



ARTIGO ORIGINAL –Suplemento Temático PROFSAÚDE

*Análise das condições de saúde de usuários e da atuação de uma equipe de saúde da família na realidade rural*

*Analysis of the health status of users and the work of a family health team in rural areas*

*Análisis de las condiciones de salud de los usuarios y del trabajo de un equipo de salud familiar en una zona rural*

Luis Lopes Sombra Neto<sup>1</sup>

Fundação Oswaldo Cruz - Ceará

Morgana Pordeus do Nascimento Forte

Fundação Oswaldo Cruz - Ceará

Vanira Matos Pessoa

Fundação Oswaldo Cruz - Ceará

Autor correspondente<sup>1</sup>: Luis Lopes Sombra Neto. E-mail: luisneto88@hotmail.com

Recebido em: 13 de agosto de 2023 ----Aprovado em: 4 de dezembro de 2023 ----Publicado em: 19 de dezembro de 2023

RESUMO

Introdução: a população rural tem singularidades que condicionam a organização dos serviços de saúde e as práticas socio-sanitárias na Atenção Primária à Saúde (APS). Objetivo: analisar as condições de saúde de usuários e a atuação de uma equipe de saúde da família em território rural com triangulação de dados qualitativos e quantitativos. Métodos: No eixo quantitativo, participaram 152 usuários da APS com perguntas sobre serviços de saúde e rastreio para Transtornos Mentais Comuns (TMC) e aferição de medidas antropométricas, pressão arterial e glicemia capilar. No eixo qualitativo, foram entrevistados sete profissionais de saúde, utilizando entrevistas semiestruturadas abordando atuação na APS. Resultados: Detectaram-se risco cardiovascular (37,8% n=57) e alta prevalência de TMC (23% n=35). Foram identificados três domínios temáticos nas entrevistas dos profissionais: coordenação do cuidado e garantia de acesso; trabalho em equipe e dificuldades de atuação; promoção, prevenção e educação em saúde. Corroborando a percepção dos profissionais, os usuários avaliaram positivamente os atributos: “estrutura física adequada” e “qualidade do atendimento”, como piores avaliações para “acesso aos medicamentos” e “estrada para acesso”. Conclusão: apesar dos avanços na implementação da APS, a realidade rural demonstra fragilidades que necessitam de ações específicas na organização dos serviços de saúde. Este texto é fruto do programa de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

ABSTRACT

Introduction: The rural population has specific characteristics that influence the organization of health services and socio-sanitary practices in Primary Health Care (PHC). Objective: To analyze the health status of users and the work of a family health team in a rural area by triangulating qualitative and quantitative data. Methods: 152 PHC users participated in the quantitative study, in which questions about health services and screening for Common Mental

Palavras-Chave

População Rural;  
Saúde da  
População Rural;  
Necessidades e  
Demandas de  
Serviços de Saúde;  
Estratégia Saúde  
da Família;  
Atenção Primária  
à Saúde.

Keywords

Rural Population;  
Rural Health;  
Health Services  
Needs and Demands;

Disorders (CMD) were collected, as well as anthropometric measurements, blood pressure, and capillary glycemia. On the qualitative axis, seven health professionals were interviewed in semi-structured interviews on working in PHC. Results: A cardiovascular risk (37.8% n=57) and a high prevalence of CMD (23% n=35) were detected. Three thematic domains were identified in the interviews with professionals: Coordination of care and ensuring access; teamwork and difficulties at work; health promotion, prevention, and education. In line with professionals' perceptions, users rated the following attributes positively: "Adequate physical structure" and "quality of care". There were poorer ratings for "access to medication" and "road to reach the facilities". Conclusion: Despite the progress made in the implementation of PHC, the rural reality shows weaknesses that require specific measures in the organization of health services. This text is the result of the Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAÚDE).

## RESUMEN

Introducción: La población rural presenta singularidades que condicionan la organización de los servicios de salud y las prácticas sociosanitarias en Atención Primaria de Salud (APS). Objetivo: Analizar las condiciones de salud de los usuarios y el trabajo de un equipo de salud familiar en una zona rural mediante la triangulación de datos cualitativos y cuantitativos. Métodos: En el eje cuantitativo se abordaron preguntas sobre servicios de salud y detección de Trastornos Mentales Comunes (TMC), así como mediciones antropométricas, presión arterial y glicemia capilar, participaron 152 usuarios de APS. En el eje cualitativo, mediante entrevistas semiestructuradas, se abordaron temáticas relacionadas con el trabajo en APS, se entrevistó a 7 profesionales sanitarios. Resultados: Se detectó riesgo cardiovascular (37,8% n=57) y una alta prevalencia de TMC (23% n=35). Se identificaron tres dominios temáticos en las entrevistas de los profesionales: Coordinación de la atención y garantía de acceso; trabajo en equipo y dificultades en el trabajo; promoción, prevención y educación para la salud. Corroborando la percepción de los profesionales, los usuarios valoraron positivamente los atributos: "estructura física adecuada" y "calidad asistencial", con peores valoraciones para "acceso a medicamentos" y "vía de acceso". Conclusión: A pesar de los avances en la implementación de la APS, la realidad rural presenta debilidades que exigen acciones específicas en la organización de los servicios de salud. Este texto es resultado del programa de posgrado stricto sensu, Maestría Profesional en Salud de la Familia (PROFSAÚDE).

*Family Health  
Strategy; Primary  
Health Care.*

## *Palabras Clave*

Población rural;  
Salud Rural;  
Necesidades y  
Demandas de  
Servicios de Salud;  
Estrategia de Salud  
de la Familia;  
Atención Primaria  
de Salud.

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), deve adotar, no seu processo de trabalho, a análise de situação de saúde do território adscrito, que é fundamental para: identificar os problemas, definir prioridades e elaborar planos de cuidados e de gestão para o funcionamento adequado dos serviços ofertados. Dessa forma, e tendo como premissa os princípios da equidade, da universalidade e da integralidade, é possível estabelecer o perfil de vulnerabilidade da população e suas principais necessidades de saúde (1, 2, 3).

Nesse contexto, o território rural tem singularidades e especificidades que condicionam a organização dos serviços de saúde e as práticas socio sanitárias na APS. A questão ambiental é diretamente ligada ao modo de vida e à reprodução social, incluindo o modo de produzir, que vai da pesca artesanal até a agricultura, o extrativismo e a mineração; o que expõe tal população a um conjunto de agravos específicos (4). Além disso, um dos aspectos diretamente relacionados ao processo-saúde-cuidado do indivíduo e da coletividade é o trabalho, pois fatores como preocupação com a produção, sobrecarga de trabalho, exposição às vulnerabilidades ambientais e uso de agrotóxicos contribuem diariamente para o adoecimento físico e mental dos trabalhadores rurais (5).

Fortalecer as práticas de saúde territorializadas, centradas na identificação das necessidades de saúde é fundamental para intervir no processo saúde-doença dos trabalhadores rurais, sendo uma premissa para a APS. Nesse sentido, a publicação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA) (6), em 2014, enfocando a promoção de equidade em saúde, foi um dos avanços do SUS. Através do alinhamento de ações e serviços de saúde que atendam às populações do campo, da floresta e das águas (PCFA), essa política tem como um dos objetivos a promoção da saúde e a redução dos riscos e dos agravos acarretados pelos processos de trabalho, melhorando os indicadores de saúde e a qualidade de vida dessa população (7).

Entretanto, na realidade brasileira, ainda presenciamos a escassez de ações específicas voltadas para a realidade rural e a inadequada abordagem nos cuidados em saúde de muitos profissionais que atuam nesses territórios, contribuindo para que a população rural permaneça marginalizada e desassistida de cuidados em saúde (8,9).

Este manuscrito objetiva analisar as condições de saúde de usuários e a atuação de uma equipe de saúde da família em território rural do nordeste do Brasil.

## Métodos

### Tipo de estudo

Trata-se de estudo de métodos mistos, com triangulação de dados qualitativos e quantitativos com o propósito de ampliar, aprofundar e fornecer melhores possibilidades analíticas. Essa combinação de métodos oferece uma alternativa para a investigação de fenômenos complexos em que uma técnica isolada não é suficiente para a compreensão do problema a ser estudado (10).

### Local do estudo e período de coleta de dados

O estudo foi realizado no sertão do estado brasileiro do Ceará, no município de Novo Oriente, que foi selecionado para a realização de pesquisa em saúde no seu território devido às demandas dos movimentos populares do campo e das águas. O município é classificado pelo IBGE (2017) (11) como rural adjacente, tendo-se em vista os critérios: densidade demográfica, acesso a grandes centros urbanos, estruturação de bens/serviços e localização. Nele há uma população total 27.453 habitantes, dos quais 48,17% moram na zona rural, com mais de 95% da população do município sendo usuária do SUS. Novo Oriente conta com 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), com 13 equipes de saúde da família (12).

A pesquisa de campo foi realizada no período de junho de 2019 a outubro de 2020, com coleta de dados em dois pontos distintos situados na mesma área adscrita do território: na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e na Colônia dos Pescadores Artesanais, sendo os profissionais de saúde entrevistados na UAPS, em 2019, e os usuários do SUS, na Colônia, em 2020.

### Técnicas de coleta de dados

A escolha dos participantes ocorreu mediante indicação dos representantes dos movimentos populares locais, que reconheciam os indivíduos como trabalhadores rurais da agricultora familiar e/ou da pesca artesanais, que foram mobilizados para participar da pesquisa pelos líderes comunitários. No total, 152 agricultores foram selecionados por amostra não-probabilística intencional.

Utilizou-se um formulário composto por perguntas objetivas sobre dados demográficos e avaliação dos serviços de saúde, elaborado pelos pesquisadores após oficina de oito horas com representantes de entidades rurais, profissionais que atuam no SUS e pesquisadores.

As variáveis contempladas no formulário foram relacionadas para a avaliação dos serviços de saúde pelos usuários. Os atributos relativos à APS foram avaliados pelo entrevistado, que pôde selecionar uma entre as seguintes opções: “Ótimo” (peso 5), “bom” (peso 4), “regular” (peso 3) e “ruim” (peso 2) ou “muito ruim” (peso 1). Os pesos foram aplicados no cálculo da média ponderada individualizada para cada atributo. O conceito final foi determinado de acordo com a seguinte escala: “ótimo” (4,21 a 5), “bom” (3,41 a 4,2), “regular” (2,61 a 3,4), “ruim” (1,81 a 2,6) e “muito ruim” (1 a 1,8).

As condições de saúde foram avaliadas pela aferição de medidas antropométricas (peso, altura e circunferência de cintura e quadril) e de aferição de pressão arterial e glicemia capilar. As técnicas utilizadas nas aferições e os parâmetros utilizados na análise foram os recomendados pelo Ministério da Saúde (12-15).

Além disso, foi aplicado o SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*) que é um instrumento composto por 20 perguntas objetivas, criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o intuito de rastreamento de Transtornos Mentais Comuns, sendo sete respostas afirmativas o ponto de corte padronizado na maioria das literaturas para rastreio positivo (16).

Para a padronização do método de coleta de dados, os entrevistadores foram capacitados e foi realizado um estudo-piloto em agosto de 2020 com amostra não-probabilística intencional de 31 residentes do município de Fortim, CE, Brasil, que possui dados sociodemográficos semelhantes aos de Novo Oriente, CE (17).

A coleta de dados qualitativos foi realizada, por meio de entrevista do tipo semiestruturada, com sete profissionais de uma equipe completa da ESF, por meio de um roteiro em que havia perguntas norteadoras, cuja condução ocorreu com base numa estrutura solta, em que o pesquisador tem uma concepção mental das perguntas do estudo capazes de nortear as áreas a serem exploradas, mas as perguntas especificamente verbalizadas, seja pelo entrevistador ou pelo entrevistado, podem divergir de acordo com o contexto e o ambiente da entrevista (18). O roteiro de entrevista abordava os seguintes tópicos: ser profissional de saúde no contexto rural; saúde e trabalho; saúde e ambiente; ocupações das populações de campo e das águas; riscos ocupacionais e saúde do trabalhador; acesso e equidade na saúde da PCFA.

Foram entrevistados enfermeiro, médico, cirurgião-dentista (CD), técnico de enfermagem (TE), auxiliar de saúde bucal (ASB), agente comunitário de saúde (ACS), agente de combate a endemias (ACE) de uma mesma equipe da ESF do território rural, atuantes no território de adstrição dos usuários

participantes. Os entrevistados foram indicados pelos movimentos sociais do território do campo e das águas local.

### **Processamento e análise dos dados**

Os dados quantitativos foram coletados em dispositivos móveis programados com o formulário no aplicativo ODK (*Open Data Kit*), preenchido pelo pesquisador. Os dados foram exportados do ODK em tabela no *software* Excel® Office. Esta tabela foi inserida no programa de estatística SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para realização de análise estatística.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e processadas para análise, utilizando a técnica da Análise Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação (19). Considerando-se os grandes eixos estruturantes da APS, foram identificados três domínios temáticos nas entrevistas dos profissionais, sendo elas: processo de trabalho em busca da coordenação do cuidado e da garantia de acesso na ESF; trabalho em equipe e dificuldades na atuação no território e prevenção, promoção e educação em saúde no território.

### **Aspectos éticos**

Este estudo faz parte do projeto *Produção de indicadores para avaliação das condições de vida das famílias e acesso aos serviços de atenção primária em territórios do litoral e do sertão do Ceará e do Rio Grande do Norte*. A pesquisa foi desenvolvida dentro dos parâmetros contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 446/2012 e 510/2016, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/ CE (parecer n.º 3.372.478; CAAE n.º 07802419.2.0000.5037).

### **Resultados e Discussão**

#### **Perfil sociodemográfico e de saúde dos usuários**

Dentre os 152 indivíduos entrevistados, a maioria era do sexo masculino (57,2%; n=87) e com média de idade de 43 anos. A situação conjugal com maior prevalência foi casado/união estável (85,5%; n=130). Em relação à etnia, a maioria se autodeclarou como pardo (67,1%; n=102), professava o catolicismo (82,9%; n=126). As atividades laborais foram: agricultura familiar, pesca artesanal e trabalho doméstico, com ou sem concomitância. A principal atividade laboral foi agricultura familiar em concomitância com o trabalho doméstico (27,6%; n=42). A renda familiar mensal concentrou-se em até 1000 reais (67,6%; n=92).



Na avaliação de saúde, como exposto na Tabela 1, observou-se uma alta prevalência de indivíduos com diagnóstico prévio de alguma doença (51,3%; n= 78), apesar de estarem na faixa etária de adulto jovem. Referiram que procuraram profissional de saúde nos últimos 12 meses 61,2% (n=93) e que fazem uso de medicamento(s) contínuo(s) 47,8% (n=62), os quais são obtidos principalmente através de compra (60% n=62). Observa-se, portanto, uma fragilidade na obtenção gratuita de medicamentos no município. Apesar dessa realidade, um número expressivo de indivíduos não faz acompanhamento da saúde (51,3%; n=78).

Os achados se mostram semelhantes a dados encontrados entre os brasileiros em geral, em que 159,6 milhões (76,2%) relataram ter se consultado com um médico nos últimos 12 meses, destacando-se majoritariamente mulheres (82,3%), de etnia branca (79,4%), idade acima de 60 e escolaridade com nível superior completo (84,6%). Em relação aos medicamentos, apenas 30,5% das pessoas conseguiram obter, no serviço público de saúde, pelo menos um dos medicamentos prescritos no último atendimento de saúde (20).

Em relação à autopercepção de saúde, quase 30% (n=45) descreveram como “regular”, “ruim” ou “muito ruim”. Além disso, nos testes de rastreio, constatou-se um número expressivo com Transtornos Mentais Comuns (23%; n=35). Trabalhadores agrícolas demonstraram ter pior autopercepção de saúde quando comparada àquela apresentada pelos trabalhadores não-agrícolas, refletindo a possível influência dos fatores de risco, intrínsecos ao trabalho (exposições a agrotóxicos, ruídos, entre outros). Além disso, a atividade agrícola aumenta a chance de referência a doenças de coluna/costas, hipertensão arterial e artrite/reumatismo (21). Tais agravos podem ter uma íntima relação com as condições psicossociais associados às condições de vida e trabalho no campo, como evidenciado na prevalência dos TMC – em torno de 35,7% a 36,4% – em mulheres que habitam territórios rurais das regiões Sul e Sudeste (22,23).

Quanto à avaliação da pressão arterial e glicemia capilar aferidas no momento da entrevista, foram detectados, respectivamente, 10% (n=15) e 1,3% (n=2) de indivíduos com valores acima do recomendado. Semelhante ao evidenciado nesta pesquisa, um estudo que avaliou o perfil cardiovascular em comunidades rurais no Vale do Jequitinhonha, localizado no estado Minas Gerais, Brasil, constatou uma quantidade expressiva de indivíduos com dados alterados relacionados, principalmente, a pressão arterial, dieta saudável e tabagismo, apresentando potencialmente um elevado risco para incapacidade e mortalidade (25).

**Tabela 1**– Situação de saúde dos participantes. Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020

INDICADORES	N	%
<b>Problema (s) de saúde diagnosticado (s) (n=152)</b>		
Sim	78	51,3
Não	74	48,7
<b>Procurou profissional de saúde nos últimos 12 meses (n=152)</b>		
Sim	93	61,2
Não	59	38,8
<b>Faz uso de medicamento (s) contínuo (s) (n=152)</b>		
Sim	62	47,8
Não	90	59,2
<b>Forma de obtenção dos medicamentos que utiliza (n=62)</b>		
Gratuito	8	13
Comprado	37	60
Gratuito e comprado	17	27
<b>Local de acompanhamento da saúde (n=152)</b>		
Público	55	36,1
Particular	4	2,6
Público e Particular	15	10
Não faz acompanhamento	78	51,3
<b>Autopercepção de saúde (n=152)</b>		
Muito Ruim	2	1,3
Ruim	7	4,6
Regular	36	23,7
Boa	82	54
Muito Boa	25	16,4
<b>Transtornos Mentais Comuns (n=152)</b>		
Sim (SRQ-20 $\geq$ 7 pontos)	35	23
Não (SRQ-20 $<$ 7 pontos)	117	77
<b>Índice de Massa Corpórea (n=152)</b>		
Desnutrido ( $<$ 18,5 kg/m <sup>2</sup> )	6	4
Eutrófico (18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> )	69	45,4
Sobrepeso (25-29,9 kg/m <sup>2</sup> )	54	35,5
Obesidade ( $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> )	23	15,1
<b>Relação Cintura-quadril alterada (n=151)</b>		
Sim (Mulheres $\geq$ 0,85/ Homens $\geq$ 1)	57	37,8
Não	94	62,2
<b>Índice de adiposidade corporal alterado (n=151)</b>		
Sim (Mulheres $\geq$ 38% / Homens $\geq$ 25%)	74	49
Não	77	51
<b>Pressão Arterial alterada (n=152)</b>		
Sim (PAS $\geq$ 140 e/ou PAD $\geq$ 90 mmHg)	15	10
Não	137	90
<b>Glicemia capilar alterada (n=152)</b>		
Sim (Jejum $\geq$ 110 mg/dl ou pós-prandial $\geq$ 200) mg/dl)	2	1,3
Não	150	98,7

Legenda: n: amostra absoluta %: frequência relativa; PAS: Pressão Arterial Sistólica PAD: Pressão Arterial Diastólica

Fonte: Elaborada pelos autores, 2021



As comorbidades e os transtornos identificados no presente estudo, bem como o elevado índice de usuários que não fazem acompanhamento de saúde, são sintomáticos. Sabe-se que doenças crônicas não-transmissíveis e TMC necessitam de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, prioritariamente, na APS, sendo condições sensíveis à APS. A qualidade do serviço nesse nível de atenção tem impacto direto na redução das internações por essas condições de saúde, devendo haver uma sensibilização tanto da comunidade quanto dos profissionais para a garantia cuidado integral (24).

### Perfil dos profissionais da ESF rural

Dos sete profissionais de saúde entrevistados, quatro eram do sexo masculino e três do sexo feminino, com faixa etária entre 20 e 50 anos, sendo a mediana de 29 anos. A maioria era solteira e sem filhos (71%) e tinha como religião a católica (85%). Na autodeclaração de etnia, três se consideraram pardos, dois brancos, um amarelo e um se intitulou “moreno”. Quanto ao tempo de atuação na APS, no município e na equipe da ESF, a duração foi de menos de dois anos, sendo que o médico estava na equipe há apenas algumas semanas e o ACS há menos de um ano, conforme a tabela 2:

**Tabela 2** – Tempo de atuação dos profissionais na APS em Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020

CATEGORIA PROFISSIONAL	Tempo de atuação na APS	Tempo de atuação no município	Tempo de atuação na equipe da ESF
Agente de combate de endemias	19 anos	19 anos	19 anos
Agente comunitário de saúde	11 meses	11 meses	11 meses
Auxiliar saúde bucal	5 meses	5 meses	5 meses
Cirurgião-dentista	3 anos	3 anos	1 ano
Técnico de enfermagem	2 anos	2 anos	1 ano
Enfermeira	7 anos	7 anos	2 anos
Médico	1 ano e 8 meses	1 ano e 8 meses	2 semanas

Fonte: Elaborada pelos autores

A longitudinalidade é um dos atributos da APS que necessita de melhor adaptação para seu fortalecimento nos territórios rurais, pois, nesses lugares, observa-se a falta ou a pouca vinculação de profissionais de saúde, como observado na presente pesquisa. Estudos mostram que muitos médicos não se sentem atraídos e valorizados para trabalhar nesses locais devido à demanda excessiva, APS limitada ao

assistencialismo e problemas na própria rede de serviços. Tais dificuldades também foram mencionadas entre os profissionais entrevistados nesta pesquisa, quando descrevem que a organização da agenda do médico envolve, principalmente, atendimentos de demanda livre pelo pouco tempo de atuação na equipe e a alta rotatividade profissional (26,27).

### **Processo de trabalho para coordenação do cuidado e acesso na APS**

Para atender ao princípio de integralidade do SUS, deve-se organizar o processo de trabalho pautando-se a questão das necessidades de saúde como objeto do trabalho. Nesse sentido, a ESF deve reorientar o modelo na APS por meio da atenção contínua à população do território adscrito, tendo como força de trabalho uma equipe multiprofissional interdisciplinar que proporcione cuidado integral à saúde das famílias (25).

Sob a ótica dos profissionais de saúde, foi identificado processo de trabalho que contempla atendimentos de demandas espontâneas, principalmente na agenda do profissional médico, e demandas programadas. As falas abaixo corroboram esta análise:

*A gente tem um cronograma de ações, mas, assim, aliás, de atendimento, mas o médico, a gente sempre deixa atendimento livre. Porque todo dia ... a gente não barra o paciente, ele chega e ele é atendido, a não ser que ele não queira esperar, né? (Enfermeira).*

*Nesse pouco tempo que eu tenho aqui, temos casos de idosos hipertensos, diabéticos, cardiopatas, que têm alguma dislipidemia. Crianças, é mais o quadro de infecções intestinais ou infecções respiratórias que eu costumo pegar no momento aqui (...) jovem, a gente tem uma demanda muito pequena, é mais é idosos, mais os extremos, ou crianças... Pro enfermeiro, acredito que a gente tenha uma demanda de puerpério, que é natural, tem as gestantes onde a gente faz o pré-natal (Médico).<sup>1</sup>*

Sob a ótica de organização de agenda da equipe, uma das formas de garantir acesso e equidade é através do acesso avançado, cuja regra “Faça o trabalho de hoje, hoje!”, com atendimentos programados e de demandas espontâneas, capaz de dobrar o número de atendimentos nas unidades e promover uma agenda pautada nas necessidades de saúde, ou seja, o processo de trabalho da equipe passa a ser dimensionado pelo território e pela população adscrita (28).

Ainda assim, não se consegue resolver algumas demandas na APS. Os profissionais entrevistados descreveram o que ocorre quando é necessário algum encaminhamento:

*A pessoa chega, aí ele (cirurgião-dentista) analisa e vê se precisa de um encaminhamento, se não pode ser resolvido ali na hora, aí dá a ficha. Vem aqui na secretaria, eles marcam, aí eu não sei o tempo que demora pra ser chamado pra realizar o procedimento (ASB).*

<sup>1</sup> Procurou-se preservar a sintaxe original dos depoimentos dos participantes da pesquisa.

*Da questão dos acidentes de trabalho que dá pra resolver aqui, a gente resolve, né? Caso precise de sutura, essas coisas, a gente resolve. Mas, às vezes, precisa de raio X, essas coisas, aí a gente encaminha pro município (Enfermeira).*

Para uma coordenação do cuidado eficaz, deve existir uma incorporação entre profissionais, usuários e condução do sistema, que precisam ser atingidos por meio da ESF (29). Notou-se um diálogo adequado entre os profissionais da ESF, porém não houve menção à comunicação entre os serviços da rede de atenção à saúde.

### **Trabalho em equipe e dificuldades na atuação no território**

Nas falas dos profissionais, notou-se a necessidade do trabalho em equipe para melhor atendimento dos usuários. O próprio vínculo entre os membros da equipe deve ser destacado, mesmo com alguns profissionais atuando nela há pouco tempo. As falas abaixo fornecem essa perspectiva:

*Nós aqui estamos de parabéns pela equipe... todo mundo trabalha, todo mundo dedicado (...) os profissionais mesmo, competentes (...) tentam ajudar mesmo a população (ACS).*

*Todo mês, quando a gente senta nas reuniões de equipe, (...) a gente é muito próxima dos agentes de saúde e a gente tá sempre colocando isso, o que é que pode melhorar. A gente tenta aumentar a questão dos atendimentos extramuros, só que não depende só da gente (Enfermeira).*

Quanto à percepção dos usuários do serviço entrevistados, como dificuldades observadas no território, observam-se aspectos como a distância, pois mais da metade dos usuários (58,2% n=64) moram a mais de 5 km da UAPS, sendo a estrada de acesso classificada como ruim por parte significativa (14,7% n=22), conforme descrito na tabela 3.

Para alguns profissionais de saúde, a dificuldade, além da distância, também envolve a dificuldade na regularidade dos cuidados:

*A gente não consegue o acompanhamento deles durante um mês. Às vezes, eu vejo um paciente hoje e aí quando eu vejo alguma coisa suspeita eu passo pro profissional da unidade. Numa zona rural, numa comunidade, eu só vou voltar naquela comunidade, às vezes, depois de seis meses, quatro meses (Cirurgião-dentista).*

A dificuldade mencionada acima pelo cirurgião-dentista se dá, nesse caso, por ele ser membro de uma equipe móvel, e não fixa na unidade de saúde. Sabe-se que, no Brasil, com vistas à melhoria e à consolidação da ABS, tem sido a ESF o principal modelo de atenção, sendo composta, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Os profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal) podem ou não fazer parte da ESF, dificultando assim o cuidado integral à saúde bucal (30).

**Tabela 3** – Serviços de saúde ofertados aos trabalhadores e trabalhadoras da agricultura familiar camponesa e da pesca artesanal. Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020

INDICADORES	N	%
<b>Atendimento mais procurado em casos de doença na família (n=152)</b>		
Serviços de Saúde tradicionais	130	85,5
Rezadeiras e outros	22	14,5
<b>Serviços de saúde mais utilizados (n=152)</b>		
Posto de Saúde	97	63,7
Hospital	49	32,3
Outros	6	4
<b>Melhor atendimento de saúde que já teve (n=143)</b>		
Posto de Saúde/Visita domiciliar ESF	56	36,8
Hospital Público	67	44
Clínica/Consultório Particular	17	11,2
Outros	12	8
<b>Avaliação geral do serviço público de saúde do município (n=151)</b>		
Muito ruim	3	2
Ruim	11	7,3
Regular	61	40,3
Bom	71	47,1
Ótimo	5	3,3
<b>Procura posto de saúde por seus problemas de saúde (n=152)</b>		
Sim	110	72,4
Não	42	27,6
<b>Distância da casa ao posto de saúde mais próximo (n=110)</b>		
Até 5 km	46	41,8
Acima 5 km	64	58,2
<b>Faltam profissionais de saúde no posto de saúde (n=131)</b>		
Sim	78	59,5
Não	53	40,4
<b>Profissional considerado mais necessário (n=151)</b>		
Médico	104	68,9
Agente Comunitário de Saúde	24	15,9
Dentista	13	8,6
Enfermeiro	6	4
Agente de Combate a Endemias	4	2,6
<b>Profissional considerado mais resolutivo (n=145)</b>		
Médico	67	46,2
Agente Comunitário de Saúde	60	41,4
Enfermeiro	15	10,3
Dentista	1	0,7
Outros	2	1,4
<b>Avaliação geral posto de saúde (n=149)</b>		
Muito ruim	1	0,7
Ruim	4	2,7
Regular	40	26,9
Bom	99	66,4
Ótimo	5	3,3

Legenda: n= amostra absoluta %: frequência relativa

Fonte: Elaborada pelos autores, 2021

## Prevenção, promoção e educação em saúde no território

Entre atividades que envolvam prevenção e promoção da saúde, foi relatada a utilização do calendário vacinal e a aplicação de vacinas extramuros e em visitas domiciliares, nas quais a maioria da equipe se envolvia. A equipe de saúde bucal também descreveu sua atuação em ambiente escolar, seja para a aplicação de flúor, seja para a avaliação e verificação dos estudantes quanto a outras necessidades relacionadas à saúde bucal. As falas abaixo dão suporte para esse tema.

*Uma pessoa da comunidade que cedeu a casa pra gente, o espaço da casa, pra gente atender. Aí a gente leva todo o material: leva medicação, leva prontuário, leva vacinas... (Enfermeira).*

*A gente faz avaliação de cada estudante, aí ele (o cirurgião-dentista) passa um flúor e, assim, a gente fez num lugar, e muitas crianças precisaram de outros (procedimentos). Ele avaliou e viu que precisava e aí anotou, quando a gente retornar lá, ele vai continuar o tratamento da criança que precisa de outras coisas... (ASB).*

As atividades de educação em saúde foram relatadas principalmente pela enfermeira, que descreveu dificuldade de adesão dos usuários:

*Aqui a gente sempre tá tentando trabalhar muito na educação em saúde. A gente faz sala de espera, a gente faz atividades, mas eles são muito resistentes em participarem. Se eu não pegar sala de espera, tipo, eu marcar uma atividade em educação em saúde para eles virem apenas para essa atividade, eles não vêm, entendeu? Eu sinto essa dificuldade... E é o papel fundamental da atenção básica, a questão da de educar na saúde, a gente sabe que tem um resultado muito bom quando é atendido (Enfermeira).*

Na busca de melhorias nos serviços ofertados pela APS, é preciso investimento em estudos, pesquisas e projeções que subsidiem o planejamento e a execução de um conjunto de estratégias adequadas para a magnitude do problema. Esse processo não pode ser verticalizado em palestras, tampouco pode prescindir da escuta e participação da comunidade, dos movimentos populares e dos profissionais da saúde (31).

## Conhecimento e avaliação dos serviços pelos usuários do SUS

Entre os serviços de saúde, parte significativa utiliza principalmente serviços tradicionais de saúde (85,5% n=130), sendo identificado como o mais utilizado o posto de saúde (63,8% n=97). Ao avaliar o melhor atendimento que já tiveram na vida, os(as) agricultores(as) familiares e/ou pescadores(as) artesanais referiram principalmente os serviços públicos: hospital público (44%; n=67) e posto de saúde/visita da ESF (36,8%; n=56). Na avaliação geral do serviço público de saúde do município, houve uma dispersão dos resultados, principalmente entre os conceitos “regular” (40,3%; n=61) e “bom” (47,1%; n=71).

Em um estudo que analisa as Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019, foi ratificado que a ESF se mantém como o principal modelo de cuidados em saúde, principalmente nos territórios rurais, onde, no geral, vivem populações com piores condições de vida e maiores dificuldades de acesso à saúde em localidades nas quais os serviços privados são residuais e o SUS é o responsável pela atenção à saúde. Entretanto, as recentes mudanças na condução da política nacional, que enfraqueceram o enfoque comunitário e a prioridade da ESF, podem ameaçar tais avanços (32).

Reforça-se que a organização do SUS tem como modelo conceitual as Redes de Atenção à Saúde (RAS), consideradas organizações poliárquicas de serviços de saúde, cuja missão é a atenção contínua e integral à determinada população e em cuja APS coordena como uma condição estruturante (31). Quando a demanda envolve investigação de doenças endêmicas, o fluxo foca na rede hospitalar e no nível central, conforme relatado pelo ACE:

*A pessoa vem... doente chega até a uma unidade básica... que aqui na cidade nós temos, quase todo interior tem uma unidade básica que é o posto [...] de saúde. Então, dali ele é encaminhado para o hospital; o hospital vai dizer: fulano tá com suspeita, daqui é acionada a secretaria, a secretaria aciona a gente pra gente ir lá (ACE).*

Apesar da capacidade resolutiva da ESF, para garantir a sua eficiência é necessário o cuidado do paciente em relação a todas as suas necessidades de saúde, com rede de atenção à saúde estruturada e com serviços de emergências, urgências e hospitalares, com apoio diagnóstico e terapêutico. Entretanto, as redes de assistência em saúde, na sua maioria, são estruturadas nos centros urbanos. Além disso, atualmente é observada uma diminuição dos investimentos e da qualificação da ESF, enfraquecendo arranjos sistêmicos capazes de garantir seu pleno funcionamento nesses ambientes rurais (4, 31, 33).

Além disso, a dificuldade de acesso aos cuidados em saúde, devido às barreiras geográficas, foi identificada tanto pelos usuários (tabela 3) quanto pelos profissionais de saúde, como presente na seguinte fala:

*Um dos fatos é a distância. Só que a gente acaba compensando, indo para o local, mas tem locais que são muito longes, que aí não dá pra ir todos os meses lá (...) quando o local é muito longe, vai uma vez no mês, aí tenta ficar ou tentando manter informações por meio da agente de saúde (...) Também porque eles trabalham, aí, muitas vezes, não têm tempo de tá saindo do seu trabalho na pesca ou na roça ou então cuidando dos animais para poder vir, porque acaba prejudicando o dia deles de trabalho (Técnica de enfermagem).*

Sobre o profissional (trabalhador) de saúde considerado mais necessário, destacaram-se, em ordem decrescente: médicos (68,9%; n=104), agentes comunitários de saúde (ACS) (15,9% n=24) e dentistas (8,3% n=13). Sobre o profissional (trabalhador) considerado mais resolutivo, tivemos: médicos (46,2%; n=67), ACS (40%; n=60) e enfermeiros (10,3%; n=15). Na avaliação geral do posto de saúde, mais de 60% (n=99) atribuíram o conceito “bom”.



Interessante observar o destaque dado pelos usuários aos ACS e aos médicos como principais responsáveis pela resolução dos problemas de saúde dessa população, pois essas categoriais profissionais foram as que apresentaram menor tempo de atuação no perfil dos profissionais de saúde entrevistados no município.

O papel do ACS de contato contínuo com a comunidade, sendo um elo das famílias com os serviços de saúde, e a importante ação na educação em saúde para os usuários pode ser identificada na presente fala:

*A gente trabalha muito nessas coisas, passando mais informação se tem uma palestra (...) tem muito trabalhador que são diabéticos, tem pessoas que são hipertensos, a gente sempre manda essas pessoas vim pra ser feito uma avaliação, passar pelo médico, fazer uma avaliação pelo menos de três em três mês pra ver como é que a saúde dele (ACS).*

Como forma de garantir acesso e responder às demandas da população trazidas pelos ACS, o médico relata como a equipe se organiza para realizar agendamentos de visitas domiciliares, conforme fala abaixo:

*A questão de atendimento, elas fazem a busca direta pelo atendimento ou quando têm alguma queixa que eles não têm como virem, às vezes notificam com agente de saúde. O agente de saúde procura a equipe, a enfermeira ou o médico, e a gente combina de fazer a visita e vai até a área... Ou eles procuram o posto ou quando não têm a condição deles virem (...) a gente combina um dia pra ir fazer essa visita, aí faz (Médico).*

Além disso, os trabalhadores rurais atribuíram conceitos de “ótimo”, “bom”, “regular”, “ruim” ou “muito ruim” especificamente para alguns atributos relacionados à qualidade dos serviços da APS, como pode ser analisado na tabela 4.

A forma como os serviços de saúde está organizada influencia o processo da determinação social da saúde e pode contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde das famílias rurais. A saúde rural não pode ser desvinculada do funcionamento dos sistemas de saúde, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, que necessitam realizar um uso racional e eficiente dos recursos disponíveis. Dessa forma, a garantia ao acesso aos serviços de saúde é uma das bases para garantir qualidade de vida aos indivíduos e suas famílias, abrangendo um conjunto de fatores a serem consolidados nos territórios rurais para os cuidados na prevenção, promoção, cura e reabilitação (2,3,4,28).

O presente estudo apresenta algumas limitações, como o fato de ser uma pesquisa transversal com amostra não probabilística, o que não permite a extrapolação dos resultados encontrados para a realidade de todos os grupos rurais. Sendo assim, na busca de melhorias para as populações do campo, floresta e águas, outras pesquisas contendo análises das condições de saúde e da atuação dos profissionais da ESF se fazem necessárias.

**Tabela 4** – Conceitos atribuídos aos serviços da APS pelos agricultores (as) e/ou pescadores (as) familiares. Novo Oriente, Ceará, Brasil, 2020

SERVIÇOS DA APS	OT n (%)	BO n (%)	RE n (%)	RU n (%)	MR n (%)	MÉDIA PONDERADA	CONCEITO FINAL
Acesso consulta médica (n=142)	3 (2,11)	86 (60,57)	34 (23,94)	17 (11,97)	2 (1,41)	3,5	BO
Acolhimento (n=149)	10 (6,71)	119 (79,87)	18 (12,08)	2 (1,34)	0 (0,00)	3,92	BO
Atendimento da equipe (n=146)	6 (4,11)	107 (73,29)	31 (21,23)	2 (1,37)	0 (0,00)	3,80	BO
Acesso medicamentos (n=144)	2 (1,39)	67 (46,52)	38 (26,39)	34 (23,61)	3 (2,09)	3,21	RE
Estrutura física (n=141)	119 (84,40)	18 (12,77)	1 (0,71)	0 (0,00)	3 (2,12)	4,77	OT
Organização do serviço (n=144)	6 (4,16)	116 (80,55)	21 (14,59)	1 (0,70)	0 (0,00)	3,88	BO
Qualidade atendimento (n=140)	102 (72,86)	21 (15,00)	7 (5,00)	0 (0,00)	10 (7,14)	4,46	OT
Estrada para acesso (n=149)	2 (1,34)	78 (52,35)	38 (25,50)	22 (14,77)	9 (6,04)	3,28	RE
Horário funcionamento (n=145)	3 (2,07)	109 (75,17)	20 (13,79)	13 (8,97)	0 (0,00)	3,70	BO
Agendamento consulta (n=126)	2 (1,58)	80 (63,50)	18 (14,29)	24 (19,05)	2 (1,58)	3,44	BO

Legenda: n= amostra absoluta %: frequência relativa; OT: ótimo BO: bom RE: regular RU: ruim MR: muito ruim.

Nota Ponderal: Média ponderal das notas atribuídas; (OT: peso 5 BO: peso 4 RE: peso 3 RU: peso 2 MR: peso 1).

Conceito Final: 4,21 a 5: Ótimo; 3,41 a 4,2: Bom; 2,61 a 3,4: Regular; 1,81 a 2,6: Ruim; 1 a 1,8: Muito Ruim.

Fonte: elaborada pelos atores

## Conclusão

Apesar dos avanços na implementação da APS, populações mais vulneráveis, como as do campo e das águas, seguem com necessidades de saúde, identificadas pelos usuários do SUS e pelos profissionais

que atuam na ESF, tais como: dificuldades de acesso, falta de medicamentos, rotatividade de profissionais, coordenação do cuidado, trabalho em equipe e implementação da promoção e da educação em saúde.

Essa realidade pode ter como uma das consequências a alta prevalência de alguns problemas de saúde, tais como risco cardiovascular elevado e Transtornos Mentais Comuns, detectados na avaliação de saúde dos trabalhadores rurais. Esses problemas de saúde destacam-se por serem sensíveis às ações de enfrentamento e assistência desenvolvidas pela APS, que, inclusive, foi identificada como o nível de atenção à saúde mais utilizado por essa população. Reconhecer a relação do modo de vida e trabalho das equipes de saúde que atuam nos territórios rurais é essencial para qualificar o processo de trabalho na APS rural, fortalecer a vigilância e a promoção de saúde e inserir um cuidado integral.


Sendo assim, tornam-se necessárias ações específicas na organização dos serviços de saúde rurais, como estratégias para superar as barreiras geográficas, visitas domiciliares ou atendimentos fora da estrutura física da unidade de saúde, a inserção de práticas em saúde do trabalhador e em saúde ambiente, o fortalecimento da educação permanente e a garantia de políticas públicas intersetoriais, para suprir fragilidades encontradas pelas equipes da ESF e garantir cuidados de qualidade para a população que vive e sobrevive no campo e nas águas.

## Referências

- (1) Brasil. Política Nacional de Atenção Básica 2017. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2017; 21 set.
- (2) Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, Rocha R, Macinko J, Hone T, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Health Policy*. 2019; 394(27):345-356.
- (3) Macinko J, Medonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate*. 2018; 42(1):18-37.
- (4) 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(1):302-314.
- (5) Roscani RC, Maia PA, Monteiro MI. Sobrecarga térmica em áreas rurais: a influência da intensidade do trabalho. *Rev bras saúde ocup*. 2019; 44: e14.
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. 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). Diário Oficial da União 2014; 23 out.
- (7) Costa LA, Carneiro FF, Almeida MM, Machado MFA S, Dias AP, Menezes WP. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. *Saúde Debate*. 2019, 43(8): 36-49.
- (8) Sombra Neto LL, Silva FVE da, Barbosa ACM, Carneiro FF, Pessoa VM. Condições de vida e saúde de famílias rurais no sertão cearense: desafios para Agenda 2030. *Saúde debate*. 2022; 46(132):148-62.

- (9) Silva A, Ferraz L, Rodrigues-Junior SA. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. *Rev bras saúde ocup.* 2016; 41(0):1-9.
- (10) Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto contexto.* 2017; 26(3):1-9.
- (11) IBGE. Coordenação de Geografia. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, 2017, 84p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>.
- (12) Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica. Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica. Município: Novo Oriente-CE. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- (13) Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2016; 107(Supl.3):1-83.
- (14) Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade 2016. 4.ed. São Paulo, SP: ABESO; 2016.
- (15) Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Clannad; 2017.
- (16) Guirado GMP, Pereira NMP. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. *Cad Saúde Colet* 2016; 24(1):92-98.
- (17) Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica. Informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica. Município: Fortim-CE. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- (18) Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.
- (19) Minayo MCS, organizador. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
- (20) IBGE. Coordenação de Geografia. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2019, 181p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>.
- (21) Moreira JPL, Oliveira BLCA, Muzi CD, Cunha CLF, Brito A dos S, Luiz RR. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n.8, p. 1698-1708, ago. 2015.
- (22) Costa Neto MC, Dimenstein M. Cuidado Psicossocial em Saúde Mental em Contextos Rurais. *Temas em Psicologia*, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 1053-1064, dez. 2017..
- (23) Soares PSM, Meucci RD. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2020, 25(8):3087-3095.
- (24) Castro DM et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. *Cadernos de Saúde Pública.* 2020. 36 (11): 1-12.
- (25) Felisbino-Mendes MS. et al. Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em uma população rural brasileira. *Cad Saúde Pública.* 2014. 30 (6): 1183-1194.
- (26) Gasparini MFV, Furtado JP. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. *Saúde Debate* 2019; 43(120): 30-42.
- (27) Sombra Neto LL, Melo Ívina ML, Meireles MMS, Lima GG de. Demanda espontânea na Atenção Primária: avaliação de médicos. *Cadernos ESP.* 2022. 16(2):34-9.
- (28) Santos DS, Mishima SM e Merhy EE. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Cien Saude Colet.* 2018 23(3):861-870.
- (29) Almeida MM, Silveira BN, Gouveia E, Savassi LCM, Spencer ME, Floss M, Pereira RPA. A formação em saúde em contextos rurais. In: Savassi LCM, Almeida MM, Floss M, Lima MC. *Saúde no caminho da roça.* Rio de Janeiro: Fiocruz. 2018; p. 67-95.
- (30) Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, Sept. 2018.
- (31) Marques LP, Silva AL, Savassi LCM, Almeida MM, Floss M, Lima MC. Uma agenda para a saúde rural. In: Savassi LCM, Almeida MM, Floss M, Lima MC. *Saúde no caminho da roça.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018; p. 141-150.

- (32) Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Cien Saude Colet.* 2021; 26(1):2543-2556.
- (33) Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, Andrezza R, Chioro A. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Cien Saude Colet.* 2021; 26(10):4769-4782.

<b>Como citar</b>	Sombra Neto LL, Forte MPNF, Pessoa VM. Análise das condições de saúde de usuários e da atuação de uma equipe de saúde da família na realidade rural. <i>Revista Portal Saúde e Sociedade</i> , 8 (único): e02308004esp. DOI: 10.28998/rpss.e02308004esp
	Este é um artigo publicado em acesso aberto ( <i>Open Access</i> ) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado
<b>Agradecimentos</b>	Ao Programa Inova FIOCRUZ
<b>Conflito de interesses</b>	Sem conflito de interesse
<b>Financiamento</b>	Sem apoio financeiro
<b>Contribuições dos autores</b>	Concepção e/ou delineamento do estudo: LLSN, MNPF, VMP. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: LLSN, MNPF, VMP. Redação preliminar: LLSN, MNPF, VMP. Revisão crítica da versão preliminar: LLSN, MNPF, VMP. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram em prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.
Este texto é fruto do programa de pós-graduação <i>stricto sensu</i> Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).	