



**Cuidado em saúde pela Estratégia Saúde da Família nos territórios do mar e sertão**  
**Health care for Family Health Strategy in the northeast sea and hinterland territories**  
**Cuidado en salud por la Estrategia Salud de la Familia en los territorios del mar y sertón**

**Morgana Pordeus do Nascimento Forte**   
Universidade de Fortaleza (Unifor) - Fortaleza (CE) - Brasil

**Vanira Matos Pessoa**   
Fundação Oswaldo Cruz - Ceará (FIOCRUZ) - Fortaleza (CE) - Brasil

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar as práticas de saúde realizadas por profissionais de equipe de saúde da família que atuam em territórios do campo e das águas. **Método:** Tratou-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório, cuja análise temática foi utilizada para o processamento e interpretação do material empírico. Foram realizadas 29 entrevistas semiestruturadas com profissionais da Estratégia Saúde da Família dos municípios de Apodi-RN, Fortim-CE, Icapuí-CE, Novo Oriente-CE, no período de junho a agosto de 2019. **Resultados:** Os agentes de combate de endemias mostraram-se envolvidos para além de vigilância e controle de zoonoses, devendo ser considerado sua obrigatoriedade em equipes da ESF deste território. Ações dos profissionais que envolvam saúde ambiental e do trabalhador permanecem focadas no eixo assistencial, mas devem atravessar promoção, prevenção e educação em saúde, visando à equidade e o cuidado integral. **Conclusão:** O modo de vida da população de campo e das águas, com articulação saúde-ambiente-trabalho, deve ser norteador em todas as práticas de cuidado em saúde realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família e, ainda, a possibilidade de ampliação de profissionais nas equipes rurais deve ser considerado.

**Descritores:** Conhecimentos, atitudes e prática em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Equidade em Saúde; Pesquisa qualitativa; Saúde da População Rural.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the health practices carried out by family health team professionals working in rural and water territories. **Method:** This was a qualitative exploratory study, using thematic analysis to process and interpret the empirical material. A total of 29 semi-structured interviews were conducted with Family Health Strategy professionals from the municipalities of Apodi-RN, Fortim-CE, Icapuí-CE, Novo Oriente-CE, from June to August 2019. **Results:** The endemic disease control agents proved to be involved beyond surveillance and zoonosis control, and should be considered mandatory in Family Health Strategy teams in this territory. Professionals' actions involving environmental and workers' health remain focused on the care axis, but should include health promotion, prevention and education, with a view to equity and comprehensive care. **Conclusion:** The way of life of the rural and water population, with a health-environment-work link, should be the guiding principle in all health care practices carried out by rural Family Health Strategy professionals, and still, the possibility of expanding the number of professionals rural should be considered.

**Descriptors:** Health Knowledge, attitudes, practice; Primary Health Care; Health Equity; Qualitative Research; Rural Health.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las prácticas de salud realizadas por profesionales de equipo de salud de la familia que actúan en territorios del campo y de las aguas. **Método:** Se trató de un estudio cualitativo de tipo exploratorio, cuyo análisis temático fue utilizado para el procesamiento e interpretación del material empírico. Fueron realizadas 29 entrevistas semiestructuradas con profesionales de la Estrategia Salud de la Familia de los municipios de Apodi-RN, Fortim-CE, Icapuí-CE, Novo Oriente-CE, en el período de junio a agosto de 2019. **Resultados:** Los agentes de combate a las endemias se mostraron involucrados para allá de la vigilancia y control de zoonosis, debiendo ser considerado su obligatoriedad en equipos de la ESF de este territorio. Acciones de los profesionales que envuelvan salud ambiental y del trabajador siguen centradas en el eje asistencial, pero deben atravesar



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 10/02/2023  
Aceito em: 15/05/2024

*promoción, prevención y educación en salud, objetivando la equidad y el cuidado integral. Conclusión: El modo de vida de la población del campo y de las aguas, con articulación salud-ambiente-trabajo, debe ser orientador en todas las prácticas de cuidado en salud realizados por los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia y, aún, debe ser considerada la posibilidad de ampliación de profesionales en los equipos rurales.*

**Descriptor:** Conocimiento, actitudes y práctica en Salud; Atención Primaria de Salud; Equidad en Salud; Investigación cualitativa; Salud Rural.

---

## INTRODUÇÃO

O contexto histórico mundial da Atenção Primária à Saúde (APS) se inicia com um modelo seletivo e assistencialista, programas já definidos e carteiras de serviços em países emergentes, e avança buscando um modelo abrangente e integral proposto na Conferência de Alma-Ata, por meio de ações clínicas e de promoção de saúde, bem como de estratégias de participação social<sup>(1)</sup>

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade, que devem ser consolidados, inicialmente, na porta de entrada do SUS, que é a APS. Mesmo com dificuldades, a implantação dos princípios e diretrizes do SUS foram favorecidas com as políticas de fortalecimento da APS<sup>(1)</sup>.

Em 2011, iniciou-se um movimento de mudança da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em boa parte baseado no enfrentamento de nós críticos como: infraestrutura, processo de trabalho, qualidade da atenção, gestão do trabalho e financiamento. Em 2017, em meio a crises política e econômica, sua reformulação foi considerada como favorecimento à economia em detrimento do aprimoramento e qualificação da APS, na qual, com vistas a sua melhoria, tem sido adotada a Estratégia Saúde da Família (ESF) como o principal modelo de atenção<sup>(2)</sup>.

A ESF tem como fundamentos do processo de trabalho: definição do território e territorialização; vínculo longitudinal; ser porta de entrada preferencial do SUS; adscrição de clientela; responsabilização sanitária; acolhimento e acesso, com o fito de produzir a atenção integral, que tem se efetivado por meio da descentralização/municipalização da assistência à saúde<sup>(2)</sup>.

Junto à PNAB, menciona-se Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual tem como princípios e valores reconhecer a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida, e adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade<sup>(3)</sup>.

Ainda existem falhas na garantia de acesso à saúde da população. Sabe-se que aqueles que vivem em áreas remotas e rurais são mundialmente conhecidos por sofrer importantes iniquidades, gerando piores condições sociais e de saúde como: baixa escolaridade e rendimento salarial, difícil acesso dos seus moradores aos serviços sociais, de saúde e comércio, devido às distâncias territoriais e à falta de transporte público<sup>(4-8)</sup>. Além disso, estudos em diversos países têm constatado que moradores de área rural apresentam pior estado de saúde autorreferido em relação aos moradores de área urbana, e o principal determinante do padrão de saúde parece ser o próprio território e seus desafios de acesso aos serviços de assistência<sup>(9)</sup>.

Nos territórios do campo, da floresta e das águas, tais limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde permanecem como desafios a serem superado mundialmente. No Brasil, são nos pequenos municípios que o SUS tem maior fragilidade no que se refere a equipamentos, recursos humanos, entre outros fatores, a deficiência na área de saneamento ambiental<sup>(9-11)</sup>.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), política de promoção e equidade em saúde, prevê a redução de riscos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas, bem como a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida por meio de ações de saneamento e de acesso aos recursos hídricos, da construção de ambientes saudáveis e sustentáveis, da necessidade de valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde dessas populações, considerada, portanto, uma política de aporte decolonial<sup>(10)</sup>.

A PNSIPCFA visa fortalecer e articular ações de vigilância em saúde com foco na população trabalhadora do campo, da floresta e das águas e a ampliação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador rural. Em seu plano operativo referente ao período de 2017-2019 no âmbito do SUS, previa-se entre seus eixos: Acesso das

populações do campo, da floresta e das águas à atenção integral à saúde, promoção e vigilância em saúde; e monitoramento e avaliação das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas<sup>(10,11)</sup>.

Dadas as especificidades desta população, este artigo se propõe a identificar as práticas de saúde realizadas por profissionais de equipe de saúde da família que atuam em territórios do campo e das águas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório, esclarecendo conceitos e ideias trazidas pelos entrevistados, ou seja, no âmbito desta abordagem, a construção das narrativas deram-se por meio das percepções de profissionais de saúde, logo mais especificadas<sup>(12,13)</sup>.

Foram selecionados três municípios, sendo dois no Ceará e um no Rio Grande do Norte, considerando a presença de instituição de pesquisa e demandas de movimentos populares para a realização de estudos de saúde da população do campo e das águas. Os seguintes critérios foram considerados na seleção: ser de pequeno porte, população rural acima de 35 % da população total; variação da população extremamente pobre; uso exclusivo do SUS maior que 95%; presença de população do campo e das águas; presença de associação de pescadores(as) nos municípios que predominavam a pesca artesanal, e sindicatos de trabalhadores(as) rurais nos municípios de predomínio da agricultura familiar.

Diante da articulação entre instituições de pesquisa e movimentos populares, os municípios selecionados foram Fortim, Icapuí e Novo Oriente, no Ceará e Apodi, no Rio Grande do Norte, os quais guardam algumas heterogeneidades e semelhanças.

As heterogeneidades se relacionam mais com a extrema pobreza e a renda, em que os municípios cearenses têm piores indicadores em relação ao município do Rio Grande do Norte<sup>(14)</sup>. No que diz respeito às semelhanças, têm-se o uso do SUS, onde se observa que menos de 3% da população de cada município possui plano de saúde privado, ou seja, precisam majoritariamente da saúde pública, sendo o município mais pobre, Novo Oriente, no sertão do Ceará, com 99,5% da população depende do SUS<sup>(14)</sup>. Todos apresentam Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) abaixo do nível nacional e do próprio estado inserido, o que reforça o contexto de vulnerabilidade da população dos municípios pesquisados.

Em cada município, selecionou-se uma equipe da ESF, com as seguintes características: completas, com atuação em áreas rurais ou rururbanas (áreas de transição entre o rural e o urbano), e que atendessem comunidades/movimentos populares do campo e das águas. Se houvesse mais de uma equipe com essas características, solicitava-se indicação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município.

Mediante articulação das SMS, mobilizou-se os participantes da pesquisa, o que totalizou 29 profissionais, distribuídos desta forma: quatro enfermeiros, quatro médicos, quatro cirurgiões-dentistas, quatro técnicos de enfermagem (TE), quatro técnicos de saúde bucal (TSB), cinco agentes comunitários de saúde (ACS) e quatro agentes de combate a endemias (ACE), todos pertencentes às respectivas equipes de saúde da família do território.

Como técnica de investigação, foi utilizada a entrevista do tipo semiestruturada, na qual o roteiro possuía cerca de 10 perguntas, tendo como temas norteadores: saúde e trabalho; saúde e ambiente; ocupações das populações de campo e das águas (PCA); riscos ocupacionais e saúde do trabalhador; acesso e equidade na saúde da PCA; dentre outros. Para preservar a identidade dos participantes, enumeramos as entrevistas por categoria profissional, e identificamos nos trechos indicados na pesquisa.

O levantamento dos dados em campo foi realizado no período de junho a agosto de 2019, por pesquisadores com expertise em pesquisa qualitativa. As entrevistas foram gravadas, transcritas e processadas para posterior análise, utilizando a técnica da Análise Temática, que, segundo Minayo<sup>(15)</sup>, “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação”.

A referida pesquisa foi submetida à apreciação e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, através do parecer consubstanciado nº 3.372.478, e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para o campo da saúde coletiva, os cenários nacional e internacional têm sido espaços de crise no que se concerne a mudanças de políticas públicas e modos de conceber direitos à população. Para as práticas em saúde, deve-se ancorar pontes de diálogo entre o paradigma biomédico, a determinação social da saúde e aportes decoloniais, para assegurar avanços e conquistas na saúde pública, através do SUS<sup>(16)</sup>.

Uma abordagem decolonial ao nível do SUS necessita da promoção da autonomia das comunidades na gestão da própria saúde, bem como da incorporação dos saberes dos povos tradicionais na formulação e implementação de políticas de saúde.

O SUS avança como proposta política universal e promove políticas de encontro a práticas decoloniais, porém, ao ampliar o olhar para os diversos segmentos que diz respeito ao sistema (força de trabalho e dos mecanismos de desproteção, financiamento, modelo de atenção, regulação público-privado), ainda há um conjunto de grupos populacionais, como população de campo, florestas e águas, população negra, LGBTQIA+ e privada de liberdade, com condições de saúde à margem da garantia da equidade<sup>(17)</sup>.

O cuidado em saúde deve ser pautado na integralidade e tem três grandes conjuntos de sentidos: atributos dos profissionais de saúde; atributos da organização do serviço de saúde; respostas políticas aos problemas de saúde<sup>(18)</sup>.

Espera-se que, em território rural, haja uma maior sensibilidade aos condicionantes em saúde devido à baixa escolaridade e rendimento salarial, difícil acesso dos seus moradores aos serviços sociais, de saúde e comércio, compreendendo a influência da cultura, o pensar e o agir, do usuário a favor da qualidade de vida destes e reconhecendo o impacto da determinação social na saúde da população<sup>(19)</sup>.

Sob a ótica da APS e dos atributos dos profissionais de saúde, uma de suas diretrizes é o vínculo longitudinal<sup>(20)</sup>, o qual caracteriza-se por:

*[...] um constructo de natureza complexa e sistêmica, relacionado às dimensões relacionais, assim como às coletivas e organizacionais, que se expressam em um modelo de atenção primária, com repercussões no processo de trabalho da equipe, na organização do serviço<sup>(20)</sup> (p.4).*

Dito isso, ao correlacionar atributos da APS e cuidado em saúde, identificou-se o vínculo como relação interpessoal nos discursos dos sujeitos acarretando melhorias para o cuidado da população de maneira coletiva. Os discursos a seguir trazem este significado:

*“A gente cria mais do que um vínculo, né, de profissional-paciente, a gente já cria quase que um vínculo de amizade [...] e a gente conversa até outras coisas fora daquela condição (de saúde), e isso facilita [...] a gente consegue chegar ao nosso objetivo”. (Médico 03).*

*“Eu sou amiga de todas... gosto de aconselhar, de orientar – até porque, assim, eu tive uma vida muito difícil, aí eu gosto de sempre tá orientando as mães das criança pra cuidar de suas criança... pra não perder os seus dentes [...] a gente vai orientando, senta conversa, – eu sou amiga, aqui, de todas”. (TSB 02).*

*“Tem aquele vínculo, o importante é que a gente tem o vínculo. [...] Todo dia a gente tá em campo trabalhando, coletando dados, fazendo um levantamento e procurando levantar estratégias pra melhorar a vida dessa localidade na questão da saúde”. (ACE 01).*

As diversas categorias profissionais reconhecem que o vínculo não somente é capaz de construir uma relação terapêutica entre profissional e usuário, como também pode garantir empoderamento do usuário no autocuidado e fazendo-os buscar os serviços conforme a necessidade de saúde<sup>(20)</sup>. Dessa forma, os profissionais de saúde devem estar aptos para atender às demandas da população, garantindo também a resolutividade da APS, como se observa abaixo:

*“Eu diria que cinco por cento, dez por cento dos pacientes que a gente pega aqui que a gente encaminha. A gente consegue resolver muita coisa aqui, muita coisa mesmo. E, quando a gente encaminha, o município também consegue resolver grande parte disso aí, né. Difícilmente vai pra outros municípios”. (Médico 03).*

*“Quando eles nos procuram, a gente tenta atender eles de uma forma totalmente integrada pra tentar resolver logo o problema, até porque esse tipo de trabalhador, ele não tem muito tempo, então a gente tenta resolver logo tudo, dar uma atenção a mais, né”. (CD 01).*

*“A gente trabalha em equipe, eu trabalho muito com a agente de saúde, a gente faz parceria, já passo pra enfermeira, a enfermeira já passa pro médico, então a gente já tem o abrangimento total. A gente consegue dar de conta de toda a população”. (TE 01).*

Em territórios rurais ou remotos, reforça-se a necessidade que a ESF, enquanto equipe, tem de assumir maior protagonismo e resolutividade, pautada nas principais necessidades de saúde da população devido às fragilidades socioeconômicas e à vulnerabilidade em saúde já identificadas em estudos<sup>(5,6)</sup>.

Ainda sob a perspectiva de criação de vínculo, o contexto de campo e das águas parece ter o ACS como foco essencial de coordenação do cuidado. Em cenários do campo, cujas comunidades são espaçadas geograficamente,

tal profissional é fundamental na aproximação da comunidade com a equipe<sup>(21)</sup>. Não é incomum que em diversos relatos dos profissionais que não os próprios ACS, versarem sobre seu elo entre comunidade e serviço:

*“A busca é os ACS na sua visita e quando a família entra em contato com a ACS pra ir a enfermeira visitar ou o médico, a gente vai visitar, agora, assim, claro que existe também uma prioridade tá entendendo porque a gente não tem, como a demanda é grande aqui na UBS não tem muito a disponibilidade [...] de visitar todos. Eu pelo menos tento assim sempre tá agendando pra visitar um hipertenso ou então um grupo de... esse pessoal das receitas controladas sempre tá indo, tá entendendo?”. (Enfermeiro 02).*

*“Tem também a questão dos agentes de saúde, que a gente orienta, a gente conversa porque eles são o elo, né, entre a UBS, entre o posto de saúde, a atenção básica, e a população, são eles que tão todo dia. A gente tenta ver com eles [...] alguma necessidade de atendimento, [...] a gente fala pros agentes de saúde os dias que a gente vai tá aqui, os horários, os serviços ofertados, que a gente pode fazer, né, e eles tão lá, sempre alerta, procurando alguma alteração que ele, né.. bateu o olho e viu [...] ‘tem alguma coisa errada, vamos agendar uma visita pra aquela pessoa que não pode’”. (Médico 03).*

*“Tal pessoa quando tá passando por tal situação, conta com agente de saúde e aí a agente de saúde vem e aciona a gente pra falar a respeito de alguém quando não pode vir a unidade, pra poder a equipe, o médico, a enfermeira ir até essa pessoa, pra gente fazer o atendimento”. (Enfermeiro 04).*

O destaque para o ACS neste artigo se dá porque tal profissional foi identificado na última reformulação da PNAB como capaz de assumir funções de enfermagem e do ACE, o que aumentaria muito suas atribuições, demonstrando a possibilidade de ampliação do escopo de práticas, principalmente com a população residente em áreas rurais e, em contrapartida, poderia descaracterizar a natureza de seu trabalho educativo, fragilizando o vínculo entre comunidade e equipe de saúde<sup>(2,22,23)</sup>. Ainda, na mesma reformulação, levantou-se a possibilidade de existir equipes de ESF responsáveis por uma média de 3000 pessoas sem esse profissional, situação que deixaria a população de campo e das águas ainda mais vulnerável e com menor acesso aos serviços de saúde.

Em continuidade, o papel do ACE também deve ser destacado nesta pesquisa. A PNAB<sup>(2)</sup> de 2017, considera tal categoria profissional como possível de se fazer parte de uma equipe de Saúde da Família, porém, visando a equidade, deve-se considerar a obrigatoriedade deste profissional em equipes do território de campos e das águas. Assim, os cuidados evidenciados nos discursos abaixo envolvem uma abordagem comunitária que vai além da vigilância epidemiológica propriamente dita.

*“A gente chega pros líderes comunitários pra marcar uma reunião com a comunidade e alertar sobre esses riscos, sobre o que eles tão expostos. O nosso trabalho é esse, o nosso dia a dia é esse, coletar dados, é orientar o dono da casa, dos imóvel da localidade, é levar promoção em saúde em si pra dentro dessas comunidades, fazer o trabalho de prevenção mesmo, onde é mais barato, no caso, e levando mesmo”. (ACE 01).*

*“A demanda da gente [...] leva tracoma que é um exame que é feito no olho, num sei se você conhece, é que é [...] são [...] tem agentes treinados pra isso, é um exame que é feito no olho [...] aí levamos também a questão de vacinas canina [...] exames [...] pra diagnosticar calazar em animal [...] visitas nas casas da comunidade, distribuição de telas peixe no caso pra aquelas casas onde existe água exposta, aberta, a gente usa o peixe e usa a tela, dependendo do depósito a gente decide qual o melhor”. (ACE 02).*

Todos os ACE entrevistados faziam parte das equipes de saúde da família. Sabe-se que as práticas educativas realizadas pelos profissionais apresentam entraves pelo trabalho precarizado e fragmentado, pela falta de investimento em sua formação e pela organização da rotina em detrimento da produção. Observa-se, também, que um dos ACE acima relatou a capacidade de realizar exame de rastreio de tracoma, enquanto seu papel, geralmente, é explicar e esclarecer como se evita tal condição<sup>(23)</sup>.

Reforça-se que uma pactuação entre ACE e ACS para ações intersetoriais que garantam o cuidado integral é fundamental, e não a unificação de um profissional sobrecarregado para tantas demandas, conforme proposto pela nova PNAB. Fica clara a importância de ambos os profissionais, colaborando e participando ativamente de atividades de promoção, prevenção e controle de agravos, principalmente em território rural.

O fato de estar afastado das influências de centros urbanos, com medicina baseada em tecnologia dura, permite que a saúde praticada no território rural tenha potencial de ampliar e desenvolver práticas que valorizem a prevenção quaternária – evitar sobremedicalização e procedimentos e ações iatrogênicos – direcionando o cuidado para as necessidades de saúde, em perspectiva sistêmica, pautadas também na determinação social de saúde<sup>(25)</sup>.

Observa-se que existe entre as categorias profissionais a busca pela integralidade do cuidado, exercendo práticas de prevenção, promoção, educação e tratamento em saúde, conforme previsto pela PNAB 2017, que considera atribuições comuns ações programáticas e de demandas espontâneas<sup>(10)</sup>. Os discursos abaixo versam sobre:

*“Aqui a gente faz vacinas, a gente faz palestras, a gente faz atendimento a domicílio, pré-natal, saúde coletiva, saúde da mulher, a gente faz muito, orientações também, em relação a tudo, questão de limpeza, a questão de alimentação, a importância de tomar as medicações, os horários corretos e não se automedicar. A importância das vacinas também. A gente tenta orientar quando eles façam de forma correta”. (Enfermeiro 04).*

*“A gente trabalha muito com palestras aqui, assim, a gente vem com nutricionista, a gente vem com farmacêutico, como vocês hoje a gente tem o médico, a gente trabalha muito dessa forma, só que, assim, quando chega alguém aqui com algum problema procurando a gente resolve, tenta resolver e solucionar esse problema”. (TSB 03).*

*“O que a gente tem tentado fazer é essa agenda que contemple essa questão da promoção da saúde, então a gente tem atendimento noturno voltado pro pescador pra tentar atender... o público de saúde do homem já é complicado pra vir pro posto e o público de pescadores mais ainda porque eles saem de madrugada e voltam quase a noite [...] nesse momento a gente tenta colocar as consultas e oferecer outras coisas, orientações nutricionais, tem o atendimento odontológico...”. (Enfermeiro 03).*

*“Em relação à saúde da mulher também tem alguns trabalhos, não só da mulher, mas do público em geral, a gente tenta utilizar os dispositivos que tem na comunidade, que é o mar, então aqui é feito a talassoterapia que é esse momento terapêutico mesmo com o banho do mar [...] esse caráter [...] de reabilitação, terapêutico, mas é um caráter muito mais [...] direcionado à educação popular em saúde”. (Enfermeiro 01).*

No último discurso supracitado, houve a menção da educação popular em saúde que, muito além de transmitir informação sobre mudanças de hábitos para evitar um conjunto de doenças, propõe-se a realizar a troca de saberes, cujo ponto de partida é o educando, ou seja, a população. Além disso, foi mencionada a utilização das práticas integrativas e complementares (PICs) como auriculoterapia, ainda que de maneira embrionária, conforme trecho abaixo:

*“Tem alguns profissionais residentes que trabalham aqui e a gente oferece outras práticas integrativas, por exemplo, a auriculoterapia...”. (Enfermeiro 03).*

Na perspectiva de cuidado integral e atributos da organização do serviço<sup>(16)</sup>, foi possível observar, no presente estudo, a tentativa dos profissionais na adequação do serviço conforme a demanda, através de ações e práticas, além da assistência direta, caminhos propostos pela PNPS<sup>(3)</sup>.

Entende-se que há mobilização dos profissionais para ir além do modelo biomédico e curativista, mas que ainda existem desafios no processo de transformar o modo de trabalho:

*“A gente tenta fazer uma agenda que contemple não só a clínica direta em si né, apesar de que as pessoas ainda tendem a procurar esse modelo mesmo biomédico, por mais que a gente tenha um cardápio de oferta que eu considero diversificado, mas a gente tem ainda uma forte presença assim da figura do médico né, mas o que a gente tem tentado é promover realmente a educação em saúde, é... a promoção, prevenção, então a gente trabalha muito com grupos...”. (Enfermeiro 01).*

*“A gente faz mais o trabalho educativo, preventivo. Se a população não ajudar, não contribuir com a gente, infelizmente [...] num vai dar certo [...] aí o posto vai ficar super lotado, o médico vai ficar super lotado”. (ACE 02).*

*“A maioria das pessoas devia valorizar mais sua saúde. Procurar mais a questão de prevenção, – vir pra uma prevenção antes, não – ela vem mais por uma questão de, às vezes, quando tá com aquela patologia, com aquela doença, com aquela dor e já vem que quer melhorar daqui, e... não investe muito em prevenção, muito pouco”. (Médico 01).*

A menção dos profissionais sobre a necessidade de atividades de educação em saúde e da implementação de práticas integrativas e completares através de residentes (profissionais de saúde em formação) parecem ser parte do avanço das práticas de saúde, porém os formatos propostos para ações educativas apresentam contradições quando se trata de incorporar abordagens decoloniais.

Palestras e orientações podem refletir paradigmas coloniais, como hierarquização de conhecimento e detenção de saber apenas pelo profissional, não necessariamente garantindo a participação, protagonismo e autonomia dos usuários dos serviços. Além disso, em alguns discursos, os entrevistados parecem culpabilizar a população quanto a um possível desinteresse nas ações das equipes que iriam além de consultas médicas, sem considerar que, para

a efetividade dessas ações, deve-se garantir a participação social, a autonomia do usuário, o empoderamento da população nas práticas de cuidado em saúde<sup>(17,26)</sup>.

Em seu estudo, Esmeraldo<sup>(27)</sup> descreve que a mudança do modelo de atenção envolve tanto a percepção dos profissionais quanto dos usuários. Em concordância com este mesmo estudo, os relatos mencionam alguns trabalhadores de saúde tentando organizar agenda da equipe sem necessariamente passar por consultas médicas. No entanto, a partir do relato de um deles, descreve-se a procura do usuário, principalmente, em demanda de urgência, pela cultura do imediato, buscando apenas a resolubilidade de uma queixa, dificultando a organização e o planejamento de um acolhimento que envolva outros fatores para além do assistencial.

Ainda sob a ótica de organização do serviço e da agenda da equipe, uma das formas de garantir acesso e equidade é a partir do acesso avançado, conciliando atendimentos programados e com demandas espontâneas, bem como sendo 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<sup>(28)</sup>.

Entre os entrevistados, foram mencionadas práticas de aprimoramento do acesso através do atendimento noturno, do atendimento compartilhado, visitas domiciliares com a presença da equipe de saúde bucal e oferta de serviços na comunidade. Estarem atentos às demandas da comunidade são pontos descritos nas entrevistas:

*“Eu tento atuar muito nesse sentido com os outros profissionais, quando dá, médico atende com enfermeiro, enfermeiro atende com a odontologia, o pediatra vem aqui uma vez no mês, né, que ele vem para todas as unidades, a gente tenta conciliar esses momentos, [...] não tanto na consulta, mas na sala de espera que fiquem mais profissionais juntos [...] aqui a gente tem uma parceria muito boa com os ACS, [...] de solicitar algo e eles responderem, estarem atentos das demandas da comunidade”. (Enfermeiro 01).*

*“A gente tá atendendo eles, tem visita domiciliar, tem dia que é agendado, a agente de saúde vem aqui, marca um dia, a gente vai na comunidade e atende eles. O dentista também vai... aí a gente oferta todos os serviços [...] faz a verificação da pressão arterial, o teste glicemia peso, altura, a gente tira dúvidas, entrega medicamentos...”. (TE 02).*

*“A gente sabe que não, nem todas as pessoas têm como vir né, condições físicas, às vezes pela distância. A gente se organiza também pra fazer visitas domiciliares aos mais necessitados, digamos assim, né, [...] a gente tenta buscar essa demanda que fica, de certo modo, esquecida [...] Todo mundo que precisa de atendimento vem, procura e a gente tenta organizar conforme a nossa oferta de serviços, digamos, nosso horário de atendimento nessas situações: a gente tenta se organizar para que todos que venham à UBS sejam atendidos [...] A gente faz aqui uma vez no mês um atendimento noturno que é pra justamente essas pessoas que não têm condições de vir durante o dia, elas virem à noite né, trabalhadores que [...] não têm como tá aqui durante o dia pro atendimento médico, odontológico e enfim”. (Médico 03).*

Apesar de descritas algumas ações realizadas pela equipe, deve-se levar em consideração que a PCA tem especificidades no que se refere à saúde, ao trabalho e ao ambiente, temas estes necessários de pautar em práticas da APS, conforme estabelecido no plano operativo da PNSIPCFA<sup>(10)</sup>. Porém, pouco se mencionou acerca de atividades relacionadas à saúde do trabalhador ou saúde ambiental, sendo relatado apenas atendimentos em situação de acidente de trabalho ou de breve orientação acerca da exposição solar no contexto de trabalho, conforme os discursos a seguir apontam:

*“Assim, o enfoque maior desses pacientes, que são da zona rural, é mais a orientação tipo do cuidado com uso do protetor solar, né [...] o profissional do PSF, no caso, com outros atendimentos mesmo, normal de livre demanda, acaba deixando essa parte de orientação, né, do uso de protetor solar da importância de do cuidado, né, como a pele e acaba deixando passar isso e muitas pessoas não têm esse conhecimento”. (Cirurgião-dentista 03).*

*“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”. (Enfermeiro 03).*

*“É, às vezes, se corta às vezes, no mato também na agricultura se cortam aí, fica em casa, tem que fazer curativo e a gente tem que abranger todo mundo”. (ACS 04).*

Estudos<sup>(29,30)</sup> mostram a necessidade de implantação de programas específicos para o trabalhador de território rural, no que concerne à saúde ambiental e saúde do trabalhador, na perspectiva de promoção à saúde integral,

para além da discussão de saneamento básico, coleta de lixo e falta de abastecimento de água, determinantes sociais estes já evidenciados como precários entre os municípios estudados<sup>(31)</sup>. Dificuldade da população em acessar informações do malefício de agrotóxicos, interesse de conhecer sobre manejo adequado de embalagens após o uso destes, necessidade da utilização de equipamentos de proteção individual já foram temas levantados como de interesse da população, promovendo práticas de saúde emancipatórias que consideram a pluralidade de sujeitos singulares das PCA no processo de atenção-cuidado.

Notou-se pelas entrevistas a necessidade da ampliação do escopo de práticas dos profissionais, visando garantir a maior resolutividade das demandas trazidas pela população, buscando outras formas de cuidado que perpassam as atribuições mínimas de cada profissional, principalmente no território rural.

Quanto a limitações do estudo, considera-se o tempo para a realização das entrevistas dadas, demandas de retorno aos serviços de saúde, pois não é possível que os instrumentos da entrevista consigam explorar todas as perspectivas enquanto atribuições da APS e os profissionais atuantes na ESF.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Deve-se levar em consideração o papel do ACE em contexto rural e sua necessidade de integrante essencial na composição de equipes de saúde da família de territórios rurais unido ao ACS, sujeito pautado por todos os entrevistados desta pesquisa como essencial na educação, promoção, prevenção em saúde, sendo o elo entre a comunidade e a equipe.

Observou-se um progresso nas práticas de atenção à saúde da população de campo e das águas ao identificar atividades de educação em saúde, implementação das práticas integrativas e complementares, utilização do acesso avançado para gerenciar a agenda da equipe, e o território rural como espaço de formação em saúde, fortalecendo a ampliação da PNPS.

Contudo, os modelos utilizados de educação em saúde ainda se enquadram em uma perspectiva colonial. Além disso, pouco foi mencionado sobre ações que envolvessem a saúde do trabalhador e a saúde ambiental, eixos de atuação extremamente necessários para estes povos que têm seu modo de vida, pessoal, familiar e profissional, uma relação direta com o ambiente e com o território.

A decolonização da saúde implica combater as desigualdades sociais que afetam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, garantindo um cuidado integral à saúde culturalmente sensível e de qualidade para toda a população. No caso da população de campo e das águas, é através de políticas como a PNPS, PNAB e a PNSIPCA que os profissionais de saúde devem basear suas práticas de cuidado, garantindo a participação social e promovendo a autonomia da comunidade.

## **AGRADECIMENTOS**

À Fiocruz, pelo apoio financeiro através do Programa Inova Fiocruz - Edital Novos Talentos, cuja pesquisa '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' foi contemplada.

## **CONFLITO DE INTERESSE**

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

## **CONTRIBUIÇÕES**

As autoras contribuíram para o desenho, elaboração, coleta, análise e interpretação dos dados, assim como na redação, revisão e aprovação da versão final. E ainda, concordam que são responsáveis pela exatidão e integridade de todo o trabalho.

## **FINANCIAMENTO**

Pesquisa financiada pelo Programa Inova Fiocruz, Edital Novos Talentos.



## REFERÊNCIAS

1. Mendonça FF, Lima LD, Pereira AMM, Martins CP. As mudanças na política de atenção primária e a (in) sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate* [internet]. 2023 [acesso em 2024 maio 1];47(137):13-30. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7841/1313>
2. Feltrin AFS, Coneglian TV. A nova política nacional de atenção básica e o contexto atual de saúde: uma reflexão crítica. *Cuidarte Enfermagem* [internet]. 2019 [acesso em 2024 maio 1];13(1):56-61. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1015425>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
4. Franco CM, Giovanella L, Bousquat A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2023 [acesso em 2024 maio 1];28(3):821-836. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2023.v28n3/821-836/>
5. Rodrigues KV, Almeida PF, Cabral LMS, Fausto MCR. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. *Saúde em Debate* [internet]. 2021 [acesso 2024 maio 1];45(131):998-1016. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5730>
6. Shimizu HE, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Rev. esc. enferm. USP* [internet]. 2018 [acesso em 2024 maio 1];52:e03316. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LDTvrSC3pwF3SB43rDbXMQv/>
7. World Health Organization. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Genebra: WHO; 2021
8. Sombra LL Neto, Silva FVE, Barbosa ACM, Carneiro FF, Pessoa VM. Condições de vida e saúde de famílias rurais no sertão cearense: desafios para Agenda 2030. *Saúde debate* [Internet]. 2022 [acesso em 2024 maio 1];46(132):148-62. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/G9s9nVyqBy6hxsc9DjJxykJ/?format=pdf&lang=pt>
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Saúde e Ambiente para as Populações Saúde e Ambiente para as Populações. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
10. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 27, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Gabinete do Ministro; 2017.
11. Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF, Lima JG, Sousa ABL, Seidl H. Remoto ou remotos: a saúde e o uso do território nos municípios rurais brasileiros. *Rev Saude Publica* [internet]. 2022 [acesso em 2024 maio 1];56:73. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/zz4P4kHX9dJGs9bkJtRpHPC/?format=pdf&lang=pt>
12. Minayo MCS, organizador. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
13. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ed. São Paulo: Atlas; 2002.
14. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica do Departamento de Saúde da Família [internet]. 2023 [acesso em 2024 maio 1]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/notatecnica/frmListaMunic.php>
15. Minayo MCS, organizador. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12.ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
16. Oliveira RG. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde e Sociedade* [internet]. 2018 [acesso em 2024 maio 1];27(1):37-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jk43cn6rHKzGFNzYSnTHsKL/?format=pdf&lang=pt>
17. Bezerra PA, Cavalcanti P, Moura LBA. Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. *Physis* [Internet]. 2023 [acesso em 2024 maio 1];33:1-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Rw4f bt4QXGdWFnJhgTrwG5z/?format=pdf&lang=pt>

18. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2009. p. 39-64.
19. Oliveira AR, Siysa YG, Silva DM, Alves JP, Diniz IVA, Medeiros SM, et al. Primary Health Care in the rural context: the nurses' view. Rev. Gaúcha Enferm [internet]. 2020 [acesso em 2024 maio 1];41: e20190328. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SjnTdGKKdDnLsh8CzNVB8nM/?format=pdf&lang=pt>
20. Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. Physis: Revista de Saúde Coletiva [internet]. 2018 [acesso em 2024 maio 1];28(2):e280206. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GNjxJkJFNrHNxGVBNSdjMFJ/?format=pdf&lang=pt>
21. Soares AN, Silva TL, Franco AAAM, Maia TF. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. Physis [Internet]. 2020 [acesso em 2024 maio 1];30(3):1-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/HmLCdCPxhqRMT4RX3kwf6Xt/?format=pdf&lang=pt>
22. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde debate [internet]. 2018 [acesso em 2024 maio 1];42(1):38-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/abstract/?lang=pt>
23. Maciel AMS, Almeida NMGS, Silva AC, Almeida PC. Fatores associados ao tratamento e ao controle do tratamento do tracoma em escolares de município da Região Nordeste, Brasil. Rev. bras. Epidemiol [internet]. 2020 [acesso em 2024 maio 1];23:e200011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/jXJpmsfJFbyX9cZ4YRtCRwm/?format=pdf&lang=en>
24. Costa LA, Carneiro, FF, Almeida MM, Machado MFAS, Dias AP, Menezes FWP, et al. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. Saúde em Debate [internet]. 2019 [acesso em 2024 maio 1];43(8):36-49. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8jK7WwBqCBRpBPcg8WNZyFM/?format=pdf&lang=pt>
25. Lutzke CLL, Miotto MHMB. Determinantes sociais do desmame precoce em comunidade rural de uma população pomerana: estudo transversal. Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde [internet]. 2022 [acesso em 2024 maio 1];35:13055. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/13055>.
26. Servalho F, Dias JVS. Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a saúde coletiva brasileira. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2022 [acesso em 2024 maio 1];27(3):937-46. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QJ9zhYGmCNHWvTJpt5pR8dD/?format=pdf&lang=pt>
27. Esmeraldo GROV, Oliveira LC, Esmeraldo CE Filho, Queiroz DM. Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. Rev. APS [internet]. 2017 [acesso em 2024 maio 1];20(1):98-106. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/15786>
28. Cirino FMSB, Schneider DA Filho, Nichiata LYI, Fracolli LA. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. Rev Bras Med Fam Comunidade [internet]. 2020 [acesso em 2024 maio 1]; 15(42):2111. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2111>
29. Lima ARA, Dias NS, Lopes LB, Heck RM. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? Saúde debate [internet]. 2019 [acesso em 2024 maio 1];43(122):755-764. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3zKD9snRRT5Gfz6xcwnkXDd/>
30. Forte MPN, Pontes AGV, Pessoa VM. Trabalho e saúde em territórios do campo e das águas: perspectivas para descolonizar as práticas na Estratégia Saúde da Família. Rev bras saúde ocup [internet]. 2023 [acesso em 2024 maio 1];48:e20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3zKD9snRRT5Gfz6xcwnkXDd/>
31. Forte MPN, Pessoa VM, Arruda CAM, Machado MFAS, Barbosa MIS, Carneiro FF, Sombra LL Neto. Estratégia saúde da família rural no Nordeste do Brasil: percepções de profissionais sobre a saúde e ambiente. Rev. APS [internet]. 2022 [acesso em 2024 maio 1]; 25(Supl 1):58 -69. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/34913>

**Endereço para correspondência**

Vanira Matos Pessoa  
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Ceará  
Endereço: Rua São José, s/n  
Bairro: Precabura  
CEP 61.773-270 / Eusébio (CE) - Brasil  
E-mail: morganapordeus@gmail.com

---

**Como citar:** Forte MPN, Pessoa VM. Cuidado em saúde pela Estratégia Saúde da Família nos territórios do mar e sertão. Rev Bras Promoç Saúde. 2024;37:14266.

---