

Organização do Trabalho de Profissionais da Estratégia de Saúde da Família em Territórios Rurais

RESUMO

Objetivo: Descrever as percepções dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família sobre as potencialidade e desafios na organização da assistência em territórios rurais. Métodos: Pesquisa qualitativa, realizada através de entrevista semiestruturada em quatro municípios localizados em territórios rurais do sertão do Estado da Paraíba. Participaram 23 profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Os dados foram analisados pelo software Atlas.ti22 e fundamentado pela Análise de Conteúdo. Resultados: Evidenciou-se que o trabalho na Atenção Primária em territórios rurais é permeado de desafios cotidianos que podem comprometer a qualidade da assistência. Como potencialidade, destacou-se a relação do vínculo entre profissional-comunidade como elo na construção do cuidado. Conclusão: O reconhecimento do território rural e de suas vulnerabilidades é fundamental para elaboração de estratégias que garantam o acesso e qualidade aos serviços de saúde para todos os cidadãos.

DESCRITORES: Saúde da população Rural; Estratégia Saúde da Família; Organização de Serviços de Saúde

ABSTRACT

Objective: To describe the perceptions of professionals in the Family Health Strategy regarding the potentialities and challenges in organizing care in rural territories. Methods: A qualitative study conducted through semi-structured interviews in four municipalities located in rural areas of the backlands of the state of Paraíba, Brazil. A total of 23 professionals from the Family Health Strategy participated. Data were analyzed using the Atlas.ti22 software and grounded in Content Analysis. Results: It was evident that work in Primary Health Care in rural territories is marked by daily challenges that may compromise the quality of care. As a potentiality, the bond between professionals and the community stood out as a key element in building care. Conclusion: Recognizing the rural territory and its vulnerabilities is essential for developing strategies that ensure access to and quality of health services for all citizens.

DESCRIPTORS: Rural Population Health; Family Health Strategy; Health Services Organization

RESUMEN

Objetivo: Describir las percepciones de los profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia sobre las potencialidades y los desafíos en la organización de la atención en territorios rurales. Métodos: Investigación cualitativa, realizada mediante entrevistas semiestructuradas en cuatro municipios ubicados en zonas rurales del sertão del estado de Paraíba, Brasil. Participaron 23 profesionales de la Estrategia de Salud de la Familia. Los datos fueron analizados con el software Atlas.ti22 y fundamentados en el Análisis de Contenido. Resultados: Se evidenció que el trabajo en la Atención Primaria en territorios rurales está atravesado por desafíos cotidianos que pueden comprometer la calidad de la atención. Como potencialidad, se destacó el vínculo entre los profesionales y la comunidad como un elemento clave en la construcción del cuidado. Conclusión: El reconocimiento del territorio rural y de sus vulnerabilidades es fundamental para la elaboración de estrategias que garanticen el acceso y la calidad de los servicios de salud para todos los ciudadanos.

DESCRIPTORES: Salud de la Población Rural; Estrategia de Salud de la Familia; Organización de los Servicios de Salud

João Paulo Lopes da Silva

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0018-9897>

Recebido em: 16/05/2025

Aprovado em: 21/05/2025

Maria do Socorro Trindade Morais

Doutorado em Educação pela UFPB. Docente do Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Campus I, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4348-0502>

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada como o modelo preferencial de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, ao propor uma atenção contínua a população em determinado território, proporcionando o cuidado integral à saúde das famílias, por meio do traba-

lho multiprofissional¹.

O acesso à Saúde é um direito humano básica e fundamental, embora no Brasil, mesmo com a expansão da Atenção Primária Saúde, existem populações que ainda tem dificuldades para acessarem a saúde, a exemplo, da população rural². 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^{3,4}.

A literatura sobre saúde em território rural aponta algumas limitações quando se refere ao acesso e a utilização dos serviços por essa população, como importantes barreiras, estando relacionadas principalmente aos fatores socioeconômicos, demográficos, geográficos e os limites estruturais do sistema^{5,6,7}.

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^{8,9,10,11}.

Os estudos sobre saúde da população em território rural, já aponta há muito tempo que essa população requer atenção mais direcionadas das políticas públicas, em especial, do Sistema Único de Saúde, devido às iniquidades em saúde existente no território. É preciso considerar as diversidades sociogeográficas e especificidades da população para elaboração de um modelo de saúde que possa contemplar as reais necessidades de cuidados da população^{12,13,14}.

O estudo tem por objetivo descrever as percepções dos profissionais dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família sobre a potencialidade e desafios na organização da assistência em territórios rurais.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em quatro municípios localizados em territórios rurais no interior do Estado da Paraíba: Juru, Manaíra, Princesa Isabel e Tavares.

O trabalho de campo ocorreu entre maio e julho de 2022 por meio de entrevistas gravadas a partir de um instrumento semiestruturado. Em cada município foi selecionada uma equipe da ESF que estivesse completa e atuasse em áreas rurais. Foram entrevistadas vinte e três profissionais, sendo: Enfermeiros (4), Médicos (4), Cirurgiões Dentistas (4), Técnicos em Enfermagem (3), Auxiliar em Saúde Bucal (4) e Agentes Co-

munitários de Saúde (4).

Os discursos foram gravados e transcritos, sendo organizadas por meio do Software Atlas.ti22® através de categorias temáticas. Para garantir o sigilo e os princípios éticos, 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). Após categorização, os discursos foram fundamentados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin¹⁵.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba-CEP-CCS/UFPB, CAAE: 5660212.5.0000.4188 e Parecer 5.320.516, com anuência dos municípios, entrevista autorizada pelos participantes e preservação de anonimato nas análises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo vinte e três profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família de quatro municípios localizados em territórios rurais no sertão do Estado da Paraíba. Quanto à tipologia de classificação rural-urbana do IBGE¹⁶, os municípios os municípios de Juru, Manaíra e Tavares são classificados como rural adjacente. Já o Município de Princesa Isabel se classifica como intermediário adjacente.

O processo de análise dos discursos possibilitou a criação de duas categorias temáticas: “Desafios na organização do trabalho da Estratégia de Saúde da Família rural” e “Potencialidades da Estratégia de Saúde da Família no cuidado a população em Território Rural”. Essas categorias se encontram discutidas a seguir:

Desafios na organização do trabalho da Estratégia de Saúde da Família rural

O ambiente rural apresenta diversas peculiaridades na organização da assistência à saúde, devido características particulares desses territórios que enrijecem as relações de cuidado e resultam em experiências assistenciais frágeis e com baixa ou insuficiente resolubilidade¹⁷. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde, a partir do contexto em que estão inseridos, devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade.

Nesse contexto, os participantes foram convidados a relatar os desafios enfrentados no cotidiano de seu trabalho na ESF na área rural. Os discursos emergiram em quatro desafios principais: “Acesso sociogeográfico aos cuidados em saúde”, “Acesso à infraestrutura e aos recursos materiais”, “Processo de comunicação com gestão municipal” e “Rotatividade profissional”.

O acesso sociogeográfico aos cuidados em saúde foi o desafio mais apontado pelos profissionais, considerando as dificuldades na mobilidade de profissionais e usuários para a efetivação do cuidado em saúde. O acesso à saúde é uma importante dimensão das desigualdades entre áreas urbanas e rurais. 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. O tempo de deslocamento da equipe pode durar de uma até duas horas, entre a zona urbana e a sede da UBS na área rural ou para as unidades âncoras, a depender de fatores climáticos, como a chuva e das condições de deslocamento relacionados as condições da estra-

da. Ressalta-se que, em dias chuvosos, algumas equipes não conseguem acessar a unidade devido às péssimas condições das estradas, conforme narrativa 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)

Essa realidade é vivida na maioria dos territórios rurais no Brasil devido as escassas as iniciativas de políticas públicas que consideram as especificidades de contextos desta natureza e de planejamento local, que considere as especificidades das regiões. É notório que as coordenações municipais organizam a assistência da Atenção Primária de forma comparativa entre as unidades presentes na área urbana e as unidades das áreas rurais, porém, é importante que se considere suas especificidades no processo de planejamento.

Os profissionais ainda apontaram a dificuldade de deslocamento também de alguns usuários até as UBS decorrente de distâncias geográficas, seja para realização de consultas na UBS referencial ou para realização de exames complementares que, na maioria das vezes, são realizadas na área urbana.

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 posto. A acessibilidade é um pouco complicada. (Aroeira 2)

A dificuldade mesmo é o deslocamento porque, como são pessoas muito distribuídas, a gente traba-

lha 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)

Os discursos sinalizam a presença das iniquidades em saúde em territórios rurais e que esta, não está decorrente apenas das longas distâncias geográficas, mas de aspectos mais amplos, como a determinação social, as desigualdades de poder aquisitivo e de posse de meios de transporte, que se sobrepõem às barreiras de acesso aos serviços de saúde¹⁸.

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. A realidade brasileira é que uma considerável maioria de gestores municipais ainda não garantem de forma efetiva um transporte exclusivo para deslocamento dessas equipes.

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 política¹⁹.

Estudos de revisão sinalizam que barreiras de acesso aos serviços de saúde podem gerar consequências aos cuidados em saúde, tais como: usuário tendo que reiniciar, desistir ou adiar sua busca por cuidados de saúde; agravamento na sua condição de saúde; busca de cuidados em hospital, independentemente do tipo da demanda, dentre outros prejuízos^{20,21,22}.

Uma experiência positiva a destacar nessa pesquisa, relativa a organização de transporte fornecido pela gestão para a população está na disponibilização de uma ambulância com motorista em povoados polos, durante as 24h, todos os dias da semana, para serem acionados, em caso de emergência. Essa ação é realizada em dois dos municípios pesquisados. Foi uma estratégia viável e que tem diminuído o sofrimento da população, especialmente, quando se refere ao deslocamento de emergência.

O segundo desafio apontado foi o "Acesso a infraestrutura e aos recursos materiais". Duas equipes apontaram que as estruturas físicas de suas UBS eram inadequadas por não comportar uma quantidade de salas para atendimentos que garantisse que todos os profissionais pudessem realizar seu atendimento, assim como, eram pequenas e sem ventilação adequada. Além disso, destacou-se também, a falta de equipamento adequados e o quantitativo de materiais de insumos para realização de procedimentos eram insuficientes. 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, quando se refere atendimento 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.

Outra questão apontada 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)

O terceiro desafio apontado consiste no "Processo de comunicação com a gestão municipal". A realidade de uma maioria dos profissionais apontou que existe uma lacuna entre o processo de comunicação da gestão da Atenção básica e os profissionais da ESF que pode

dificultar o planejamento e organização do processo de trabalho, conforme ilustrado nas narrativas 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 infraes-

trutura 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 prescriptor do trabalho dos profissionais é o suficiente para garantir que o cuidado se realize nas UBS.

Um participante relata que falta reconhecimento 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-gerencial²³. 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 reconhe-

cidos e vistos como atores importantes nesse processo.

O quarto desafio referido foi a “Rotatividade Profissional”. A rotatividade traz prejuízos consideráveis para a gestão e pode comprometer as relações das equipes com a população,.

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 Seidl²⁰ 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 Silva²⁴, 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.

Potencialidades da Estratégia de Saúde da Família no cuidado a população em Território Rural

O trabalho dos profissionais da ESF

em territórios rurais é desafiador devido as diversas barreiras socioespaciais e estruturais enfrentadas para garantir uma assistência de qualidade e amenizar as desigualdades no acesso a saúde dessa população. O trabalho na APS envolve a estruturação e a organização das práticas de saúde a partir de saberes construídos de modo coletivo. Quando se fala na construção do cuidado em saúde para populações rurais é preciso que esses saberes estejam estruturados a partir das especificidades locais.

Os discursos dos profissionais a respeito das potencialidades no trabalho em ESF rural foram enfatizadas pelo “Vínculo profissional-usuário” e pelo “Trabalho em equipe”, como forma de melhorar o processo de trabalho em saúde e dinamizar as relações na construção do cuidado.

O “Vínculo profissional-usuário” foi citado como uma forma de diminuir as distâncias geográficas e afetivas dos profissionais com os usuários, além de ser um dispositivo essencial para o sucesso das ações de reorganização e resolutividade do processo de trabalho na ESF, especialmente, nos territórios rurais.

Os profissionais discorreram sobre sua relação com a maioria dos usuários como a presença de afeto e empatia. Alguns profissionais destacam que o acolhimento feito pela população aos profissionais, diminuem as barreiras e estimulam a realização do seu trabalho.

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

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)

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-versa²⁵.

O estabelecimento de vínculo entre os profissionais da ESF e usuários é visto como uma forma terapêutica que proporciona bem-estar na convivência e no trabalho dos profissionais, garantindo a continuidade do cuidado e a responsabilização pelo processo de saúde da população²³.

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 interseoriais²².

Em territórios rurais, o vínculo entre profissional e usuário é um instrumento extremamente importante, visto que permite ao profissional realizar o 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 trabalho¹².

Os profissionais apontaram também que o “Trabalho em equipe” é uma ação importante para a construção do trabalho na ESF, pois congrega as várias visões dos profissionais por um bem comum, que é a assistencial multiprofissional aos usuários da saúde.

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 é uma característica essencial na APS, sendo reafirmada a importância dessa prática para desenvolver ações que viabilizem os princípios e as diretrizes do SUS, permitindo que a integralidade e a universalidade sejam garantidas na prática diária^{20,23}.

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 saúde¹⁸.

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.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que o trabalho na Estratégia de Saúde da Família em áreas rurais é permeado de desafios que podem comprometer a produção de cuidados nesses territórios. A questão do acesso sociogeográfico da população aos serviços

de saúde ainda é uma grande lacuna na organização da assistência. Outros desafios apontados foram a infraestrutura das unidades precárias, falta de recursos materiais, dificuldade no processo de comunicação com a gestão e rotatividade profissional.

“ Entre as potencialidades destacadas apontou-se o o vínculo profissional e comunidade e o trabalho em equipe, como importantes fatores que potencializam o processo de trabalho, promovendo um planejamento de qualidade para a assistência em saúde. ”

Embora os resultados tragam a realidade de municípios de apenas um estado brasileiro, ele retrata a realidade vivenciada em diversas equipes de ESF rurais de municípios adjacentes no Brasil. Assim, os resultados expostos, podem subsidiar discussões entre pesquisadores, gestores e profissionais da saúde, a fim de identificar as possibilidades e limitações para o desenvolvimento do trabalho das equipes na Atenção Primária, como no fortalecimento de políticas públicas que contemplem a organização da assistência à saúde da população nesses territórios.

Referências

1. Santos DSS, Mishima SM, Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23 (3): 861-870, 2018.
2. Santos MVOJ, Oliveira LGF, Freitas LS, Silva LAA. E o acesso à saúde primária pela população rural? *Rev Enferm. Atual In Derme* 2023;97(4): 1-11.
3. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate.* 2018;42: 302-314.
4. Franco CM, Lima JG, 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.* 2021;37(7): 1-22
5. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da atenção primária à saúde para populações rurais e urbanas na Região Norte do Brasil. *Saúde Debate.* 2018;42(1): 81-99.
6. Moraes VD, Campos CEA, Brandão AL. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. *Physis.* 2014; 24(1): 127-146.
7. Schimith MD, Budó MLD, Weiller TH, Prates LA, Wilhelm LA, Alberti GF. Acessibilidade organizacional: barreiras na continuidade do cuidado na atenção primária à saúde. *Rev. Enfer. UFSM.* 2019;9(17): 1-17.
8. Strasser, R. Rural health around the world: challenges and solutions. *Fam Pract.* 2023: 457-463, 2003.
9. Targa LV. Área rural. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade.* Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 431-442.
10. Savassi LCM, Almeida MM, Floss MMA, Lima MC. Saúde no caminho da roça. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2018: 163.
11. Wakerman J, Humphreys J, Russell D, Guthridge S, Bourke L, Dunbar T et al. Remote health workforce turnover and retention: what are the policy and practice priorities? *Human Resources for Health.* 2019; 17(99): 1-8.
12. Oliveira AR, Sousa YG, Diniz IVA, Medeiros SM, Martiniano C, Alves M. The daily routine of nurses in rural areas in the Family Health Strategy. *Rev. Bras. Enferm.* 2019;72(4): 970-977.
13. Shimizu HE, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2018;52: 1-7.
14. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública.* 2018;34(6): 1-14.
15. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
16. 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.
17. Silva SS, Assis MMA, Santos AM. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na Estratégia Saúde da Família: diferentes olhares analisadores. *Texto Contexto Enferm.* 2017;27(3): 1-9.
18. Amaral VS, Oliveira DM, Azevedo CVM, Mafra RLM. Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. *Physis.* 2021;31(1): 1-20.
19. Bousquat AEM, Fausto MCR, Almeida PF, Lima JG, Seidl H, Sousa ABL et al. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev. Saude Publica.* 2022;56(73): 1-11.
20. Fausto MCR, Giovanella L, Lima JG, Cabral LMS, Seidl H. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2022;27(4): 1605-1618.
21. Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Rev. Pan. Salud Publica.* 2020;44.
22. Souza ABL, Herkrath F, Wallace CS, Farmer J, Bousquat AEM. Primary health care in the Amazon and its potential impact on health inequities: a scoping review. *Rural and Remote Health.* 2022;22(1): 1-15.
23. Brasil. Ministério da Saúde. 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, Brasília (DF);* 2017 set 22. Seção 1, p. 68.
24. Andrade LR, Pinto ICM, Soares CLM, Silva VO. Provisão e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia. *Rev. Adm. Pub.* 2019;53(3): 505-519.
25. Santos RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Enferm. UFSM.* 2016;6(3): 350-359.