

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA EM PORTO ALEGRE
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO: SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

ELISANDRA CAMBRAIA LACERDA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE NA ZONA RURAL**

PORTO ALEGRE

2022

ELISANDRA CAMBRAIA LACERDA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE NA ZONA RURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Administração: Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em Administração.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vania Roseli Correa de Mello

PORTO ALEGRE

2022

Catálogo de Publicação na Fonte

L131p Lacerda, Elisandra Cambraia.
Percepção dos profissionais da estratégia de Saúde da família sobre o cuidado em saúde na zona rural / Elisandra Cambraia Lacerda. – Porto Alegre, 2022.
45 f.

Orientadora: Vania Roseli Correa de Mello.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Curso de Bacharelado em Administração: Sistemas e Serviços de Saúde, Unidade em Porto Alegre, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Saúde da População Rural. 4. Sistema Único de Saúde (SUS). I. Mello, Vania Roseli Correa de. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Laís Nunes da Silva CRB10/2176.

ELISANDRA CAMBRAIA LACERDA

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE NA ZONA RURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharela em
Administração na Universidade Estadual
do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vania Roseli
Correa de Mello

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vania Roseli Correa de Mello
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul – UERGS

Prof^a. Dr^a. Carla Garcia Bottega
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul - UERGS

Prof^a. Dr^a. Paola Carmen Valenzuela Cánepa
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul – UERGS

Dedico a minha mãe, o seu cuidado me dá forças para ir em busca dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha família, meu porto seguro. Meus pais Sonia Regina e Luis Carlos, e minha irmã Lisiane. Sou grata por todo o apoio desde o primeiro dia da minha graduação, durante a realização deste trabalho e em toda minha vida, vocês são meus maiores incentivadores.

À minha orientadora, Vania Roseli Correa de Mello, que me acompanhou durante toda a jornada de escrita deste trabalho, por sua dedicação, apoio, incentivo e amizade. Também sou grata por todos os ensinamentos que contribuíram para o meu crescimento como acadêmica e pessoa.

Aos profissionais da equipe da ESF Itapuã que aceitaram participar deste estudo.

À minha amiga Sarah Magalhães por todo o apoio.

Aos meus colegas do curso de Administração: Sistemas e Serviços de Saúde, em especial Jeniffer Sousa, Silvia dos Santos, Thuane Pelufa e Andreia Corvello pela amizade e parceria.

À Universidade Estadual do Rio Grande do Sul e todos os professores que contribuíram para a minha formação.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família reorienta o processo de trabalho em saúde, aprofundando os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre suas principais diretrizes temos o cuidado centrado na pessoa e o estabelecimento de uma equipe multiprofissional, que através de seu trabalho interdisciplinar permite a prestação do cuidado integral. O trabalho da equipe da Estratégia Saúde da Família no contexto rural possui grande relevância na prestação do cuidado em saúde, pois este se configura muitas vezes como o único serviço de saúde disponível para atender a população residente na zona rural. Diante disso, este estudo tem como objetivo conhecer a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado em saúde na zona rural do município de Viamão-RS. Para tanto, realizou-se uma pesquisa descritiva-explicativa de abordagem qualitativa, utilizando a coleta de dados através de Grupo Focal. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, a coleta de dados foi realizada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul. Participaram do Grupo Focal 13 profissionais da equipe da ESF Itapuã. A partir da análise dos dados, foi possível identificar que as ações de saúde desenvolvidas pela ESF na zona rural incluem o atendimento clínico e de situações de urgência e emergência. Além disso, aparecem questões culturais envolvidas no cuidado em saúde que se produz no contexto rural, como também dificuldades de acesso à saúde e ao cuidado por parte da população. Como potencialidades em saúde presentes no trabalho da ESF no contexto rural, destaca-se o trabalho realizado pelas agentes comunitárias e a comunicação entre a equipe e outros serviços de saúde da rede. Em relação aos desafios, identificou-se como principais dificuldades para o exercício do cuidado a falta de tempo e estrutura para que se realize a promoção da saúde e prevenção de doenças e a falta de um olhar da gestão voltado para as especificidades de uma ESF da zona rural. Por fim, verifica-se a importância de estudos sobre este tema para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a população residente nestes territórios, como também na qualificação de futuros gestores que possam contribuir para a melhoria do quadro assistencial presente nesta realidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde da População Rural. Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

The Family Health Strategy reorients the process of health care work, deepening the principles, guidelines and foundations of Primary Health Care in the Unified Health System (SUS). Amid the main guidelines in this process we have person-centered care and the establishment of a multiprofessional team, and its interdisciplinary work allows the provision of comprehensive care. The work of the Family Health Strategy team, in the rural context, has great relevance in the provision of health care, due to the fact that it is often configured as the only health service available to serve the population residing in rural areas. Therefore, this study aims to discuss the professionals' perception of the Family Health Strategy (FHS) on health care in the rural area of the municipality of Viamão-RS. Thus, a descriptive-explanatory research with a qualitative approach was carried out, using data collection through Focus Group. As it is a research involving human beings, data collection was performed only after approval of the Ethics Committee of Research from the Rio Grande do Sul State University. Thirteen professionals from the [FHS] team participated in the Itapuã Focus Group. From the data analysis, it was possible to identify that the health actions developed by the FHS in the rural area include clinical care and situations of urgency and emergency. In addition, cultural issues appear involved in health care that takes place in the rural context, as well as the hard access by the population in health care. As health potentialities which are present in the FHS labor in the rural context, the work carried out by the community agents and the communication between the team and other health services in the network stand out. Regarding the challenges, it was also detected the main difficulties of the exercise of care, the lack of time and structure to carry out health promotion and prevention of diseases, and the lack of a management perspective focused on specific issues of a Rural FHS. Finally, studies on this topic are important to the development of public policies aimed at the resident population in these territories, as well as in the qualification of future managers, who will be able to contribute to the improvement of the assistance framework inserted in this reality.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Rural Health. Unified Health System (SUS).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa panorâmico de Viamão	17
Quadro 1 – Perfil dos profissionais	25
Quadro 2 – Sugestões de melhorias para os desafios presentes no trabalho da ESF no contexto rural	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABS - Atenção Básica à Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

ESF - Estratégia Saúde da Família

eSF - Equipe de Saúde da Família

GF – Grupo Focal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UERGS - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	13
2.1.1 Estratégia saúde da família na zona rural	15
2.2 SOBRE CUIDADO EM SAÚDE.....	19
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	22
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	22
3.2 DESCRIÇÃO DA COLETA DOS DADOS.....	22
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	22
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	23
4 RESULTADOS, ANÁLISE e DISCUSSÃO	25
4.1 AS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS PELA ESF NA ZONA RURAL.....	27
4.2 AS ESPECIFICIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE NO TRABALHO DA ESF NO CONTEXTO RURAL.....	28
4.3 AS POTENCIALIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE PRESENTES NO TRABALHO DA ESF NO CONTEXTO RURAL	30
4.4 OS DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE PRESENTES NO TRABALHO DA ESF NO CONTEXTO RURAL.....	31
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE A: ROTEIRO PRELIMINAR DE PERGUNTAS DO GRUPO FOCAL	40
ANEXO I - DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE	41
ANEXO II - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	42

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com o objetivo de reorganizar o modelo assistencial tradicional, que até então era centrado na doença e não na pessoa, implantou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), que em 2006 foi reconhecida como uma estratégia, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Considerada uma estratégia inovadora no Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF coloca equipes multiprofissionais da área da saúde mais próximas da população e comunidade. (CORREIA, *et al.*, 2010).

A ESF reorienta o processo de trabalho em saúde, aprofundando os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Básica. Entre suas principais diretrizes temos o cuidado centrado na pessoa (BRASIL, 2017), que coloca o usuário como protagonista do processo de atenção, conferindo-lhe autonomia com relação às decisões sobre sua própria saúde.

Apesar dos avanços da ESF na garantia do acesso à saúde em todo o território brasileiro, especialmente no que diz respeito ao acesso da população residente em zonas rurais, este continua sendo um desafio importante a ser enfrentado. As longas distâncias e a dificuldade na alocação de profissionais, por exemplo, são alguns dos fatores que interferem na qualidade do acesso e do cuidado em saúde no contexto rural. (SOARES, *et al.*, 2020).

A motivação para a escolha deste tema de pesquisa surgiu durante meu percurso acadêmico no curso de Administração: Sistemas e Serviços de Saúde onde, ao desenvolver um trabalho para a disciplina de Educação em Saúde, tive a oportunidade de conhecer o “Grupo de Caminhadas” desenvolvido pela ESF Itapuã, que atende a zona rural do município de Viamão, Rio Grande do Sul. Nesta ocasião pude observar a relevância que a equipe da Estratégia de Saúde da Família adquire neste contexto, visto que muitas vezes este se configura como o único serviço de saúde disponível para atender a população residente na zona rural. Além disso, sou moradora do território adscrito e usuária da ESF Itapuã na zona rural de Viamão, o que serviu de estímulo para a escolha deste tema de pesquisa.

O município de Viamão possui uma extensão territorial de 1.497,1 km², sendo que 1.301,9 km² são de área rural. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2018-2021; VIAMÃO, 2014). A população de Viamão, estimada em 2021, é de 257.330 pessoas. No último censo, realizado em 2010, a população do município era de 239.384

habitantes (14.440 residentes na zona rural). (IBGE, 2010; IBGE, 2021). Atualmente 50% da população é coberta pelas equipes da ESF. (VIAMÃO, 2021).

A ESF prevê o estabelecimento de uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescentados cirurgião-dentista e técnico em Saúde Bucal. (BRASIL, 2012). O trabalho interdisciplinar incorporado pela equipe multiprofissional permite a ampliação do cuidado, relação entre dois ou mais sujeitos de forma recíproca, onde não há espaço para individualismos e sim para negociação e a inclusão dos saberes, dos desejos e das necessidades do outro. (PINHEIRO, 2008). Portanto, “A assistência alicerçada na equipe multiprofissional torna-se um elemento de grande valia, uma vez que a ideia interdisciplinar incorporada pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado integral [...]”. (GARUZI, *et al.*, 2014, p. 145).

Desta forma, conhecer a percepção dos profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família sobre o cuidado em saúde na zona rural é importante não somente no sentido de dar visibilidade a essa realidade, como também enquanto estratégia de contribuição para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para as reais necessidades em saúde da população residente neste território. Também acredito que estudos como este são importantes para qualificação da formação de futuros gestores da saúde que, ao adquirir conhecimentos sobre a diversidade das necessidades de saúde presentes em territórios rurais possam contribuir para a melhoria do quadro assistencial presente nesta realidade.

Assim, a questão norteadora desta pesquisa é: qual a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre o cuidado em saúde na zona rural?

Para melhor responder à questão de pesquisa, os objetivos desse projeto foram divididos em geral e específicos, conforme detalhados a seguir. Como objetivo geral esse trabalho visa conhecer a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado em saúde na zona rural do município de Viamão-RS. E como objetivos específicos pretende identificar as ações de saúde desenvolvidas pela ESF na zona rural, verificar as especificidades do cuidado em saúde no trabalho da ESF no contexto rural e demonstrar as potencialidades e os desafios do cuidado em saúde presentes no trabalho da ESF no contexto rural.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os temas que serão tratados como suporte teórico a este trabalho são: Atenção Básica à Saúde; Estratégia Saúde da Família na zona rural e Cuidado em saúde.

2.1 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Atenção Básica à Saúde (ABS), ou Atenção Primária à Saúde (APS), termos considerados equivalentes nos textos governamentais e neste trabalho, se configura como a principal porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS). O Decreto Nº 7508, de 28 de junho de 2011, reforça este aspecto do sistema e considera que Portas de Entrada são “serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS”. Além da atenção primária também são Portas de Entrada: atenção de urgência e emergência; atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto. (BRASIL, 2011). No entanto espera-se da ABS muito mais do que garantir acesso ao sistema. “Afirma-se que na ABS deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população, desta porcentagem espera-se que, somente, entre 3 e 5% dos casos seriam encaminhados”. (WHO, 1978 *apud* CAMPOS, *et al.*, 2008, p.121).

O Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, destaca a Atenção Básica como “[...] primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde”.

Neste sentido, a referida portaria define a Atenção Básica à Saúde como:

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017, p. 02).

Um dos elementos fundamentais na definição de ABS é o cuidado integrado dirigido à população em território definido. Para Zuben e Ferreira (2020), a integralidade no cuidado em saúde deve ser garantida através da ampliação da atuação da ABS para além da Unidade Básica de Saúde (UBS), pois ao atuar nos

problemas enfrentados pela população assistida, levando em conta os fatores ambientais, sociais e culturais, é que se organiza uma atenção em saúde integral, voltada às demandas e necessidades conforme a realidade onde está inserida.

Ao refletirmos sobre o significado de integralidade no cuidado em saúde é que nos defrontamos com a questão da atuação da ABS em territórios rurais, uma vez que esta vai ao encontro do pensamento dos autores acima citados, que defendem a ampliação da ABS em prol das demandas e necessidades de saúde de acordo com o contexto ambiental, social e cultural do território definido.

Além da integralidade, são princípios do SUS a serem operacionalizados na Atenção Básica (AB), a universalidade e a equidade. (BRASIL, 2017). Para Paim e Silva (2010, p. 113):

No SUS, universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde e respectivas ações, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria essencial alvo especial das intervenções.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, também define as seguintes diretrizes a serem operacionalizadas na AB:

- a) Regionalização e Hierarquização: organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a AB como ponto de comunicação;
- b) Territorialização: permite que o planejamento da AB ocorra com base no território específico;
- c) População Adscrita: população atendida pela AB, presente no território.
- d) Cuidado centrado na pessoa: atendimento voltado as necessidades do usuário, considerando todas as suas singularidades;
- e) Resolutividade: capacidade da AB de resolver a maioria dos problemas de saúde da população;

- f) Longitudinalidade do cuidado: acompanhamento contínuo do usuário pela equipe da AB, com construção de vínculo entre esse usuário e a equipe;
- g) Coordenação do cuidado: o acompanhamento do usuário pela AB em todos os níveis de atenção em saúde;
- h) Ordenação da rede: função da AB em identificar as necessidades da população e organizá-las em relação aos outros pontos de atenção em saúde;
- i) Participação da comunidade: papel da equipe da AB em estimular a participação das pessoas, com o objetivo de ampliar a sua autonomia.

Entre os principais programas e iniciativas governamentais relacionados à AB no Brasil estão: a Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde são disponibilizadas consultas, exames, vacinas, radiografias, entre outros procedimentos aos usuários através das Unidades Básicas de Saúde (UBSs); as Equipes de Consultórios de Rua, que atendem a população em situação de rua; o Programa Melhor em Casa, onde é oferecido atendimento na casa do paciente; o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal; e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que atuam nas suas comunidades com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população atendida, entre outros. (FIOCRUZ, 2022).

2.1.1 Estratégia saúde da família na zona rural

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia Saúde da Família (ESF):

visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2012, p. 54).

É necessário à ESF a presença de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF), formada por, no mínimo:

médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2012, p. 55).

As equipes da ESF têm composição diferente das equipes da Atenção Básica, que são compostas minimamente por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família. No entanto ambas devem atender às características e necessidades de cada município, como também as diretrizes da PNAB e os atributos essenciais da ABS. (BRASIL, 2020).

No Brasil, mais de 50% da população é assistida pela ESF, o que evidencia uma ampla cobertura da ABS. (OLIVEIRA, *et al.*, 2020). De acordo com Giovanella, *et al.* (2011, p. 2552) “A cobertura em domicílios de área rural (77,0%) é superior à cobertura de domicílios em áreas urbanas (57,3%).” Para estes mesmos autores, a cobertura da ESF é mais significativa nas áreas rurais pois é onde se encontram as populações mais vulneráveis e “[...] com piores condições de vida e maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, localidades nas quais os serviços privados são residuais e o SUS é o responsável pela atenção à saúde”. (GIOVANELLA, *et al.*, 2011, p. 2552).

Assim, este trabalho irá discorrer sobre questões relativas à ESF na zona rural no município de Viamão, localizado no estado do Rio Grande do Sul e integrante da chamada região metropolitana de Porto Alegre.

A população de Viamão, estimada em 2021, é de 257.330 pessoas. No último censo, realizado em 2010, a população do município era de 239.384 habitantes (14.440 residentes na zona rural), o que representa um crescimento populacional de 6,97% na última década. (IBGE, 2010; IBGE, 2021). Conforme dados da Prefeitura Municipal de Viamão, atualmente 50% da população é coberta pelas equipes da ESF. (VIAMÃO, 2021).

Ainda de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi de 0,717. O IDH “[...] tem como objetivo demonstrar informações a respeito do nível educacional,

longevidade e renda dos municípios, dos estados e do país”. (REZENDE, *et al.*, 2005, p. 25).

Figura 1 - Mapa panorâmico de Viamão



Fonte: Prefeitura Municipal de Viamão

A Rede de Atenção à Saúde de Viamão é composta por 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2 Estratégias de Saúde da Família (ESF Águas Claras e ESF Itapuã) - que atendem a zona rural do município; 2 Unidades de Referência; 1 Centro de Testagem e Aconselhamento DST/HIV/AIDS/Controle da Tuberculose; 1 Hospital (Instituto de Cardiologia Hospital Viamão); 5 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h); 1 Farmácia de Medicamentos Especializados; 1 Unidade de Saúde Digital (Telemedicina); 10 Unidades de Reabilitação; 49 Ambulatórios; 4 Unidades de Atenção Psicossocial (3 CAPS II e 1 CAPS III); 5 Unidades de Apoio Diagnóstico; e 2 Unidades de Vigilância de Zoonoses. (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIDAMENTOS DE SAÚDE, 2021; PREFEITURA MUNICIPAL DE VIAMÃO, 2021). Diante destes dados é possível observar que apesar de Viamão possuir uma grande extensão territorial rural, há apenas 2 ESF que atendem a zona rural do município.

Para pensarmos o cuidado em saúde na zona rural é importante entendermos as características presentes neste contexto. Ainda há inúmeros desafios a enfrentar, principalmente na garantia da integralidade em saúde (OLIVEIRA, *et al.*, 2020). Os determinantes sociais em saúde desta população possuem um impacto maior do

que a da urbana. Enfrentam problemas de saúde que são mais frequentes em áreas rurais. A cobertura preventiva é baixa, além da falta de profissionais. O acesso à saúde é prejudicado, principalmente devido à distância que deve ser percorrida pelo usuário até a Unidade de Saúde mais próxima. (ANDO, *et al.*, 2011).

Os desafios presentes no trabalho da ESF no contexto rural incluem, entre outros:

Necessidades de Qualificação; Abordagem dos Fatores Socioeconômicos e Culturais; Baixa Resolubilidade; Ineficiência de Políticas Públicas; Realização de Ações de Educação em Saúde; Vulnerabilidades Socioambientais e Acesso da População aos Serviços. (SILVA, *et al.*, 2018, p. 05).

Os trabalhadores da saúde que atuam em áreas rurais necessitam de habilidades e competências diferentes daqueles que atuam em áreas urbanas como, por exemplo, a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que, em espaços urbanos, possuem melhores e/ou maiores condições de serem encaminhados ou atendidos. Conhecer as condições de saúde presentes no contexto rural, saber atuar em emergências, enfrentar desafios de longitude e de transporte, além de saber trabalhar com equipes pequenas, locais isolados e desenvolver uma relação mais próxima com a população assistida, são algumas das habilidades requeridas pelas equipes de saúde que atuam na zona rural. (ANDO, *et al.*, 2011).

Para SILVA, *et al.* (2018, p. 07):

Não obstante se fale sobre a necessidade de perceber a pluralidade de áreas rurais, destarte, é imprescindível lançar um olhar para a realidade de saúde, buscando conhecê-la melhor, sistematizar as barreiras e as oportunidades, que possa contribuir na geração de novas perspectivas e maiores possibilidades de construção do conhecimento e de práticas inovadoras, ampliando, assim, as oportunidades para garantir o sucesso das atividades desenvolvidas na ESF.

Assim, além de conhecer os desafios presentes neste contexto, é importante lançar um olhar interessado sobre as potencialidades do cuidado em saúde que é possível de ser produzido, apesar de todas as dificuldades encontradas.

2.2 SOBRE CUIDADO EM SAÚDE

Segundo Pinheiro (2008, p. 110) “Cuidado é um ‘modo de fazer na vida cotidiana’ que se caracteriza pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e ‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em lugares e tempos distintos de sua realização”. Para Ayres (2004, p. 74), sob o ponto de vista do senso comum, cuidado em saúde é, “[...] um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” e sob o ponto de vista filosófico é, “[...] uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”.

O cuidado como prática de saúde teve sua origem no espaço doméstico e a responsabilidade de sua gestão era especificamente da mulher. Neste sentido, a prática do cuidar foi concebida como profissão específica de mulheres, sendo a enfermagem a profissão que mais incorporou esse saber. No entanto, ainda que produção de conhecimento seja concebida historicamente como uma prática masculina, em contrapartida, os movimentos feministas têm ajudado a modificar esse pensamento. (PINHEIRO, 2008). Para esta mesma autora “No mundo contemporâneo, constata-se que a prática de pesquisar é sinérgica à prática do cuidar e vice-versa, na medida em que a vida cotidiana evidencia cada vez mais a crescente demanda por ‘cuidado’”. (PINHEIRO, 2008, p. 112).

A demanda por cuidado “[...] tem exigido cada vez mais a atuação de diferentes sujeitos-cidadãos-profissionais, mulheres e homens, cujo ‘outro’ demandante, cada vez mais requererá atenção [...]”. (PINHEIRO, 2008, p.112). Diante do exposto é importante pensar na ampliação do ‘cuidado’ a partir da articulação e do trabalho interdisciplinar dos profissionais, gestores e usuários, em que todos participem ativamente. (PINHEIRO, 2008).

Para Merhy (2014), no campo da saúde, o cuidado não é um ato, mas um acontecimento que ocorre no encontro do trabalhador de saúde e o usuário. Em cada um destes encontros, “[...] há a presença de linhas de forças que são muito particulares e gerais, mas há as muito específicas que garantem que o encontro no ato traz dentro de si a expressão de que: faz diferença quem está se encontrando”. (MERHY, 2013, p.142).

Ainda de acordo com Merhy (2013, p. 144-145), o trabalhador de saúde utiliza três tipos de valises tecnológicas para agir no processo intercessor de produção de cuidado:

uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, um estetoscópio, bem como uma caneta, papéis, entre vários outros tipos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica ou a epidemiologia ou a pedagogia, que expressam uma caixa formada por “tecnologias leve-duras”; e, finalmente, uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador–usuário e que contém “tecnologias leves” implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem existência em ato.

E é no arranjo dos três tipos de valises que se consegue produzir uma intervenção focada nos procedimentos, mas também em certas formas cuidadoras. (MERHY, 2014). É no encontro entre trabalhador e usuário que se dá o cuidado, e esse acontecimento é regido pelas três valises, onde não se obedece a uma hierarquização, todas elas são importantes neste processo entre o trabalhador (quem cuida) e o usuário (quem demanda cuidado).

Segundo Cecilio (2011, p. 589), podemos definir a gestão do cuidado em saúde como:

o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz.

A gestão do cuidado envolve no mínimo três dimensões: profissional, organizacional e sistêmica. Na dimensão profissional é o profissional construindo a relação profissional-paciente, na dimensão organizacional é o gerente construindo a equipe que cuida e provendo os insumos para seu trabalho, e por fim, na dimensão sistêmica é o gestor construindo as redes de cuidado. (CECILIO, 2009).

Essas três dimensões se interpenetram, visto que as redes de cuidado que o gestor tem sob sua responsabilidade construir, estão diretamente associadas ao modo como a gestão do cuidado é realizada pelo profissional e pela equipe de saúde. Da mesma maneira, o cuidado ao paciente, dispensado pelo profissional de saúde está intimamente relacionado ao trabalho da equipe que ele integra ou até mesmo ao sistema de saúde quando esse apresenta ou não condições de oferecer as tecnologias para que o cuidado se cumpra. (CECILIO, 2009).

Para Gariglio (2012), atualmente nos deparamos com a chamada “crise” de legitimidade, pois ao mesmo tempo em que a Medicina e a clínica avançam, voltadas muito mais para o saber científico, há um distanciamento das práticas de atenção à saúde voltadas para os interesses e necessidades do indivíduo que requer o cuidado. No processo saúde-doença, é importante também lançar um olhar sobre os aspectos psicossociais e culturais envolvidos.

Ao pensarmos no conceito de cuidado como norteador das práticas em saúde que ocorrem nos encontros entre o profissional de saúde e o sujeito, é que se busca uma relação entre trabalhador-usuário pautada não somente no modelo biomédico, mas colocando a pessoa como centro da atenção, fortalecendo sua autonomia e possibilitando ações terapêuticas compartilhadas. (GARIGLIO, 2012).

Assim, de acordo com Cecilio (2009), o encontro entre trabalhador e usuário é um espaço de grande potência para a gestão do cuidado, e a facilitação de tais encontros poderiam ser o eixo de ações gerenciais. No entanto o que vem ocorrendo tanto no setor público, quando na saúde suplementar é o excesso de instrumentalização, dificultando os encontros em que o cuidado de fato se realiza. Este excesso de instrumentalização se faz presente quando se dá maior importância para o uso das tecnologias duras em detrimento da tecnologia levíssima, que acontece no encontro entre usuário e profissional de saúde.

Para Ayres (2004, p. 28) “Não se Cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos”. Ou seja, é este Cuidado, colocado pelo autor como nome próprio, que se configura como prática de saúde, que deve buscar na singularidade de cada sujeito e encontro, um cuidado efetivo da população.

Portanto, o cuidado em saúde se realiza a partir da articulação entre o trabalho interdisciplinar dos profissionais de saúde, gestores e usuários. Deve-se considerar os três tipos de valises na produção do cuidado: tecnologias duras, leves-duras e leves, como também a sua gestão através das dimensões profissional, organizacional e sistêmica. E a crescente necessidade de um olhar sobre os aspectos psicossociais e culturais envolvidos neste processo.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A presente pesquisa caracteriza-se como descritiva-explicativa de abordagem qualitativa. Segundo Gil (2002, p.42) “As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno [...]”. Para este mesmo autor, as pesquisas explicativas “[...] têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos”. (GIL, 2002, p.42).

Quanto à abordagem qualitativa, Minayo (2002, p. 21-22) afirma que:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Foi realizada uma pesquisa de campo que, de acordo com Fonseca (2002, p. 32) “Caracteriza as investigações em que para além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se coletam dados junto de pessoas, utilizando diversos tipos de pesquisa [...]”.

3.2 DESCRIÇÃO DA COLETA DOS DADOS

Este estudo foi realizado com a equipe da Estratégia de Saúde da Família da ESF Itapuã, que atende a zona rural do município de Viamão, Rio Grande do Sul.

A coleta de dados foi realizada através de Grupo Focal (GF), que segundo Caplan (1990, p. 527), consiste em “[...] pequenos grupos de pessoas reunidos para avaliar conceitos ou identificar problemas”. O GF foi realizado a partir de um roteiro de perguntas semiestruturado (Apêndice A) e gravado em áudio para futura transcrição.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo que,

segundo Bardin (1979, p. 42), pode ser definida como:

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Desta forma, a análise de conteúdo pode ser entendida como um conjunto de técnicas de pesquisa que permite, segundo Minayo (2006, p.303), “[...] tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto”.

Bardin (2006) organiza a análise de conteúdo em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é “a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais”. A exploração do material consiste na “definição de categorias e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos”. O tratamento dos resultados, inferência e interpretação “é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica”. (BARDIN, 2006 *apud* MOZZATO e GRZYBOVSKI, 2011, p. 735).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, a coleta de dados do presente estudo foi realizada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), respeitando as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). É importante salientar também que a Prefeitura Municipal de Viamão não possui Comitê de Ética, portanto este estudo foi submetido somente ao CEP/Uergs.

Os participantes foram convidados através de contato prévio com o coordenador da ESF, a participar de grupo focal guiado por um roteiro preliminar de perguntas (APÊNDICE A), com esclarecimento prévio de seus objetivos, bem como de seu funcionamento. Assim, os participantes puderam optar por aderir ou não à atividade, tendo liberdade de interromper sua participação a qualquer momento, sem

prejuízo para a pesquisa ou para a pessoa que vier a desistir dela. O grupo focal teve duração aproximada de 40 minutos.

Os critérios de inclusão adotados consideraram que os/as participantes da pesquisa integrassem a equipe da Estratégia de Saúde da Família - Itapuã do município de Viamão/RS e autorizassem a gravação em áudio de sua entrevista para posterior transcrição.

A participação no GF se deu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme estabelecido nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. A atividade do grupo focal foi realizada presencialmente nas dependências da ESF Itapuã e, em virtude da pandemia do COVID-19, foram adotados os seguintes protocolos de cuidado: uso de máscara, distanciamento social e higienização das mãos com álcool em gel.

Entende-se que a pesquisa envolveu riscos mínimos de possível incômodo ou desconforto ao responder as perguntas direcionadas ao grupo focal. As pesquisadoras estiveram atentas aos sinais verbais e não verbais de desconforto. É importante destacar que os/as participantes não receberam qualquer benefício ou remuneração por sua participação nesta pesquisa. Entretanto, contribuíram para a elucidação da temática do cuidado em saúde na zona rural. Destaca-se que além de disponibilizar uma cópia do trabalho final, será realizada uma reunião devolutiva do trabalho final para a equipe. O material produzido tem garantia de sigilo e as informações serão utilizadas exclusivamente com a finalidade expressa neste estudo.

4 RESULTADOS, ANÁLISE e DISCUSSÃO

A equipe da ESF Itapuã é composta por dois médicos, três enfermeiros, três técnicas de enfermagem, quatro agentes comunitárias de saúde, uma cirurgiã dentista, uma auxiliar de saúde bucal, um atendente de farmácia, duas recepcionistas e um coordenador, totalizando 18 (dezoito) profissionais. Importante destacar que tal composição está de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Participaram do Grupo Focal (GF) 13 (treze) profissionais da equipe cujo perfil está apresentado no Quadro 1 abaixo. Para fins de preservação do anonimato, o nome dos profissionais foi substituído por nomes de árvores.

Quadro 1 – Perfil dos profissionais

Nome	Gênero	Categoria profissional
Figueira	Feminino	Médica
Laranjeira	Feminino	Enfermeira
Pinos	Masculino	Enfermeiro
Paineira	Feminino	Técnica de enfermagem
Acácia	Feminino	Técnica de enfermagem
Amoreira	Feminino	Agente comunitária de saúde
Ingá	Feminino	Agente comunitária de saúde
Ipê	Feminino	Agente comunitária de saúde
Pitangueira	Feminino	Cirurgiã dentista

Butiazeiro	Masculino	Atendente de farmácia
Bacupari	Feminino	Recepcionista
Jacarandá	Feminino	Recepcionista
Cedro	Masculino	Coordenador

Fonte: Autora (2022)

Em relação ao gênero dos 13 (treze) profissionais participantes, 10 (dez) eram do gênero feminino, ou seja, 76,92%, o que evidencia a predominância das mulheres na área da saúde.

As mulheres são a principal força de trabalho da saúde, representando 65% dos mais de seis milhões de profissionais ocupados no setor público e privado, tanto nas atividades diretas de assistência em hospitais, quanto na Atenção Básica. (CONASEMS, 2020).

Este resultado também vai ao encontro com a origem do cuidado como prática de saúde realizada especificamente por mulheres. Segundo Pinheiro (2008, p.112) “Não é à toa que a prática de cuidar está histórica e culturalmente conectada ao feminino, pois, ao longo dos anos, essa atividade esteve atrelada à trajetória desenvolvida pela mulher nas sociedades ocidentais modernas”.

Em relação ao tempo de atuação na ESF, a maioria dos profissionais ingressou há mais ou menos dois anos. O tempo de atuação dos profissionais mais antigos variou entre sete e nove anos.

Para análise do GF seguiu-se os objetivos específicos e conseqüentemente o roteiro de perguntas do GF. Foram definidas as seguintes categorias: As ações de saúde desenvolvidas pela ESF na zona rural; As especificidades do cuidado em saúde no trabalho da ESF no contexto rural; As potencialidades do cuidado em saúde presentes no trabalho da ESF no contexto rural e; Os desafios do cuidado em saúde presentes no trabalho da ESF no contexto rural.

4.1 AS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS PELA ESF NA ZONA RURAL

Esta categoria aborda a percepção dos profissionais sobre as ações de saúde realizadas pela equipe da ESF Itapuã que atua na zona rural de Viamão. A este respeito, Pinus (enfermeiro) afirmou “[...] aqui se faz tudo”.

Eu vou colocar assim, como enfermeiro, já fiz pré-natal, CPs, visita domiciliar, atendimento clínico, puericultura, parte administrativa, acho que a gente junto com a coordenação, faz a parte administrativa junto, vacinação [...]. E acolhimento que é na real a emergência, né. (Pinus, enfermeiro).

É possível identificar através da fala dos profissionais que por ser uma ESF rural tudo que chega em termos de urgência e emergência a equipe atende.

Agressão, infarto. (Acácia, técnica de enfermagem).

Desde óbito, parada cardíaca. Muita coisa. O primeiro atendimento é o nosso, esperar que alguém chegue para socorrer, uma ambulância, demora. (Pinus, enfermeiro).

Os motivos pelos quais os usuários procuram a ESF em situações de urgência e emergência incluem a distância até a unidade sanitária mais próxima (UPA), que fica aproximadamente há 30km, e o fato de ser uma população humilde, que muitas vezes não tem condução própria. É importante salientar que a ESF não possui ambulância própria.

Por ser longe de tudo eles procuram a unidade primeiramente. (Acácia, técnica de enfermagem).

Então aqui Itapuã tudo vem pra cá, né. Claro, os pacientes dependendo muitos já sabem que a gente não tem todos os recursos e já vão direto para o hospital, mas geralmente como é toda uma população humilde, que não tem carro, vem tudo pra cá. (Figueira, médica).

É uma situação muito grave também, que as vezes o pessoal acha que não dá tempo de chegar no hospital mais próximo acaba vindo pra cá com um atendimento de primeiros socorros para depois ser encaminhado. (Butiazeiro, atendente de farmácia).

Para Ando *et al.* (2011, p. 143), em relação as práticas de saúde no contexto rural “[...] o tempo e ritmo de manejo de problemas de saúde costumam ser

diferentes, como no caso das emergências, que necessitam estabilização inicial antes do transporte para outros pontos do sistema de saúde ou outros profissionais”. Para os mesmos autores a “[...] distância (real e construída pelas dificuldades burocráticas) geram mais obstáculos no oferecimento de cuidado integral à saúde”.

Também foram apontados pelos participantes do GF a realização dos seguintes grupos na ESF: grupo hiperdia, grupo de saúde mental, grupo de anticoncepção e o grupo de caminhada, como podemos observar na fala da Figueira (médica):

[...] grupo hiperdia, que seria os pacientes hipertensos e diabéticos. O grupo de saúde mental que teria que relacionar com os pacientes que tem transtornos mentais, acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Grupo de anticoncepção que são para as mulheres que querem gerenciar prevenção [...] então no geral são esses grupos. Ah, e tem o grupo da caminhada, que é o mesmo grupo hiperdia, só que como somos dois médicos, o da caminhada é o outro doutor que faz, aí ele realiza exercícios físicos e, além disso então eu faço o resto do grupo, que seria orientações preventivas, renovar receita, essas coisas. (Figueira, médica)

A realização de grupos na Atenção Básica pode ser um importante instrumento “[...] para auxiliar na abordagem integral do processo saúde-doença. O grupo favorece uma escuta ampliada dos problemas de saúde [...]”. (SAUER *et al.*, 2018, p. 14).

4.2 AS ESPECIFICIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE NO TRABALHO DA ESF NO CONTEXTO RURAL

Esta categoria aborda o que os profissionais entendem por cuidado em saúde a partir da experiência numa ESF de uma zona rural e as especificidades deste cuidado. A partir dos depoimentos dos participantes do GF foi possível identificar que a percepção do grupo sobre cuidado em saúde está relacionada as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Prevenir, né. Prevenção. (Laranjeira, enfermeira).

É, quando a gente fala em cuidado assim, o primeiro que vem à mente se você vai cuidar do paciente é isso, prevenir, é a nossa função, falando em torno de funções, né, a ESF é uma estratégia de saúde da família, então é para prevenir que os pacientes adoeçam de coisas tratáveis. [...] em questões de saúde, o cuidado seria isso, ações de promoção e prevenção. (Figueira, médica).

Segundo Norman e Tesser (2015, p. 166), “[..] a ESF carrega essa dupla natureza: o cuidado clínico e a promoção da saúde/ prevenção de doenças”.

Em relação as diferenças do cuidado que se produz na zona rural comparado com a zona urbana, é possível identificar através da fala da Laranjeira (enfermeira) as questões culturais envolvidas.

Só pra vocês terem uma ideia: eu trabalhei no Centro de Viamão, eu coletava CP, 30, 40, 50. Aqui eu tenho que tá pedindo pelo amor de Deus pra mim coletar CP. Agora que elas começaram a confiar um pouco mais, entendeu, mas é uma coisa muito recente. Talvez pela educação, talvez pela, entendeu? Mas eu como tô acostumada que pra mim que nem agora de manhã eu tava coletando, paciente tremendo, eu digo “primeiro a gente dá risada, depois a gente faz o exame”. Ela saiu me agradecendo, ela disse: “mas que mão é essa?”, eu digo “é de fada” pra ela voltar ano que vem, se não, não volta. Sério. [...] Uma coisa também é muito cultural aqui, cultural, entendeu? E quem tem que mostrar que tem que ser diferente somos nós, somos os educadores deles, entendeu? (Laranjeira, enfermeira).

De acordo com Helman (2003 *apud* BUDÓ e SAUPE, 2005, p. 182). “Esta percepção do aspecto cultural se fundamenta no fato de que a formação cultural influencia muitos aspectos da vida das pessoas, interferindo fortemente na saúde e seu cuidado”.

Sobre as especificidades do cuidado em saúde que é realizado na zona rural, os profissionais relatam que por atenderem uma população que mora longe da unidade de saúde, que tem poucos ônibus e uma população idosa que tem dificuldade para marcar consulta pelo telefone, estes usuários querem ter todas as suas necessidades de saúde atendidas quando se deslocam até a unidade.

Que nem quando eles vêm para o acolhimento, eles querem uma consulta inteira, porque a passagem é cara, leva duas horas pra chegar aqui, o ônibus depois pra ir é só seis horas. (Pitangueira, cirurgiã dentista).

Eles querem aproveitar pra fazer vacina, consulta para o dentista, mas está doente, tá com amidalite, como que eu vou fazer, não tem como. (Acácia, técnica de enfermagem).

Como é possível observar a população que vive na zona rural enfrenta dificuldades de acesso ao serviço de saúde e quando o fazem necessitam de um atendimento que atenda suas necessidades de saúde no mesmo dia de comparecimento. Para isso é necessário um reordenamento dos processos de trabalho para atingir uma maior flexibilidade e sensibilidade com as necessidades destes usuários. (GARNELO *et al.*, 2018).

4.3 AS POTENCIALIDADES DO CUIDADO EM SAÚDE PRESENTES NO TRABALHO DA ESF NO CONTEXTO RURAL

Esta categoria aborda as principais potencialidades para o exercício do cuidado em saúde em uma ESF da zona rural. A este respeito, Pitangueira (cirurgiã dentista), destaca como potencialidade o trabalho realizado pelas agentes comunitárias de saúde:

Eu acredito que o trabalho no território que as gurias fazem, ele é muito potente, elas conseguem trabalhar com o território e com a população local [...] porque elas conseguem usar o território, né, então a pessoa não precisa vir até aqui, elas conseguem trabalhar com eles ali no ambiente que não é de doença [...] (Pitangueira, cirurgiã dentista).

No contexto rural o agente comunitário de saúde (ACS) possui um papel fundamental na redução da distância entre a população e o serviço de saúde, “[...] identificando e reconhecendo as necessidades de saúde da população e ampliando a compreensão da comunidade sobre modos de produzir o cuidado e formas de acessar os serviços de saúde”. (SOARES, *et al.*, 2020, p. 02).

Amoreira (agente comunitária de saúde) afirma que “[...] a nossa função é cadastro, e cadastro nas áreas, né, mas a gente faz bem mais que isso”.

[...] eu acho que o nosso serviço ele tem um potencial bem grande mesmo, pelo fato até das vezes uma consulta que o enfermeiro ou um técnico querem que a gente avise algum paciente, alguma coisa, as vezes a gente consegue dar aquele jeitinho assim [...] as vezes a gente também leva medicamento para o paciente em casa [...] (Amoreira, agente comunitária de saúde).

Como podemos observar na fala da Amoreira (agente comunitária de saúde), o ACS é responsável pelo cadastro da população adscrita, mas suas funções vão bem além disso e incluem:

[...] orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, entre outras. (BAPTISTINI e FIGUEIREDO, 2014, p. 54).

Outra potencialidade identificada através da fala do Butiazeiro (atendente de farmácia) é a comunicação entre a equipe de profissionais da ESF e de outros serviços da rede:

Porque até pra mim mesmo por exemplo, eu preciso dessa medicação hoje, eu preciso da medicação pra amanhã. O (coordenador) pode passar lá no almoxarifado e pegar, tem o pessoal de lá do controle de doenças que vem volta e meia vem pra cá. Acertando com eles, eles trazem também. Semana passada eles vieram com a caçamba da caminhonete carregada pra cá, só com a medicação que tinha feito o pedido e não faltou. (Butiazeiro, atendente de farmácia).

Como podemos observar na fala acima, o trabalho em equipe desenvolvido pela equipe da ESF, articulado na busca de um objetivo comum, neste caso representado pela garantia que os medicamentos não falem na farmácia da unidade, é uma das potencialidades presentes no trabalho destes profissionais no contexto rural. Para Santos *et al.* (2016, p. 136) o trabalho em equipe é “[...] considerado essencial para o funcionamento adequado do processo de trabalho na ESF”.

4.4 OS DESAFIOS DO CUIDADO EM SAÚDE PRESENTES NO TRABALHO DA ESF NO CONTEXTO RURAL

Esta categoria aborda as principais dificuldades para o exercício do cuidado em saúde em uma ESF da zona rural. A partir da percepção dos profissionais participantes deste estudo, uma das dificuldades para o exercício do cuidado está na falta de tempo e estrutura para que se realize a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Eu não tenho um horário pra isso, então eu não faço parte da prevenção e promoção, que preconiza o SUS. Eu recupero a saúde bucal das pessoas, mas eu não faço prevenção. (Pitangueira, cirurgiã dentista).

Os grupos realizados na ESF têm duração de quarenta minutos. Para Figueira (médica), “*É pouco tempo para realmente fazer essa prevenção, promoção*”.

Paciente chega com uma emergência hipertensiva porque não se trata, não se cuida. Só que por falta, pelo menos aqui em Itapuã, né, pela distância, pelas condições de trabalho, acaba que o cuidado que a gente dá para o

paciente é um cuidado emergencial, da hora. A gente não previne. [...] realmente não temos essa estrutura pra fazer a promoção, prevenção. Então acaba que a gente só resolve problemas que poderiam evitar. (Figueira, médica).

A predominância do modelo biomédico nos serviços de saúde se apresenta como uma das barreiras para a implementação da integralidade, onde o cuidado é centrado na pessoa, em sua singularidade e não apenas na doença. Neste modelo a promoção da saúde não é prioridade. (FERTONANI *et al.*, 2015). E no contexto rural, com suas especificidades, como distância e falta de estrutura, este se apresenta como um desafio para a superação do modelo biomédico e a efetivação das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Outra dificuldade identificada nas falas dos profissionais se refere ao fato de a ESF não ser gerida como uma ESF de zona rural, pois não se tem um olhar da gestão sobre suas especificidades.

Aqui é uma zona diferente, é de difícil acesso, pouca população é da região onde tem a unidade, porém em questão de gestão, ela não é gerida como uma unidade da zona rural [...]. (Pitangueira, cirurgiã dentista).

O que eu vejo dessa situação toda é que o problema maior na verdade em torno da ESF Itapuã é que ela é tratada como uma unidade de saúde normal, sendo que ela não é como uma unidade de saúde convencional, como do Centro, de regiões urbanas. A farmácia daqui é uma farmácia muito limitada. O que acontece é que eu tenho só medicamentos antimicrobianos pra tratamento de alguma infecção, e medicamentos normais. Medicamento controlado eu não tenho, eu não tenho medicamento para toxoplasmose. (Butiazeiro, atendente de farmácia).

Até exame de sangue também, uma vez por semana. De repente vem alguém coletar, porque, bah! muitos não fazem devido preço da passagem...

A partir destas falas também foi possível identificar uma distribuição centralizada de medicamentos e de exames básicos por parte da gestão, o que resulta em uma dificuldade de acesso por parte da população residente na zona rural. É urgente e necessário esse olhar da gestão para a realidade do trabalho da ESF na zona rural, com suas especificidades e necessidades que são diferentes da zona urbana.

Estão apresentadas no Quadro 2 sugestões de melhorias para cada desafio identificado.

Quadro 2 – Sugestões de melhorias para os desafios presentes no trabalho da ESF no contexto rural

Desafio	Sugestão de melhoria
<p>Falta de tempo e estrutura para que se realize a promoção da saúde e prevenção de doenças.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar agenda com horário reservado para que todos os profissionais da unidade realizem ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; - Ampliar horários reservados para os grupos; - Reorganizar o processo de trabalho para que enquanto um médico e sua equipe estejam responsáveis pelo atendimento clínico o outro médico e equipe estejam realizando ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.
<p>Falta de um olhar da gestão voltado para as especificidades de uma ESF da zona rural.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos e exames básicos descentralizados; - Disponibilizar formas de a equipe realizar a coleta dos exames na própria unidade; - Disponibilizar maior variedade de medicamentos na farmácia da unidade; - Ponto da SAMU para atender urgências e emergências; - Realizar reuniões periódicas com a equipe a fim de levantar as necessidades presentes no trabalho realizado no contexto rural.

Fonte: Autora (2022)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal conhecer a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado em saúde na zona rural do município de Viamão-RS. Para tanto, realizou-se uma pesquisa descritiva-explicativa de abordagem qualitativa, utilizando a coleta de dados através de Grupo Focal (GF).

De acordo com os dados analisados identificou-se que as ações de saúde desenvolvidas pela ESF na zona rural incluem o atendimento clínico e de situações de urgência e emergência, mesmo não tendo a estrutura necessária, como um ponto da SAMU na unidade. Também são realizados os seguintes grupos na ESF: grupo hiperdia, grupo de saúde mental, grupo de anticoncepção e o grupo de caminhada.

A respeito das especificidades do cuidado em saúde no trabalho da ESF no contexto rural, identificou-se que a percepção dos profissionais da equipe sobre cuidado em saúde está relacionada as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, foi possível identificar questões culturais envolvidas no cuidado em saúde que se produz no contexto rural, como também dificuldades de acesso à saúde e ao cuidado por parte da população, que precisa percorrer longas distâncias e, quando o fazem, demandam por um atendimento que atenda todas as suas necessidades de saúde.

Sobre as potencialidades em saúde presentes no trabalho da ESF no contexto rural, identificou-se o trabalho realizado pelas agentes comunitárias de saúde no território adscrito e a comunicação entre a equipe e outros serviços de saúde da rede.

Em relação aos desafios, identificou-se como principais dificuldades para o exercício do cuidado a falta de tempo e estrutura para que se realize a promoção da saúde e prevenção de doenças. Apesar dos grupos realizados na ESF os profissionais afirmam que o tempo reservado para essas ações não são suficientes, o que faz com que algumas vezes o cuidado que se realiza reforce ações mais curativas do que de promoção e prevenção. Outro desafio identificado é a falta de um olhar da gestão voltado para as especificidades de uma ESF da zona rural.

Como limitação a este estudo, está o fato deste representar a percepção de apenas uma equipe de ESF da zona rural, ficando como sugestão para futuros

estudos a realização de pesquisas que incluam outras equipes da ESF de zonas rurais.

Por fim, verifica-se a importância de dar sequência a estudos sobre este tema, pois conhecer a realidade do cuidado em saúde produzido em zonas rurais, com suas especificidades, potencialidades e desafios, é de grande importância para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a população residente nestes territórios, como também na qualificação de futuros gestores que possam contribuir para a melhoria do quadro assistencial presente nesta realidade.

Como moradora do território adscrito e usuária da ESF Itapuã na zona rural de Viamão, que entre outros, serviu de estímulo para a escolha deste tema de pesquisa, trago como finalização minha vivência enquanto pesquisadora e usuária do serviço. Um ponto que se destacou na realização desta pesquisa foi a adesão da maioria dos profissionais da ESF Itapuã em participar do Grupo Focal - do total de 18, participaram 13 - no sentido de que evidencia a disponibilidade destes profissionais em demonstrar a realidade do cuidado em saúde que se realiza no contexto rural. No dia da realização do GF estava chovendo muito, o que deixou mais evidente as dificuldades de deslocamento enfrentadas pelos usuários que residem na área rural, que possui muitas estradas de chão, que alagam com facilidade. Como usuária do serviço que presenciou a construção da unidade enquanto estudava na escola que fica ao lado - onde estudei do primeiro ano do Ensino Fundamental até o último ano do Ensino Médio - e agora como acadêmica em um curso de graduação que entre muitas coisas, me proporciona uma formação como gestora de sistemas e serviços de saúde, é muito gratificante poder contribuir para a visibilidade do cuidado em saúde que se produz na zona rural através do presente estudo.

REFERÊNCIAS

- ANDO, N. M. *et al.* Declaração de Brasília. “O conceito de rural e o cuidado à saúde”. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Florianópolis (SC), v. 06, n. 19, p. 142-144, Abr-Jun; 2011. Disponível em: <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/390/317>. Acesso em: 06 nov. 2021.
- AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, p. 73-92, 2004.
- BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M. de. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, p. 53-70, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011.
- BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 10 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)
- 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 nov. 2021.
- BRASIL. **Portaria define quantitativo de eSF eSB financiadas no país**. 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/6815#:~:text=Diferen%C3%A7as%20entre%20equip es&text=A%20eAP%20%C3%A9%20composta%20minimamente,cumprindo%20cada%20um%2040%20horas>. Acesso em: 08 jun. 2022.
- BUDÓ, M. de L. D.; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 14, p. 177-185, 2005.
- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 17 nov. 2021.
- CAMPOS, G. W. de S. *et al.* **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família**. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* (org.). Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p.121-142.

CECILIO, L. C. de O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 545-555, 2009.

CECILIO, L. C. de O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 589-599, 2011.

CONASEMS. **Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS**. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em: 11 jun. 2022.

CORREIA, A. D. da M. S. *et al.* **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família**. Campo Grande, MS: Editora da UFSM, 2010. v.1.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015.

FIOCRUZ. **Atenção básica - SUS: O que é? Leia mais no PenseSUS | Fiocruz**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Acesso em: 10 jan. 2022.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GARIGLIO, M.T.O. **O cuidado em saúde**. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina, 2012.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 81-99, 2018.

GARUZI, M. *et al.* **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa**. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v. 35, p. 144-149, 2014.

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

GIL, A. C. **Como classificar as pesquisas?** In: GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9662-censo-demografico-2010.html?t=destaques>. Acesso em: 06 nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades Rio Grande do Sul Viamão Panorama**. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/viamao/panorama>. Acesso em: 06 nov. 2021.

MERHY, E. **O cuidado é um acontecimento e não um ato**. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, p. 172-182, 2013.

MINAYO, M. C. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª Ed. Revista Aprimorada, São Paulo/SP: Hucitec, 2006.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, p. 731-747, 2011.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 165-179, 2015.

OLIVEIRA, A. R. de *et al.* Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

PINHEIRO, R. **Cuidado em saúde**. In: PEREIRA, I. *et al.* Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. Disponível em:

<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>. Acesso em: 09 jan. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIAMÃO. **Secretaria da Saúde**. Disponível em: <https://www.viamao.rs.gov.br/portal/secretarias/15/secretaria-da-saude>. Acesso em: 06 nov. 2021.

REZENDE, A. J. *et al.* A gestão pública municipal e a eficiência dos gastos públicos: uma investigação empírica entre as políticas públicas e o índice de desenvolvimento. **Revista Universo Contábil**, v.1, n. 1, p.24-40, 2005.

DOS SANTOS, R. R. dos *et al.* A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 1, p. 130-139, 2016.

SAUER, A. B. *et al.* **Por que formar grupos na atenção básica?** Curso Trabalho com grupos na Atenção Básica à Saúde. Florianópolis: UFSC, 2018. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14865/1/Apostila_Grupos%20na%20ABS_N%c3%bacleo%20Telessa%c3%bade%20SC%20UFSC.pdf. Acesso em: 12 jun. 2022.

SILVA, E. M. da *et al.* Os desafios no trabalho da enfermagem na estratégia saúde da família em área rural: revisão integrativa. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 14, n. 28, p. 1-12, 2018.

SOARES, A. N. *et al.* Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, 2020.

VIAMÃO. Prefeitura Municipal. **Viamão, terra de oportunidades**. Viamão: Coletiva Editora, 2014.

VIAMÃO. **Saúde apresenta plano municipal para 2022-2025**. 2021. Disponível em: <https://www.viamao.rs.gov.br/portal/noticias/0/3/6885/saude-apresenta-plano-municipal-para-2022-2025>. Acesso em: 07 jan. 2022.

VIAMÃO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Viamão, 2018. p. 01 a 135.

ZUBEN, A. P. B. von; FERREIRA, M. do C. **Vigilância em saúde nos municípios** *In*: ZUBEN, Andrea Paula Bruno von; FERREIRA, Maria do Carmo. Desafios para integração da vigilância em saúde e atenção básica. São Paulo: IPADS, 2002.

APÊNDICE A: ROTEIRO PRELIMINAR DE PERGUNTAS DO GRUPO FOCAL

- 1) Rodada inicial de apresentação dos participantes (Profissão, idade, quanto tempo atua na ESF rural)
- 2) Que ações de saúde são realizadas pela equipe da ESF Itapuã?
- 3) O que entendem por cuidado em saúde a partir da experiência de vocês numa ESF de uma zona rural?
- 4) Quais as principais dificuldades para o exercício do cuidado em saúde em uma ESF da zona rural?
- 5) Quais as principais potencialidades para o exercício do cuidado em saúde em uma ESF da zona rural?

ANEXO I - DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

27



ANEXO II - DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaramos para os devidos fins que concordamos e autorizamos o desenvolvimento da pesquisa "Percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre o cuidado em saúde na zona rural" de autoria da pesquisadora responsável Vania Roseli Correa de Mello e da pesquisadora assistente Elisandra Cambraia Lacerda a ser desenvolvido em nossa instituição. Informamos que conhecemos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será assinado pelos sujeitos de pesquisa participantes da Prefeitura Municipal de Viamão (Secretária de Saúde).

Cumpriremos o que determina as resoluções vigentes, Resolução CNS 466/2012 e a Resolução 510/2016, e contribuiremos com a pesquisa mencionada sempre que necessário, fornecendo informações.

Antes do início da coleta dos dados o (a) pesquisador (a) responsável 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.

Sabemos que a Prefeitura Municipal de Viamão (Secretária de Saúde) poderá a qualquer fase desta pesquisa retirar esse consentimento e neste caso, informaremos o(a) pesquisador(a) acima mencionado. Além disto, concordamos que os resultados deste estudo poderão ser apresentados por escrito ou oralmente em congressos e/ou revistas científicas, garantindo o sigilo e a privacidade dos participantes envolvidos na pesquisa.

Colocamo-nos à disposição para qualquer dúvida que se faça necessária.

Atenciosamente,

Local e Data:

Viamão 09 de fevereiro 2022

Diretor / Gerente (nome por extenso e assinatura)


Michele Galvão

Michele Galvão
Secretária Adjunta - SMS
Viamão - RS
Matrícula: 112123-5

01060150018

Prefeitura Municipal de Viamão (Secretaria de Saúde)

(NOME DA EMPRESA OU INSTITUIÇÃO E/OU CARIMBO – Obs.: no caso de instituição deve constar o CNPJ da mesma, caso contrário, pedir que inclua o número de CPF e o nome da assinatura).


Prefeitura Municipal de Viamão
Secretaria Municipal de Saúde
Av. Tapir Rocha, 5412
CEP 91475-000

ANEXO II - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UERGS - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO RIO GRANDE
DO SUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O CUIDADO EM SAÚDE NA ZONA RURAL

Pesquisador: VANIA ROSELI CORREA DE MELLO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56098022.1.0000.8091

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.349.794

Apresentação do Projeto:

O projeto foi submetido pela professora da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, Dra. Vania Roseli Correa de Mello, lotada na Unidade Universitária em Porto Alegre. Este projeto refere-se ao Trabalho de Conclusão de Curso de Elisandra Cambraia Lacerda acadêmica Curso de Administração: Sistemas e Serviços de Saúde e possui como objetivo conhecer a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado em saúde na zona rural do município de Viamão-RS. Para este levantamento serão aplicados questionários aos profissionais da ESF.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da Pesquisa: Os objetivos estão presentes nos três documentos principais, PB, Projeto original e TCLE.

Os objetivos são apresentados, sendo eles:

O objetivo geral: - Conhecer a percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado em saúde na zona rural do município de Viamão -RS.

Objetivos Secundários:

Endereço: Avenida Bento Gonçalves, 8855, Campus Central da UERGS, Prédio 11
Bairro: Agronomia **CEP:** 91.540-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3318-5148 **E-mail:** cep@uergs.edu.br

**UERGS - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO RIO GRANDE
DO SUL**



Continuação do Parecer: 5.349.794

- a) Identificar as ações de saúde desenvolvidas pela ESF na zona rural;
- b) Verificar as especificidades do cuidado em saúde no trabalho da ESF no contexto rural;
- c) Demonstrar as potencialidades e os desafios do cuidado em saúde presentes no trabalho da ESF no contexto rural.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios são apresentados no PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS no TCLE e no Projeto original.

Riscos: As autoras informam que os riscos da pesquisa são mínimos, segundo o texto “Considerando os cuidados sanitários adotados, os riscos destes procedimentos são mínimos por envolver possível incômodo ou desconforto ao responder as questões propostas no grupo focal”.

Para minimizar os riscos apresentados anteriormente as pesquisadoras informam que estarão a disposição para dúvidas e outros esclarecimentos que possam surgir. “Na possibilidade de ocorrência desses riscos, as pesquisadoras comprometem-se a realizar a escuta dos participantes, além de esclarecer novamente os objetivos e procedimentos do estudo”.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa, segundo as autoras os respondentes “contribuirão para a elucidação da percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado em saúde na zona rural. Destaca-se que além de disponibilizar uma cópia do trabalho final, deverá ser realizada uma reunião devolutiva para a equipe.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado. A pesquisadora pretende fazer um grupo focal com um roteiro de perguntas semiestruturadas, realizando gravação para posterior transcrição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Indicar que o TCLE e conseqüentemente a pesquisa, segue os regramentos estabelecidos pelas Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016 (CORRIGIDO)
- Corrigir no TCLE a passagem que se refere aos riscos “Na possibilidade de ocorrência desses riscos, as pesquisadoras comprometem-se a realizar a (?) dos participantes, além de esclarecer novamente os objetivos e procedimentos do estudo.” (CORRIGIDO)

Endereço: Avenida Bento Gonçalves, 8855, Campus Central da UERGS, Prédio 11
Bairro: Agronomia **CEP:** 91.540-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3318-5148 **E-mail:** cep@uergs.edu.br

UERGS - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO RIO GRANDE
DO SUL



Continuação do Parecer: 5.349.794

- Incluir no TCLE referencia ao uso de gravação de áudio das entrevistas, bem como autorização específica para tal. (CORRIGIDO)

Recomendações:

NÃO HÁ

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Fazer menção no TALE/TCLE às Resoluções 466/2012 e 510/2016. (CORRIGIDO)
2. Dar maior destaque em todos os documentos sobre a possibilidade de o respondente poder se retirar da pesquisa a qualquer tempo. (CORRIGIDO)
3. Incluir no TCLE referencia ao uso de gravação de áudio das entrevistas, bem como autorização específica para tal. (CORRIGIDO)
4. Os riscos e constrangimentos em se tratando de um GF tendem a ser potencializados. As autoras devem exercitar a reflexão sobre se os riscos atuais apresentados dão conta desta metodologia. (CORRIGIDO)
5. Estabelecer um procedimento caso um ou mais participantes não aceite ter seus áudios gravados (Estes devem ser excluídos da amostra?). (CORRIGIDO)

TODAS AS PENDÊNCIAS APONTADAS NA VERSAO 1 FORAM CORRIGIDAS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a), seu projeto está APROVADO e poderá iniciar as coletas de dados. Após 30 dias do término do projeto, de acordo com seu cronograma, deverá ser encaminhado um Relatório para apreciação deste CEP.

1. De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CONEP/MS n.º 466/2012, o pesquisador deverá apresentar relatório final (ou parcial, quando pertinente) para apreciação deste CEP. Esse relatório deve conter informações detalhadas nos moldes do relatório final contido no Ofício Circular n. 062/2011: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/conep/relatorio_final_encerramento.pdf OU o relatório poderá se adequado de acordo com os resultados finais do projeto que segue a Resolução 510/2016;
2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada, isto é, além de apresentar o resumo das alterações, juntamente com a justificativa, é necessário destacá-las no decorrer do texto (item 2.2.H.1, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).

Endereço: Avenida Bento Gonçalves, 8855, Campus Central da UERGS, Prédio 11
Bairro: Agronomia **CEP:** 91.540-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3318-5148 **E-mail:** cep@uergs.edu.br

**UERGS - UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO RIO GRANDE
DO SUL**



Continuação do Parecer: 5.349.794

3. A aprovação deste projeto no CEP não garante aprovação em Editais internos ou externos da UERGS, pois depende de avaliações específicas de mérito científico.
4. A fim de publicação de artigo, após obtenção dos resultados da pesquisa, o pesquisador deverá informar na metodologia a aprovação deste CEP e o número do CAAE.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1886708.pdf	03/04/2022 09:34:56		Aceito
Outros	RESPOSTAASPENDENCIAS01042022.docx	03/04/2022 09:34:29	VANIA ROSELI CORREA DE MELLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE01042022.docx	03/04/2022 09:33:23	VANIA ROSELI CORREA DE MELLO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ELISANDRATCC101042022.docx	03/04/2022 09:32:58	VANIA ROSELI CORREA DE MELLO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoTCCElizandra.pdf	20/02/2022 09:57:45	VANIA ROSELI CORREA DE MELLO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 13 de Abril de 2022

Assinado por:
Jane Marlei Boeira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Bento Gonçalves, 8855, Campus Central da UERGS, Prédio 11
Bairro: Agronomia **CEP:** 91.540-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3318-5148 **E-mail:** cep@uergs.edu.br