equipes de APS sem estrutura física e financiamento adequado, oferecendo um atendimento de baixa qualidade.

5.2 Olhar Profissional sobre as Especificidades no Cuidar da População Rural

Conforme escreve Schwartz *et al.* (2016), a população residente no meio rural tem suas condições de saúde muito relacionadas ao meio onde está inserida, pois é nesse mesmo ambiente que reside e desenvolve o seu trabalho, ficando exposta, por um longo período do seu dia, a fatores externos. Sendo assim, os profissionais de saúde que prestam assistência a pessoas inseridas na ruralidade precisam de um olhar ampliado para as condicionalidades e determinantes de saúde dessa população, o que torna imprescindível conhecer o território, o modo de viver e as suas particularidades.

Organizar o cuidado em ambientes rurais se tornou uma tarefa complexa para a equipe da Estratégia de Saúde da Família, tendo-se em vista que os profissionais

inseridos não recebem formação específica para lidar com esses contextos e singularidades (SILVA *et al.*, 2021).

No Brasil, a população que reside em municípios rurais e rurais remotos depende, quase exclusivamente, do SUS para atenção à saúde. Devido à localização geográfica das UBS, é comum que essas unidades se encontrem afastadas, dificultando o acesso aos serviços de saúde. Frente a isso, somam-se outras barreiras importantes, como a econômica e a social (PEREIRA; PACHECO, 2017; FRIAS, 2021).

Conforme escrevem Fausto e Fonseca (2013), os resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) sinalizou que ocorrem algumas disparidades importantes no acesso à população rural às UBS. A oferta de cuidados de uma equipe de Atenção Básica pode ser mais ou menos acessível, resolutiva, abrangente e integrada, a depender do lugar em que as equipes atuam. Essas disparidades, em parte, espelham as condições de desigualdade social do país, com repercussões importantes no acesso e uso dos serviços de APS.

5.2.1 Categoria 1 – Olhar sobre as Especificidades Rurais

Para ofertar um cuidado de qualidade em comunidades rurais, é fundamental que os profissionais conheçam melhor o seu território de trabalho e a população adscrita. Os relatos dos participantes sobre essa temática geraram a seguinte categoria: “Olhar sobre as Especificidades Rurais” e três subcategorias: “Dimensão Sociogeográfica”, “Dimensão Socioeconômica” e “Dimensão Organizacional”.

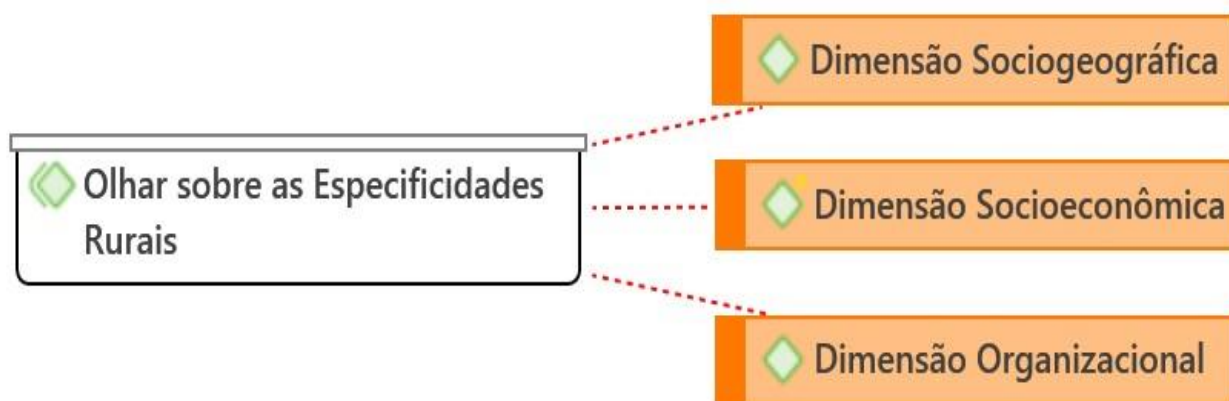


Figura 11 – Olhar dos profissionais sobre a organização das especificidades do território rural.
Fonte: Elaboração própria, com auxílio do Software Atlas.Ti22.

A subcategoria: “Dimensão Sociogeográfica” teve vinte evocações e abordou a problemática relativa à territorialização e à distribuição da população nos espaços rurais, a partir da sua busca pelo acesso aos serviços de saúde. Uma das maiores dificuldades da população rural está relacionada à distância geográfica e ao seu deslocamento, pela indisponibilidade de transporte.

...dificuldade transporte. Então, se preencher todas as vagas, a gente atende por conta dessa questão do deslocamento. Não existe um carro específico para o paciente chegar à unidade. Eles vêm de carro que faz a linha. (Baraúna 1)

Os sítios são grandes. E, às vezes, tem casa de pacientes que fica distante, mesmo assim, questão de 10/15 km. O que a gente faz? Marca um dia para ir para certo local, já que é muito distante, para poder atender aquele pessoal, que, às vezes, não vai para a UBS, e a gente vai ao encontro deles (Aroeira 4)

A nossa área é de grande extensão territorial, assim como 100% das unidades de zona rural. E aqui a gente tem esse suporte de uma unidade extra (âncora), para que a gente consiga chegar mais perto da população. (Mandacaru 4)

Os profissionais reconhecem a dimensão territorial da distribuição da sua população e têm se organizado para assistir à população que fica isolada, seja por falta de transporte para chegar à unidade sede ou aos pontos de apoio seja por dificuldades de locomoção.

Para Lima, Giovanella, Bousquat, Fausto e Medina (2022), as longas distâncias e as dificuldades de deslocamento se configuram como barreiras de acesso para a população chegar aos serviços, para os profissionais acessarem seus usuários e para a gestão ofertar os serviços necessários. A elevada dispersão populacional é fator limitante para instalação de UBS em pequenas comunidades, gerando maior necessidade de deslocamentos. Por vezes, usuários acessam UBSs de municípios vizinhos limítrofes, por ser mais fácil o acesso.

Como a dispersão territorial na zona rural é expressiva, a disponibilidade de transporte é o recurso mais crítico a condicionar o fluxo real dos usuários aos serviços de saúde (GARNELO; LIMA; ROCHA; HERKRATH, 2018).

No Brasil, tanto na percepção dos profissionais quanto na dos usuários, as principais barreiras do acesso geográfico incluem a localização da unidade, as características locais, o transporte e a delimitação inadequada do território de abrangência. Tal percepção destaca a demarcação territorial das equipes da ESF como um fator decisivo para a implantação das unidades de saúde em locais que

facilitem o deslocamento dos usuários da sua residência para o serviço (SANTINHA, 2013; MENDONÇA; ALELUIA; SOUSA; PEREIRA, 2021).

No âmbito internacional, a acessibilidade geográfica vem sendo investigada, com mais frequência, em países como Austrália e Escócia, principalmente, em regiões remotas e rurais que possuem mais dependência desse aspecto. Destacam-se as desigualdades regionais de acesso geográfico aos serviços de APS, principalmente, em áreas remotas e rurais. Em territórios da Austrália, Escócia e Eslovênia, foram evidenciadas limitações relativas à acessibilidade geográfica aos serviços de APS (FORD *et al.*, 2018; WHITEHEAD; PEARSON; LAWRENSON; ATATOA-CARR, 2018; WAKERMAN *et al.*, 2019).

Uma das equipes referiu que possui uma área territorial extensa e a população dispersa pela zona rural, o que tem sido um problema para equipe assistir, de forma integral, a população. Alguns territórios que compõem a microárea são distantes e, por estarem mais limítrofes a outros municípios com uma acessibilidade melhor, quando necessitam de cuidados de urgência e emergência, buscam atendimento no município vizinho.

Nesse sentido, é fundamental que a equipe da ESF compreenda a territorialização, pois esse conhecimento permite a obtenção e análise das informações sobre as condições de vida no território, possibilitando conhecer o contexto e compreender sua dinâmica social, econômica e cultural de forma mais ampliada, aproximando-se dos sujeitos dos territórios, principalmente, se realizada de forma participativa e inclusiva (PESSOA; RIGOTTO; CARNEIRO; TEIXEIRA, 2013; COSTA *et al.*, 2019).

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) estabelece como atribuições comuns a todos os profissionais: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho; colaborar também na atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

Sobre a existência de mapa territorial, apenas uma equipe referiu tê-lo construído, destacando as áreas de riscos que necessitavam de uma atenção maior da equipe. Esse mapa foi construído na última avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB, extinto em dezembro de 2019.

As demais equipes referiram não ter nenhum mapa territorial e reafirmaram o ACS como fonte para acesso de qualquer informação referente aos usuários nas microáreas.

Levantamento das necessidades é feito pelo ACS ou apontado algum parente que vem falar o que está. Não temos mapas com essas especificações porque são de áreas bem distantes (Macambira 1)

Não temos mapa de risco, mas situações de risco e vulnerabilidade, geralmente os Agentes de Saúde identificam esse tipo de risco. Os Agentes de Saúde já têm uma noção de uma família que está em situação de vulnerabilidade independente de qual seja. Ele já entra em contato comigo, já vai introduzir. Às vezes, vamos lá, fazemos a visita para verificar *in loco* aquilo que está acontecendo. Se conseguimos resolver, beleza. Se não, já encaminha para os setores pertinentes. (Mandacaru 4)

O acesso dessas populações ao SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade (BRASIL, 2013). O território é um espaço que possui tecido social, trama complexa de relações com raízes históricas e culturais, configurações políticas e identidades, cujos sujeitos sociais podem protagonizar um compromisso para o desenvolvimento local sustentável.

Como demonstrado, o ACS é o agente principal para o apontamento de necessidade do território. Conforme a literatura, em cenários do campo, cujas comunidades são espaçadas geograficamente, tal profissional é fundamental na aproximação da comunidade com a equipe (COSTA *et al.*, 2019).

A figura do ACS, inserido na ESF, emerge como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Por conhecer melhor a realidade das famílias rurais, acredita-se que esse profissional compartilha um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo linguístico e, portanto, está mais apto a lutar pelos direitos da comunidade e levar aos demais profissionais inseridos na ESF informações das reais necessidades de cuidados da população adscrita (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

É importante destacar que PNAB de 2017 (BRASIL, 2017) trouxe algumas modificações no trabalho do ACS, o qual seria capaz de assumir funções do técnico em enfermagem, o que aumentaria muito suas atribuições, além de descaracterizar a natureza de seu trabalho educativo, fragilizando o vínculo entre comunidade e equipe de saúde (MELO; MENDONÇA; OLIVEIRA; ANDRADE, 2018; SILVA *et al.*, 2020).

Ressalta-se que essas atribuições não estão em vigor e que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) se posicionou contra, pelo fato de desconstruir o real papel do ACS, que é focar nas ações de vigilância em saúde.

No tocante à construção de mapas territoriais pelas equipes da ESF, Gondim *et al.* (2008) escrevem que o ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local de saúde, segundo a lógica das relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e aos serviços de saúde.

Essa ideia é reforçada por Pessoa, Rigotto, Carneiro e Teixeira (2013), ao descreverem que o contexto da reestruturação produtiva das novas relações de trabalho e as transformações ambientais têm gerado novas necessidades de saúde e demandado novas práticas sanitárias na APS, sendo a participação da população local, na elaboração do mapa, um passo fundamental e democrático.

A subcategoria: “Dimensão Socioeconômica” teve quinze evocações e desvela as singularidades sociais, econômicas e educacionais da população rural e seu reconhecimento como um fator fundamental no planejamento e na implementação do cuidado.

A questão socioeconômica tem que ser levada em consideração, porque muitos pacientes não têm condições de arcar com despesas, tratamentos mais caros, com exames... A situação tem que ser estudada, o que é oferecido pelo município, o que é oferecido pelo SUS, o que não é fornecido. (Aroeira 2)

Acho que o problema de saúde mais comum da minha área é a fragilidade social, socioeconômica da população, de longe, certo? A gente tem muito hipertenso, tem alguns diabéticos, mas, de longe, a vulnerabilidade social é o elemento mais importante, a condição de saúde mais relevante na área, sabe? (Aroeira 3)

A condição financeira do pessoal não é tão adequada. A renda é mais da agricultura ou aposentadoria. (Aroeira 4)

Conforme explícito, os três participantes discorreram que uma das especificidades mais observadas na população assistidas nos municípios em que trabalham é a vulnerabilidade social relacionada à questão socioeconômica, porém há de acrescentar questões relacionadas ao baixo nível de escolaridade, de pobreza e a carência de políticas sociais básicas, como trabalho, educação, saúde e alimentação, que são comuns em áreas rurais. A maioria da população residente na zona rural tem, como renda principal, o trabalho na agricultura, como também auxílio de programas governamentais como o antigo Bolsa Família, atual Auxílio Brasil, e a

aposentadoria. Considerando a mudança que vem ocorrendo no perfil da ruralidade, podem-se encontrar famílias que tenham emprego formal decorrente de vínculos na prefeitura (SILVA, 2013; LUI; MOLINA; 2013).

As narrativas dos participantes ainda discorreram sobre a associação da questão socioeconômica e educacional, conforme falas ilustradas a seguir:

Porque as pessoas bem carentes não têm acesso ao dentista. Eu fico feliz demais quando chega um paciente que precisa, quando vem procurar e é atendido. (Juazeiro 4)

Lá no sítio, quando a gente chega com uma caixa de curativo, nossa! É uma alegria para eles, porque a gente está levando até eles e até porque é difícil, na zona rural, eles terem o contato, porque a gente só vai três vezes na semana, para sítios específicos. (Macambira 1)

É um pessoal que não tem acesso à informação como o pessoal da zona urbana. Então, acaba que o trabalho é dobrado para a gente fazer uma educação, higiene oral, cuidados com a saúde bucal. E aí é um pessoal que acaba sendo mais necessitado e mais dependente desse serviço público, né? Porque eles também não têm tanto acesso a consultórios particulares e ficam muito dependentes da Atenção Básica. (Baraúna 3)

A população da gente é uma população que é mais carente, mais vulnerável socioeconomicamente e culturalmente também. O nível educacional não é uniforme. Tem gente de formação bacana, 12 anos de estudo, e tem gente que não tem nenhuma. Aí a comunicação às vezes fica um pouco difícil. (Aroeira 3)

Apesar das melhorias recentes, o Brasil ainda apresenta iniquidades na distribuição da riqueza, com amplos setores de sua população vivendo em condições de pobreza que não lhe permitem o acesso às mínimas condições e aos bens essenciais à sua saúde. No entanto, é preciso compreender que a pobreza não é sinônimo apenas da falta de acesso a bens materiais, mas é caracterizada pela vulnerabilidade decorrente da ausência de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas (BRASIL, 2013).

Estudos que abordam a saúde das populações rurais têm apontado a questão socioeconômica como um fator determinante para longitudinalidade do cuidado ao usuário (ALMEIDA *et al.*, 2019; RODRIGUES; ALMEIDA, CABRAL; FAUSTO, 2021). Na maioria das vezes, os profissionais, por não terem conhecimento da vulnerabilidade de seu território de atuação, acabam por solicitar que o usuário adquira materiais, medicamentos e/ou exames que ultrapassam a condição financeira. Além disso, ainda vem a questão da locomoção até a cidade, o que acaba por dificultar mais ainda a vida desse usuário.

O nível de escolaridade também é outro fator importante no estudo das especificidades da população rural, visto que esse território ainda apresenta as maiores taxas de defasagem escolar. Foi constatado, no último censo (IBGE, 2010), que 76,6% das pessoas de zona rural com 25 anos de idade ou mais não tinham instrução ou tinham ensino fundamental incompleto. Assim, apesar da maior democratização do acesso à educação básica no Brasil, os estudantes moradores de áreas rurais estão em desvantagem em seus percursos de escolarização em comparação aos moradores de áreas urbanas (BRASIL, 2019c; NOGUEIRA; SILVA, 2022).

Embora não tenha sido apontada nos relatos dos profissionais, a vulnerabilidade relacionada às questões socioambientais é um importante fator a ser considerado para o planejamento do cuidado de famílias rurais. Para Joventino *et al.* (2010), esse problema pode estar relacionado à dificuldade de investimentos financeiros na área rural, de forma a beneficiar a saúde da população. A falta de saneamento, por exemplo, no que se refere à água encanada, à presença de esgoto, ao destino adequado dos resíduos sólidos, poderá resultar em diversas doenças de veiculação hídrica.

A subcategoria: “Dimensão Organizacional” teve 15 evocações e se refere à organização das práticas e do gerenciamento do cuidado, considerando as especificidades territoriais e de saúde da população.

Os relatos discorriam, inicialmente, sobre a organização do atendimento, formulação do cronograma, horário e fluxo de atendimento. Os municípios pesquisados possuem características territoriais diferentes; enquanto algumas unidades têm populações mais concentradas próximas da UBS, outras possuem populações dispersas, cujas residências se encontram a longas distâncias e da UBS ou mesmo da área urbana.

Das quatro equipes entrevistadas, duas relataram dificuldade da população para acessar os serviços de saúde, seja por questão de locomoção devido à falta de transporte, distância geográfica, questão econômica, entre outros. Uma profissional refere que, para tentar sanar essa barreira de acesso, a equipe realiza o agendamento de atendimento e visitas domiciliares conforme a necessidade apresentada pelo ACS.

A gente faz o atendimento normal no sítio e visitas domiciliares. Exemplo, na próxima quinta, a gente vai para sítio tal, e a gente atende mais ou menos 20 a 30 pessoas, e a agente de saúde, se tiver 2 ou 3 acamados que necessitem da nossa visita, vamos também. Porque, se a gente for apenas para visita,

não vai ter tanto acamado na zona rural. Não compensa pela distância, a gente se deslocar daqui para onde a gente vai, porque é uma distância muito grande, só para fazer visita a três, quatro ou cinco acamados, não dá certo. Daí, a gente atende e depois os visita. (Mandacaru 1)

A realidade representada nessa fala traz a reflexão sobre os ajustes a serem realizados na agenda, considerando as peculiaridades do território. Conforme afirma Costa *et al.* (2019), o cuidado à saúde em territórios rurais requer da equipe o conhecimento sobre as necessidades e as especificidades relacionadas aos modos de vida e trabalho dessas pessoas; do contrário, a equipe atuará na reprodução do modelo urbano.

Embora a estratégia de atender em pontos de apoio seja diminuir a distância entre e a UBS sede, é preciso reforçar que nem todos os postos âncoras têm estrutura para realizar todo tipo de atendimento, como exemplo, a realização do exame preventivo de câncer de colo do útero ou procedimentos odontológicos.

Para Garnelo, Lima, Rocha e Herkrath (2018), quando se pensa em acesso à saúde em território rural, deve-se pensar em vários aspectos que podem atuar como barreira e causar iniquidades, pois elas não decorrem apenas das distâncias geográficas, mas envolvem aspectos mais amplos de determinação social, como desigualdades de poder aquisitivo e de posse de meios de transporte, que se sobrepõem às barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Questões ligadas ao horário de atendimento também são um desafio organizacional para a equipe. Por apresentar características geográficas e socioambientais diferentes da área urbana, as equipes que atendem em território rural geralmente optam por organizar o atendimento pela manhã e sem pausas, como das 07 horas da manhã às 13 horas da tarde. Isso facilita o trabalho da equipe, que pode organizar um cronograma dentro das especificidades da população e facilita o acesso dos usuários aos serviços. O único desafio apontado pelos participantes foi a organização da agenda, que deve contemplar os indicadores exigidos pelo Ministério da Saúde.

A PNAB orienta que os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam amplamente o acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017).

Outro aspecto importante está relacionado à organização do cuidado em grupos prioritários, conforme recomenda o Ministério da Saúde. É importante que a

equipe da ESF esteja preparada para lidar com as singularidades do processo de adoecimento de cada grupo e as especificidades nos seus aspectos biopsicossociais, considerando os diversos fatores envolvidos. É fundamental articular a vigilância em saúde com as ações em promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de maneira adequada e eficaz, dentro do contexto em que está inserido (LIMA *et al.*, 2018).

É preciso que se compreenda que, em territórios rurais, o processo de cuidar não pode ser fragmentado, mas se deve ter uma sensibilidade aos condicionantes em saúde devido à baixa escolaridade, situação socioeconômica e difícil acesso dos seus moradores aos serviços essenciais (MOREIRA *et al.*, 2015).

Destaca-se que, neste estudo, umas das equipes participantes referiram que, em seu município, semanalmente a equipe de laboratório realiza coleta de exames na unidade sede e reveza, indo para unidades âncoras. Essa organização na coleta de exames laboratoriais é uma forma de amenizar as iniquidades existentes no território, pois diminui a distância da população na busca por serviços de saúde complementares.

Aponta-se que, embora a dimensão cultural seja um aspecto essencial para discussão das especificidades em territórios rurais, os participantes, em suas narrativas, não realizaram nenhum relato sobre essa questão.

5.3 Desafios e Potencialidades no Trabalho na Estratégia de Saúde da Família, em Território Rural

A Estratégia Saúde da Família é tida como mola propulsora de reorientação e reorganização do modelo na APS no Brasil, ao propor atenção contínua a uma população de território definido, proporcionando o cuidado integral à saúde das famílias, por meio do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Em territórios rurais, a atuação da equipe de ESF deve considerar as especificidades e as diversas vulnerabilidades da população e do espaço em que estão inseridos. No Brasil, assim como no cenário internacional, a temática do trabalho sobre a assistência em cuidados primários a populações rurais vem sendo desenvolvida, visto que existe politicamente um desfavorecimento dessa população, o que acarreta os piores indicadores epidemiológicos e sanitários (STRASSER, 2003; RUSSELL; MCGRAIL; HUMPHREYS, 2017; SAVASSI; ALMEIDA; FLOSS;

LIMA; 2018; WAKERMAN *et al.*, 2019; OLIVEIRA, 2019; TARGA, 2019; FAUSTO; FONSECA; PENZIN, 2020).

A oferta de serviços de saúde em áreas rurais é uma realidade distante dos centros urbanos, caracterizando-se como um desafio para a saúde pública brasileira e mundial. É necessário compreender que os municípios rurais brasileiros não são homogêneos e possuem distintas características socioespaciais que demandam políticas de saúde customizadas para as diferentes realidades (BOUSQUAT *et al.*, 2022).

Realizar uma cobertura eficaz do território e proporcionar a longitudinalidade do cuidado de forma integral, conforme orienta os indicadores em saúde, tem sido um desafio para as equipes da ESF de territórios rurais. Os participantes foram questionados quanto aos desafios encontrados na execução da organização do trabalho em saúde na área rural, e suas narrativas deram origem a uma categoria temática que problematizava as dificuldades enfrentadas nos seus cotidianos.

5.3.1 Categoria 1 – Desafios no Trabalho da Estratégia de Saúde da Família Rural

Os relatos dos participantes sobre essa temática geraram a seguinte categoria: “Desafios no Trabalho da ESF Rural” e três subcategorias: “Acesso Sociogeográfico aos Cuidados em Saúde”, “Acesso à Infraestrutura e aos Recursos Materiais” e “Rotatividade Profissional”.

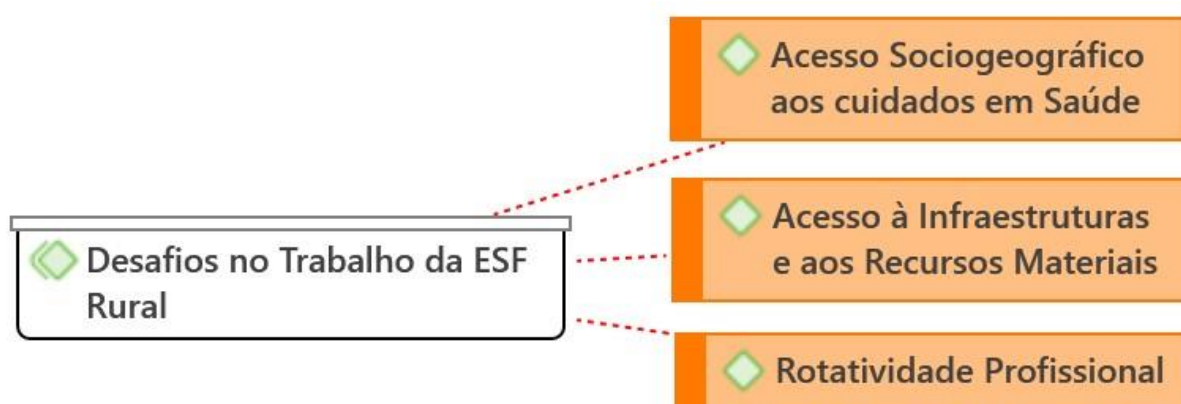


Figura 12 – Desafios no Trabalho da ESF Rural.

Fonte: Elaboração própria, com auxílio do Software Atlas.Ti22

A subcategoria: “Acesso Sociogeográfico aos Cuidados em Saúde” teve onze evocações e refere-se às dificuldades na mobilidade de profissionais e usuários para a efetivação do cuidado em saúde. As longas distâncias percorridas pela população

entre seu local de moradia para área urbana em busca de serviços de saúde ou mesmo de alguns usuários para a UBS são expressivas, e os tempos de deslocamento não são fixos. Os municípios estudados apresentam contextos intrínsecos em relação ao tipo de transporte, tempo e custo de deslocamento. A distância entre a zona urbana e as sedes das UBS são variáveis: Juru: 12 a 14 km, Tavares: 12 a 16 km. O município de Manaíra: 22 a 29 km e o de Princesa Isabel: 8 a 10 km. A distância referida está relacionada ao afastamento entre a sede - que fica próxima ou dentro da área urbana - e a unidade âncora desses municípios.

O tempo de deslocamento é variável por equipe, podendo durar de uma hora até duas horas, entre a zona urbana e a sede da UBS ou para as unidades âncoras, a depender do clima, se não estiver chuvoso, e das condições da estrada. Ressalta-se que, em dias chuvosos, algumas equipes não conseguem acessar a unidade devido às péssimas condições das estradas, conforme elucidado na fala a seguir.

A dificuldade maior é na época das chuvas. A estrada não dá passagem nem para o paciente e para nós. Tem vezes que perdemos entre dois a três atendimentos naquele local. É estrada de terra, tem riacho, tem o barro; a equipe não consegue subir e voltar. Se chover, a gente vai até o local que dá, se não der, tem que retornar, e eles também não conseguem vir. (Macambira 1)

O transporte para deslocamento dos profissionais para as unidades é fornecido pela gestão municipal. Já os ACS possuem veículo próprio para seu deslocamento dentro da microárea, sendo que a maioria possui uma moto, ou, quando não sabe dirigir, paga para algum familiar fazer esse deslocamento para as visitas.

Referente ao deslocamento dos usuários, para acessarem o serviço de saúde de sua microárea ou para realização de exames em área urbana, alguns participantes trouxeram algumas falas.

O acesso da população ao posto é uma dificuldade por ser um pouco distante. Então, tem paciente que passa mais de uma hora para poder chegar ao postinho. A acessibilidade é um pouco complicada. (Aroeira 2)

O mais difícil é no período de chuva. A estrada em si, né? A locomoção, porque dificulta o acesso. (Macambira 4)

A dificuldade mesmo é o deslocamento porque, como são pessoas muito distribuídas, a gente trabalha em dois povoados, mas ainda tem muito sítio ao redor, distante, e muitos pacientes deixam de ter atendimento por causa do deslocamento. Então, seria o caso de aumentar o número de unidades, de melhorar o acesso e ter transportes disponíveis para esses pacientes. (Baraúna 3)

A primeira dificuldade é a distância, segundo a carência do pessoal referente à renda. (Aroeira 4)

Quando chove, é lama, né? E, quando é período de seca, é terra, além de ladeiras e barrancos. (Xique-xique 4)

Os relatos apontam que um dos entraves para o cuidado das equipes são as longas distâncias e que o período de chuvas dificulta o acesso, gerando barreiras geográficas de acesso ao cuidado. Quando se pensa em acesso à saúde no SUS, há que se destacar a profundidade da questão que se impõe às comunidades rurais, visto que as iniquidades não decorrem apenas das distâncias geográficas, mas envolvem aspectos mais amplos de determinação social, como desigualdades de poder aquisitivo e de posse de meios de transporte, que se sobrepõem às barreiras de acesso aos serviços de saúde (GARNELO; LIMA; ROCHA; HERKRATH, 2018).

Os participantes relataram que o custo para deslocamento dos usuários é variável, pagando um valor mínimo entre 10,00 até 60,00 reais, dependendo do horário e da distância. Considerando as vulnerabilidades socioeconômicas dessa população, esse custo pago pelo usuário pode comprometer sua subsistência.

Embora os municípios estudados apresentem uma boa cobertura populacional, a realidade para conseguir a continuidade do cuidado à população no território é um enorme desafio para as equipes da ESF, visto que o déficit de acesso tanto da população para UBS quanto dos profissionais para o deslocamento até os postos âncoras, ou mesmo para uma visita domiciliar, ainda deixa uma lacuna nesse processo.

O estudo realizado por Fausto, Giovanella, Lima, Cabral e Seidl (2022), em municípios rurais remotos no Amazonas, mostrou que quanto mais distante da sede maiores são os desafios de implementação da ESF, na qual prevalecem ações de saúde pontuais, sem a garantia da APS do tipo porta aberta, cuidado regular, contínuo e integral. Geralmente, nessa realidade se sobressaem ações itinerantes e de pronto atendimento, diante da real dificuldade de manter estruturas físicas e equipes de saúde completas nesses cenários.

No tocante ao acesso da população a serviços de média e alta complexidade, a ausência de transporte é citada como uma barreira importante. Muitas vezes, os custos para realizar o deslocamento são assumidos, de forma direta, pelos usuários, comprometendo o parco orçamento familiar e configurando um gasto catastrófico. No Brasil existe, desde 1999, o programa: “Tratamento Fora de Domicílio”, que garante

aos pacientes tratados pelo SUS ajuda de custo e deslocamento para consultas e tratamentos agendados pelo SUS em outra região, no entanto são inúmeras as fragilidades dessa política (BOUSQUAT, *et al.*, 2022).

Destaca-se que dois dos municípios estudados, considerando a grande dispersão populacional e a longa distância entre alguns territórios rurais e o centro urbano ou mesmo para o hospital de referência, disponibilizam uma ambulância com motorista em povoados polos, durante as 24h, todos os dias da semana, para serem acionados, em caso de emergência. É uma estratégia viável e que tem diminuído o sofrimento de uma população tão carente, quando se refere ao deslocamento de emergência.

A subcategoria: “Acesso a Infraestrutura e Recursos Materiais” teve sete evocações e discorre sobre o processo de gerenciamento da gestão municipal na organização das estruturas físicas e na distribuição de recursos materiais nas equipes da ESF em território rural.

Duas equipes apontam como dificuldade a carência de estrutura física da unidade adequada, tanto da UBS- sede que não comporta um número de salas de atendimento que garanta que todos os profissionais possam realizar o atendimento - como também dos equipamentos adequados. Foi citado também que a maioria das unidades de apoio, postos âncoras, são pequenas; muitas estão sucateadas e não apresentam estrutura física adequada à realização do atendimento, especialmente, de saúde bucal.

Uma dificuldade importante que deveria ser mudada seria a existência de mais recursos para o pessoal daquela área, daquela UBS, para que aquelas pessoas não precisassem se deslocar para outra cidade. É muito distante e difícil acesso. A UBS deveria ter mais recursos. (Juazeiro 3)

Eu acho que seria mais essa questão de melhorias na infraestrutura, porque eu vejo bastante a diferença da infraestrutura de zonas rurais e das zonas urbanas. Geralmente, a zona rural é mais abandonada, os instrumentais são mais antigos e tudo mais. (Baraúna 3)

A narrativa do participante Juazeiro 3 discorre sobre a importância de investir recursos nas unidades remotas que apresentam um difícil acesso para deslocamento dos pacientes. Essa ideia é endossada pelo participante Baraúna 3, ao citar a importância da melhoria da infraestrutura da UBS. Considerando a realidade exposta, observa-se que a questão do trabalho da equipe de saúde bucal ainda é mais crítica, em relação aos demais profissionais da ESF, porque, para realização da maioria dos

seus procedimentos, a equipe demanda de sala fixa, estruturada, com equipamentos e instrumentais em condições de uso.

Outro desafio apontado pelos participantes foi a falta de recursos materiais na UBS, como instrumentais na sala de curativo, medicamentos e outros insumos para execução de alguns procedimentos, dificultando, assim, a assistência integral à população.

Falta instrumental na sala de curativo. A gente faz pedido, mas vir nunca vem como é pedido. A gente pede mais para documentar. Alguns medicamentos faltam porque não vêm em abundância e tem muita saída. (Macambira 3)

A dificuldade maior está relacionada ao transporte. Porém, falta organização da gestão em relação a enviar material e medicamento suficientes. (Xique-xique 3)

... Tem várias dificuldades. Muitas vezes, falta material para se trabalhar. A gente solicita, e você sabe que nem sempre vem tudo o que a gente pede. Quem está aqui na ponta sabe e percebe a necessidade de cada lugar... a realidade de cada lugar é diferente. (Mandacaru 2)

Outro desafio referido por alguns profissionais estava relacionado à gestão e ao seu processo de trabalho, conforme ilustrado na fala dos participantes abaixo:

A maior dificuldade que a gente tem é gestão. Por que gestão? Porque a gestão, ao longo do tempo, preparou duas unidades de saúde com estrutura precária e não preparou insumos, equipamentos adequados. De uma forma geral, a Estratégia de Saúde da Família é muito, muito aquém do que deveria ser. Tem muita coisa que precisa ser melhorada e muita coisa que precisa ser incentivada. (Aroeira 3)

Dificuldades a gente tem decorrentes da própria gestão de saúde. Por vezes, é a falta de exames, falta de medicação para ceder para o paciente, que são os insumos de maneira geral. Existe essa falta, né? E isso acaba sendo generalizado. (Aroeira 2)

Nosso PSF é uma unidade bem estruturada, porém a sala de odontologia não tem condições de atendimento por ser pequena, por terem deixado tudo quebrado, dizem que foi na outra gestão. Isso dificulta, porque, se fosse a mesma qualidade que tem aqui na urbana, o serviço prestado seria excelente. (Baraúna 1)

Essa situação aponta que a disponibilidade de recursos para o deslocamento e de infraestruturas das unidades define o tipo de serviço a que as populações rurais terão acesso. Embora o direito à saúde envolva o acesso a todo e qualquer serviço que se faça necessário para o cuidado, percebe-se que o acesso à saúde pela população rural não é definido pelas necessidades das pessoas, mas pela possibilidade que têm para se deslocar e da oferta de equipamentos e infraestrutura das unidades de saúde. Nesse sentido, discutir o direito à saúde das populações rurais

exige, necessariamente, mapear as (im)possibilidades de deslocamento entre seus territórios e a cidade, as necessidades materiais e de trabalho das equipes, além das especificidades que cada área possui.

A narrativa dos participantes desvela a realidade intrínseca em vários municípios brasileiros, sobre o processo de gerenciamento em saúde, especialmente, na Atenção Básica. Muitos gestores entendem que fazer o papel de ditador de normas, fiscalizador de protocolos e prescritor do trabalho dos profissionais é o suficiente para garantir que o cuidado se realize nas UBS.

Um participante relata que falta conhecimento da gestão sobre o que é o trabalho da Atenção Básica e sobre a importância do reconhecimento do trabalho dos profissionais, conforme ilustrado na fala a seguir.

Outra coisa importante é o reconhecimento profissional. Temos muita responsabilidade na Atenção Básica e muitas atribuições. Além disso, somos mal remunerados. Falta entendimento também do que é Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família. A gestão não sabe o que é isso, então fica perpetuando aquele atendimento ambulatorial, parecendo um pronto atendimento para gestão. (Aroeira 3)

O papel de um gerente na saúde deve ser democrático e contribuir para o planejamento, o aprimoramento e a qualificação do processo de trabalho das equipes, fortalecendo a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial (BRASIL, 2017). Porém, para que realmente ocorra um processo de gestão e de tomada de decisão, é necessário que os profissionais que estão inseridos nos serviços sejam reconhecidos e vistos como atores importantes nesse processo.

A subcategoria: “Rotatividade Profissional” foi pouco relatada, houve apenas uma evocação na fala de uma participante, que, ao citar os desafios na assistência, por falta de recursos materiais, referiu que um desafio importante é superar essa rotatividade que ocorre de profissionais na equipe, por comprometer o vínculo.

Falta de recursos. A população é carente, tem necessidade, e a gente pode fazer muito pouco. A gente trabalha com promoção à saúde, mas, muitas vezes, a gente vê a situação e gostaria de fazer mais. A falta de recursos estaria relacionada à falta de medicamento, falta de profissional fixo. Existe uma rotatividade grande de profissionais. Não para médico nem enfermeiro. É um ponto negativo isso porque, com essa rotatividade de profissionais, acabam-se perdendo os vínculos. O único profissional fixo é apenas o ACS. (Xique-xique 1)

A provisão e fixação de profissionais em territórios rurais é um grande desafio para gestão, especialmente, quando se trata de profissionais médicos, em áreas rurais

remotas. O estudo de Fausto, Giovanella, Lima, Cabral e Seidl (2022) mostrou que a provisão da força de trabalho, especialmente, médicos, nas áreas mais remotas, continua sendo um problema sem solução. Ainda existe uma dificuldade na contratação de médicos pela gestão municipal devido à alta remuneração que precisa ser paga para atrair o profissional, o que não garante a sua fixação. De acordo com Andrade, Pinto, Soares e Silva (2019), mesmo com a ampliação do Programa Mais Médico, essa instabilidade ainda continua porque, no início, vários médicos aderem ao programa e depois pedem desligamento, deixando o território sem assistência.

Ressalta-se que, embora municípios rurais adjacentes possuam uma realidade diferente dos rurais remotos, no sentido de distanciamento sociogeográfico, torna-se importante a ampliação do olhar sobre a diversidade do território rural brasileiro, considerando suas realidades distintas, culturais e organizacionais.

Observou-se que as equipes têm procurado atuar de forma proativa, na busca de organizar sua assistência, superando as lacunas e os desafios deixados pelas concepções e delimitações de territórios sanitários e pelas limitações sociogeográficas.

Considerando as construções das equipes frente aos desafios de seu trabalho no território rural, os participantes foram convidados a comentar sobre quais as potencialidades do trabalho da equipe de ESF em território rural.

5.3.2 Categoria 2 - Potencialidades do Trabalho da Estratégia de Saúde da Família em Território Rural

A categoria: “Potencialidades do Trabalho da Estratégia de Saúde da Família em Território Rural” deu origem a três subcategorias: “Vínculo Profissional-Usuário”, “Trabalho em Equipe” e “Provimento de Médico na AB”.

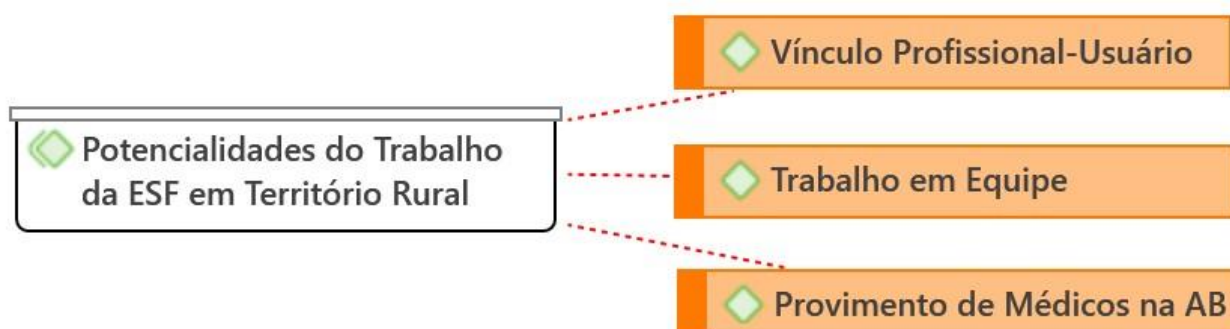


Figura 13 – Potencialidade do Trabalho da ESF em Território Rural.
Fonte: Elaboração própria, com auxílio do Software Atlas.Ti22

A subcategoria: “Vínculo Profissional-Usuário” teve vinte e três evocações e aborda a importância do vínculo que deve existir entre profissional e usuário, como um dispositivo essencial para o sucesso das ações de reorganização e resolutividade do processo de trabalho na ESF.

A comunidade é extremamente acolhedora. Então, quando a gente quer fazer alguma coisa, o pessoal acolhe bem. (Aroeira 3)

Eu amo. Eu gosto da zona rural. Eu desenvolvi um vínculo com o pessoal da minha área muito grande. (Xique-xique 1)

Acredito que existe um vínculo entre nós, profissionais, e a população. Na zona rural, apesar de ter também algumas coisas, há uma aceitação muito melhor. Eles são acolhedores. Outra coisa é por ser uma população menor, automaticamente, a gente tem uma disponibilidade de atendimento de um leque maior para essas pessoas, do que para a zona urbana. (Baraúna 2)

Eu gosto de trabalhar na zona rural por conta da população. Eu acho que é uma população bem mais carente, bem mais humilde, você ajuda, e ela reconhece o seu trabalho. (Mandacaru 1)

As narrativas descrevem que os participantes têm uma boa relação com a população e destacam a relação de acolhimento como um estímulo para realização do seu trabalho, especialmente, quando a população reconhece a importância do trabalho do profissional.

O vínculo constitui uma das diretrizes operacionais da ESF e promove o fortalecimento das ações intersetoriais. Ele representa uma conexão entre os conceitos de humanização, responsabilização, acolhimento e integralidade. Para o estabelecimento das bases dessa relação vincular, é imprescindível a confiança, o respeito, a atenção, a escuta e um olhar diferenciado dos profissionais para os usuários e vice-versa (SANTOS; MIRANDA, 2016).

Existem alguns elementos que podem contribuir com potencialização do vínculo, como as visitas domiciliares, o tempo de atuação dos profissionais nas USF, o número de consultas realizadas e o desenvolvimento de ações intersetoriais (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Em territórios rurais, o vínculo entre profissional e usuário é um instrumento extremamente importante, visto que permite ao profissional realizar um reconhecimento das condições de vida da população do seu território, da situação de saúde, do acesso às ações e aos serviços de saúde, da cultura e da própria subjetividade ali existente, que auxiliará o profissional na construção de intervenções e na reorganização do seu processo de trabalho (OLIVEIRA *et al.*, 2019c).

A subcategoria: “Trabalho em Equipe” teve sete evocações e descreve a importância do trabalho multiprofissional como um interventor na melhoria da qualidade da assistência em território rural, conforme ilustrado nas falas de dois participantes.

O trabalho em equipe, querendo ou não, conta muito para ajudar a gente em todos os sentidos. Quando a gente tem uma equipe unida, a gente consegue ir longe. (Mandacaru 2)

A relação é excelente, já pensando naquela questão de bater meta, também. Porque, por exemplo, tem a consulta com o médico, aí o médico já envia para a consulta odontológica, já para conseguirmos atender aquela meta. Então, a relação é bem harmoniosa entre a equipe. Sempre existe uma boa comunicação. (Aroeira 4)

As narrativas trazem a importância do trabalho em equipe, o qual, quando realizado de forma multiprofissional, pode ajudar a suprir a demanda da comunidade reduzindo danos e agravos, além de promover saúde. O trabalho em equipe ainda possibilita a pactuação de compromissos e permite aos trabalhadores espaços de reflexão sobre a eficácia de sua atuação.

O trabalho em equipe deve ser constituído pela interação dos trabalhadores, sem que haja individualização do trabalho e compartimentalização das atividades. A comunicação é fundamental, visto que, quando não ocorre, pode impactar diretamente a fragmentação do cuidado e a limitação do acesso do usuário no serviço de saúde (AMARAL; OLIVEIRA; AZEVEDO; MAFRA, 2021).

Embora os participantes tenham apontado o trabalho em equipe como um potencial no trabalho da ESF em área rural, observou-se que essa realidade não ocorre em todas as equipes pesquisadas e que ainda existe uma fragmentação no trabalho, seja por divisão de categoria profissional seja por falta de planejamento conjunto.

Essa lacuna no trabalho das equipes de ESF ainda é algo que precisa ser trabalhado e superado, considerando que, quando ocorre realmente um trabalho interprofissional, os benefícios dessa ação potencializam o processo de trabalho da equipe, promovendo qualidade na assistência e satisfação profissional e do usuário.

A subcategoria: “Provimento de Médicos na Atenção Básica” teve duas evocações, sendo citada como uma forma de valorização do trabalho do médico pela possibilidade de um plano de carreira, tornando esse requisito um atrativo para fixação de mais médicos na Atenção Básica.

Eu estou mais esperançoso com a Atenção Básica no Brasil depois do Programa Médicos pelo Brasil, que é uma carreira médica na Atenção Básica. Me parece que talvez dê certo. Você faz uma vinculação mais importante, tem um plano de carreira. (Aroeira 3)

O Programa Médicos pelo Brasil foi instituído pela Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019, com o objetivo de estruturar a carreira médica federal para locais com dificuldade de fixar o profissional e com alta vulnerabilidade social, além de fomentar a formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade, no âmbito da APS no SUS (BRASIL, 2019d).

Atualmente, esse programa está substituindo o Programa Mais Médico, que foi uma importante estratégia que supriu parte do território brasileiro de médicos, especialmente, nas áreas rurais e remotas.

Esses programas vieram tentar suprir a carência de profissionais médicos em regiões mais vulneráveis, como apontada em diversas literaturas nacionais e internacionais que discorriam sobre a problemática na fixação de médicos (MCGRAIL *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2019; FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021; BOUSQUAT, *et al.*, 2022).

De acordo com Galavote *et al.* (2016b), a provisão de profissionais médicos na ESF seria um fator imprescindível para a organização das redes de atenção à saúde e a legitimação da proposta do modelo de atenção à saúde, com valorização do quantitativo de atendimentos e promoção de um atendimento mais qualificado.

Ressalta-se que, embora o apontamento nessa subcategoria tenha enfatizado o profissional de medicina, a provisão e a fixação de outros profissionais, como enfermeiros, técnicos em enfermagem, cirurgiões-dentistas, auxiliares de saúde bucal, são fundamentais. A valorização de toda a equipe é necessária, especialmente, daquelas que trabalham em territórios rurais, sejam eles adjacentes ou mesmo remotos, visto que cotidianamente esses profissionais enfrentam diversos desafios para promover uma assistência de qualidade e integral à população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trouxe um olhar interprofissional sobre o cotidiano do trabalho dos profissionais da Equipe da Estratégia de Saúde da Família, em territórios rurais, no interior do Estado da Paraíba. Os resultados evidenciaram que o território rural estudado é permeado de barreiras geográficas, econômicas, culturais e ambientais que dificultam a organização de uma assistência integral e equitativa para toda a população adscrita. Os sentidos produzidos pelos relatos mostraram que os territórios pesquisados apresentam singularidades organizacionais, processo de trabalho e de vínculos diferentes, especialmente, no tocante às distâncias geográficas e à forma de fixação e valorização dos trabalhadores que influenciam na organização do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

As narrativas dos participantes produziram diversas reflexões acerca de como esses profissionais construíam a assistência em seu cotidiano, a partir dos desafios desse território, sendo analisados por meio de categorias temáticas. Os discursos evidenciaram que os profissionais têm se esforçado para desenvolver a assistência com base nas singularidades da população. Referente ao processo de planejamento das ações na ESF, evidenciou-se que existe uma fragmentação no planejamento de trabalho de algumas equipes, especialmente, na saúde bucal, que ainda mantém seu núcleo deslocado dos demais membros da equipe. Existe um distanciamento do trabalho da equipe de saúde bucal dos demais componentes da Saúde da Família. Ressalta-se que a consolidação de uma cultura de planejamento interprofissional na APS ainda é um grande desafio a ser superado.

Os desafios do trabalho na ESF rural e as dificuldades referidas são semelhantes à realidade de outras equipes brasileiras. Dificuldades como o acesso sociogeográfico aos cuidados em saúde é uma questão enfatizada pelos diversos estudos na temática de saúde rural, por trazer à tona os problemas relacionados ao transporte e ao deslocamento da população para os serviços de saúde. Foram citados também problemas de ordem socioeconômica da população e organizacional do cuidado no que se refere à organização da agenda, à infraestrutura das unidades âncoras para atendimento descentralizado, à falta de recursos materiais e rotatividade e à desvalorização dos profissionais, o que é considerado um problema para a garantia da longitudinalidade do cuidado.

Apontou-se a visita domiciliar e o atendimento descentralizado nos postos âncoras como uma forma de superar as barreiras geográficas e possibilitar acesso à população residente em locais mais periféricos. Por outro lado, as visitas domiciliares são distribuídas aleatoriamente pelos ACS, desconsiderando olhar sobre as iniquidades individuais.

Quanto às potencialidades do trabalho na ESF rural, destacou-se o vínculo do profissional com os usuários como um instrumento facilitador na organização do processo de trabalho, como também a importância do trabalho em equipe, a partir do olhar interprofissional. Apesar dos desafios impostos ao trabalho em territórios rurais e, tendo em vista as especificidades atreladas a esse território e às condições de trabalho, os profissionais encontram satisfação no desenvolvimento do trabalho.

É preciso compreender que os territórios rurais brasileiros não são homogêneos e possuem distintas características socioespaciais que demandam discussões que considerem suas singularidades. Assim, faz-se necessário aperfeiçoar as políticas públicas de saúde, de forma que o cuidado contemple as especificidades das populações residentes em territórios rurais visando à equidade dessa população considerada vulnerável.

Com relação às limitações do estudo, destaca-se que o recorte geográfico utilizado pode não expressar a total realidade rural do Estado da Paraíba, por não contemplar os 223 municípios paraibanos e as respectivas microrregiões de saúde. Porém, apresenta um recorte da realidade dos territórios rurais adjacentes de parte do sertão da Paraíba, evidenciando o cotidiano laboral e os desafios desses profissionais para uma assistência de qualidade.

Dessa forma, espera-se que esses resultados contribuam para o fortalecimento do SUS, em especial, na APS, com a inserção do rural no contexto das políticas de saúde e o fortalecimento das políticas já existentes, de forma a reduzir as iniquidades existentes no trabalho em áreas rurais. Sugere-se a realização de novos estudos que ampliem o escopo populacional e que tragam um olhar sobre a população rural residente em territórios adjacentes, especialmente, na região Nordeste, considerando as particularidades socioespaciais desse território e da organização dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, R. Funções e medidas da ruralidade no desenvolvimento contemporâneo. In: ABRAMOVAY, R. **O futuro das regiões rurais**. Porto Alegre, UFRGS, 2003, p. 17-56.
- ALMEIDA, L. C. *et al.* Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. v. 14, n. 41, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1900>. Acesso em: 07 nov. 2022.
- ALMEIDA, M. M.; FLOSS, M.; TARGA, L. V.; WYNN-JONES, J.; CHATER, A. B. It is time for rural training in family medicine in Brazil! **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. v. 13, n.40, p. 1-4, 2018.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; CABRAL, L. M. S.; FAUSTO, M. C. R. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.37, n. 11, p. 1-21, 2021.
- AMARAL, V. S.; OLIVEIRA, D. M.; AZEVEDO, C. V. M.; MAFRA, R. L. M. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis**. v. 31, n. 1, p. 1-20, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310106>. Acesso em: 25 fev. 2023.
- ANDO, N. M. *et al.* Declaração de Brasília: o conceito de rural e o cuidado à saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. v.6, n. 19, p. 142-144, 2011. Disponível em: https://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/3784/1/ARTIGO_Declara%C3%A7%C3%A3oBras%C3%ADliaConceito.pdf. Acesso em: 14 out 2022.
- ANDRADE, L. R.; PINTO, I. C. M.; SOARES, C. L. M.; SILVA, V. O. Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia. **Rev. Adm. Pub.** v. 53, n.3, p. 505-519, 2019. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170316>. Acesso em: 29 out. 2022.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.
- ARAÚJO, A. C.; FREITAS, F. R. N. N.; ARAÚJO, R. V.; BATISTA, M. M. S. L. Qualidade dos serviços na estratégia saúde da família sob interferência do PMAQ-AB: análise reflexiva. **Rev. Enferm. UFPE on line**. v. 11, n. 2, p. 712-717, 2017.
- ARAÚJO, T. A. M.; VASCONCELOS, A. C. C. P.; PESSOA, T. R. R. F.; FORTE, F. D. S. Multiprofessionality and interprofessionality in a hospital residence: preceptors and residents' view. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>. Acesso em: 03 nov. 2022.

ARRUDA, N. M., MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n.6, p. 1-14, 2018.

ATLAS.ti. **Qualitative Data Analysis 22**. Disponível em: <http://atlasti.com/product/what-is-atlas-ti>. Acesso em: 20 out. 2022.

BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M. Agente Comunitário de Saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**. v. 17, n. 2 n p. 53-70, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/gFYwGbcLLT4gpcDDW9mNfLh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 nov. 2022.

BARBOSA, D. C. M. *et al.* Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família. **Medicina**. v. 49, n. 4, p. 360-366, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/122728>. Acesso em: 04 nov. 2022.

BARBOSA, M. J. L.; RODRIGUES, P. P.; BARBOSA, A. M. L.; ALENCAR, L. M.; MAIA, E. R. Processo de Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Revisão Integrativa. **Rev. Contexto & Saúde**. v. 18, n. 35, p. 50-60, 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3 reimp. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEZERRA, M. L.; BACELAR, T. As concepções contemporâneas de ruralidade e suas singularidades no Brasil. In: MIRANDA, C.; SILVA, H. **Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras**. Série Desenvolvimento Rural Sustentável; v.21. Brasília: IICA, 2013.

BEZERRA, R. K. C.; ALVES, A. M. C. V. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família e seus principais desafios. **Rev. Expr. Catól. Saúde**. v. 4, n. 2, P. 7-15, 2019.

BIZERRIL, D. O.; SALDANHA, K. G. H.; SILVA, J. P.; ALMEIDA, J. R. S.; ALMEIDA, M. E. L. Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. v.10, n. 37, p. 1-8, 2015. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(37\)1020](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(37)1020). Acesso em: 07 nov. 2022.

BOUSQUAT, A. et al. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. **Rev. Saude Publica**. v. 56, n. 73, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003914>. Acesso em: 24 fev. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022**. Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília-DF, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-102-de-20-de-janeiro-de-2022-375495336>. Acesso em: 08 nov. 2022.

_____. **Portaria nº 397, de 16 de março de 2020.** Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html. Acesso em: 29 out. 2022.

_____. **Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019.** Dispõe sobre alterações nas Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Brasília: Ministério da Saúde. 2019a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>. Acesso em: 12 fev. 2022.

_____. **Portaria 2.979 de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde. 2019b.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Indicadores educacionais-Censo Escolar 2019.** Brasília: Inep, 2019c. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/indicadores-educacionais/taxas-de-distorcao-idade-serie>. Acesso em: 23 fev. 2023.

_____. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019.** Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2019d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm. Acesso em: 24 fev. 2023.

_____. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União - DOU, v. 183, n. Seção 1, p. 67-76, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 out. 2022.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016.** Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2016. 10 p.

_____. **Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014.** Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 48 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. 2012b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 04 ago. 2021

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012c.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar** – v. 1. Cap. 1 - Atenção Domiciliar e o SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2012d.

_____. **Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011**. Dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF). Brasília-DF, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2027_25_08_2011.html. Acesso em: 28 out. 2022.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica, nº 17**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BROCARD, D. **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF e sua interface com Atenção Básica**: estudo a partir dos dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018, 146 p.

BUSQUET, G. **Political space in the work of Henri Lefebvre**: Ideology and utopia. Paris: s.n., 2012-1013.

CARNEIRO, M. J. Ruralidade: novas identidades em construção. **Estudos Sociedade e Agricultura**. n.11, p. 53-75, 1998.

CELLA, D.; QUEDA, O.; FERRANTE, V. L. S. B. A definição do espaço rural como local para o desenvolvimento territorial. **Retratos de Assentamentos**. v. 22, n. 1, p. 69-91, 2019.

CHAVES, L. A. *et al.* Integração da atenção básica à rede assistencial: Análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 34, n. 2, p. 1-16, 2018.

CHAVES, S. C. L. **Política de saúde bucal no Brasil:** teoria e prática. Salvador: EDUFBA, 2016, 376 p. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788523220297>. Acesso em: 22 fev. 2022.

COIMBRA JUNIOR., C. E. A. Saúde rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Rev. Saúde Pública.** n. 52, Suppl 1:2s, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/XZXTsF3z95y56jZ3tZ7BDsp/?lang=pt>. Acesso em 09 out. 2022.

CONDELES, P. C. *et al.* Trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família: percepções dos profissionais. **Esc. Anna Nery.** v.23, n. 4, 2019.

COSTA, L. A. *et al.* Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. **Saúde Debate.** v.43, n.8, p. 36-49, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8jK7WwBqCBRpBPcg8WNZyFM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 out. 2022.

COSTA, S. M. *et al.* Potencialidades e fragilidades da agenda: organização do atendimento clínico nas equipes de saúde da família. **Arq. Odontol.** v. 49, n. 2, p. 66-74, 2013. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v49n2/a03v49n2.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2022.

COSTA, R. M.; MEDEIROS JÚNIOR, A.; COSTA, I. C. C.; PINHEIRO, I. V. A. Processo de trabalho do dentista na Estratégia de Saúde da Família do município de Parnamirim-RN: enfrentando os desafios de um novo modelo de atenção. **Rev. Odontol. Bras. Central.** v.19, n. 51, p. 327-332, 2010.

CRESWELL, J. W. **A investigação qualitativa e projeto de pesquisa:** escolhendo entre cinco abordagens. Porto Alegre: Penso; 2014.

DELGADO, N. G. *et al.* Tipologia de ruralidades em agências multilaterais e organismos internacionais selecionados. In: MIRANDA, C.; SILVA, H. **Concepções da ruralidade contemporânea:** as singularidades brasileiras. Série Desenvolvimento Rural Sustentável; v.21. Brasília: IICA, 2013.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Rev. Saúde Debate.** v. 42, n. 1, p. 208-223, 2018.

FARIAS, D. N.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; ANJOS, U. U.; BRITO, G. E. G. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde.** v. 16 n. 1, p. 141-162, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>. Acesso em: 05 nov. 2022.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. **Saúde Soc.** v.32, n.1, p. 1-14, 2023. Disponível em: <https://apsmrr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/05/Artigo-2.pdf>. Acesso em jun. 2023.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; LIMA, J. G.; CABRAL, L. M. S.; SEIDL, H. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v. 27, n. 04, p. 1605-1618, 2022.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S.; PENZIN, V. M. **Atenção Primária à Saúde em Territórios Rurais e Remotos no Brasil**: relatório final. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2020. 404 p.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, M. H. S. **Rotas da Atenção Básica no Brasil**: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB. Rio de Janeiro: Saberes editora, 2013.

FAVARETO, A. **Políticas de desenvolvimento territorial rural no Brasil**: avanços e desafios (Série Desenvolvimento Rural Sustentável; v.12). Brasília: IICA, 2010. 220 p. Disponível em: <https://repositorio.iica.int/bitstream/handle/11324/19816/BVE22028611p.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 out. 2022.

FEITOSA, R. M. M. *et al.* Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Soc.** v. 25, n. 3, p. 821-829, 2016.

FERRAZ, G. A.; LEITE, I. C. G. L. Instrumentos de visita domiciliar: Abordagem da odontologia na estratégia saúde da família. **Rev. APS.** v. 19, n.2, p. 203-314, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15647/8197>. Acesso em: 07 nov. 2022.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J. S. A.; ESPOSTI, C. D. D.; CRUZ, M. M. Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate.** v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2022.

FLICK, U.W. E. **Introdução à metodologia de pesquisa**: um guia para iniciantes / tradução: Magda Lopes; revisão técnica: Dirceu da Silva. - Porto Alegre: Penso, 2013.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate.** v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2016.v40n110/64-80/pt>. Acesso em: 01 nov. 2022.

FORD, J. A. *et al.* Access to primary care for socio-economically disadvantaged older people in rural areas: A qualitative study. **PloS One.** v. 13, n. 3, p. 1-14, 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193952>. Acesso em: 07 nov. 2022.

FORTE, M. P. N. *et al.* Estratégia saúde da família rural no Nordeste do Brasil: percepções de profissionais sobre a saúde e ambiente. **Rev. APS**. v. 25, Supl. 1, p. 58 -69, 2022.

FRANCO, C. M.; LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cad. Saúde Pública**. v. 37, n. 7, p. 1-22, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VHd6TxVVpjzyJRtDWyvHkrs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2022.

FREITAS, G. M.; SANTOS, N. S. S. Atuação do enfermeiro na Atenção Básica de Saúde: Revisão integrativa de Literatura. **Rev. Enf. do Centro Oeste Mineiro**. v. 4, n. 2, p. 1194-1203, 2014.

FREITAS, J. A. C. **Percepção de profissionais da ESF sobre a inserção da residência de Medicina de Família e Comunidade nas suas equipes**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba. Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, João Pessoa-PB, 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FREQUISA, T. S. O.; BARBOSA, E. S. S.; LAGO, R. R.; TORRES, L. R. L. Percepção dos usuários sobre suas necessidades de saúde no âmbito da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v. 42, n. 2, p. 340-352, 2018.

GALAVOTE, H. S. *et al.* O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Esc. Anna Nery**. v. 20, n.1, p. 90-98, 2016a. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160013>. Acesso em: 02 nov. 2022.

GALAVOTE, H. S. *et al.* A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**. v. 25, n. 4, p. 988-1002, 2016b. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4062/406264129015/html/>. Acesso em: 25 fev. 2023.

GALVÃO, J. R.; ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; BOUSQUAT, A. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. v. 35, n. 12, p. 1-17, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>. Acesso em: 06 nov. 2022.

GAMA, A. S. M.; FERNANDES, T. G.; PARENTE, R. C. P.; SECOLI, S. R. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n. 2, 2018.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. Acesso e cobertura da atenção primária à saúde para populações rurais e urbanas na Região Norte do Brasil. **Saúde Debate**. v. 42, n. 1, p. 81-99, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>. Acesso em: 01 nov. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 26, n.1, p. 2543-2556, 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc. saúde coletiva**. v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2022.

GOMES, R. M. L. **Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família**. Ed. Universitária da UFPE, Recife-PE, 2015. 50p. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3334/4proc_trabalho_2016.pdf?sequence=1. Acesso em: 03 nov. 2022.

GONDIM, G. M. M. *et al.* O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-256.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Território e territorialização. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. **Técnico de Vigilância em Saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/livro1.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2022.

GRAZIANO DA SILVA, J.; DEL GROSSI, M. E. O novo rural brasileiro. In: IAPAR. Ocupações rurais não-agrícolas. **Anais Oficina de atualização Temática**. Londrina: IAPAR, v.1, 2000, p. 165-173.

GUIMARÃES, B. E. B.; CASTELO-BRANCO, A. B. A. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**. v. 12, n. 1, p. 143-155, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v12n1/v12n1a11.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2022.

HESPAHOL, R. A. M. Campo e idade, rural e urbano no Brasil contemporâneo. **Mercator**. v.12, n.12, p. 103-112, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 05 out. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 07 ago. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000: documentação dos microdados da amostra**. Rio de Janeiro: 2002.

JACOWSKI, M. *et al.* Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Baiana de Enfermagem**. v. 30, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15145/pdf_41. Acesso em: 05 nov. 2022.

JOVENTINO, E. S. *et al.* Comportamento da diarreia infantil antes e após consumo de água pluvial em município do semiárido Brasileiro. **Texto contexto - Enferm.** v. 19, n. 4, p. 691-699, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000400012>. Acesso em: 07 nov. 2022.

KAGEYAMA, A. Desenvolvimento rural: conceito e medida. **Cadernos de Ciência & Tecnologia**. v. 21, n. 3, p. 379-408, 2004.

KUMMER, Rodrigo. Ruralidade e Teoria Social: representação social como possibilidade de análise. **Revista IDeAS**. v. 15, p. 1-30, 2021.

LACERDA, J. T.; MORETTI-PIRES, R. O. **Processo de trabalho na Atenção Básica**. 3 ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

LIMA, A. M. F. S.; CHAVES, S. C. L. A inserção de técnicos em saúde bucal: questões em disputa na Política Nacional de Saúde Bucal. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 26, p. 1-16, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210755>. Acesso em: 22 fev. 2023.

LIMA, A. R. A.; DIAS, N. S.; LOPES, L. B.; HECK, R. M. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? **Saúde Debate**. v.43, n. 122, p. 755-764, 2019.

LIMA, M. C. **Saúde rural**: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e Comunidades Caiçaras do Vale do Ribeira-SP. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo - SP, 2016.

LIMA, M. C. *et al.* O fazer rural. In: SAVASSI, L. C. M.; ALMEIDA, M. M.; FLOSS, M.; LIMA, M. C. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. 163 p.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; FAUSTO, M. MEDINA, M. G. Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 20, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>. Acesso em 03 nov. 2022.

LORENA SOBRINHO, J. E.; ROSSI, T. R. A.; MARTELLI, P. J. L.; CHAVES, S. C. L. Qual será a oferta de serviços de saúde bucal e estimativa de repasses para a atenção básica nos próximos 30 anos? Um estudo de prospecção. **Tempus. Actas de Saúde Colet.** v. 14, n. 1, p. 89-102, 2020. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2653/1974>. Acesso em: 22 fev. 2023.

LUI, G. H.; MOLINA, S. M. G. Benefícios sociais e transição de modos de vida rurais: uma análise do Bolsa Família e da aposentadoria rural entre pequenos produtores na Amazônia. **Rev. Ciências Sociais.** n. 38, p. 137-155, 2013.

MAGALHÃES, D. L. *et al.* Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, 2022.

MCGRAIL, M. R. *et al.* Measuring the attractiveness of rural communities in accounting for differences of rural primary care workforce supply. **Rural Remote Health.** v. 17, n. 2, p.1-12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22605/RRH3925>. Acesso em: 25 fev. 2023.

MEDEIROS, L. S.; QUINTANS, M. T. D.; ZIMMERMANN, S. A. Rural e urbano no Brasil: marcos legais e estratégias políticas. **Contemporânea - Revista de Sociologia da UFSCar.** v. 4, n. 1, p. 117-142, 2014.

MEDEIROS, R. M. V. Ruralidades: novos significados para o tradicional rural. In: MEDEIROS, R. M. V; LINDNER, M. **Dinâmicas do espaço agrário:** velhos e novos territórios: NEAG 10 anos. Porto Alegre: Evangraf, 2017. p. 179-189.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate.** v. 42, n. 1, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 nov. 2022.

MENDONÇA, M. M.; ALELUIA, I. R. S.; SOUSA, M. L. T.; PEREIRA, M. Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 26, n. 5, p. 1625-1636, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WhkfCKhrpzBkL8bdKHnSxxC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2022.

MENEZES NETO, J. B. Reflexões sobre os espaços rurais: caminhos para o desenvolvimento rural brasileiro. **Revista Rural & Urbano.** v. 02, n. 02, p. 02-25, 2017.

MILANEZ, T. C. M. *et al.* Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. **Cad. Saúde Colet.** v. 26, n. 2, p. 184-190, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZxNp4yVMLBGJzgBVybytP9b/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, C.; SILVA, H. **Concepções da Ruralidade Contemporâneas: singularidades brasileiras**. Brasília IICA, 2013. 476p.

MIRANDA, S. V. C.; OLIVEIRA, P. S. D.; MORAES, V. C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F. Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à Atenção Primária à Saúde. **Trab. Educ. Saúde**. v.18, n.1, 2020.

MOREIRA, J. P. L. *et al.* A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 31, n. 8, p. 1698-1708, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105114>. Acesso em: 07 nov. 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

MOTA, D. M.; SCHMITZ, H. Pertinência da categoria rural para análise social. **Ciências Agrotécnicas**. v. 26, n. 2, p. 392-399, 2002.

MOURA, C. W. Q. **Aproximações entre a formação em residências multiprofissionais em Saúde da Família e Política Nacional de Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Ceará - UFC. Campus Sobral. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Sobral - CE, 2020.

NADALETO, C. E. S. A superação do desenvolvimento pelo dinamismo do envolvimento rural. **Desenvolvimento em Questão**. n. 24, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/225/2507&cd=18&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 12 out. 2022.

NOGUEIRA, M. O.; SILVA, L. C. Escolarização em áreas rurais: a distorção idade-série na ótica dos gestores. **Estudos em Avaliação Educacional**. v. 33, p.1-26, 2022. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.18222/eae.v33.7289>. Acesso em: 23 fev. 2023.

NUNCIARONI, A. T. *et al.* Enfermagem na APS: contribuições, desafios e recomendações para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. **APS em Revista**. v. 4, n. 1, p.61-80, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v4i1.234>. Acesso em: 02 nov. 2022.

NUNES, C. A. *et al.* Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde Debate**. v. 42, n. 2, p. 127-144, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S209>. Acesso em: 05 nov. 2022.

NUNES, F. G. S. **Desafios para garantia de atenção especializada em municípios rurais remotos no semiárido nordestino**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Vitória da Conquista, Bahia, 2021. 112 p.

OLIVEIRA, A. R. *et al.* A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm**. v. 41, p. 1-8, 2020.

OLIVEIRA, A. R. *et al.* The daily routine of nurses in rural areas in the Family Health Strategy. **Rev. Bras. Enferm.** v. 72, n. 4, p. 970-977, 2019a.

OLIVEIRA, A. R. *et al.* Satisfaction and limitation of primary health care nurses' work in rural areas. **Rural Remote Health.** v. 19, n.2, 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.22605/RRH4938>. Acesso em: 05 nov. 2022

OLIVEIRA, A. R. *et al.* O cotidiano de enfermeiros em áreas rurais na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** v.72, n. 4, p. 970-977, 2019c. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0243>. Acesso em: 01 nov. 2022.

OLIVEIRA, A. R. **O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde rural no Brasil.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG. Belo Horizonte - MG, 2019. p.177.

OLIVEIRA, C.; SANTOS, L. C.; ANDRADE, J.; DOMINGOS, T. S.; SPIRI, W. C. A liderança na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 41, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190106>. Acesso em: 20 mai. 2023.

OLIVEIRA, M. M.; PEDRAZA, D. F. Contexto de trabalho e satisfação profissional de enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate.** v. 43, n. 122, p. 765-779, 2019.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Territorial Grids of OECD Member Countries.** Directorate of Public. Governance and Territorial Development. 2011. Disponível em: <<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/d/3015041e.2&id=id&accname=guest&checksum=B7607BB29437C0D399C9A8768BC631E9>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saude Debate.** v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, H. S. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. Saúde.** v. 18, n.1, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2022.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enfer. USP.** v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>. Acesso em: 05 nov. 2022.

PEDUZZI, M.; CARVALHO, B. G.; MANDÚ, E. N. T.; SOUZA, G. C.; SILVA, J. A. M. Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional. **PROENF Gestão.** V. 1, n. 3, p. 9-39, 2012.

PEREIRA, L. L.; PACHECO, L. The challenges faced by the More Doctors Program in providing and ensuring comprehensive health care in rural areas in the Amazon region,

Brazil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 21, n. 1, p. 1181-1192, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.v21suppl1/1181-1192/pt>. Acesso em: 20 out. 2022.

PERUZZO, H. E. *et al.* Os desafios de se trabalhar em equipe na Estratégia Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**. v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/z3wYmgZ93bGtBMD8HVKRtVt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2022.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde Debate**. v. 42, n. spe1, p. 302-314, 2018.

PESSOA, V. M.; RIGOTTO, R. M.; CARNEIRO, F.; TEXEIRA, A. C. A. Sentidos e métodos de territorialização na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>. Acesso em: 08 nov. 2022.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PIRIZ, M. A. *et al.* Autoatenção em saúde rural: perspectivas de cuidado por mulheres agricultoras. **Cienc. Cuid. Saude**. v.18, n. 2, p. 1-9, 2019.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **População rural e urbana**. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18313-populacao-rural-e-urbana.html>. Acesso em: 10 jan. 2022.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa do trabalho acadêmico. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **J. Interprof. Care**. v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150> PMID:29131697. Acesso em: 05 nov. 2022.

RIBEIRO, A. A. *et al.* Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Esc. Anna Nery**. n. 26, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0141>. Acesso em: 05 nov. 2022.

ROCHA, A. A. *et al.* Motivação dos profissionais para o ingresso e permanência na Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**. v. 16, n. 3, p. 269-277, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/15209>. Acesso em: 29 out. 2022.

RODRIGUES, J. F. O rural e urbano no Brasil: uma proposta de metodologia de classificação dos municípios. **Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa**. Lisboa: Universidade de Lisboa, p. 430-456, 2014.

RODRIGUES, K. V.; ALMEIDA, P. F.; CABRAL, L. M. S.; FAUSTO, M. C. R. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. **Saúde Debate**. v. 45, n. 131, p. 998-1016, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X6sCxB6PYNgr5mVbs3Jpkvp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 nov. 2022.

RURAL INFORMATION TECHNOLOGY EXCHANGE WRITE. Política sobre o uso da tecnologia da informação para a melhoria dos cuidados da saúde rural. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. v.8, Sup. 1, p.49-65, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(1\)731](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(1)731). Acesso em: 05 ago. 2022.

RUSSELL, D. J.; MCGRIL, M. R.; HUMPHREYS, J. S. Determinants of rural Australian primary health care worker retention: A synthesis of key evidence and implications for policymaking. **J. Rural Health**. v. 25, p. 5-14, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajr.12294>. Acesso em: 04 nov. 2022.

SALZANI, M. G. B. *et al.* Estratégia de Saúde da Família: abordando a relevância do trabalho multidisciplinar. **Temas em Saúde**. v. 20, n. 2, p. 81-93, 2020. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2020/04/20205.pdf>. Acesso em: 15 out. 2022.

SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trab. Educ. Saúde**. v. 15 n. 3, p. 745-770, 2017.

SANTANA, M. M.; MEDEIROS, K. R.; MONKEN, M. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 20, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/dQJmJ7sNCw7q4GKCmNjkPnv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 nov. 2022.

SANTINHA, G. Cuidados de saúde e território: um debate em torno de uma abordagem integrada. **Saude Soc**. v. 22, n. 3, p. 815-829, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300015>. Acesso em: 02 nov. 2022.

SANTOS, A. A. M. T.; ARRUDA, C. A. M.; GERHARDT, T. E. O mundo rural e a política nacional da saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas. In: MESQUITA, M. O.; RIQUINHO, D. L.; GEHARDT, T. E.; RUIZ, E. N. F. **Saúde coletiva, desenvolvimento e (in)sustentabilidades no rural**. 1ed. Porto Alegre: UFRGS, v. 1, p. 161-180, 2018.

SANTOS, D. S. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Colet**. v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Acesso em: 24 fev. 2022.

SANTOS, L. M. P. *et al.* Implementation research: towards universal health coverage with more doctors in Brazil. **Bull World Health Organ**. v. 95, n. 2, p. 103-112, 2017.

SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enferm. UFSM**. n. 6, n. 3, p. 350-359, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17313/pdf>. Acesso em: 25 fev. 2023.

SAVASSI, L. C. M.; ALMEIDA, M. M.; FLOSS, M. M. A.; LIMA, M. C. **Saúde no caminho da roça**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2018. 163 p.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A.; CHAVES, S. C. L.; MENEZES, E. L. C. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? **Saúde Debate**. v. 42, n. 2, p. 233-246, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S216>. Acesso em: 05 nov. 2022.

SCHWARTZ, E. *et al.* A vulnerabilidade das famílias rurais do extremo sul do Brasil. **5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. Atas CIAIQ2016**. v. 2. Pág. 722-727. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/816>. Acessado dia: 01 nov. 2022.

SCHWEICKARDT, J.; LIMA, R. T. S.; CECCIM, R. B.; FERLA, A. A.; CHAVES, S. E. **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas**. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015.

SHIMIZU, H. E.; TRINDADE, J. S.; MESQUITA, M. S.; RAMOS, M. C. Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 52, p. 1-7, 2018.

SILVA, B. N.; PINTO, E. S. G. Saúde rural em tempos de pandemia da Covid-19. **Rev. Cuidarte**. v. 11, n. 3, p. 1-3, 2020.

SILVA, E. M. *et al.* Os desafios no trabalho da enfermagem na Estratégia Saúde da Família em área rural: revisão integrativa. **Hygeia**. v. 4, n. 28, p.1-12, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/Hygeia142801>. Acesso em: 22 fev. 2023.

SILVA, E. J. **As filhas de Pascoal: nova ruralidade e condições de permanência no campo entre jovens agricultoras no interior do Pernambuco**. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal da Paraíba-UFPB. João Pessoa-PB, 2013.

SILVA; G. T. *et al.* Planejamento e apoio no processo de trabalho das equipes de atenção básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB (3º ciclo). **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 26, n. 5, p. 1749-1755, 2021.

SILVA JUNIOR, L. A.; LEÃO, M. B. C. O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. **Ciênc. Educ.** v. 24, n. 3, p. 715-728, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/ciedu/v24n3/1516-7313-ciedu-24-03-0715.pdf>. Acesso em: 25 out 2022.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M.; ORCHARD, C.; LEONELLO, V. M. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 49, n. 2, p. 16-24, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5nLgyRMxrJfjRMTNSvD98VK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 out. 2022.

SILVA, L. S. *et al.* Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da Atenção Primária: vivências de usuários do SUS. **Rev. Enf. do Centro Oeste Mineiro**. v. 10, n. 1, p. 1-9, 2020.

SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na Estratégia Saúde da Família: diferentes olhares analisadores. **Texto Contexto Enferm**. v. 26, n. 3. p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001090016>. Acesso em: 08 jan. 2023.

SILVA, T. L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde Debate**. v. 44, n. 124, p. 58-69, 2020. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2765/350>. Acesso em: 08 nov. 2022.

SILVEIRA, R. P.; PINHEIRO, R. Entendendo a Necessidade de Médicos no Interior da Amazônia - Brasil. **Rev. Bras. Educ. Méd.** v.38, n. 4, p. 451-459, 2014.

SOARES, A. N.; SILVA, T. L.; FRANCO, A. A. A. M.; MAIA, T. F. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis**. v. 30, n. 3, p. 1-19, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300332>. Acesso em: 05 nov. 2022.

SOARES, R. A. S. *et al.* Determinantes Socioambientais e Saúde: o Brasil Rural versus o Brasil Urbano. **Tempus, Actas de Saúde Colet**. v. 9, n. 2, p. 221-235, 2015.

SOUSA, J. O. **Atuação do Agente Comunitário de Saúde de Municípios Rurais Remotos do Semiárido**: Uma Análise a partir de Múltiplos Olhares. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Vitória da Conquista, Bahia, 2021. 172 p.

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

STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Saúde Pública**. v. 51, supl. 1, p.1-11, 2017.

STRALLEN, A. C. S. V.; MASSOTE, A. W.; CARVALHO, C. L.; GIRARDI, S. N. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis**. v. 27, n. 1, p. 147-172, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100008>. Acesso em: 29 out. 2022.

STRASSER, R. Rural health around the world: challenges and solutions. **Fam Pract.** v.20, p. 457-463, 2003.

TARGA, L. V. Área rural. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 431-442.

TARGA, L. V. *et al.* Declaração de Belém: o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. v. 9, n. 30, p. 64-66, 2013.

TARGA, L. V. *et al.* Internato médico rural na Serra Gaúcha: a experiência da Universidade de Caxias do Sul. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. v. 42, n. 1, p. 59-70, 2021.

TRINDADE, L. L. *et al.* Trabalho na Estratégia da Saúde da Família: implicações nas cargas de trabalho de seus profissionais. **Cogitare Enferm.** v. 19, n. 3, p. 528-535, 2014.

TRINDADE, L. L. *et al.* Utilização do software Atlas.ti® para análise das cargas de trabalho na Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 6, Salamanca. **Revista Atas**. Salamanca: CIAIQ, 2017.

VENDRUSCOLO, C.; SILVA, K. J.; DURAND, M. K.; METELSKI, F. K.; SILVA FILHO, C. C. Nurse's actions in the interface with expanded services of Family Health and Primary Care Center. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019008903642>. Acesso em: 04 nov. 2022.

VEIGA, J. E. Nascimento de outra ruralidade. In.: **Estudos Avançados**, n. 20, v. 57, 2006.

VEIGA, J. E. **Cidades imaginárias**: o Brasil é menos urbano do que se calcula. Campinas: Autores Associados, 2002.

VIANA, E. C. L. O.; LIMA, R. C. G. S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: uma proposta de reorganização do acesso. **Rev. Bras. de Tecnologias Sociais**. v.5, n.1, 2018.

VOLTOLINI, B. C.; ANDRADE, S. R.; PICCOLI, T.; PEDEBÔS, L. A.; ANDRADE, V. Reuniões da Estratégia Saúde da Família: um dispositivo indispensável para o planejamento local. **Texto Contexto Enferm.** v. 28, p. 1-14, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477>. Acesso em: 04 nov. 2022.

WAMMES, L. T.; ROESLER, M. R. V. B. A garantia do acesso aos serviços e benefícios da Política Nacional de Assistência Social nas áreas rurais do município de Toledo-PR. **Sociedade em Debate**. v.21, n. 2, p. 140-170, 2015.

WAKERMAN, J. *et al.* Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? **Human Resources for Health**. v. 17, n. 99, p. 1-8, 2019.

WANDERLEY, M.N.B. A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas: o “rural” como espaço singular e ator coletivo. In: WANDERLEY, M.N.B. **O mundo rural como um espaço de vida**: reflexões sobre a propriedade da terra, agricultura familiar e ruralidade. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, p. 203-262.

_____. Raízes históricas do campesinato brasileiro. In: TEDESCO, João Carlos (org.). **Agricultura familiar**: realidades e perspectivas. Passo Fundo, Universidade de Passo Fundo, 1999.

WANDERLEY, M. N. B.; FAVARETO, A. **A singularidade do rural brasileiro**: implicações para tipologias territoriais e a elaboração de políticas públicas. Relatório Final. Brasília-DF, 2013. Disponível em: <https://favaretoufabc.files.wordpress.com/2013/06/estudo-brasil.pdf>. Acesso em: 13 out. 2022.

WEILLER, J. A.B.; MENDES, A. N. O orçamento por desempenho como ferramenta para gestão e avaliação da política de saúde no município de São Bernardo do Campo, no período 2006 a 2012. **Saúde Debate**. v.40, n. 109, p. 36-52, 2016.

WHITEHEAD, J.; PEARSON, A. L.; LAWRENSON, R.; ATATOA-CARR, P. Spatial equity and realised access to healthcare - a geospatial analysis of general practitioner enrolments in Waikato, New Zealand. **Rural Remote Health**. v. 19, n. 5349, 2019. Disponível em: <https://www.rrh.org.au/journal/article/5349>. Acesso em: 07 nov. 2022.

World Health Organization. **The Delhi Declaration**: Alma Ata revisited. In: 15 Conferência Mundial de Saúde Rural. Delhi; 2018. Disponível: http://www.who.int/hrh/news/2018/delhi_declaration/en/. Acesso em 10 fev. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DADOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



Caracterização dos/as Informantes:

Identificação

- Nome: _____
- Idade: _____
- Sexo: () Masculino () Feminino
- Estado Civil: _____
- Município de atuação: _____

Formação Acadêmica

- Tempo de formação: _____
- Área de formação: _____

Nível de Qualificação: (especificar a área de formação)

- Grau de Escolaridade:
- () Nível técnico _____
- () Graduação _____
- () Especialização _____
- () Mestrado _____
- () Doutorado _____
- () Outros (especificar) _____

Tempo e Experiência de Trabalho

- Tempo de experiência na ESF: _____
- Tipo de vínculo:
- () Efetivo () Contratado () Comissionado
- Se contratado, está vinculado a algum programa ou projeto do governo? se sim, qual?
- Carga horária semanal na ESF: _____
- Tempo de experiência anterior em área rural? () Sim () Não.
- Se sim, por quanto tempo? _____
- Você participou de curso introdutório sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família? () Sim () Não
- Se sim. Fale um pouco sobre o curso e sua contribuição na sua formação.



Questões norteadora sobre organização do trabalho da ESF em território rural

- 1- Fale um pouco sobre o seu trabalho na ESF rural (como você entende este trabalho e o que significa ser um profissional da equipe rural).
- 2 -Você se sente motivado em trabalhar em área rural? Foi uma escolha sua ou indicação da gestão?
- 3 – Sobre o planejamento e organização das atividades. A equipe se reúne para essa finalidade? Se sim, qual a periodicidade? Comente como ocorrem essas reuniões.
- 4 – Como ocorre a organização da programação da agenda de atendimento?
- 5 - A equipe desenvolve ou desenvolveu, atividades de reconhecimento de situações de saúde ou especificidades no território? Se sim, como ocorre?
- 6 - Você identifica alguma especificidade na organização do atendimento e na prestação do cuidado ofertados à população rural atendida pela equipe? Se sim, como são trabalhadas essas especificidades.
- 7 - Quais os desafios encontrados na execução da organização do trabalho em zona rural?
- 8 - Quais as potencialidades do trabalho na ESF rural?
- 9 - Você tem algo a acrescentar sobre o trabalho que realiza?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) **PARTICIPANTE DA PESQUISA,**

Esta pesquisa intitulada: “**O PENSAR E O FAZER EM SAÚDE: COTIDIANO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM ÁREA RURAL**”, está sendo desenvolvida por **João Paulo Lopes da Silva**, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPB, sob a orientação da Profa. Dra. Maria do Socorro Trindade de Moraes.

Apresenta como objetivo geral: compreender as concepções dos profissionais da ESF sobre o trabalho nas equipes de áreas rurais em municípios do interior da Paraíba, com vistas à reflexão e transformação das práticas de saúde em Atenção Primária. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa.

Solicitamos sua colaboração para participar deste estudo. Para tanto você precisará assinar o TCLE que visa assegurar a proteção, a autonomia e o respeito aos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e/ou espiritual – e que a estruturação, o conteúdo e forma de obtenção dele observam as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos preconizadas pela Resolução 466/2012 e/ou Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Informamos que essa pesquisa não oferece riscos biológicos possíveis para a sua saúde, porém apresenta riscos mínimos de desconforto e/ou constrangimento em responder as questões da pesquisa. Em vista disso, deixamos claro que será garantido o anonimato e assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa.

Sua decisão de participar neste estudo deve ser voluntária e que ela não resultará em nenhum custo ou ônus financeiro para você (ou para o seu empregador, quando for este o caso) e que você não sofrerá nenhum tipo de prejuízo ou punição caso decida não participar desta pesquisa. Todos os dados e informações fornecidos por você serão tratados de forma anônima/sigilosa, não permitindo a sua identificação. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem sofrerá nenhum dano na assistência que vem recebendo nesta instituição.

Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa e autorizo o pesquisador gravar minha imagem ou voz, na coleta de dados ao realizar a entrevista, como também, concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente de que receberei uma via desse documento.

João Pessoa-PB, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador (a)

Assinatura do (a) Participantes



Espaço para impressão
dactiloscópica

Contatos

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba: Centro de Ciências da Saúde - 1º andar, Campus I - Cidade Universitária, CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB.

Fone: (83) 3216 7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

João Paulo Lopes da Silva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / Mestrado Acadêmico – UFPB.

Telefone: (83) 99933-1429

Email: jplopes_pb@hotmail.com

ANEXOS

ANEXO A – CARTAS DE ANUÊNCIA DOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES



**Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Juru
Secretaria Municipal de Saúde**

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) pesquisador **JOÃO PAULO LOPES DA SILVA**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “**O PENSAR E O FAZER EM SAÚDE: COTIDIANO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM ÁREA RURAL**”, que está sob a coordenação/orientação da Profa. **Dra. MARIA DO SOCORRO TRINDADE MORAIS** cujo objetivo é compreender as concepções dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o trabalho nas equipes de áreas rurais em municípios do interior da Paraíba, com vistas à reflexão e transformação das práticas de saúde em Atenção Primária, a ser realizada nas Unidade Básicas de Saúde, em área rural, vinculadas a **Secretaria Municipal de Saúde do Município de Juru-PB**.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Juru-PB, 21 de fevereiro de 2022

Atenciosamente,

Maria das Dores Laureano Galvão
Secretaria de Saúde
Mun. Juru
CPF: 400.773.814-91

MARIA DAS DORES LAUREANO GALVÃO
Secretária Municipal de Saúde



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA DE
MANAÍRA
SECRETARIA DE SAÚDE
Cuida e Respeita
 CNPJ- 10.522.238/0001-30
 Rua Belarmino Noqueira, 30 - centro. email: smsmanairapb@gmail.com

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) pesquisador **JOÃO PAULO LOPES DA SILVA**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “**O PENSAR E O FAZER EM SAÚDE: COTIDIANO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM ÁREA RURAL**”, que está sob a coordenação/orientação da Profa. **Dra. MARIA DO SOCORRO TRINDADE MORAIS** cujo objetivo é compreender as concepções dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o trabalho nas equipes de áreas rurais em municípios do interior da Paraíba, com vistas à reflexão e transformação das práticas de saúde em Atenção Primária, a ser realizada nas Unidade Básicas de Saúde, em área rural, vinculadas a **Secretaria Municipal de Saúde do Município de Manaíra-PB**.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Manaíra-PB, 03 de Fevereiro de 2022.

LUIZ ALVES DE LIMA

Secretário Municipal de Saúde

Luiz Alves de Lima
 Secretário Municipal de
 Saúde de Manaíra
 CPF: 126.774.808-75



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) pesquisador **JOÃO PAULO LOPES DA SILVA**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “**O PENSAR E O FAZER EM SAÚDE: COTIDIANO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM ÁREA RURAL**”, que está sob a coordenação/orientação da Profa. **Dra. MARIA DO SOCORRO TRINDADE MORAIS** cujo objetivo é compreender as concepções dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o trabalho nas equipes de áreas rurais em municípios do interior da Paraíba, com vistas à reflexão e transformação das práticas de saúde em Atenção Primária, a ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde: **UNIDADE DE SAÚDE DA VARZEA. UNIDADE DE SAÚDE CACHOEIRA DE MINAS. UNIDADE DE SAÚDE LAGOA DE SÃO JOÃO e UNIDADE DE SAÚDE LAGOA DE SÃO JOÃO**, em área rural, vinculadas a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Princesa Isabel-PB.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Princesa Isabel PB, 01 de fevereiro de 2022.


Francisca de Lucena Henriques
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Matrícula 19.816

Rua Pedro Sobreira Duarte, SN - 58.755-000 PRINCESA ISABEL PB
CNPJ: 10.473.821/0001-07



Estado da Paraíba
PREFEITURA MUNICIPAL DE TAVARES
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) pesquisador **JOÃO PAULO LOPES DA SILVA**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “**O PENSAR E O FAZER EM SAÚDE: COTIDIANO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM ÁREA RURAL**”, que está sob a coordenação/orientação da Profa. **Dra. MARIA DO SOCORRO TRINDADE MORAIS** cujo objetivo é compreender as concepções dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o trabalho nas equipes de áreas rurais em municípios do interior da Paraíba, com vistas à reflexão e transformação das práticas de saúde em Atenção Primária, a ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde, em área rural, vinculadas a **Secretaria Municipal de Saúde do Município de Tavares-PB**.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos da Resolução 466/12 CNS e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

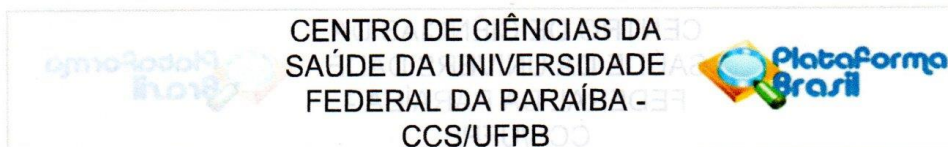
Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Tavares-PB, 09/02/2022


Márcia Severina Marques da Silva
Secretária Municipal de Saúde

Márcia Severina Marques da Silva
Secretaria de Saúde
Matrícula 52.019

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PENSAR E O FAZER EM SAÚDE: COTIDIANO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM ÁREA RURAL

Pesquisador: JOAO PAULO LOPES DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56602122.5.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.320.516

Apresentação do Projeto:

O cenário rural, historicamente, foi marcado por embates populares, disparidades sociais e iniquidades em saúde. A população rural há muito tempo carece do olhar das políticas públicas, em especial do Sistema Único de Saúde, devido às desfavoráveis condições de saúde e de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde. A Estratégia de Saúde da Família busca organizar a Atenção Primária à Saúde, propondo a reorganização das práticas de saúde e considerando a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial.

Desfecho Primário: - Identificação das especificidades do trabalho da equipe da ESF e seus desafios nas práticas laborais em área rural.

Desfecho Secundário:

- Identificar os desafios e potencialidades do trabalho dos profissionais da ESF no contexto rural a partir de suas especificidades geográficas;
- Fornecer informações que subsidiem o aperfeiçoamento da Política Nacional de Atenção Básica e a reorientação do trabalho dos profissionais na Atenção Primária à Saúde à população rural.

Critério de Inclusão: Serão incluídos no estudo todos os profissionais que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: a) Profissionais da saúde que atuam nas UBS com Equipes de Saúde da Família localizadas em zona rural dos municípios selecionados; b) Tempo de atuação nas equipes

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.320.516

de ESF igual ou superior a 6 meses, compreendendo-se que este seja o período mínimo para estabelecer o vínculo com a dinâmica desse nível de atenção; c) Acessibilidade e disponibilidade dos participantes; d) Estejam presentes na UBS no dia da entrevista.

Critério de Exclusão: Serão excluídos, todos os profissionais que no período da coleta de dados estiverem afastados temporariamente de suas funções, por férias, licença médica, licença sem vencimento ou outros motivos legais, assim como, aqueles que não mostrarem interesse em participar e que não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Compreender as concepções dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o trabalho nas equipes de áreas rurais em municípios do interior da Paraíba, com vistas à reflexão e transformação das práticas de saúde em Atenção Primária.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes das equipes da ESF;
- Identificar as especificidades das regiões rurais que influenciam no desenvolvimento das práticas profissionais das equipes de ESF;
- Desvelar os desafios e potencialidades na organização do trabalho dos profissionais da ESF em zona rural;
- Compreender as implicações dessas especificidades no trabalho da equipe de ESF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: É um projeto que envolve um risco mínimo na sua participação. Os participantes serão esclarecidos que a única possibilidade de risco nesta pesquisa é mínima e estaria relacionada ao desconforto ou constrangimento em falar sobre algum assunto em que não se sinta confortável. Para diminuir esse risco, os participantes serão esclarecidos que poderão, a qualquer momento, se negar a responder qualquer questão ou até mesmo se retirar da pesquisa, sem nenhuma repercussão para si, bem como, indicar o local para entrevista de sua melhor conveniência.

Benefícios: Os benefícios deste estudo estão relacionados com a possibilidade da pesquisa identificar fatores que possam contribuir para melhoria da Atenção Básica nos contextos rurais e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para alcançar o objetivo propostos, para coleta de dados será utilizada uma entrevista

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.320.516

semiestruturada, dividida em duas partes: a primeira com questões que inicialmente contemplará dados relacionados ao perfil socioeconômico e profissional dos participantes, e a segunda com um roteiro semidirigido, que buscará apreender dados referentes as concepções dos profissionais da ESF sobre o trabalho nas equipes de áreas rurais. A pesquisa terá início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, obedecendo a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O entrevistador previamente, entrará em contato com os profissionais a serem entrevistados, expondo o objetivo da pesquisa e caso, o mesmo aceite participar, deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista será realizada na UBS da equipe selecionada, em horário previamente pactuado, sendo realizada a gravação da entrevista, mediante autorização para posterior transcrição na íntegra dos discursos proferidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Anexados.

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1898631.pdf	09/03/2022 15:59:46		Aceito
Outros	Carta_de_Juru.pdf	09/03/2022 15:51:48	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Tavares.pdf	09/03/2022	JOAO PAULO	Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.320.516

Outros	Carta_de_Tavares.pdf	15:50:50	DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Princesa_Isabel.pdf	09/03/2022 15:50:04	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Manaira.pdf	09/03/2022 15:49:33	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_Projeto.pdf	09/03/2022 15:46:33	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	09/03/2022 15:43:12	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/03/2022 15:41:54	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	09/03/2022 15:41:34	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/03/2022 15:41:24	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_PPGSC.pdf	09/03/2022 15:41:08	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	09/03/2022 15:36:50	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 30 de Março de 2022

**Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Outros	Carta_de_Tavares.pdf	15:50:50	DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Princesa_Isabel.pdf	09/03/2022 15:50:04	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Outros	Carta_de_Manaira.pdf	09/03/2022 15:49:33	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Outros	Declaracao_Projeto.pdf	09/03/2022 15:46:33	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	09/03/2022 15:43:12	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/03/2022 15:41:54	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	09/03/2022 15:41:34	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/03/2022 15:41:24	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_PPGSC.pdf	09/03/2022 15:41:08	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	09/03/2022 15:36:50	JOAO PAULO LOPES DA SILVA	Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br