



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ARLEUSSON RICARTE DE OLIVEIRA

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE RURAL NO  
BRASIL**

BELO HORIZONTE - MG  
2019

ARLEUSSON RICARTE DE OLIVEIRA

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE RURAL NO  
BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Marília Alves.

BELO HORIZONTE - MG  
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Oliveira, Arleusson Ricarte de.

O trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde rural no Brasil [manuscrito] / Arleusson Ricarte de Oliveira. - 2019.

177 f.

Orientadora: Profª Drª Marília Alves.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Áreas Rurais. I. Alves, Marília.  
II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.  
III. Título.

Escola de Enfermagem da UFMG  
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889  
caixa postal: 1556 | colgrad@enfufmg.br



UFMG  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE MINAS GERAIS

**ATA DE NÚMERO 121 (CENTO E VINTE E UM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELO CANDIDATO ARLEUSSON RICARTE DE OLIVEIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTOR EM ENFERMAGEM.**

Aos 21 (vinte e um) dias do mês de fevereiro de dois mil e dezenove, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE RURAL NO BRASIL", do aluno *Arleusson Ricarte de Oliveira*, candidato ao título de "Doutor em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Marília Alves (orientadora), Efigênia Ferreira e Ferreira, Claudia Santos Martiniano Sousa, Soraya Maria de Medeiros (participou da sessão por meio de skype) e Adriane Vieira, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;  
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 21 de fevereiro de 2019.

Profª Drª. Marília Alves  
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Efigênia Ferreira e Ferreira  
(UFMG)

Profª. Drª. Claudia Santos Martiniano Sousa  
(Universidade Estadual de Paraíba)

Profª. Drª. Soraya Maria de Medeiros  
(UFRN)

Profª. Drª. Adriane Vieira  
(Esc. Enf./UFMG)

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 11, 03, 19

Profª. Dra. Kênia Lara Silva  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem da UFMG

A **Deus** por me guiar com sua infinita luz em todos os caminhos pelos quais já trilhei no decorrer de toda vida, ultrapassando barreiras e vencendo desafios.

Aos **Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Campina Grande**, em especial, aos que trabalham em **áreas rurais**, que lidam com os desafios das particularidades desse meio e que realizam o percurso diário a essas áreas para partilharem saúde junto à população. Meu imenso agradecimento por terem sido atores fundamentais e imprescindíveis na concretização deste estudo.

## AGRADECIMENTOS

*A Deus por ser o pilar fundamental nessa caminhada, dando-me sabedoria e equilíbrio na condução deste estudo.*

*À minha família, em especial aos meus pais Arlindo Ricarte Primo (in memorian) e Terezinha Ricarte pelo exemplo de perseverança, pelo esforço e sabedoria em me conduzir para vida com suas lições e ensinamentos, e sobretudo com zelo, amor e carinho me orientar na formação humanística e profissional. Meu imenso agradecimento.*

*Aos meus irmãos Arleide Ricarte e Arlindo Ricarte Júnior pelos exemplos de força e determinação.*

*Aos meus sobrinhos Gabriela, João Gabriel e Melissa por todo carinho.*

*Ao meu amigo Tobias que sempre esteve próximo, me apoiando e me ajudando, na disponibilidade constante e na torcida pela conquista de meus objetivos.*

*À Maria José, pelo zelo com o meu lar, me proporcionando conforto, tornando meu ambiente limpo, agradável, para que eu pudesse ter momentos agradáveis de estudo.*

*Ao meu afilhado Celson, pelo apreço, convívio diário e compreensão durante esses anos de doutorado e participação na minha trajetória.*

*Gratidão especial, a minha orientadora, prof.<sup>a</sup> Dra. Marília Alves, que me acompanhou no decorrer desses quatro anos, me orientando e conduzindo no processo de construção de conhecimentos em todas as etapas de elaboração deste trabalho. Obrigado por ter sempre demonstrado confiança e acreditado em mim durante todo o curso de doutorado.*

*À prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia Martiniano, sempre solícita, não mediu esforços desde a qualificação para contribuir com o aprimoramento deste trabalho, compartilhando seus saberes e suas experiências em Atenção Primária à Saúde. Meu imenso agradecimento.*

*À prof.<sup>a</sup> Dra. Meiriele pela valiosa contribuição no direcionamento para elaboração da temática "rural" na revisão deste estudo.*

*À prof.<sup>a</sup> Dra. Maria José Cariri Benigna que, desde quando cursei graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba(UEPB) me ensinou a dar os primeiros passos na pesquisa científica quando fui orientando do PIBIC. Naquela época ela já mencionava a importância de cursar o doutorado.*

*À prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Elisa pelo incentivo e apoio na construção de conhecimentos.*

*Aos membros da banca pela disponibilidade em aceitar participar e contribuir com este trabalho.*

*Aos professores da Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG por contribuírem para nossa tão valiosa formação.*

*Aos colegas do Doutorado Interinstitucional (DINTER - UFCG\UFMG), por compartilharmos aprendizados durante as disciplinas cursadas.*

*À coordenação do DINTER pelo empenho e dedicação em coordenar o andamento do processo de doutorado.*

*Aos funcionários da secretaria da Pós-Graduação da UFMG por terem sido sempre solícitos.*

*À Coordenação da Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande(UFCG) bem como a Coordenação de Enfermagem desta instituição pelo incentivo e apoio no decorrer do doutorado.*

*Aos colegas professores da UFCG com quem convivemos em momentos de trabalho.*

*À Doanne, pela sua disponibilidade e presteza em momentos importantes do doutorado.*

*À Yanna, doutoranda da UFRN, com quem tive oportunidade de compartilhar conhecimentos e sempre esteve disponível para troca de ideias.*

*Aos amigos representados por, Paula, Ana Nery, Luanda, Micheline, que no decorrer de anos de amizade sempre me acompanharam na conquista dos objetivos. À Adriana(amiga de infância) e que precocemente, há poucos dias partiu para casa do Pai. Sei que onde estiver continuará torcendo por minhas conquistas e objetivos.*

*À CAPES pelo incentivo através da garantia de recursos para realização do DINTER, sobretudo, viabilizando o custeio para os períodos de estágios em Belo Horizonte.*

*À Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande pela anuência com o estudo.*

*Aos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Campina Grande que acreditam no trabalho em saúde da Atenção Primária e contribui para o bem-estar da população.*

*Minha gratidão a todos que estiveram ao meu lado e me ajudaram de alguma forma.*

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

## RESUMO

O objetivo geral deste estudo foi analisar o trabalho de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde em áreas rurais, focalizando os sentidos do trabalho, políticas de saúde rurais e condições de trabalho. Foi realizado um estudo de caso com abordagem qualitativa. Os participantes foram 11 enfermeiros de equipes da Estratégia Saúde da Família de áreas rurais do município de Campina Grande, Paraíba. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2017, por meio de entrevista, mediante uso de roteiro semiestruturado, e por meio de análise documental. Os documentos e as entrevistas foram submetidos à Análise de Conteúdo. Na análise dos documentos foram construídas duas categorias: "Políticas internacionais de saúde para área rural" e "Políticas nacionais de saúde para área rural". Das entrevistas emergiram quatro categorias: "Contexto de vida e saúde de populações atendidas pela Estratégia Saúde da Família de área rural: um lugar de população carente"; "Condições de trabalho de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de áreas rurais"; "Práticas cotidianas de enfermeiros em áreas rurais"; "Sentidos do trabalho para enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de áreas rurais". No Brasil vem sendo criadas políticas para a redução das desigualdades em saúde dos diversos grupos de populações rurais do país, mas essas políticas não se efetivaram completamente. A primeira categoria revelou que a população rural tem condições de vida e saúde precárias; a maioria constituída de agricultores, aposentados, com elevado número de pessoas desempregadas. A Unidade de Saúde da Família constitui a única alternativa de acesso à saúde e há isolamento dessa população em relação ao uso de tecnologias de comunicação e informação. A segunda categoria descreve as dificuldades inerentes às condições de trabalho dos enfermeiros. As principais dificuldades foram: percurso longo percorrido pelo enfermeiro para acesso às Unidades de Saúde da Família rurais por meio de rodovia asfaltada e estrada de terra; cronograma de trabalho diferenciado em função das particularidades existentes do meio rural que influenciam o acesso ao serviço. A terceira categoria mostra que as práticas cotidianas dos enfermeiros estão focadas em grupos já conhecidos pelos protocolos ministeriais, como crianças, hipertensos, diabéticos, além de ações programáticas e de atendimento individual à demanda espontânea. Essas práticas são influenciadas pelas condições de trabalho, como transporte precário no deslocamento para as áreas rurais, falta de água nas unidades, o que é essencial para realizar os procedimentos e a assistência. A quarta categoria descreve os sentidos do trabalho para os enfermeiros com base nas dimensões dos sentidos do trabalho definidas por Morin; Tonelli e Pliopas, (2007), que são: individual, organizacional e social. Os enfermeiros identificam que o trabalho produz sentido positivo ao perceberem a satisfação pessoal no trabalho, crescimento e aprendizado, identificação com o trabalho, utilidade da atividade que realizam, vínculo com a população e a inserção e contribuição social do trabalho. Em contrapartida, a falta de plenitude no trabalho, em especial, decorrente das difíceis condições e da organização dos serviços, e a relação distante da gestão com os profissionais, foram os principais aspectos identificados pelos profissionais como perda de sentido para desenvolverem o trabalho. Conclui-se que o trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família das áreas rurais estudadas possui uma dinâmica diferenciada, com

particularidades próprias da área rural e por dificuldades de infraestrutura, organização e operacional dos serviços, que afetam o desempenho do trabalho de enfermagem compatível com a Atenção Primária à Saúde. Aspectos esses que influenciam na atribuição de diferentes sentidos ao trabalho por este profissional. São necessárias políticas de saúde, em especial, do Sistema Único de Saúde, para aprimorar o modelo de atenção à saúde e combater as iniquidades em saúde de forma a contemplar populações de áreas rurais.

**Descritores:** Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Áreas Rurais.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte de. **The work of nurses in primary health care in rural Brazil**. 2019. 177f. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte - MG, 2019.

## ABSTRACT

The general objective of this study was to analyze the work of primary health care nurses in rural areas by focusing on the meanings of work, rural health policies and working conditions. A qualitative case study was conducted with 11 nurses from Family Health Strategy teams from rural areas of the city of Campina Grande, state of Paraíba. The data collection period was between January and March 2017 through semi-structured interviews and documentary analysis. The documents and interviews underwent Content Analysis. In the analysis of documents, were organized two categories, namely: 'International health policies for rural areas' and 'National health policies for rural areas'. Four categories emerged from the interviews: 'Life and health context of populations served by the Family Health Strategy of rural areas: a place of underserved population'; 'Working conditions of Family Health Strategy nurses of rural areas'; 'Daily practices of nurses in rural areas'; 'Work meanings for the Family Health Strategy nurses of rural areas'. Although policies have been created for reducing health inequalities in rural population groups in Brazil, they have not been fully implemented. The first category revealed the precarious living and health conditions of the rural population, which is mostly consisted of farmers, retirees and a large number of unemployed persons. The Family Health Unit is the only alternative for health access and this population is isolated in relation to the use of communication and information technologies. The second category describes the difficulties inherent in nurses' working conditions. The main difficulties were the following: long distances travelled by nurses to rural health units through asphalted highways and dirt roads; differentiated work schedule according to the existing peculiarities of the rural environment that influences the access to service. The third category shows that nurses' daily practices are focused on groups already known by ministerial protocols, such as children, hypertensive and diabetic patients, and through programmatic actions and individual care to spontaneous demand. These practices are influenced by working conditions, such as poor transport on the way to rural areas and lack of water in the units, which is essential for performing procedures and assistance. The fourth category describes the meanings of work for nurses based on the dimensions of the meanings of work defined by Morin; Tonelli and Pliopas (2007), which are the individual, organizational and social. Nurses identify that work brings positive meaning when feeling personal satisfaction at work, growth and learning, identification with work, usefulness of the activity they perform, bond with the population and the insertion and social contribution of work. On the other hand, the lack of fullness at work, especially due to difficult conditions and the organization of services, and the distant relationship between management and professionals, were the main aspects identified by professionals as a loss of meaning for development of work. The conclusion is that work of Family Health Strategy nurses of the rural areas studied has a differentiated dynamic with particularities of the rural area and by infrastructure, organization and operational difficulties of services affecting the performance of compatible nursing work with Primary Health Care. Such aspects influence these professionals' attribution of different meanings to work. Health policies, especially of

the Brazilian SUS (Health Care System) are needed to overcome the health care model and combat health inequities in order to include rural population groups.

**Descriptors:** Nursing; Primary Health Care; Family Health Strategy; Rural areas.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Mapa da área rural do distrito sanitário VI – distrito Catolé de Boa Vista, ..64
- Figura 2** - Imagens do distrito Catolé de Boa Vista, Campina Grande, PB. Brasil. ....65
- Figura 3** - Mapa da Área rural distrito sanitário VII - distrito São José da Mata, .....66
- Figura 4** - Imagem da Sede do distrito São José da Mata. C. Grande, PB. Brasil ...66
- Figura 5** - Imagens do distrito São José da Mata, C. Grande, PB. Brasil .....67
- Figura 6** - Mapa da Área rural do distrito sanitário VIII - distrito Galante, .....68
- Figura 7** - Imagens do distrito Galante, C. Grande, PB. Brasil .....69
- Figura 8** - Dimensões dos sentidos do trabalho e categorias para analisar o trabalho do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde em áreas rurais. ....74
- Figura 9** - Categorias utilizadas no estudo para analisar o trabalho do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde em áreas rurais. Campina Grande, PB. Brasil. ....74

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Principais políticas públicas para área rural do Brasil.....	40
<b>Quadro 2</b> - Padrões de definição do trabalho determinados por England e Whiteley (1990).....	57
<b>Quadro 3</b> - Dimensões do sentido do trabalho.....	58
<b>Quadro 4</b> - Distribuição do número de enfermeiros e população cadastrada por Equipes SF urbanas e rurais, segundo distrito sanitário. Campina Grande\PB\Brasil, 2017. ....	63
<b>Quadro 5</b> - Distribuição das Unidades de Saúde da Família rurais, segundo localização. Campina Grande\PB\Brasil, 2017. ....	63
<b>Quadro 6</b> - Descrição de categorias e subcategorias. ....	77
<b>Quadro 7</b> - Principais documentos internacionais de referência para construção de políticas e práticas de saúde na área rural. ....	80
<b>Quadro 8</b> - Principais documentos nacionais de referência para construção de Políticas e Práticas de Saúde na Área Rural. ....	88

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Perfil geral dos sujeitos do estudo. Campina Grande/PB, Brasil. ....	78
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB** - Atenção Básica
- ACE** - Agente de Combate às Endemias
- ACS** - Agentes Comunitários de Saúde
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- ASA** - Articulação do Semiárido
- CAPS** - Centro de Apoio Psicossocial
- CF** - Constituição Federal
- COEP** - Comitê de Ética e Pesquisa
- DETR** - Departamento Nacional Estadual de Trabalhadores Rurais
- EPS** - Educação Permanente em Saúde
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- Equipe de SF** - Equipe de Saúde da Família
- Equipes SF** - Equipes de Saúde da Família
- ESFF** - Equipes de Saúde da Família Fluviais
- ESFR** - Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas
- GT** - Grupo de Trabalho
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IICA** - Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura
- IDH** - Índice de Desenvolvimento Humano
- INCRA** - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
- MAPA** - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
- MDA** - Ministério do Desenvolvimento Agrário
- MOW** - Meaning of Working Internacional Research Team
- NASF-AB** - Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- ODS** - Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
- ONGs** - Organizações Não Governamentais
- OIT** - Organização Internacional do Trabalho
- PAA** - Programa de Aquisição de Alimentos
- PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PCCR** - Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração

**PNAD** - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

**PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica

**PNAE** - Programa Nacional de Alimentação Escolar

**PNATER** - Programa Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural

**PNSIPCF** - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

**PNSIPCFA** - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

**PNSIPN** - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

**PNUD** - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**PRONAF** - Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar

**PRONAT** - Programa Desenvolvimento Sustentável de Territórios Rurais

**PRONATEC** - Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

**PSF** - Programa Saúde da Família

**PTC** - Programa Territórios de Cidadania

**SBMFC** - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

**SEAF** - Seguro Agrícola e Desenvolvimento Rural

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TIC** - Tecnologia da Informação e Comunicação

**UFCG** - Universidade Federal de Campina Grande

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**USF** - Unidade de Saúde da Família

**USFs** - Unidades de Saúde da Família

**WRITE** - Wonca Rural Information Technology Exchange

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>28</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>29</b>
3.1 CONTEXTUALIZANDO O RURAL.....	29
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A ÁREA RURAL .....	36
3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ÁREA RURAL E O TRABALHO DO ENFERMEIRO.....	46
3.4 COMPREENSÃO DO TRABALHO E SEU SENTIDO .....	52
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>60</b>
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	60
4.2 CENÁRIO DE ESTUDO.....	61
4.3 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RURAIS POR DISTRITO RURAL.....	63
4.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ÁREAS RURAIS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA .....	69
4.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	71
4.6 COLETA DE DADOS .....	71
4.7 ANÁLISE DOS DADOS .....	73
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	75
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>77</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	77
5.2 CONFORMAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RURAL INTERNACIONAIS E NACIONAIS .....	80
<b>5.2.1 Políticas internacionais de saúde para área rural .....</b>	<b>80</b>
<b>5.2.2 Políticas nacionais de saúde para área rural .....</b>	<b>87</b>
5.3 CONTEXTO DE VIDA E SAÚDE DE POPULAÇÕES ATENDIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ÁREA RURAL: UM LUGAR DE POPULAÇÃO CARENTE.....	96
<b>5.3.1 A Unidade de Saúde da Família como única alternativa de acesso à saúde da população rural .....</b>	<b>98</b>

<b>5.3.2 Falta de perspectiva e isolamento da população pela ausência de tecnologias de comunicação e informação.....</b>	<b>100</b>
<b>5.4 CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ÁREAS RURAIS .....</b>	<b>103</b>
<b>5.4.1 Deslocamento para área rural: percurso e percalços.....</b>	<b>104</b>
<b>5.4.2 O cronograma de trabalho e a (im)possibilidade de garantia de acesso .</b>	<b>106</b>
<b>5.4.3 Práticas cotidianas dos enfermeiros em áreas rurais .....</b>	<b>108</b>
<b>5.5 SENTIDOS DO TRABALHO PARA ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ÁREAS RURAIS .....</b>	<b>116</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>145</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>148</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>174</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em minha vivência profissional sempre mantive proximidade com o trabalho de profissionais de Equipes de Saúde da Família (Equipes SF), principalmente de enfermeiros em regiões rurais. Este trabalho no contexto rural apresentava particularidades próprias do lugar, das pessoas e suas culturas, das condições de trabalho e da relação com usuários de comunidades com demandas e necessidades específicas. As experiências de trabalho de enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF) apontavam para a possibilidade de vários sentidos para o trabalho em área rural.

Minha experiência como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família teve início em 2005, em Teixeira, município de pequeno porte, localizado no sertão da Paraíba. Posteriormente, em 2008, atuei como enfermeiro da ESF de Campina Grande, segunda maior cidade do Estado. O trabalho em diferentes realidades, urbana e rural, e em diferentes cidades, possibilitou-me conhecer as características inerentes a cada território, bem como as peculiaridades existentes, até então desconhecidas por mim, como condição para exercer minhas atividades.

Nos dois municípios, foi possível perceber que os problemas eram maiores para o trabalho dos profissionais na área rural. Entre os problemas destacam-se as condições de vida da população rural, em especial pelas dificuldades socioeconômicas e baixo nível de escolaridade, riscos de vida diários do profissional no deslocamento da cidade para as áreas rurais, distância geográfica entre os domicílios e Unidade de Saúde da Família(USF), inadequadas condições de trabalho, como deficiência na infraestrutura física e material das unidades e relação distante da gestão com o trabalho da Equipe de SF rural. Estes aspectos repercutiam na qualidade da assistência prestada à população e me causavam inquietações e desconforto no trabalho. Por outro lado, o vínculo e reconhecimento, da população rural com o trabalho realizado, a relação com a equipe e a comunidade e o impacto positivo do trabalho desenvolvido para melhoria de saúde da população me traziam sentimentos de utilidade e prazer no trabalho.

As populações rurais têm seus modos de vida, produção e reprodução sociais relacionados predominantemente com a terra, a floresta, a água, a agropecuária e o extrativismo. Estão incluídos nesse contexto, como exemplos: os agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, pescadores, populações ribeirinhas e

comunidades tradicionais, como os quilombolas. Essas populações utilizam os meios naturais como forma de subsistência, com uso de mão de obra familiar, e assim o processo saúde-doença das pessoas está relacionado a esse contexto (BRASIL, 2013a).

Ressalta-se que o trabalho do enfermeiro na ESF em área rural implica o entendimento dos processos saúde-doença, tecnologias disponíveis, aspectos culturais sobre saúde e doença, linguagens, valores e crenças da população. Por outro lado, o conhecimento da realidade, a identificação com o trabalho e o comprometimento do enfermeiro com a saúde da população podem facilitar o entrosamento e o vínculo, tanto dos usuários com a ESF quanto dos profissionais com os usuários, proporcionando sentido positivo ao trabalho e à assistência.

Assim, este estudo tem como objeto o trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) rural no Brasil, que requer formas distintas de comunicação com usuários e maneiras específicas de lidar com os hábitos e costumes locais para a solução dos problemas da população em permanente interlocução com a comunidade, visando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

O trabalho é uma condição fundamental no processo de socialização que possibilita ao homem se relacionar com a natureza, construir sua realidade e promover a perenização de sua existência. Constitui fonte de construção de subjetividade, produzindo significado da existência e do sentido da vida, viabilizando a relação dos indivíduos com o meio em uma dada realidade (ROHM; LOPES, 2015). O trabalho é também considerado atividade que tem utilidade para os indivíduos, realiza uma função social que abrange a satisfação das necessidades sociais em tempo necessário para produzi-lo (PEDUZZI, 1998), principalmente na área de saúde.

Nas últimas décadas ocorreram diversas transformações no mundo do trabalho, relacionadas às mudanças políticas, sociais, econômicas, demográficas e tecnológicas, em decorrência de fenômenos como a globalização, o neoliberalismo, a reestruturação produtiva, as inovações sócio-organizacionais e a flexibilização das relações de trabalho. Essa diversidade de transformações tem sido importante para uma nova forma de conceber o trabalho (BORGES; YAMAMOTO, 2014; GARCIA; HENRIQUES, 2013).

Como consequência, as condições de trabalho e a relação do trabalhador com a organização do trabalho foram influenciadas por essas mudanças. Ampliou-se o número de pessoas que passaram a sofrer com as diversas formas de precarização, em decorrência da falta de condições dignas e de sentido para quem realiza o trabalho, levando ao adoecimento e a problemas psíquicos (DEJOURS, 1992) e de pessoas fora do mercado formal de trabalho pela falta de qualificação (ANTUNES, 2006).

As transformações do trabalho no mundo contemporâneo também geraram desafios para as práticas na APS, considerando as mudanças nos modos de vida das pessoas (MATIAS; WOLFF; MALINOWSKI, 2010) e que requer condições adequadas para se alcançar o acesso e cobertura universal da saúde com quantitativo e distribuição de recursos humanos adequados em saúde e enfermagem.

Internacionalmente, as áreas remotas e rurais são lugares onde existe maior dificuldade de cobertura dos serviços de saúde, com piores resultados de saúde, sobretudo, relacionados às mortalidades materna e infantil, doenças infecciosas e decorrentes do envelhecimento (BRYANT-LUKOSIUS et al., 2017). Existem também outras dificuldades como: a manutenção de profissionais de saúde nessas áreas; distribuição desigual e alta rotatividade destes trabalhadores, em especial, de médicos (PORTELA et al., 2017).

Estudo americano mostrou escassez de médicos relatada por 75,4% dos *ChiefExecutive Officer* (CEOs) rurais e 70,3% indicaram escassez de duas ou mais especialidades de cuidados primários. A maior deficiência relatada foi a medicina de família (58,3%). Aponta, ainda, que enfermeiras (73,5%), fisioterapeutas (61,2%) e farmacêuticos (51%) são as três profissões de saúde mais comumente necessárias (MACDOWELL et al., 2010).

Uma revisão sistemática sobre definição rural de saúde, que elegeu artigos publicados baseados em observações de populações rurais dos EUA, Canadá e Austrália mostrou que a definição rural de saúde cobria um amplo espectro, tais como a boa saúde, comumente caracterizada como sendo capaz de trabalhar, retribuir nas relações sociais e manter a independência, portanto, características gerais sobre as visões rurais de saúde (GESSERT et al., 2015). Estas definições rurais da saúde exigem profissionais qualificados para atender às necessidades da população.

Na América Latina, o déficit de médicos e, sobretudo, de enfermeiros, é elevado, e com distribuição inadequada de profissionais. As áreas urbanas e com maior poder econômico concentram a maior parte desses profissionais, enquanto que nas áreas rurais e remotas, além de ter quantidade reduzida desses profissionais, tem uma capacidade e autonomia limitadas na prestação dos serviços necessários à APS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

No Brasil, enquanto na cidade de Manaus a relação é de um médico para 574 habitantes, no interior do Amazonas essa relação é de um médico para 8.944 habitantes. O que mostra variações entre rural e urbano, em relação ao acesso à saúde. Considerando o número de pessoas que nunca fizeram uma consulta com um profissional de saúde, esse número é mais elevado em áreas rurais do que em áreas urbanas (SBMFC, 2018).

Assim, o grande desafio que o setor saúde no Brasil enfrenta é a implementação da APS de qualidade em um país com muitas diferenças socioeconômicas e desigualdades no acesso aos serviços de saúde. Os desafios ainda incluem baixo número de profissionais de saúde, sobretudo de médicos, com qualificação adequada para oferecer cobertura universal nas diversas regiões do país. Outro problema é que a coordenação da atenção entre os setores de APS e da atenção especializada ocorre em longo prazo, e em um país que apresenta rápido envelhecimento populacional. Nas áreas rurais e remotas o problema é mais agravante, pois são mais sensíveis aos problemas socioculturais (STEIN; FERRI, 2017).

Na ESF, o trabalho do enfermeiro sofre influência desses problemas, pois é permeado por estratégias que estão relacionadas a tarefas prescritas e burocráticas e às exigências estabelecidas no cumprimento de metas. Dessa forma, surgem impasses com os quais os profissionais se deparam para cumprir as tarefas na sua dimensão prescrita e para obtenção do controle sobre a organização e o planejamento das atividades. Estas limitações também podem causar insatisfação e sofrimento ao profissional, assim como prejuízos às ações da ESF (MATIAS; WOLFF; MALINOWSKI, 2010) com perda de sentido para o trabalho. Neste contexto, muitas vezes, o profissional lança mão de novas e inventivas maneiras de fazer para responder às demandas e necessidades do serviço.

A ESF foi instituída no Brasil em 1994, como política nacional de APS, para reorientar o modelo assistencial e garantir acesso da população a serviços de saúde mais próximos e de qualidade. Orienta-se pelos princípios da acessibilidade, longitudinalidade, coordenação, integralidade, competência cultural, orientação familiar e comunitária (STARFIELD, 2002). O cuidado à saúde na APS acontece por meio de práticas sociais, que vão além da dimensão técnica e profissional, tendo em vista que reorganiza o sistema na lógica do cuidado continuado, resolubilidade e participação comunitária (BRASIL, 2010; MENDES, 2012; BRASIL, 2017a).

No Brasil, não existe uma política de APS específica para área rural. Apesar de existir uma Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas (BRASIL, 2013a). Na prática, existe pouca articulação com a atual Política (Portaria GM 2436/2017) que regulamenta a APS no país (BRASIL, 2017a), que é aplicada tanto para áreas urbanas quanto rurais, apesar das grandes diferenças entre a APS em região urbana e rural.

O trabalho na ESF é realizado por equipes multiprofissionais e desenvolvido por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios delimitados, por meio de ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação, para manutenção da saúde. Tem como foco a família, dando ênfase à qualidade de vida em todos os estágios de desenvolvimento (BRASIL, 2017a).

As Equipes de Saúde da Família possuem diversas demandas que geram necessidade de organização e de gerência. Para tanto é exigido um novo perfil profissional, com necessidade constante de capacitação, formação e educação permanente. Além disso, o bom relacionamento entre os profissionais influencia na assistência adequada e na qualidade de vida no trabalho, evitando adoecimento, absenteísmo, sentimento de impotência e frustração (CAÇADOR et al., 2015).

Em área rural, o trabalho da enfermagem na ESF frequentemente acontece em situações de relativo *isolamento* ou com equipes menores e poucos recursos, no entanto, a relação do profissional de saúde com as comunidades tende a ser mais próxima (ANDO et al., 2011). Outro problema que se apresenta é o fato de ainda perdurar desequilíbrios na disponibilidade, distribuição, composição, qualificação e produtividade desses profissionais, o que gera implicações no desfecho do resultado da assistência de saúde prestada (PIRES et al., 2016). Assim, torna-se relevante o estudo sobre o trabalho do enfermeiro neste contexto.

A presença do enfermeiro na ESF tem sido fundamental para a expansão e consolidação dessa estratégia na reorientação do modelo assistencial no Brasil. Isso porque este profissional desempenha atividades de natureza educativa, assistencial, administrativa, e contribui para a resolutividade nos diferentes níveis de atenção à saúde da população (CAÇADOR et al., 2015). Suas atribuições possibilitam que exerça o cuidado e o fazer profissional, o que configura relevante papel e espaço na ESF.

Entretanto, alguns aspectos do trabalho na ESF têm contribuído para a sobrecarga do enfermeiro, destacando-se a demanda excessiva, déficit na infraestrutura das unidades e falhas na rede de atenção, o que dificulta a sua efetividade enquanto estratégia privilegiada para atingir o acesso universal em saúde. Em contrapartida, o trabalho em equipe, afinidade com o trabalho, vínculo com o usuário e resolubilidade da assistência contribuíram para a redução da mesma (PIRES, 2016).

Farias (2005) realizou um estudo em Campina Grande-PB com profissionais integrantes de duas Equipes SF e identificou fatores que influenciam nos sentidos do trabalho. Para os profissionais do estudo, as vivências de sofrimento estariam relacionadas ao tempo de exposição ao trabalho; às condições de trabalho; aos conflitos vivenciados nas relações de trabalho; alguns aspectos da organização do trabalho, como a demanda excessiva; as dificuldades de acesso a procedimentos de média e alta complexidade; a realização de tarefas burocráticas e a dificuldade de enfrentamento das questões sociais existentes no território de atuação dos trabalhadores. As vivências de prazer estavam relacionadas à elaboração de um conteúdo significativo do trabalho extremamente positivo. Os trabalhadores percebem-se úteis e encontram no trabalho a oportunidade de vivenciar relações favoráveis com os colegas de equipe e com os usuários. O trabalho foi por eles percebido como dinâmico, desafiador, como atividade que permitia o exercício da autonomia e criatividade, contribuindo para o crescimento pessoal e profissional.

A Declaração de Brasília, documento proposto pelo Grupo de Trabalho (GT) de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), aponta que a área rural apresenta características variadas no que diz respeito aos indicadores de saúde, à prática dos profissionais de saúde, às características do sistema e ao território-processo, envolvendo a dinâmica de cada área ou região. As populações rurais apresentam, em geral, índices de saúde e de

determinantes sociais piores que os urbanos e, ainda, problemas de saúde mais frequentes. Outro aspecto são as taxas de cobertura preventiva e a auto avaliação da saúde, que também são piores nas áreas rurais, tendo em vista o perfil diferenciado dessa população (ANDO et al., 2011).

Em relação às práticas dos profissionais e serviços de saúde, são necessárias habilidades e competências diferentes dos profissionais para lidar com situações de saúde tipicamente rurais e ampliar as habilidades para lidar de forma integral e familiar com as pessoas. O tempo e o ritmo de manejo de problemas de saúde costumam ser diferentes em áreas rurais, em especial, nas situações de emergência, que, muitas vezes, necessitam de estabilização inicial antes da referência a outros serviços da rede (ANDO et al., 2011).

Na literatura científica são poucos os estudos no Brasil sobre trabalho rural da ESF e os sentidos do trabalho para os profissionais. A maioria dos estudos utiliza os termos sentidos e significados como sinônimos (SILVA; TOLFO, 2012). Para fins deste estudo, emprega-se o termo *sentidos do trabalho* entendido como uma estrutura afetiva, constituída de três elementos: o significado, a orientação e a coerência. O significado diz respeito às representações do indivíduo em relação a sua atividade, assim como o valor que lhe atribui; a orientação, diz respeito a sua inclinação para o trabalho, o que ele busca e o que direciona suas ações; e a coerência, é o equilíbrio ou a harmonia que o sujeito espera de sua relação com o trabalho (MORIN, 1996, 2004). Cabe destacar que o significado do trabalho para a autora é um dos componentes da estrutura do sentido do trabalho.

Concorda-se com Tolfo et al. (2011), quando afirmam que embora haja diferentes correntes epistemológicas que estudam os sentidos e os significados, existem discussões teóricas em comum entre elas ao considerar que os sentidos ou significados são produzidos pelos sujeitos, mediante experiências concretas.

As pesquisas de Morin são inspiradas por *MeaningofWork – MOW* (1987), grupo de pesquisadores internacionais que investigam as variáveis que explicam os significados que os sujeitos atribuem ao seu trabalho. O significado do trabalho para este grupo é um construto psicológico multidimensional e dinâmico, formado da interação de variáveis pessoais e ambientais e influenciado pelas mudanças no indivíduo, em sua volta ou no trabalho. No entanto, a autora utiliza em seus estudos o termo 'sentidos do trabalho'. Assim sendo, nesta pesquisa será utilizado o termo *sentidos do trabalho* definido por Morin (1996; 2001; 2002; 2004; 2008).

Em estudos realizados, Morin (2001; 2002) elenca seis características para que o trabalho tenha sentido: 1) quando é realizado de maneira eficiente; 2) é intrinsecamente satisfatório. 3) é moralmente aceitável. 4) é fonte de experiências de relações humanas satisfatórias. 5) garante segurança e autonomia, e 6) quando mantém o trabalhador ocupado. Para a autora, existem três estados psicológicos que teriam um impacto significativo na motivação e na satisfação de uma pessoa no trabalho: o primeiro é o sentido que uma pessoa encontra na função que exerce; o segundo é o sentimento de responsabilidade que a pessoa vivencia em relação aos resultados do trabalho e o terceiro é o conhecimento de seu desempenho no trabalho. Para a autora é válida a compreensão do sentido do trabalho e a determinação das características que o trabalho deveria apresentar, para que ele tenha sentido para quem o realiza.

Segundo Pires et al. (2016), a perda de sentido para o trabalho de enfermeiros na ESF ocasiona desgaste e pode acarretar problemas de saúde no profissional, além de impedir a realização de um trabalho criativo e efetivo. Por outro lado, Medeiros et al. (2011) ressaltam que o fato do profissional lidar com outros colegas na organização possibilita o desenvolvimento da solidariedade, o que faz com que o indivíduo se sinta útil no seu trabalho, na sociedade e busque sentido para a sua própria vida.

Pesquisa realizada com enfermeiros de áreas urbana e rural do município de Cascavel-PR destacou a necessidade da efetivação dos princípios da ESF no município, com comprometimento e preparo dos profissionais para o desenvolvimento de suas práticas cotidianas, como também a necessidade de investimentos nas Unidades de Saúde da Família, quanto aos recursos materiais, estrutura física e recursos humanos, para melhor estruturação da rede de saúde do município. Outro aspecto foi a necessidade de melhorar as condições das estradas rurais (BARATIERI; MARCON, 2012). Nessa direção, Tambasco et al. (2017, p. 141) afirmam que, apesar dos profissionais da APS constituírem um enorme contingente de força de trabalho no sistema de saúde brasileiro, suas condições de trabalho e saúde ainda são pouco discutidas e valorizadas.

Com este estudo pretende-se obter resposta para as seguintes questões: como se configura o trabalho de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de áreas rurais do município de Campina Grande? Como o enfermeiro vê o seu trabalho e em quais condições trabalham? Qual o sentido do trabalho para os enfermeiros?

A enfermagem, enquanto profissão ligada ao cuidado, tem papel essencial na implementação da integralidade em todos os níveis de atenção, em especial na APS, que constitui a porta de entrada preferencial dos usuários do SUS, e favorece a proximidade do enfermeiro com a população. Para se alcançar a integralidade do cuidado em saúde como princípio norteador do SUS, se faz necessário o desenvolvimento de políticas públicas efetivas, que leve em conta as diferentes populações rurais do país.

Portanto, para analisar o trabalho de enfermeiros é necessário levar em consideração vários aspectos, como: as políticas de saúde rurais, o contexto de vida e saúde rural, as condições de trabalho dos profissionais, e os fatores pertinentes à subjetividade profissional, como o sentido do trabalho. Assim, este estudo parte do pressuposto de que a prática de enfermeiros da ESF rural requer competências específicas para lidar com situações de saúde do meio que se refletem no trabalho, tendo em vista que as práticas de saúde determinam e são determinadas no cotidiano.

A abordagem do trabalho de enfermeiros da ESF rural implica explicitar fatos e ações que exigem reflexão e criação, sobretudo pela diversidade de ações desenvolvidas. Este profissional lida com situações em sua prática profissional que facilitam e, muitas vezes, também limitam a continuidade do cuidado.

Nesta perspectiva, o presente estudo torna-se relevante, pois possibilita reflexões acerca do trabalho de enfermeiros no âmbito da APS rural ainda pouco estudado, bem como viabiliza a produção de conhecimento sobre o trabalho na realidade de forma contextualizada. Além disso, há um aspecto social no atendimento pelo enfermeiro a populações negligenciadas pelo poder público e distribuídas heterogeneamente em grandes áreas do País, como a área rural, muitas vezes de difícil acesso a serviços públicos, o que favorece e reforça a desigualdade social e a pobreza da população. Esta realidade necessita ser evidenciada por meio de estudos científicos como forma de dar retorno, pois o que não é visto nem conhecido não recebe atenção.

Cabe ainda destacar, que a saúde rural ainda é pouco abordada nos currículos de graduação, em especial no curso de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Além disso, evidencia-se pouca articulação do ensino, pesquisa e extensão com os serviços de APS existentes nas áreas rurais do município. É necessário direcionar o olhar para a saúde rural, de forma a orientar

pesquisas de enfermagem em sistemas e serviços de saúde, uma vez que, na literatura científica são poucos os estudos no Brasil que relacionam o trabalho do enfermeiro ao contexto rural.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o trabalho de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde em áreas rurais, focalizando os sentidos do trabalho, políticas de saúde rurais nacionais e internacionais e condições de trabalho.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a conformação das políticas públicas de saúde rural.
- Conhecer o contexto de vida e saúde de populações atendidas nas áreas rurais estudadas sob a perspectiva dos enfermeiros.
- Conhecer as condições de trabalho de enfermeiros que atuam na APS rural.
- Identificar os sentidos do trabalho para enfermeiros da APS nas áreas rurais estudadas.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 CONTEXTUALIZANDO O RURAL

Há ampla bibliografia sobre o que se considera rural, urbano, campo, cidade ou espaços, apesar da dicotomia. Alguns autores tomam por base os conceitos legais e político-administrativos, enquanto outros discutem estudos analíticos da situação real encontrada no território, tendo como alicerce o uso e a ocupação estabelecidos (PERA; BUENO, 2016).

Nas primeiras décadas do século XX a sociedade brasileira era predominantemente rural. Com o crescimento expressivo da população entre 1940 e 1980, houve a inversão da distribuição populacional entre as áreas rurais e urbanas, que resultou no crescimento desordenado de grandes cidades e na formação de centros metropolitanos onde se concentrava a expansão das atividades industriais e terciárias (REIS, 2006).

Segundo Miranda (2017), nas últimas décadas do século XX o Brasil rural era visto como “coisa do passado”, pois havia a necessidade de superar o antigo modelo primário-exportador por um projeto de país urbano-industrial. Este aspecto resultou na alta concentração de investimentos nas grandes cidades do país, com abandono de milhares de localidades menores, e por consequência gerou a “pobreza rural”, evidenciada pela ausência de saneamento, escolas, serviços de saúde, energia elétrica, entre outros; problemas esses que também existem nas periferias urbanas das grandes cidades, dada a existência de pobreza e falta de investimento em serviços essenciais.

Dessa forma, o campo e a cidade passaram por várias transformações que resultou em novas dinâmicas de ordem econômica, social, cultural e política, que influenciaram as relações entre esses territórios, surgindo a necessidade de ressignificações aos conteúdos de rural e urbano. A complexidade e os distintos níveis e graus de intensidade que a relação rural-urbano e campo-cidade adquiriram no decorrer do tempo, em contextos de espaços diferenciados, impulsionaram pesquisadores a estabelecerem abordagens que consideram a maior ou menor integração entre esses espaços (HESPANHOL, 2013).

Existe três abordagens que, de uma forma geral estão associadas às definições existentes do que seja rural e urbano, campo e cidade: a dicotômica, a de *continuum* e a de permanência das ruralidades (MOTA; SCHMITZ, 2002).

A abordagem dicotômica enfatiza as definições clássicas, formuladas a partir do final do século XIX que considerava as diferenças estabelecidas entre o campo e a cidade, sendo o primeiro pensado como algo que se opõe à cidade e considera que o campo está limitado à produção agropecuária e a cidade relacionada à produção industrial e ao fornecimento de bens e serviços para a população (BERTRAND, 1973; REIS, 2006). No caso do Brasil, essa visão dicotômica predominou até os anos 1980, embora ainda esteja presente nas instituições, agências e políticas (HESPANHOL, 2013). Os críticos dessa abordagem mostravam a possibilidade de se encontrar áreas em uma cidade semelhantes a áreas rurais, e áreas na zona rural com características de zona urbana (IBGE, 2017).

O uso do conceito *continuum* rural-urbano remonta a meados da década de 1930 e se intensificou na década de 1960, como uma reação contra as dicotomias polarizadoras (PAHL, 1966; ROSA; FERREIRA, 2010). Essa abordagem parte da concepção, de que o avanço dos processos de industrialização e globalização impulsionaram a urbanização geral da sociedade, homogeneizando todos os espaços, sejam rurais ou urbanos (HESPANHOL, 2013). De acordo com Silva (1997) o rural só pode ser entendido como um *continuum* do urbano do ponto de vista espacial. Para o autor, do ponto de vista da organização da atividade econômica, a cidade não pode ser identificada apenas pela atividade industrial, nem o campo só com a agricultura e a pecuária, pois novos tipos de ocupação ganham importância, a exemplo do turismo, da opção de moradia e do abrigo de um conjunto de profissionais, que antes só existia na área urbana. Para Verde (2004) é preciso trabalhar com o conceito de *continuum* de forma cuidadosa, visto que, ainda existem áreas rurais não modernizadas e com poucos contatos com a área urbana.

A terceira abordagem defende a ideia de permanência de diferentes ruralidades resultantes das especificidades de cada lugar e da maneira como cada segmento do espaço participa dos processos econômicos e sociais (HESPANHOL, 2013).

No Brasil, de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015, 15% da população brasileira vivia em áreas rurais. Já a maior parte

da população, 84%, em áreas urbanas. De acordo com o censo demográfico de 2000, o percentual da população rural era de 18% (IBGE, 2017). Esses dados apontam que a população brasileira se constitui, em sua maioria, de procedência urbana, com diminuição da população rural no decorrer dos anos.

Esse declínio relativo da população rural é computado com base na definição legal de ruralidade surgida pelo Decreto lei nº 311 de 02 de março de 1938, durante o Estado Novo, que determina critérios para diferenciação entre cidades e vilas, já que até aquele ano não havia distinção entre esses lugares e as sedes dos municípios podiam ser vilas ou cidades, dependendo das condições com que foram criados. Este decreto definiu que todos os distritos-sede de todo município seriam classificados como cidade e tudo que estivesse fora desse enquadramento corresponderia ao rural (VEIGA, 2002; LIMA, 2007).

Assim, para criação de uma cidade era necessário a existência de uma população mínima de 1000 habitantes e de 200 domicílios. Posteriormente, esses valores foram alterados por uma lei complementar à Constituição de 1937, estabelecendo como parâmetro uma população inferior de 10.000 habitantes, mantendo o mesmo valor para o número de domicílios, e acrescentando que, desta população 10% seriam eleitores e deveriam constituir cinco milésimos da receita estadual de impostos (LIMA, 2007).

Essa definição tem por base a definição administrativa de perímetro urbano, que classifica "rural" como a área externa ao perímetro urbano de um distrito e está definido por decisão do poder municipal e inspirado pelos interesses políticos, econômicos e fiscais, e frequentemente não acompanham as modificações históricas (VEIGA, 2002; MARQUES, 2002; REIS, 2006).

Além do Brasil, outros países que utilizam o critério predominante de divisão administrativa para definição de rural e urbano são: Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Paraguai e Uruguai. Ainda existem outros critérios de definição utilizados em outros países que são: tamanho da população (Argentina, Bolívia, Chile, Cuba, Estados Unidos, França, Honduras, México, Nicarágua, Panamá e Venezuela); densidade demográfica (Austrália, União Européia); oferta de serviços (Austrália, Cuba, Honduras, Nicarágua, Panamá e Uruguai); aglomeração de habitações (Austrália, Inglaterra, País de Gales e Peru); participação na agricultura (Chile) (BIBBY; BRINDLEY, 2013; BREZZIET; DIJKSTRA; RUIZ, 2011; FERRANTI et al., 2005).

Considera-se que a definição dos espaços urbanos e rurais do Brasil é, acima de tudo, físico-geográfica e arbitrária, pois não considera as relações e processos econômicos e sociais que formam esses espaços (BEZERRA; BACELAR, 2013).

De acordo com Veiga (2002) a classificação do que é rural no Brasil é preocupante, pois independente de quais forem suas características estruturais e funcionais, considera urbana toda sede de município (cidade) e de distrito (vila), o que coloca o Brasil entre os mais atrasados do mundo do ponto de vista territorial, dessa forma, fazendo com que o país enfrente dificuldades na criação de políticas de desenvolvimento rural e na distribuição de recursos, pois é elevado o número de trabalhadores rurais a exemplo de agricultores, pecuaristas, extrativistas, pescadores e populações indígenas e quilombolas que perdem o direito dos benefícios dirigidos às pessoas da zona rural porque residem em sedes de municípios muito pequenos.

Na sociedade contemporânea um conjunto de atividades diferente das tradicionais foi introduzido no campo. A relação do rural com o urbano estreita-se mais de acordo com o grau de modernização da região onde se localiza. Em áreas mais desenvolvidas observa-se uma nova relação com a terra, o que se chama de pluriatividade, onde existe dedicação de parte da população rural a atividades tipicamente urbanas, como prestação de serviços, a exemplo do turismo rural, que além de proporcionar melhoria de renda da população promove a entrada de equipamentos urbanos nas áreas rurais (RODRIGUES, 2014). Acrescenta-se, ainda, a valorização da biodiversidade, o rural como local de moradia e lazer, infraestrutura social como energia elétrica, abastecimento de água, saúde, educação (PONTE, 2004).

Essas atividades emergentes em vários pontos do mundo motivaram estudiosos do Brasil a falar da temática "novo rural" no País (LAUBSTEIN, 2011). Bezerra e Bacelar (2013) destacam pesquisadores brasileiros como José Eli da Veiga, Ricardo Abramovay, Arilson Favaretto, Maria Nazareth Wanderley, entre outros, que tem realizado estudos acerca das novas relações entre os espaços rurais e urbanos e tem sugerido que os parâmetros classificatórios adotados pelo IBGE sejam revistos.

Portanto, o conceito de rural não é de fácil definição. Existem áreas aparentemente rurais nos extremos de grandes cidades, como também existem pequenas áreas urbanizadas em regiões predominantemente rurais, não havendo um isolamento absoluto entre áreas rurais e os centros urbanos. Esse aspecto coloca em

dúvida a forma ideal de classificar. Pode-se utilizar, por exemplo, formas de uso social definidas em geral por aspectos demográficos como o número total da população, por fatores econômicos como o tipo de atividade econômica, ou por indicadores sociais, como a presença de determinados bens de uso coletivo (RODRIGUES, 2014). Por estas opções, a definição de rural é variável entre as nações (TARGA, 2012).

Durante XI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, no ano de 2011, em Brasília-DF, o Grupo de Trabalho de Medicina Rural, por meio do documento *Declaração de Brasília* descreve algumas considerações acerca do conceito de rural (ANDO et al., 2011, p. 143) e que corrobora com às discussões já explicitadas:

Que o Brasil utiliza um critério político, municipalizado, para determinar as áreas rurais e urbanas, que é altamente impreciso, discutível e influenciável por questões tributárias; Que, historicamente, a forma como se define rural no Brasil tende a superestimar a população urbana e que os critérios de distância dos grandes centros, da população total, da densidade demográfica, das atividades produtivas, utilizados por outros países de formas variadas, também apresentam problemas e limitações; Que não há uma forma ideal de se definir rural, especialmente ao se pensar nas recentes e contínuas mudanças ocorridas nas formas de vida contemporânea, as quais tendem a borrar limites e misturar categorias previamente definidoras, não havendo um isolamento absoluto entre áreas rurais e os centros urbanos; Que rural não é necessariamente sinônimo de agrícola, pobreza, distância ou escassez das pessoas ou recursos/serviços, embora esta seja a realidade de muitas áreas rurais.

Esses aspectos também estão discutidos no projeto coordenado pelo Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA), intitulado *Tipologia Regionalizada dos Espaços Rurais Brasileiros: implicações no marco jurídico e nas políticas públicas*, que reúne pesquisadores nacionais e internacionais, com o objetivo de atualizar conceitualmente o tema da ruralidade no Brasil e em cinco países latino-americanos e três europeus. Outra contribuição é a intensificação do debate sobre o lugar e a relevância dos espaços rurais no mundo, em especial, na atualidade brasileira, e analisa as implicações sobre as políticas públicas de desenvolvimento rural. A pesquisa exprime a necessidade de hierarquizar o conceito do rural, trazendo uma nova visão do rural como sinônimo de modernidade, crescimento e progresso. A tipologia regionalizada do projeto adotou o conceito de rural de Nazaré Wanderley e Arilson Favaretto que está estruturado em três ideias centrais (ARAÚJO; BEZERRA, 2017, p. 34):

a) O rural não pode ser visto como uma categoria a-histórica, independentemente do tempo e do lugar, pois guarda direta correspondência com a trajetória da formação social brasileira. b) O rural brasileiro conserva uma expressiva heterogeneidade, a qual se manifesta em escalas diferentes dos grandes subespaços nacionais até a heterogeneidade que se apresenta nas diferentes formas predominantes de propriedade de terra e de organização econômica e social. c) Espaço vazio institucional que se observa nas formas de regulação territorial do rural brasileiro, e que se explica pelo caráter periférico e residual conferido a estes espaços na trajetória do desenvolvimento do Brasil. Antecipam, assim, os pesquisadores, a proposta de que se faz necessária uma referência para o meio rural brasileiro como aquela que se tem para o urbano no Estatuto das Cidades.

Segundo os autores a tipologia parte da concepção de que a *ruralidade* remete a uma forma pela qual se organiza a vida social, considerando em especial, o acesso aos recursos da natureza e aos bens e serviços da cidadania, a constituição da sociedade em classes e categorias sociais, os princípios culturais que fortalecem e particularizam os seus modos de vida (MIRANDA, 2017). De acordo com Verde (2004, p. 19) "o modo de ser rural se faz presente no campo e na cidade e passa a ser denominada ruralidade".

Os espaços urbanos e rurais se apresentam com várias características na atualidade e são apontados por relações e funções cada vez mais interligadas, o que torna complexa a definição de uma abordagem única para sua demarcação. A relação entre os espaços urbanos e rurais deve também considerar as ligações urbano-rurais, podendo ser configurada pelos fluxos de bens, pessoas, recursos naturais, econômicos, ocupações, serviços, informação e tecnologia, interligando áreas rurais, periurbanas e urbanas, que são complementares e sinérgicas e impactam na configuração do espaço brasileiro (IBGE, 2017).

Segundo Ponte (2004) em cada momento histórico, o rural possui distintos conceitos e mesmo em cada período, há muitos tipos de realidades rurais, pois além de necessitarem das transformações mundiais, também dependem de fatores locais, o que os obriga a se adaptarem a certos fatores para sobrevivência.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2017, lançou a publicação *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação*. Propõe uma discussão sobre os critérios até então utilizados na delimitação do território nacional sobre a questão rural-urbano para oferecer à sociedade avanços na diferenciação dessas áreas com o propósito de melhorar a classificação que será divulgada no Censo Demográfico 2020, subsidiando a implementação de políticas públicas e o planejamento geral no País. A nova tipologia

para a caracterização dos espaços urbanos e rurais considera a densidade demográfica, a localização em relação aos principais centros urbanos e o tamanho da população. O cruzamento dessas variáveis origina cinco tipos distintos de classificações para os municípios: o urbano, o intermediário adjacente, o intermediário remoto, o rural adjacente e o rural remoto (IBGE, 2017).

Considerando essas classificações, o novo retrato que o IBGE propõe, confirma que 76,0% da população brasileira se encontra em municípios considerados predominantemente urbanos. A maioria dos municípios foi classificada como predominantemente rurais (60,4%), sendo 54,6% como rurais adjacentes e 5,8% como rurais remotos. Acrescenta-se, ainda, que na Região Nordeste, quase 1/3 da população reside em municípios rurais e apresenta o menor percentual de pessoas em municípios urbanos comparando com as outras Grandes Regiões do País, 59,0%, (IBGE, 2017).

Outro aspecto foi que tanto os municípios classificados como intermediários, como os rurais, se mostraram distribuídos relativamente de forma homogênea no território nacional, o que atesta a complexidade do Brasil por suas dimensões continentais. Alguns Estados apresentaram mais municípios intermediários do que rurais e outros com características municipais predominantemente rurais; é o caso do município de Campina Grande no agreste paraibano que apresenta características municipais predominantemente rurais. A maioria dos municípios com essas características estão localizados próximos às grandes cidades. Além de Campina Grande, também se destacam as cidades de Petrolina/PE e Juazeiro/BA, no sub médio Vale do São Francisco; Barreiras/BA, polarizando a fronteira agrícola do oeste baiano; a zona rural do oeste de Santa Catarina, polarizada por Chapecó; Montes Claros, no norte de Minas Gerais (IBGE, 2017).

Apesar das áreas rurais apresentarem características comuns, podem ser caracterizadas por sua grande diversidade. Portanto, é importante não tratar a realidade de forma rígida, buscando categorias que facilite o estudo dessa variedade. A não existência de uma definição universal de rural deve-se aprofundar a noção de que o rural não deve ser definido exclusivamente por oposição às cidades, mas na sua relação com elas (TARGA, 2012).

Tendo em vista as várias definições de "rural", o presente estudo não pretende aprofundar essa questão, mas enfatizar que o rural tem características próprias do lugar que influenciam no cotidiano de trabalho dos profissionais bem como nas

configurações de sentido de trabalho atribuído pelos mesmos. Segundo Wanderley (2001, p.32) o mundo rural apresenta especificidades históricas, sociais, culturais e ecológicas. O rural "é ao mesmo tempo espaço físico, lugar onde se vive, e lugar de onde se vê e de onde se vive o mundo".

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A ÁREA RURAL

Desde a década de 1990 as políticas públicas de desenvolvimento rural foram impulsionadas no Brasil a partir do reconhecimento da agricultura familiar pelo Estado brasileiro. Esse fato desencadeou a elaboração de políticas, diferenciadas na área social, que até então não haviam sido contempladas com ações específicas, desencadeando também repercussões em nível internacional (CAZELLA et al., 2016; GRISA; SCHNEIDER, 2015).

As transformações resultantes das iniciativas públicas de desenvolvimento rural podem ser elencadas em três gerações de políticas para agricultura familiar: a primeira geração, com início nos anos 1960, foi associada a demandas de grupos sociais da agricultura familiar organizados em sindicatos e movimentos sociais e foi elaborado um referencial agrícola e agrário; a segunda, a partir de 1990, foi marcada pela criação e ampliação de políticas de assistência social (focadas em ações sociais/assistenciais), que incorporou a agricultura familiar às políticas públicas e se criou um Ministério direcionado para o desenvolvimento agrário; a terceira geração, a partir de 2002, voltada para um referencial pautado na construção de mercados para produtos e serviços originados da agricultura familiar, com foco na segurança alimentar e na sustentabilidade ambiental (GRISA; SCHNEIDER, 2015).

Ao longo da história do Brasil, a agricultura familiar, ou então, os *pequenos agricultores* como eram denominados há muito tempo, não tinham seus direitos garantidos, estando sempre à margem do Estado brasileiro (GRISA; SCHNEIDER, 2015).

Antes da Constituição Federal (CF) de 1988 o trabalhador rural recebia um benefício assistencial correspondente a cerca de 50% do salário-mínimo vigente e com normas de acesso limitadas. Apenas o chefe da família (homem ou mulher), a partir dos 65 anos, com comprovação de no mínimo um período de três anos de trabalho no campo, tinha direito ao benefício rural. Após 1988 os trabalhadores rurais, homens e mulheres, foram incluídos na categoria de segurados especiais e passaram

a ter direitos iguais aos trabalhadores urbanos, com o valor do benefício recebido em dobro e as mulheres passaram a ter direito à aposentadoria. A previdência rural favorece a renda para o trabalhador do campo, pois garante a subsistência das famílias, que antes teriam renda apenas no período da colheita. Em 1998 os benefícios eram de quatro milhões, aumentando para 8,6 milhões em 2011. A inclusão dos trabalhadores rurais na Previdência Social representou um avanço em termos de inclusão social dos trabalhadores do campo (ABRAMO, 2010). Com a Constituição de 1988 também foram criados novos espaços de participação para o reconhecimento dos direitos sociais, fortalecendo a criação de políticas rurais (GRISA; SCHNEIDER, 2015).

Considera-se agricultura familiar a que atende os seguintes critérios (BRASIL, 2013a, p. 20): a) não possuir, a qualquer título, área maior do que 4 (quatro) módulos fiscais; b) quando prioriza a mão-de-obra da própria família nas atividades econômicas de sua organização ou estabelecimento; c) quando a renda familiar é originada predominantemente de atividades econômicas vinculadas a própria organização ou estabelecimento; d) quando dirige sua organização ou estabelecimento com sua família, incluindo nesta categoria silvicultores, aquicultores, extrativistas e pescadores que preencham os requisitos dos itens "b", "c" e "d".

Estudos nacionais destacam os principais tipos de políticas públicas da América Latina relativas à agricultura familiar, que não são necessariamente excludentes entre si (SABOURIN; SAMPER; MASSARDIER, 2015): a) políticas específicas para agricultura familiar; b) políticas de desenvolvimento sustentável ou territorial rural; c) políticas de segurança alimentar.

Além dessas políticas, os autores acrescentam os programas sociais como o Programa Bolsa Família, Programa Minha Casa Minha Vida, Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) e outros, que apesar de não serem exclusivamente rurais, beneficiam os agricultores familiares rurais. Segundo Cazella et al. (2016, p. 54) "a maioria das políticas produz sempre resultados, tanto de natureza econômica quanto social, de difícil separação". Cabe destacar que a área de políticas públicas tem se destacado no cenário nacional e internacional, despertando atenção de diversos países no sentido de conhecer essas políticas para adaptá-las aos contextos locais.

O Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF) foi criado em 1995, para favorecer o acesso a recursos financeiros para o desenvolvimento da

agricultura familiar, sendo a primeira política agrícola no Brasil direcionada especificamente para a agricultura familiar. Os beneficiários desse programa são agricultores familiares, assentados da reforma agrária e povos e comunidades tradicionais (quilombolas, indígenas, ribeirinhos, pescadores), que podem adquirir financiamentos com taxas de juros abaixo da inflação. Este programa viabiliza o desempenho das atividades agropecuárias, compra de equipamentos e auxilia no aumento da renda e melhoria da qualidade de vida no campo, além de enfatizar o rural como foco exclusivo, direcionando suas ações a segmentos específicos da ruralidade brasileira (GRISA; KATO; ZIMMERMANN, 2017).

A criação do PRONAF abriu oportunidades para institucionalização de novas ações para a agricultura familiar, como a criação do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), direcionado às suas especificidades e a criação de novos programas como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), o Seguro da Agricultura Familiar, o Programa Nacional de Habitação Rural, dentre outros. Em 2006, foi aprovada a Lei da Agricultura Familiar com o reconhecimento da categoria social (FLEXOR; GRISA, 2014).

O MDA foi criado em 1999 e tinha o objetivo de coordenar as políticas públicas destinadas ao desenvolvimento rural e a agricultura familiar, incluindo ações relacionadas às questões fundiárias. O público beneficiário era de agricultores familiares, assentados da reforma agrária e agricultores beneficiários do reordenamento agrário. Antes da criação do MDA as ações da agricultura eram incorporadas pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA) no período de 1962 a 1998. Esse Ministério tinha o objetivo de formular e implementar as políticas para o desenvolvimento do agronegócio, integrando os mercados e as agroindústrias do País e do exterior (CAZELLA et al., 2016).

O Programa Garantia Safra é um seguro destinado aos agricultores em caso de perda de produção ocasionada por aspectos climáticos, e garantido aos produtores com renda mensal de até 1,5 salários-mínimos. Para tanto, é exigido do agricultor a Declaração de Aptidão ao Pronaf e a adesão ao garantia-safra. É necessária a comprovação de perda de pelo menos 50% da safra no município por seca ou excesso de chuva (BRASIL, 2013b).

O Programa Territórios de Cidadania (PTC) é um programa de crescimento sustentável direcionado para as regiões brasileiras com maior necessidade de políticas públicas. Tem o objetivo de promover o desenvolvimento econômico e

universalizar os programas básicos de cidadania, de forma a integrar as políticas públicas e os investimentos previstos. Essa integração contribui para melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), para evitar o êxodo rural e superar as desigualdades regionais (BRASIL, 2008).

Outro programa relevante do país é o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) criado em 2003 como objetivo promover o acesso à alimentação e incentivar à agricultura familiar. Uma das modalidades desse programa é aumentar as possibilidades de mercados, permitindo que estados, municípios e órgãos federais por meio de licitações adquiram alimentos da agricultura familiar. Outro aspecto é o estímulo à produção local/regional, ecológica/orgânica dos produtos da agricultura familiar, que tem ganhado projeção nacional e internacional, servindo de exemplo a ser adaptado para outros países (CAZELLA et al., 2016).

A *Articulação do Semiárido (ASA)* é um programa que foi criado em 1993, tendo em vista a região do semiárido do Nordeste ser a mais atingida pelo problema da seca. O Estado da Paraíba se destacou na criação desse programa, através da criação do ASA Paraíba, que foi resultado da união de várias organizações, dentre elas Organizações Não Governamentais (ONGs) e Departamento Nacional Estadual de Trabalhadores Rurais (DETR-CUT), que organizaram um Seminário sobre o Semiárido no Estado. Esse evento foi um marco da Articulação do Semiárido na Paraíba, que passou a atuar para melhoria dos agricultores do semiárido. A primeira grande iniciativa do ASA-PB, em 1993, foi a divulgação da cisterna de placas, e que foi criada por um pedreiro paraibano. Essas cisternas tinham formatos arredondados e eram semienterradas, com resistência à pressão da água e de baixo custo. Outros estados do Nordeste também passaram a realizar encontros em defesa da luta pelo semiárido (DUQUE, 2015).

Em 1999, a partir de experiências acumuladas em vários estados, a Articulação no Semiárido no Brasil iniciou sua construção. Em seguida a ASA-Brasil criou outro programa, denominado, *Programa de Formação e Mobilização para a Convivência com o Semiárido: Um Milhão de Cisternas Rurais" (P1MC)*, programa esse de construção e divulgação de cisternas (DUQUE, 2015).

Em 2009 foi implantado o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) através da Lei nº 11.947/2009, que prevê a compra de ao menos 30% dos alimentos oriundos da agricultura familiar para utilização nas escolas públicas. As vantagens desse programa são: beneficiar agricultores familiares, dinamizar a economia local,

garantir maior sustentabilidade via circuitos curtos de comercialização e também valorizar os produtos regionais (BRASIL, 2013b). O quadro a seguir lista as principais políticas rurais do Brasil, com a descrição do público beneficiário, bem como do objetivo de cada política.

**Quadro 1** - Principais políticas públicas para área rural do Brasil.

DESCRIÇÃO	PRINCIPAIS POLÍTICAS	PÚBLICO BENEFICIÁRIO	OBJETIVO
<b>POLÍTICAS ESPECÍFICAS PARA AGRICULTURA FAMILIAR</b>	<b>Programa de Fortalecimento da Agricultura Familiar</b> Pronaf (1995-2003)	Agricultores familiares, assentados da reforma agrária, famílias de pescadores e comunidades tradicionais.	Promover o desenvolvimento sustentável da agricultura familiar.
	<b>Seguro Agrícola e Desenvolvimento Rural (SEAF) - 2009</b>	Agricultores em condições vulneráveis.	Possibilitar ao agricultor estabilização da renda na atividade agrícola, proporcionando uma compensação nos momentos de forte queda na produção causada por eventos climáticos adversos.
	<b>Programa Garantia Safra (Seguro Safra) - 2002</b>	Agricultores em condições vulneráveis.	Garantir renda aos agricultores que sofrerem com a perda de safra por motivos de seca ou excesso de chuvas.
	<b>Programa Nacional de Assistência Técnica e Extensão Rural -PNATER (2004-2014)</b>	Agricultores familiares, assentados da reforma agrária, quilombolas, indígenas, pescadores artesanais, ribeirinhos, mulheres e jovens rurais das regiões brasileiras.	Estimular o desenvolvimento rural sustentável, que envolvam atividades agrícolas e não agrícolas, pesqueiras, de extrativismo, e outras, tendo como centro o fortalecimento da agricultura familiar.
	<b>Assentamentos Rurais de Reforma Agrária</b>	Agricultores sem terra, agricultores familiares com pouca terra, Juventude rural que sejam filhos de assentados ou de agricultores.	Converter os assentamentos em comunidades rurais autônomas integradas, com garantia de condições de vida digna aos moradores por meio de acesso à cidadania, infraestrutura, fomento à produção e preservação ambiental.
<b>POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL OU TERRITORIAL RURAL</b>	<b>Programa Desenvolvimento de Territórios Rurais (PRONAT) - 2003</b>	Agricultores familiares, assentados da reforma agrária, famílias de pescadores e comunidades tradicionais.	Promover o desenvolvimento, infraestrutura e a gestão de territórios rurais.
	<b>Programa Territórios de Cidadania (PTC) - 2008</b>	Agricultores familiares, assentados da reforma agrária, famílias de pescadores e comunidades tradicionais.	Articular e potencializar as ações de um conjunto de políticas públicas em alguns territórios economicamente mais fragilizados.
<b>POLÍTICA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL</b>	<b>Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) - 2003</b>	Agricultores familiares, assentados da reforma agrária, famílias de pescadores e comunidades tradicionais.	Garantir o atendimento de populações em situação de insegurança alimentar e nutricional e promover a inclusão social no campo fortalecendo a agricultura familiar.
	<b>Água para o Desenvolvimento Rural: Articulação</b>	Agricultores familiares	Estimular a criação de ações permanentes para o desenvolvimento

	<b>do semi-árido(ASA)</b> - 1993		do semiárido brasileiro.
	<b>Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) - "Merenda Escolar"(2009)</b>	Alunos da educação básica de escolas públicas, filantrópicas e de entidades comunitárias (conveniadas com o poder público).	Garantir segurança alimentar e nutricional, bem como promover o desenvolvimento local.

Fonte: Elaborado pelo pesquisador a partir de BRASIL (2013b); INCRA (2017); CAZELLA et al. (2016); GRISA; SCHNEIDER (2015); GRISA; KATO; ZIMMERMANN (2017).

Cabe destacar que essas políticas apontam, ainda que sua efetividade possa ser questionada, para uma redefinição, embora ainda pouco notável, do lugar do rural. Ele passa a ser revelado de maneira mais afirmativa e as pessoas que residem nesse espaço passam a ser consideradas indivíduos de direitos (MEDEIROS; QUINTANS; ZIMMERMANN, 2014).

No que diz respeito à saúde rural, entende-se que o planejamento e a execução das políticas são necessários para promover a resolutividade da atenção de forma a produzir impacto positivo na vida da população (DIMPÉRIO et al., 2009). A promoção do desenvolvimento de uma comunidade rural constitui um desafio intersetorial e tem impactos determinantes sobre as condições de vida de indivíduos, famílias e comunidades.

Uma das maiores dificuldades mundiais no que diz respeito à saúde rural tem sido a falta de acesso das populações rurais ao mesmo nível de atenção em saúde quando comparadas às populações urbanas. Esse problema se originou devido a fatores como a dificuldade de profissionais de saúde com habilidades para atuar nas áreas rurais, a distância das localidades rurais e a falta de recursos adequados para o trabalho. Quando se trata dos profissionais de saúde que escolhem trabalhar em áreas rurais e remotas, este problema torna-se mais grave, devido à falta de acesso à informação para subsidiar a prestação dos serviços de saúde na rede de atenção (RURAL INFORMATION TECHNOLOGY EXCHANGE WRITE, 2013).

Os países em desenvolvimento visam alcançar o 10º Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para reduzir as desigualdades e atingir a cobertura universal de saúde, bem como melhorar os sistemas de saúde (HONE et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece e estima que 50% da população mundial vive em áreas rurais e remotas e são atendidas por 38% da força de trabalho de enfermagem e por menos de 25% da força de trabalho médica. A má distribuição espacial da força de trabalho em saúde representa um obstáculo à realização de cobertura universal de saúde e é motivo de preocupações com a equidade, uma vez que afeta o acesso aos cuidados daqueles que apresentam maiores necessidades, visto que os recursos não estão devidamente investidos nas áreas onde teriam maior impacto (DOLEA; STORMONT; BRAICHET, 2010).

Em relação à alocação de pessoal em áreas rurais, em nível internacional, a OMS recomenda algumas estratégias de adesão de trabalhadores de saúde para atuar em áreas rurais e remotas, de forma a contribuir na implementação de ações de saúde para melhoria da qualidade de vida das pessoas: a inserção de futuros profissionais durante a graduação em experiências comunitárias rurais; o fornecimento de bolsas de estudos ou outros subsídios educacionais com retorno de prestação de serviço em áreas rurais ou remotas, e para os trabalhadores já inseridos na área rural, a implementação de programa de educação permanente em saúde rural (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

O Brasil apresenta grandes áreas rurais e enormes distâncias, com baixo índice de desenvolvimento em algumas áreas e grande desigualdade social (TARGA, 2012). A área rural apresenta dispersão física da população, dificuldades socioeconômicas relacionadas à falta ou a insuficiência de políticas públicas de saúde e saneamento e falta de investimentos, que contribuem para o agravamento dos problemas, típicos da área rural (BRASIL, 2013a). É necessária a priorização de políticas de saúde para as populações rurais e remotas, assim como para a formação, recrutamento e retenção de profissionais adequados para essas áreas, de forma a obter maior equidade (TARGA, 2012).

Além da dimensão geográfica, outros desafios dificultam o desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil, dentre eles as desigualdades sociais e econômicas, culturais, educacionais e estruturais (MERHY, 2002). Entre os moradores da zona rural e da zona urbana, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no Brasil, concluiu pesquisa na qual analisou as dimensões do desenvolvimento humano e a trajetória da desigualdade entre residentes da área urbana e rural, evidenciando que a renda domiciliar per capita média da população urbana, em 2017, é quase três vezes maior do que a da população rural, ou seja, R\$ 882,6 e R\$ 312,7, respectivamente.

Quanto à escolaridade da população adulta, 60% da população urbana com mais de 18 anos possui ensino fundamental completo e somente 26,5% da população rural completou este nível. Em relação à esperança de vida ao nascer, a população urbana vive em média três anos a mais que a população rural, ou seja, 74,5 anos e 71,5 anos, respectivamente. O IDH rural do Brasil é estimado como baixo (0,586), sendo o da zona urbana classificado em 0,750, ou seja, alto desenvolvimento humano (IPEA, 2017).

No tocante às condições de saúde, pesquisa que analisou as desigualdades no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil no período compreendido entre os anos de 1998 a 2008 constatou que os residentes nas áreas rurais avaliaram pior a saúde comparativamente aos residentes urbanos, sendo essa diferença influenciada pelas características socioeconômicas como menor renda e escolaridade. Além disso, foi identificado que a procura pelos serviços de saúde é menor na área rural para todos os grupos sociais (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

O Brasil ainda tem grande parte da população em condições de pobreza e com acesso mínimo às condições de saúde, resultado das iniquidades na distribuição da riqueza do País (BRASIL, 2013b). Os determinantes sociais da saúde são formados pelos aspectos de ordem econômica, social, cultural, ambiental e política, que exercem forte influência na qualidade de vida da população e estão associados às maneiras de adoecer e morrer (BRASIL, 2013a).

Algumas conferências se destacaram no país e descrevem aspectos relevantes no que diz respeito à saúde rural. A V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, que teve como lema a *constituição do Sistema Nacional de Saúde e sua institucionalização* descreve como sugestão, que os projetos de colonização, agricultura, pecuária e de irrigação sejam encaminhados de forma obrigatória ao Ministério da Saúde, e atendam exigências mínimas que dificultem a instalação ou disseminação de doenças endêmicas. Um dos eixos do relatório dessa conferência é o *Programa Materno Infantil*. Nesse relatório, o Ministério da Saúde reconhece a elevada morbimortalidade no grupo materno-infantil, em especial nas áreas rurais, e recomenda a necessidade de investimentos para redução dessa problemática. Com relação ao *Programa de extensão das ações de saúde às populações rurais*, que é outro eixo temático dessa conferência, o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de garantia do mínimo da prestação de serviços de saúde à população rural, tendo em vista que, metade da população do país vivia em pequenas comunidades e em

condições tipicamente rurais, com precárias condições socioeconômicas e sanitárias. Além disso, não existiam serviços de saúde nessas áreas, pela falta de recursos humanos e financiamento (BRASIL, 1975).

Ainda em relação à conferência anterior (1975), o relatório descreve os serviços de saúde que deveriam ser extensivos à população rural: assistência médica ambulatorial, assistência materno-infantil, saneamento básico, controle de doenças transmissíveis, incluindo vacinação e unidade de notificação de doenças, e registro estatístico para atividades de saúde. Devido ao número insuficiente de médicos e enfermeiros, esses serviços eram desenvolvidos por auxiliares capacitados para desenvolver as ações. A supervisão era realizada pelos poucos médicos e enfermeiros que existiam. A indicação dos auxiliares a serem capacitados, seria por intermédio dos líderes naturais, com destaque para os sacerdotes, professores, boticários e escrivães que contribuíam na seleção e escolha desses auxiliares (BRASIL, 1975).

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (11 anos após a V Conferência Nacional de 1975) teve como lema *Saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial*. O Relatório dessa conferência destaca a necessidade da universalização do acesso em relação à cobertura universal, iniciando pelas áreas carentes ou totalmente sem assistência. Para assegurar o direito à saúde a toda população do país é essencial incentivar à reforma agrária que atenda às necessidades da população rural e que essa população tenha assegurada sua participação (BRASIL, 1986). Cabe acrescentar que no referido relatório da conferência não se evidencia amplas descrições com conteúdos especificando o rural, mas sim, descrições pontuais quando se trata da universalização do acesso e da reforma agrária.

Em 2003 aconteceu a XII Conferência Nacional de Saúde, com o lema, *Saúde um direito de todos e um dever do Estado: a saúde que temos, o SUS que queremos*. No eixo temático "Direito à Saúde", uma das diretrizes gerais do relatório da Conferência está a garantia de acesso às ações e serviços de saúde à população que reside e/ou trabalha no campo. Esse documento considera a população do campo como sendo os trabalhadores de áreas rurais que não dispõem de acesso à terra, trabalhadores rurais em situação de regime de trabalho temporário, agricultores familiares, população ribeirinha, comunidades remanescentes de quilombos em vilas e povoados, e população que reside em áreas periféricas das cidades e que atuam no campo. O eixo *Seguridade Social e a Saúde* destaca a ampliação dos repasses de

incentivos financeiros federais às populações indígenas, aos quilombolas e às populações ribeirinhas de todo território nacional, para fortalecer a seguridade social aos municípios das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Vale do Jequitinhonha visto que existe especificidades regionais. No quesito "Intersetorialidade das Ações de Saúde" destaca-se a garantia de implementação da política de reforma agrária para fixação do trabalhador rural no campo, responsabilizando as três esferas de governo (BRASIL, 2003).

Sucessivamente, ocorreram outras conferências, como a de 2007, 2011 e 2015 que também abordaram aspectos inerentes à saúde em áreas rurais, com foco na ampliação do acesso e cobertura de serviços, fortalecimento de políticas de comunidades tradicionais, incentivo à reforma agrária, dentre outros. Apesar dos documentos dessas conferências descreverem aspectos que abordam a preocupação com a saúde das populações de áreas rurais, na prática, as ações ocorrem de forma isolada e muitas vezes são invisíveis, visto que, são as áreas urbanas que constituem o foco maior de atenção dos gestores.

Neste sentido, Ando et al.,(2011) afirmam que a construção de uma política Nacional para população rural no Brasil inicia com a CF de 1988 quando é instituído o direito universal à saúde que inclui todas as populações, urbanas e rurais. No Brasil, o grupo oficialmente organizado em junho de 2011 para tratar as questões rurais, é denominado Grupo de Trabalho (GT) de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

São objetivos do GT da SBMFC: discutir as questões de interiorização da Medicina de Família e Comunidade; incentivar a utilização de tecnologias apropriadas para superar barreiras geográficas; estimular a produção de conhecimentos sobre a Medicina Rural; criar uma rede colaborativa de saúde rural inter-regional; inserir nos currículos de graduação a temática da saúde rural, com apoio das Universidades; desenvolver parcerias com Programas de Pós-Graduação (Residência, Especialização, Mestrado e Doutorado) para o avanço da saúde rural no Brasil; estimular a educação profissional continuada para profissionais que trabalhem em áreas rurais, bem como trocar experiências nacionais e internacionais sobre a saúde rural; estabelecer parcerias, de forma interdisciplinar e intersetorial, com grupos ou entidades para promover a atenção à saúde nas comunidades rurais, e, desenvolver estratégias de recrutamento, a contratação e fixação de médicos rurais no Brasil (ANDO et al., 2011).

### 3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ÁREA RURAL E O TRABALHO DO ENFERMEIRO

A Atenção Primária à Saúde (APS) há mais de 40 anos é reconhecida como a base de um sistema de saúde eficaz e responsivo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018). O enfermeiro que atua na APS desenvolve um trabalho de equipe em parceria com outros profissionais, com ênfase na melhoria da saúde da população (BRASIL, 2017a).

No enfoque da APS o trabalho do enfermeiro acontece por meio da utilização de tecnologias que incluem os equipamentos e o instrumental necessários ao desenvolvimento do trabalho, tais como, os aparelhos, a estrutura física, os procedimentos técnicos, os folhetos educativos, os conhecimentos estruturados acerca da epidemiologia, o planejamento em saúde, dentre outros, quanto de tecnologias que envolvem as relações, as interações e as associações entre os usuários e as famílias, que dizem respeito ao vínculo, ao acolhimento e às relações humanizadas (FALCÓN; ERDMANN; BACKES, 2008). Neste sentido, sua atuação vai além da dimensão técnico-assistencialista ou da aplicação imediata e direta de conhecimentos técnico-científicos e se concentra em saberes que consideram as inter-relações e a dinâmica coletivo-social de todos os envolvidos no processo (BACKES et al., 2012).

A APS foi estruturada a partir da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Conferência de Alma Ata), realizada na União Soviética, em 1978, e tinha como proposta combater as desigualdades políticas, sociais e econômicas, de forma a contribuir para reorientação dos sistemas de saúde do mundo, principalmente dos países em desenvolvimento, estabelecendo como meta *Saúde para todos no ano 2000* (OMS, 1979). Esta Conferência representou um marco referencial para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e contribuiu para proposta de mudança do modelo assistencial no País, que era orientado por práticas curativas e hospitalares, ao invés de serviços primários, com prioridade para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. A expressão Atenção Primária à Saúde refere-se, na sua origem, à atenção que se dá no primeiro contato das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde, atributo mais fundamental da APS (STARFIELD, 2002; LAVRAS, 2011; MENDES, 2012a).

Em outubro de 2018, países de todo o mundo assinaram a Declaração de Astana, com objetivo de fortalecer seus sistemas de Atenção Primária à Saúde como

ponto de partida essencial para atingir a cobertura universal de saúde. Esta declaração busca reorientar os esforços na APS para garantir que as pessoas em todos os lugares possam desfrutar do mais alto padrão de saúde possível. O documento reafirma o compromisso de lideranças mundiais com as propostas da Declaração de Alma Ata de 1978 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2019). Neste sentido, a expansão de serviços de APS para áreas rurais contribui para redução das desigualdades e alcance da cobertura universal de saúde.

A APS no Brasil constitui o primeiro ponto de atenção à saúde e a porta de entrada preferencial, que deve ordenar as ações e serviços de saúde e ser o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É ofertada de forma integral e gratuita a todas as pessoas do território, conforme suas necessidades e demandas, e considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2015; BRASIL, 2017a).

Os atributos da APS propostos por Starfield (2002), são utilizados por Targa (2012) que relaciona a sua aplicabilidade à saúde rural: porta de entrada (acesso), longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação comunitária e competência cultural.

Quanto aos atributos *porta de entrada (acesso)* e *longitudinalidade*, o autor considera a atenção primária em áreas rurais como sendo mais importante porta de entrada do que nas cidades. As equipes de áreas rurais são menores que as das cidades e com número limitado de profissionais. As dificuldades de transporte e as grandes distâncias constituem uns dos principais entraves ao acesso à saúde no meio rural. O autor destaca a importância do uso da criatividade e a flexibilidade nas áreas rurais, com postos de saúde móveis funcionando em embarcações; jipes de tração para locomoção de profissionais em algumas áreas; uso de bicicletas, em especial para deslocamento dos ACS aos domicílios. Outras formas de ampliação do acesso é o treinamento dos ACS nas mais variadas realidades, a flexibilidade de horários no funcionamento dos serviços, já que grande parte da população trabalha em horário diurno e em atividades no campo. Os desafios de acessibilidade também o são para a longitudinalidade. Existem serviços que precisarão de grandes deslocamentos, o que poderá impedir ou modificar de forma temporária a possibilidade de contato com o serviço (TARGA, 2012).

Em relação à *integralidade e coordenação*, o autor considera que talvez seja a característica mais polissêmica da APS em áreas rurais e que apresenta muitos

desafios. Como o acesso aos recursos de saúde, a exemplo de realização de exames e procedimentos, a busca de especialistas, além do número profissionais em áreas rurais ser limitado, a integralidade torna-se comprometida. Esse atributo tem forte relação com a acessibilidade. O autor ressalta a importância de alguns recursos que podem estar disponíveis e favorecer a integralidade e coordenação, como: transporte disponível à população para consultas especializadas, exames e procedimentos; dispositivos de consultoria à distância, prontuários eletrônicos, fax, telefone, como forma de aproximar a comunicação dos profissionais que atuam na área rural com o poder decisório e os serviços da cidade, facilitando a troca de informações. Reconhece, ainda, a importância do contato direto com especialistas, como aspecto fundamental da integralidade (TARGA, 2012).

Quanto à *centralização na família e orientação comunitária*, quando se trata de valores, as populações rurais são mais tradicionais que as populações urbanas, tendo em vista que as mais tradicionais ainda compreendem a família como aquela formada por pai, mãe e filhos. Como essa população tem poucas opções de lazer, o trabalho com grupo tende a ser mais satisfatório por aproximar a população com os profissionais. Nas áreas rurais, é comum a população comparecer às reuniões, como, as de conselhos locais quando se trata de problemas específicos (TARGA, 2012). Ressalta-se que a compreensão do conceito de família pela população e, ainda, a forma como se organiza a população rural, dentre outros aspectos, direcionará o profissional para desenvolver a assistência à saúde.

Em se tratando da *competência cultural*, esse atributo possivelmente é o mais visível, dada a ampla diversidade brasileira. O profissional de saúde rural necessita compreender o processo saúde-doença rural, conhecer as características da população, as especificidades de como o sistema de saúde está organizado e a necessidade de adaptação do profissional ao perfil exigido para área rural (TARGA, 2012). O entendimento desses aspectos orienta o trabalho dos profissionais da ESF, em especial do enfermeiro, que tem papel relevante no cuidado à saúde da população rural. Para o autor, o cumprimento desses atributos está associado a melhores resultados de saúde como menor número de internações e de consultas para os mesmos problemas, menor quantidade de exames complementares, maior possibilidade de atividades de prevenção e de adesão ao tratamento e maior satisfação da população em relação aos serviços dos profissionais, dentre outros.

Por esses aspectos, a APS tem papel relevante na organização do cuidado e da promoção da saúde da população rural. Além do mais, a maioria da população rural atua em atividades agrícolas e não tem acesso aos planos de saúde. Portanto, é importante que o trabalho dos profissionais tenha por base os seguintes aspectos: identificação das atividades de produção predominantes no território adscrito a área rural; reconhecimento e valorização da ocupação dos usuários e moradores para o desenvolvimento do raciocínio-clínico-epidemiológico-ocupacional, de forma a estabelecer relações entre o trabalho e o processo saúde-doença; desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica e das condições e ambientes de trabalho, e o desenvolvimento de ações de promoção da saúde (SILVA et al., 2013).

No Brasil, a APS, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), constitui pilar fundamental na estruturação de cuidados de saúde e a principal plataforma para garantia da cobertura universal no país. A expansão da ESF desde a década de 1990 contribui para melhores resultados de saúde e reduções nas desigualdades de grupos populacionais (HONE et al, 2017).

A ESF foi criada em 1994, a partir dos avanços nos resultados obtidos com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que surgiu em 1991, e propunha a reestruturação da APS para reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, garantindo à população acesso mais próximo e com qualidade de vida. A ESF é operacionalizada mediante ações preventivas, promocionais e de reabilitação, prestando cuidados fundamentados nos princípios do SUS (BRASIL, 2010). Até 1994, não havia definição de um modelo de atenção na área de APS. A atenção era prestada por postos de saúde nos bairros periféricos, sem atender às diretrizes e princípios do SUS, disponibilizando à população apenas ações assistencial-curativas.

A ESF que é orientada pela APS, tem importantes características que diferencia dos modelos de APS de outros países, como: equipes multiprofissionais, a exemplo da ESF e do NASF que atuam nos territórios e reconhecem os problemas da população; a presença dos ACS que atuam de forma singular e a presença da equipe de saúde bucal no sistema público de saúde (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JÚNIOR, 2012). O trabalho desenvolvido na APS do Brasil é normatizado pela Portaria GM – 2436/2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). De acordo com essa portaria a APS é equivalente ao termo Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2017a).

As equipes da ESF são constituídas no mínimo pelo enfermeiro, médico, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS. Além desses profissionais podem fazer parte: agente de combate às endemias (ACE), cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe varia em função da definição da população, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, definidos pela coordenação local (BRASIL, 2017a).

Além da ESF, a PNAB reconhece outras estratégias de organização da APS, que devem seguir os princípios da APS e do SUS, que considere a dinamicidade do território, constituindo um processo progressivo e singular, conforme as especificidades locais e regionais, e que existem populações específicas, itinerantes e dispersas, que também constitui responsabilidade da equipe de saúde que atua no território, em conformidade a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017a).

Com os avanços nos últimos anos na APS do Brasil, como a ampliação do número de equipes SF, melhoria dos indicadores de saúde da população, como a redução da mortalidade infantil, mesmo assim, a ESF enfrenta vários desafios que estão relacionados muitas vezes às características populacionais e das regiões atendidas, assim como as dimensões continentais do Brasil, que dificulta o acesso igualitário a toda população (CORDOBA, 2013).

No que tange às atribuições de todos os profissionais da ESF, para operacionalização do trabalho estes devem participar do processo de territorialização e diagnóstico de saúde da comunidade, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, identificando situações de risco e vulnerabilidade, cadastrar e manter atualizados os dados de indivíduos e famílias do território para planejamento em saúde, realizar o cuidado em saúde da população adscrita, considerando as necessidades da população, organizar o fluxo de usuários para os diversos pontos da RAS, participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade e estimular o controle social (BRASIL, 2017a).

Os profissionais que atuam na ESF são responsáveis pelas ações de saúde de populações vulneráveis e com necessidades de saúde específicas, bem como de todas as pessoas do território de atuação da equipe (BRASIL, 2017a). A esse respeito, os cuidados em saúde da população rural devem constituir prioridade para o poder decisório, pois essa população convive com situações de saúde singulares relacionadas ao contexto rural, e estão susceptíveis a diversos problemas de saúde.

Com a ESF almeja-se uma nova forma de organização do trabalho, pautada no vínculo, na humanização, no acolhimento e na parceria com outras instituições e outros setores, todavia, sabe-se que é um grande desafio trabalhar com essas dimensões para atender às necessidades das famílias, o que demanda desempenho de novas práticas, sobretudo aquelas que enfatizam as ações de prevenção e de promoção da saúde, e as de gestão, que favoreçam maior participação tanto dos trabalhadores como dos usuários (SHIMIZU; REIS, 2011).

A ESF ao se constituir como a porta de entrada preferencial dos usuários no SUS e está localizada o mais próximo da comunidade onde a população vive e trabalha, também faz com que os profissionais de saúde constantemente vivenciem novos e diversos problemas de saúde, nem sempre de fácil e rápida solução, o que implica na responsabilização pela atenção à saúde dos usuários no decorrer do tempo, devendo-se acolher a população, atentando-se para suas necessidades e demandas (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010). Dessa forma, configura-se como ambiente de tensões para as equipes e usuários (DAUBERMANN; TONETE, 2012).

Quanto às atribuições específicas do enfermeiro na ESF, cabe a este profissional realizar o cuidado à saúde dos indivíduos e famílias, realizando ações, como: consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos e disposições legais da profissão; realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, conforme os protocolos ministeriais; gerenciar insumos e referenciar usuários a outros serviços; realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem; supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS, dentre outras (BRASIL, 2017a).

Neste sentido, a adaptação dessas atribuições do enfermeiro ao contexto rural constitui desafio, pois requer habilidades e competências profissionais a serem orientadas para o contexto rural, que difere do contexto urbano em alguns aspectos: na configuração do território, nas características da população, no processo saúde-doença, na organização do trabalho, incluindo o deslocamento, os horários e o cronograma de trabalho.

Portanto, o trabalho do enfermeiro na ESF muitas vezes é permeado por fatores que favorecem ou dificultam a sua realização, o que leva a sentimentos de satisfação e limitação no trabalho (BECK, et al., 2010; GEHRING JÚNIOR et al., 2007; CAMELO; ANGERAMI, 2008). Cotidianamente este profissional convive com rotinas

exaustivas, estresse, precariedade de cuidados de enfermagem, falta de diálogo, excesso de burocracia, entre outras situações que influenciam o seu modo de ser e fazer (BARLEM et al., 2013). Esses fatores, em muitas situações fazem emergir nesse trabalhador sentimentos de sofrimento e desconforto no trabalho (BECK, et al., 2010; GEHRING JÚNIOR et al., 2007; CAMELO; ANGERAMI, 2008). A esse respeito, Godoy (2009) acrescenta que nenhum trabalho está isento de possibilitar satisfação ou desgaste físico e mental. Mas a natureza do trabalho, a forma como está organizado e as condições em que é realizado podem intensificar ou não os quadros de prazer ou de sofrimento.

A capacidade de dar respostas a uma grande e diversificada demanda, tem sido um dos grandes desafios da APS, que na maioria das vezes tem recursos escassos, precisando se relacionar (referenciar) com outros pontos do sistema que nem sempre querem ou estão preparados para uma relação de bom nível, colaborativa, de parceria. Estes autores denominam isso, de "a solidão da rede básica" (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

Villas Boas, Araújo e Timóteo (2008) realizaram estudo com enfermeiros que atuam na ESF de Natal/RN e constataram que são inúmeras as ações assumidas por estes profissionais, tais como o papel de mediadores no processo de trabalho, entre os diversos membros da equipe de saúde da família, o sentimento de tarefa acentuado, além de serem atribuídos a eles o sucesso ou fracasso das ações. Estes aspectos sobrecarregam estes profissionais, o que torna o processo de trabalho, às vezes, exaustivo. As autoras ainda afirmam que, quando a relação entre os profissionais e pacientes é dificultada pelas condições de trabalho, acarreta a perda de parte do seu sentido, podendo gerar impactos no seu nível de fadiga e de frustração e mesmo uma diminuição de sua disponibilidade aos usuários.

### 3.4 COMPREENSÃO DO TRABALHO E SEU SENTIDO

O trabalho constitui um processo de mediação entre o homem e a natureza, no qual o homem transforma os recursos da natureza através da sua atividade, conferindo-lhes utilidade às necessidades humanas e, também transforma a si e às suas relações interpessoais, através do contato com outras pessoas (GONÇALVES, 1992; RIBEIRO; LEDA, 2004; AGUIAR, 2008).

Para Merhy (2002) o trabalho ocorre a partir do encontro entre duas pessoas em que se promove interação de escutas e falas, permeadas pelas interlocuções

subjetivas, em que são utilizadas as tecnologias duras, leve-duras e leves. A utilização dessas tecnologias no processo de trabalho pode sofrer interferências de acordo com as especificidades de cada área de conhecimento e suas competências e das influências do meio em que é produzido esse trabalho.

Desde o surgimento do trabalho na história da humanidade "trabalho e realização humana" estão intrinsecamente relacionados. A compreensão dos sentidos do trabalho para os indivíduos inseridos nas organizações e suas implicações na constituição do sujeito é um desafio para os administradores, como também para as pessoas que de forma direta ou indireta estão ligadas às organizações do trabalho (GARCIA; HENRIQUES, 2013).

A palavra *trabalho* é originada do latim *Tripalium*, um instrumento constituído com três paus utilizado pelos agricultores para bater o trigo e o linho e que foi usado durante muito tempo pelos romanos como instrumento de tortura. Até o século XV, tortura e sofrimento foram os significados mais comuns do trabalho; depois o sentido evoluiu para esforçar-se. O homem trabalha quando coloca em ação suas forças físicas e espirituais tendo um objetivo a alcançar. O trabalho tem como resultado um produto concreto ou mudança de estado ou situação, sempre associado à ideia de intencionalidade (FRIEDMANN; NAVILLE, 1973).

O trabalho é rico de sentido individual e social. É por meio dele que é produzida a vida de cada um, que é garantida a subsistência e se criam sentidos existenciais ou contribui na estruturação da personalidade e identidade. Constitui uma categoria central da organização social. Apresenta-se em uma variedade de ocupações, sendo objeto de diversas classificações. Mesmo quando utilizado em sentido econômico, na forma de trabalho remunerado, restrito às organizações formais, continua diversificado, ambíguo e complexo (BORGES; TAMAYO, 2001).

Estudos sobre a temática sentidos e significados do trabalho, baseiam-se em diversas vertentes epistemológicas (TOLFO; PICCINNI, 2007). A palavra sentido, etimologicamente se origina do latim *sensus*, que diz respeito à percepção, significado, sentimento ou ao verbo *sentire*, quer dizer: perceber, sentir, saber (HARPER, 2001). Sua origem refere-se, especialmente, à ocorrência de processos psicológicos. Por essa razão, parte dos estudos sobre sentidos e significados é desenvolvida por pesquisadores de várias áreas como psicologia, da sociologia, administração, comunicação social, dentre outras (TOLFO; PICCINNI, 2007).

Muitos estudos utilizam as terminologias "sentido" e "significado" do trabalho como sendo sinônimos. No entanto, Tolfo e Piccinni (2007) apesar de ressaltarem a *inequívoca interdependência* entre os termos, conceituam de forma diferente, atribuindo a concepção de significado como relacionada ao entendimento social do trabalho e a concepção de sentido como uma dimensão pessoal.

Os significados são construídos coletivamente em um determinado contexto histórico, econômico e social concreto, ao passo que os sentidos são caracterizados por ser uma produção pessoal em função da apreensão individual dos significados coletivos, nas experiências do cotidiano. Sendo que essas transformações que os sentidos e significados sofrem, são construídas por meio de uma relação dialética com a realidade (TOLFO; PICCININI, 2007, p. 44).

Considerando essa relação dialética entre os termos sentidos e significados, a análise dos sentidos produzidos pelos sujeitos deve sempre levar em conta suas relações com os significados produzidos na coletividade, e vice-versa. Deve-se ainda considerar a articulação entre os processos identitários e de construção de sentidos pelos sujeitos no seu cotidiano de trabalho (COUTINHO, 2009).

Embora o "sentido do trabalho" seja algo que possa ser definido com auxílio de intuição e senso comum, é difícil de explicar, pois um trabalho para ter sentido passa pela subjetividade e interpretação, sem contar que os fatores sociais e culturais também se relacionam com a questão. O termo aparece na maioria das vezes associado a conceitos como comprometimento, motivação e satisfação no trabalho, entre outros (RODRIGUES; BARRICHELLO; MORIN, 2016; MORIN, 2001; RODRIGUES et al., 2015).

Bastos et al. (1995) afirmam que a experiência cotidiana dos indivíduos constitui a base para elaboração das suas percepções e conhecimentos acerca do mundo que os cerca. Embora essa construção seja de base individual, constitui um processo social, por ocorrer no interior de um conjunto de crenças, valores e significados, aspectos definidores do contexto cultural em que acontecem as interações entre os indivíduos e os grupos.

O trabalho precisa estar integrado à vida, ter um sentido, possibilitar aos sujeitos vislumbrar a possibilidade de realização dos seus planos e projetos e desvincular do mero acesso a bens materiais e suas simbologias, não se restringindo a ser um meio de sobrevivência. É uma atividade profissional que incorpora um significado intrínseco, que tem valor por si mesmo e ajuda na construção de uma nova sociabilidade, marcada por valores éticos (RIBEIRO; LÉDA, 2004). Outro aspecto, é

que o trabalho possibilita ao homem ampliar de forma significativa as possibilidades da linguagem, isto é, além de modificar materialmente o mundo, o modifica simbolicamente na consciência. Constitui uma categoria chave para analisar a subjetividade (RUIZ, 1999).

As primeiras pesquisas sobre o sentido do trabalho foram realizadas por Hackman e Oldhan (1975), que propuseram um modelo para explicar como as características de um emprego, interações e diferenças individuais exercem influência na satisfação, motivação e na produtividade dos trabalhadores. Para os autores um trabalho com sentido deve ser útil, importante e legítimo para quem o realiza e apresenta algumas características fundamentais: 1) a variedade de tarefas que exige várias competências possibilitando ao indivíduo a identificação com sua execução; 2) a identidade do trabalho, em que o indivíduo consegue identificar todo o processo, do início até o fim, e com resultado; 3) o significado do trabalho sobre o bem-estar das pessoas, da organização e do meio social. Além dessas características, os autores acrescentam duas características importantes na satisfação e motivação dos indivíduos no trabalho: a autonomia, ou seja, o trabalho deve ser capaz de propiciar liberdade, independência, fazendo o sujeito sentir-se responsabilizado pela realização das tarefas e pela obtenção dos objetivos determinados, e o *Feedback*, diz respeito ao retorno que o indivíduo deve ter dos seus resultados no desempenho das tarefas, o que lhe possibilita realizar os ajustes necessários para que atinja os objetivos de seu desempenho.

Com base nesse modelo foram construídos cinco princípios de organização do trabalho, de forma a certificar algumas características do emprego: a reunião das tarefas, a formação da unidade natural de trabalho - que originou a formação de equipes de trabalho semi (autônomas); o estabelecimento de relações cliente-fornecedor, o enriquecimento das tarefas, e a colocação em prática de *feedback* sobre o desempenho (HACKMAN; OLDHAN, 1975).

Seguindo esse direcionamento, estudos realizados pelo grupo de pesquisadores internacionais, *Meaning of Working Internacional Research Team (MOW)* - Grupo MOW- entre os anos de 1981 a 1983, em oito países (Bélgica, Inglaterra, Alemanha, Israel, Japão, Holanda, Estados Unidos e ex-Iugoslávia) se destacaram na realização de pesquisas, visando definir e identificar variáveis que explicassem os significados que os sujeitos atribuem ao trabalho. O modelo proposto pelo grupo considera significado do trabalho um construto psicológico multidimensional

e dinâmico, formado da interação entre variáveis pessoais e ambientais e influenciado pelas mudanças no indivíduo, em sua volta ou no trabalho (TOLFO; PICICINNINI, 2007).

A seguir o Grupo MOW (1987) definiu que o conceito de significado de trabalho envolve três dimensões: a centralidade do trabalho que se refere ao nível de importância do trabalho em algum momento na vida do indivíduo; as normas sociais sobre o trabalho que diz respeito aos aspectos éticos, recompensas, direitos e deveres inerentes ao trabalho; e os resultados valorizados do trabalho que permitem investigar os motivos que levam o indivíduo a trabalhar. Partindo desses estudos, o sentido do trabalho é compreendido como um componente presente na realidade social construída e reproduzida, que sofre interação com diferentes variáveis pessoais e sociais e exerce influência nas ações das pessoas e na natureza da sociedade em um dado momento histórico.

Estudos de England e Whiteley (1990) e pesquisadores do Grupo MOW, classificaram seis padrões de definição de trabalho: padrões A, B e C como concepções positivas do trabalho, que diz respeito ao caráter social do trabalho, visando além dos benefícios individuais, a colaboração com a sociedade; padrões D e E, como concepções negativas do trabalho visto como uma atividade desagradável e obrigatória para o sustento e o padrão F, que se refere a concepção neutra do trabalho, vista como uma atividade que se realiza em um lugar e horário determinados, sendo os sujeitos remunerados para esta tarefa (Quadro 2).

**Quadro 2** - Padrões de definição do trabalho determinados por England e Whiteley (1990).

<b>Padrão A</b>	<b>Padrão B</b>	<b>Padrão C</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acrescenta valor a qualquer coisa;</li> <li>• Você deve prestar conta disso;</li> <li>• Faz parte de suas tarefas;</li> <li>• Você recebe dinheiro para fazer isso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizando isto você tem sentimento de vinculação;</li> <li>• Você recebe dinheiro para realizar isto;</li> <li>• Você faz para contribuir com a sociedade;</li> <li>• Faz parte de suas tarefas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Outros se beneficiam disto;</li> <li>• Você recebe dinheiro para realizar isto;</li> <li>• Você faz para contribuir com a sociedade;</li> <li>• Acrescenta valor a qualquer coisa;</li> <li>• É fisicamente exigente.</li> </ul>
	<b>Padrão D</b>	<b>Padrão E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Você recebe dinheiro para realizar isto;</li> <li>• Faz parte de suas tarefas;</li> <li>• Você realiza em um local de trabalho;</li> <li>• Você deve fazer isto;</li> <li>• Alguém lhe diz o que fazer;</li> <li>• Não é agradável.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É mentalmente exigente;</li> <li>• É fisicamente exigente;</li> <li>• Você recebe dinheiro para fazer isto;</li> <li>• Faz parte de suas tarefas;</li> <li>• Isto não está agradando.</li> </ul>
		<b>Padrão F</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Você realiza seguindo um horário;</li> <li>• Você realiza em um local de Trabalho;</li> <li>• Você recebe dinheiro para fazer isto;</li> <li>• Faz parte de suas tarefas.</li> </ul>

Fonte: Morin (2001).

É notável que em todos os padrões a remuneração constitui um elemento importante, no entanto, não se apresenta como elemento central.

As pesquisas de Morin utilizam o termo "sentidos do trabalho", inspiradas pelo grupo *MOW* (1987) que utiliza em seus estudos o termo "significado do trabalho". O significado do trabalho para este grupo é um construto psicológico multidimensional e dinâmico, formado da interação de variáveis pessoais e ambientais e influenciado pelas mudanças no indivíduo, em sua volta ou no trabalho.

Para este estudo será utilizado o termo "sentidos" como referencial, seguindo os estudos de Morin considerando que os sentidos são produzidos pelos sujeitos a partir de suas experiências vivenciadas em uma dada realidade (MORIN, 1996; 2001; 2002; 2004; 2008).

Morin, Tonelli e Plioplas (2007) apresentam uma síntese dos temas encontrados em pesquisa com jovens executivos brasileiros e constatou que o trabalho é essencial na vida das pessoas. Definiram três dimensões assumidas pelo sentido do trabalho: dimensão individual diz respeito ao sentido que o trabalho assume para a própria pessoa; dimensão organizacional considera o sentido encontrado na pessoa com a organização, e a dimensão social, diz respeito ao

sentido que pode ser encontrado na relação da pessoa com a sociedade. Em cada uma dessas dimensões foram definidos aspectos com seus temas relacionados, conforme descrito no quadro a seguir:

**Quadro 3 - Dimensões do sentido do trabalho.**

Dimensão		Temas recorrentes	
		Um trabalho tem sentido se...	Um trabalho não tem sentido se...
Dimensão Individual	Satisfação pessoal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quem exerce o trabalho sente prazer, gosta do que faz;</li> <li>• É um desafio a ser superado;</li> <li>• A pessoa percebe sua contribuição como única e criativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É enfadonho;</li> <li>• Quem o exerce não tem responsabilidade sobre seu próprio trabalho;</li> <li>• Quem o exerce não contribui na sua criação e concepção.</li> </ul>
	Independência e sobrevivência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remunera financeiramente quem trabalha;</li> <li>• Permite que algum dia o indivíduo alcance qualidade de vida melhor;</li> <li>• Dá a sensação de independência financeira e psicológica.</li> </ul>	
	Crescimento e aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crescimento profissional / Aprendizagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não explora o potencial de quem o exerce;</li> <li>• Não há crescimento de quem o exerce.</li> </ul>
	Identidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornece identidade a quem exerce;</li> <li>• A empresa onde a pessoa trabalha é reconhecida;</li> <li>• É símbolo de status.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há o ócio se não há trabalho.</li> </ul>
Dimensão Organizacional	Utilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quem exerce percebe o processo do início ao fim;</li> <li>• Tem utilidade para a organização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguém dá importância.</li> <li>• Inútil para a organização.</li> </ul>
	Relacionamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A pessoa tem oportunidade de relacionar-se com outros</li> <li>• Alguém da organização dá o reconhecimento.</li> </ul>	
Dimensão Social	Inserção social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite inserção social</li> </ul>	
	Contribuição social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribui para a sociedade; É considerado ético e moralmente aceitável</li> </ul>	

Fonte: Morin, Tonelli e Pliopas (2007).

Segundo Caram (2013) essas dimensões possuem as estruturas do trabalho e possibilitam uma análise dos sentidos do trabalho sob uma visão geral que contém aspecto do indivíduo para e com o trabalho, o trabalho dele para a organização e para a sociedade. Ressalta-se que elas coexistem nos sentidos do trabalho e demonstram os aspectos importantes que influenciam o trabalhador no seu fazer profissional.

Estudo realizado por Rodrigues; Barrichello e Morin (2016) sobre os sentidos do trabalho com profissionais de enfermagem de um hospital público de São Paulo e com profissionais de um hospital privado de Belo Horizonte constatou que o nível hierárquico e o ambiente definem diferenças na percepção do sentido do trabalho e dos construtos relacionados a ele.

No estudo citado os autores adotaram a escala proposta por Morin (2008) e as relações de sentido do trabalho com os construtos comprometimento afetivo (MEYER; ALLEN, 1991) e estresse no trabalho (PARKER; DECOTIIS, 1983). A escala de Morin (2008) descreve que há seis variáveis que antecedem o sentido, que são: autonomia, aprendizagem, propósito social do trabalho, retidão moral, cooperação entre pares, reconhecimento. As variáveis comprometimento afetivo e estresse no trabalho foram utilizadas no estudo como indicadores da experiência de sentido. A inclusão da variável comprometimento afetivo foi por esta exercer forte relação dentro de uma organização porque reflete o vínculo emocional e o desejo do indivíduo permanecer na organização. A escolha da variável estresse, muito utilizada em estudos de psicologia, segundo os autores, jamais poderia faltar em um estudo comparativo, tendo em vista o elevado número de estudos que traz ampla indicação de sofrimento psíquico devido à elevada carga de trabalho e ofício de natureza aflitiva.

Cabe ainda destacar que, considerando o sentido do trabalho como um conceito multifacetado de difícil apreensão, outros construtos poderão servir como indicadores de sua presença. Por esta razão os autores utilizaram o comprometimento e estresse (RODRIGUES; BARRICHELO; MORIN, 2016). Estes autores valem-se de Ciulla (2000) e Michaelson et al. (2014) para explicar que um trabalho que tem sentido contém tanto uma dimensão objetiva (condições de trabalho), quanto uma dimensão subjetiva (percepção dos trabalhadores) e que uma influencia a outra.

O presente estudo tomará por base o sentido do trabalho definido por Morin, Tonelli e Pliopas (2007), que aborda as três dimensões assumidas pelo sentido do trabalho (individual, organizacional e social).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Adotou-se como método o Estudo de Caso de caráter qualitativo. Estudos que utilizam abordagem qualitativa lidam com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (MINAYO, 2010; TURATO, 2005). Buscam compreender o fenômeno como parte da realidade humana vivida socialmente, partindo do entendimento de que o ser humano se distingue não só por suas ações, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2010). Portanto, a pesquisa qualitativa examina a compreensão subjetiva das pessoas a respeito de sua vida diária, buscando interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc) em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem (POPE; MAYS, 2009; GOLDENBERG, 2015). Um dos objetos prioritários da pesquisa qualitativa é o sentido que adquire a ação da sociedade na vida e nos comportamentos dos indivíduos, assim como o sentido da ação individual quando ela se traduz em ação coletiva (POUPART et al., 2010).

Em relação ao estudo de caso é "uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes" (YIN, 2010, p.39). O estudo de caso conta com múltiplas fontes de evidência e seus dados precisam convergir de maneira triangular (YIN, 2015).

Utilizou-se duas técnicas de coletas, as quais foram: estudo documental e a entrevista, realizada individualmente com enfermeiros de área rural, uma vez que essas técnicas podem fornecer informações sobre o conhecimento da rotina local que dá tessitura ao trabalho do enfermeiro em meio rural. Em relação aos documentos, teve como recorte os documentos de referência para a formulação de políticas e práticas de saúde rural no nível internacional, que datam de 1995 a 2014 e dos documentos referentes ao âmbito nacional, que compreende o período de 2002 a 2017.

## 4.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na Atenção Primária à Saúde, mais precisamente em Unidades de Saúde da Família de áreas, nas quais trabalhavam enfermeiros de equipes da Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba, que é o segundo maior município do Estado, localizado na mesorregião do Agreste Paraibano, a 130 km da Capital João Pessoa. O município localiza-se em uma região privilegiada entre as serras do Compartimento da Borborema, cuja posição geográfica lhe rendeu a condição de entreposto comercial com título de "Rainha da Borborema, o Coração da Paraíba" (PMCG, 2014). De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado da Paraíba, o município de Campina Grande é a da 2ª macrorregião de saúde ou região ampliada de saúde e é composta por 05 (cinco) Regiões de Saúde (PARAÍBA, 2016).

Campina Grande é uma das maiores cidades do interior do Nordeste. Possui uma área de 621Km<sup>2</sup>, cuja área urbana é de 201Km<sup>2</sup> e a rural de 420Km<sup>2</sup>. A densidade demográfica é de 648,31 hab/km<sup>2</sup>. Possui 51 bairros e uma população de aproximadamente 385.213 habitantes, sendo a população urbana de 367.209 habitantes e a rural de 18.004 (IBGE, 2010). Sua população estimada para o ano de 2018 foi de aproximadamente 407.472 habitantes (IBGE, 2018). Na divisão político-administrativa o município possui três distritos rurais: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista. A região metropolitana é formada por 19 municípios com uma população estimada de 638.017 habitantes (PEREIRA et al., 2014).

O município faz parte do 3º Núcleo Regional de Saúde, unidade integrante da divisão geopolítica administrativa do Estado e se encontra habilitada na forma de Gestão Plena de Sistema Municipal desde 1998 (PMCG, 2010). Quanto à organização do setor saúde, o município está dividido em 10 (dez) distritos sanitários. Cabe destacar que no período da coleta de dados para este estudo, o município tinha 08 (oito) distritos sanitários. Em cada distrito existe uma gerente de distrito que fica responsável pela organização e supervisão da APS.

A cidade se destacou pela implantação da ESF no Brasil, sendo escolhida entre as quatorze cidades pioneiras contempladas para sediar equipes piloto para o projeto ministerial. Com a II Conferência Municipal de Saúde em 1996 é aprovada a proposta de fortalecimento e ampliação das equipes no município, sendo então a ESF

considerada como sendo estratégia de modelo de atenção à saúde no município (CAMPINA GRANDE, 1996).

Para implantação da ESF em Campina Grande veio uma equipe técnica de Cuba prestar assessoria ao município e influenciou a decisão do gestor municipal para criação das primeiras equipes, que tinha estrutura semelhante à medicina da família implantada naquele País. No início havia apenas 05(cinco)Equipes SF em dois bairros. Em 1998 esse número aumentou para 12 e, em 2007, para 80 equipes (GUIMARÃES, 2006). Atualmente existem no município 107 Equipes de Saúde da Família (ESF). Essas equipes estão alocadas em 76 Unidades de Saúde da Família (USFs), e cobrem 92% da população do município. Do total de USF do município, 66 são urbanas e 10 são rurais (CAMPINA GRANDE, 2017). Cada USF comporta de 1(uma) a 3(três) Equipes de SF. A composição de cada Equipe de SF é: 01(um) enfermeiro, 01(um) médico, 01 auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além desses profissionais, algumas Equipes de SF possuem Equipe de Saúde Bucal, formada pelos profissionais: cirurgião dentista e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. O número de ACS por equipe é variável em função da população coberta por cada Equipe.

Além das Equipes de SF o município tem 09 (nove) Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) implantados em 2008, constituídas por profissionais de diferentes áreas (assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores físicos, psicólogos) que atuam no apoio às equipes, compartilhando práticas em saúde nos territórios sob suas responsabilidades e USF nas quais as equipes estão cadastradas (CAMPINA GRANDE, 2017).

Este estudo foi realizado nos distritos sanitários VI, VII e VIII. Os distritos sanitários VII e VIII correspondem em sua totalidade aos distritos administrativos rurais São José da Mata e Galante, respectivamente. O distrito sanitário VI é composto por uma parte rural e outra urbana. A parte rural corresponde ao distrito administrativo Catolé de Boa Vista. Os distritos rurais estão localizados em áreas externas ao perímetro urbano de Campina Grande.

Para contextualizar o cenário de estudo (área rural) a seguir são apresentadas as Equipes de SF do município, pessoas cadastradas por Distrito, o número de enfermeiros e os enfermeiros de Equipes de SF de áreas exclusivamente rurais, conforme o Quadro 4.

**Quadro 4** - Distribuição do número de enfermeiros e população cadastrada por Equipes SF urbanas e rurais, Segundo distrito sanitário. Campina Grande\PB\Brasil, 2017.

DISTRITOS SANITÁRIOS(DS)	Nº ENFERMEIROS DE EQUIPES SF ( URBANAS )	Nº ENFERMEIROS DE EQUIPES SF ( RURAIS )	TOTAL DE EQUIPES SF	NÚMERO DE PESSOAS CADASTRADAS
DS I	15	-	15	55.475
DS II	12	-	12	46.725
DS III	15	-	15	48.008
DS IV	09	-	09	27.595
DS V	23	-	23	67.041
<b>*DS VI</b>	<b>22</b>	<b>03</b>	<b>25</b>	<b>92.648</b>
<b>DS VII</b>	<b>-</b>	<b>05</b>	<b>05</b>	<b>5.865</b>
<b>DS VIII</b>	<b>-</b>	<b>03</b>	<b>03</b>	<b>11.336</b>
<b>TOTAL DE ENFERMEIROS</b>	<b>96</b>	<b>11</b>	<b>107</b>	<b>354.693</b>

Fonte: CAMPINA GRANDE, 2017

**Quadro 5** - Distribuição das Unidades de Saúde da Família rurais, segundo localização. Campina Grande\PB\Brasil, 2017.

DISTRITOS SANITÁRIOS	UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RURAIS	LOCALIDADE (UNIDADE SEDE )	LOCALIDADE DAS ÂNCORAS ( UNIDADES DE APOIO )
DS VI	USF Djalma Barbosa	Distrito de Catolé de Boa Vista	Sítio Queimada da Ema; Sítio Boi Velho
	USF Estreito	Distrito de Catolé de Boa Vista ( Sítio Estreito )	Sítio Lucas; Sítio Salgadinho
	USF Paus Brancos	Distrito de Catolé de Boa Vista ( Sítio Paus Brancos )	Sítio Açude de Dentro
DS VII	USF Colibri	Distrito de São José da Mata	Distrito de São José da Mata
	USF Sabiá	Distrito de São José da Mata (Centro de Saúde de São José da Mata)	Distrito de São José da Mata
	USF Beija-Flor	Distrito de São José da Mata (Sítio Tambor)	Centro de Saúde de São José da Mata
	USF Bem-te-vi	Distrito de São José da Mata (Sítio Bosque)	Sítio Monte Alegre; Sítio Covão
	USF Pardal	Distrito de São José da Mata ( Sítio Capim Grande)	Sítio Castelo; Sítio Cajazeiras; Sítio Serra de Joaquim Vieira
DS VIII	USF Galante I	Distrito de Galante	Sítio Surrão; Sítio Brito
	*USF Galante II e III	Distrito de Galante	Sítio Jorge; Sítio Massapê; Sítio Santana
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>		

Fonte: CAMPINA GRANDE, 2017

\*Uma mesma USF do Distrito Galante tem duas Equipes de SF.

#### 4.3 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA RURAIS POR DISTRITO RURAL

A configuração do território rural apresenta áreas esparsas e há dificuldade em delimitá-las geograficamente. Assim, optou-se por apresentar o mapa de Campina Grande com a localização em destaque dos distritos rurais para que se possa ter visão aproximada da realidade do território. A Figura 1 mostra o mapa de Campina

Grande com destaque para o distrito sanitário VI, onde se encontra inserido o distrito Catolé de Boa Vista.

**Figura 1** - Mapa da área rural do distrito sanitário VI



Fonte: Campina Grande, 2017

O distrito rural Catolé de Boa Vista está localizado na zona oeste da cidade de Campina Grande. Limita-se ao norte com o distrito São José da Mata, ao sul com o município de Boqueirão/PB, a leste com o bairro jardim Verdejante (até a BR-230) e a oeste com o município de Boa Vista/PB. Tem uma área territorial de 78.647. Sua população é de 4.217 habitantes (IBGE, 2010). A vegetação predominante é a de transição do agreste para o sertão, caracterizado pela presença da caatinga. A economia baseia-se na agricultura de subsistência, pecuária leiteira e na extração do granito, a última feita de forma artesanal e informal. A sede do distrito está a 26km oeste do centro de Campina Grande e duração aproximada do deslocamento de 35 minutos. O distrito conta com 3 (três) USF, sendo uma localizada na sede do distrito e as outras em outras localidades rurais. Outro aspecto a destacar é que o sítio Paus Brancos, um dos que compõem o distrito, é a localidade rural mais distante da cidade de Campina Grande, cujo acesso se dá por estrada de terra. Possui 1(uma) Unidade de Saúde da Família (USF Paus Brancos).

Essa comunidade possui 275 famílias em assentamentos. Segundo o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA, 2017), define-se assentamento rural como um conjunto de unidades agrícolas independentes entre si, instaladas pelo INCRA onde originalmente existia um imóvel rural pertencente a um único proprietário. Cada unidade, chamada de parcela, lote ou gleba é entregue a uma família sem condições de adquirir e manter um imóvel rural. Os trabalhadores que recebem o lote comprometem-se a morar na parcela e a explorá-la para seu sustento, utilizando exclusivamente a mão de obra familiar. Contam com créditos, assistência

técnica, infraestrutura e outros benefícios de apoio às famílias assentadas. Além dos créditos, o INCRA dispõe de programas para geração de renda e ampliação da produção. Até que possuam a escritura do lote, os assentados e a terra recebida estarão vinculados ao INCRA. Portanto, sem a escritura do lote em seu nome, os beneficiados não poderão vender, alugar, doar, arrendar ou emprestar a terra a terceiros.

Na área de educação o distrito possui duas instituições de ensino, sendo uma municipal (ensino fundamental) e outra estadual (ensino fundamental e médio). Existe uma linha de transporte urbano que realiza o percurso diário da sede do distrito para Campina Grande; entretanto, são poucos horários disponibilizados. A figura a seguir ilustra imagens do distrito Catolé de Boa Vista.

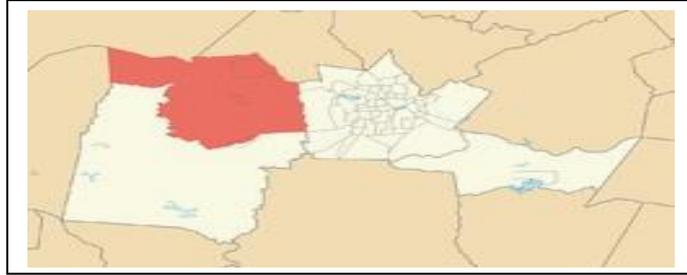
**Figura 2** - Imagens do distrito Catolé de Boa Vista, Campina Grande, PB. Brasil.



Fonte: Arquivos do pesquisador

A Figura 3 mostra o mapa de Campina Grande com destaque para o distrito sanitário VII, correspondente à área rural do distrito São José da Mata.

**Figura 3** - Mapa da Área rural distrito sanitário VII - distrito São José da Mata,



Fonte: Campina Grande, 2017

O distrito São José da Mata está localizado na zona noroeste da cidade de Campina Grande. Limita-se ao norte com os municípios Puxinanã/PB e Pocinhos/PB, ao sul com o distrito Catolé de Boa Vista, ao leste com os bairros Novo Bodocongó e Serrotão e a oeste com o distrito Catolé de Boa Vista. Tem uma área de 126,86 km<sup>2</sup>. A população é de 13.068 habitantes (IBGE, 2010). O terreno possui relevo acidentado, com pequenas serras, cortadas por riachos temporários, cheios apenas nos períodos chuvosos, sendo provavelmente o último remanescente de vegetação arbórea de transição entre o Agreste da Borborema e o Cariri Paraibano (SILVA, 2003). Possui mata rica em biodiversidade, contendo orquídeas, samambaias, bromélias e ipês, que colorem a paisagem na época chuvosa e um trecho da vegetação declarada área de preservação permanente criado pela Lei Orgânica Municipal (CAMPINA GRANDE, 1990). O distrito está 12 km distante do centro da cidade há aproximadamente 15 minutos. A Sede do distrito é cortada pela maior rodovia do Estado (BR-230), que liga a localidade à cidade de Campina Grande.

**Figura 4** - Imagem da Sede do distrito São José da Mata. Campina Grande, PB. Brasil



Fonte: Arquivos do pesquisador

O setor saúde conta com cinco Unidades de Saúde da Família (USF), das quais duas estão localizadas na Sede do distrito e três em outras localidades (sítios) do distrito. Chama atenção a denominação dessas unidades pela secretaria municipal de saúde, intituladas por nomes de pássaros típicos da região. São os seguintes nomes das unidades: USF Sabiá, USF Colibri, USF Beija-Flor, USF Bem-te-vi e USF Pardal. A sede do distrito tem 01 um Centro de Saúde com laboratório para realização de exames básicos, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Na área de educação a sede do distrito tem várias escolas municipais e uma estadual. Na área cultural, todos os anos há a "cavalgada", evento que integra municípios e comunidades rurais, reunindo muitas pessoas. O transporte urbano realiza o percurso em vários horários para Campina Grande. A figura a seguir descreve imagens do distrito São José da Mata.

**Figura 5** - Imagens do distrito São José da Mata, C. Grande, PB. Brasil



Fonte: Arquivos do pesquisador

A Figura 6 descreve o mapa de Campina Grande com destaque para o distrito sanitário VIII, correspondente a área rural do distrito Galante.

**Figura 6** - Mapa da Área rural distrito sanitário VIII - distrito Galante,



Fonte: Campina Grande, 2017.

O distrito Galante localiza-se no extremo leste do município de Campina Grande. Limita-se ao sul com a serra de Fagundes/PB, ao norte com a fazenda Tatu de Baixo, ao Leste com o sítio Surrão e a oeste com a propriedade Tatu de Cima. Situa-se no planalto da Borborema em uma região de superfície de ondulações suaves e médias, e altitudes em torno de 605m. Sua vegetação já foi de floresta, porém atualmente é dominada pela agricultura e o capim. Situa-se a 18 km de Campina Grande, aproximadamente a 20 min. de transporte. Tem uma população de aproximadamente 7.936 habitantes (IBGE, 2010).

O setor saúde conta com 05(cinco) USF, 01 Unidade Mista, 01 Centro de Especialidades Odontológicas e 01 Centro de Apoio Psicossocial (CAPS I). A Unidade Mista é uma unidade secundária que possui 01 laboratório que realiza alguns exames básicos e oferta atendimento em algumas especialidades alguns dias do mês, conforme programação da Secretaria Municipal de Saúde nas seguintes especialidades: dermatologia, urologia e ginecologia. Nesse caso, as pessoas são encaminhadas das USF para os especialistas. Em Campina Grande existem policlínicas com algumas especialidades que recebem população referenciada dos distritos rurais. Cabe destacar, que uma das USF do distrito tem atendimento pediátrico uma vez por mês para realização do Teste do Olhinho em recém-nascidos. No setor de educação o distrito conta com duas escolas municipais e uma estadual.

Galante tem uma paisagem que encanta, pois, sua localização possibilita o contato próximo com a natureza, pelas serras na região. O lugar e região recebem o seu maior público durante o maior evento cultural da cidade de Campina Grande, "O Maior São João do Mundo", quando recebe o "Trem do Forró", que é um transporte turístico com capacidade para acomodar 800 passageiros. Esse transporte sai da cidade de Campina Grande com destino à localidade e funciona nos finais de semana apenas durante o mês de junho. O passeio turístico é acompanhado por trios de forró

que ocupam o trem e animam o público. A maior parte da área central do distrito é cortada por uma extensa linha férrea que passa na área central do distrito.

A localidade se destaca pelo turismo rural, pois conta com três fazendas que oferecem passeios ecológicos, restaurantes com comidas regionais, durante todo o ano. O distrito tem linhas de ônibus que fazem percurso diário para Campina Grande e transportes alternativos. A figura 7 ilustra imagens do distrito Galante.

**Figura 7** - Imagens do distrito Galante, C. Grande, PB. Brasil



Fonte: Arquivos do pesquisador

#### 4.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ÁREAS RURAIS DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA

Neste estudo para melhor compreensão da leitura especifica-se o atendimento rural por localidade. Distrito rural compreende as áreas localizadas externamente ao perímetro urbano da cidade. Este estudo utiliza o termo "sítio" como sinônimo de "área rural", para se referir à localidade rural que a equipe atua.

Campina Grande possui 10 (dez) Unidades de Saúde da Família rurais, denominadas pela Secretaria Municipal de Saúde de "Unidades Sede". Nessas unidades ficam os equipamentos que serão transportados pela equipe para localidades rurais. Além dessas unidades, as equipes desenvolvem ações em "unidades âncoras" que são unidades localizadas em áreas rurais mais distantes dentro de uma mesma área de cobertura de uma Equipe SF. A maioria das unidades âncoras funciona em casas adaptadas para o atendimento em saúde. Poucas

unidades de saúde de áreas rurais do município foram construídas seguindo os padrões recomendados pelo Ministério da Saúde. Acrescenta-se ainda, que o acesso às unidades rurais localizadas na sede do distrito, ocorre por estrada de asfalto e para as unidades localizadas nos sítios, geralmente é por estrada de terra. A maioria dos profissionais da Equipe SF reside na cidade, exceto, os Agentes Comunitários de Saúde que moram na localidade rural onde atuam.

Cada distrito rural tem sua Sede administrativa onde há maior concentração da população, visto que o território se apresenta mais ordenado, com domicílios próximos uns dos outros e fácil acesso da população às unidades de saúde. Além da sede administrativa do distrito há diversas localidades pertencentes à sede que são os sítios. Portanto, a área de abrangência da Equipe SF rural é composta pelo território onde se localiza a sede do distrito rural e pelos sítios que compõem cada distrito rural. Segundo o Ministério da Saúde cada Equipe SF deve ter em sua área de atuação um número definido de pessoas, que varia de 2.000 a 3.500 pessoas localizadas no território de abrangência da USF, podendo esse parâmetro ser redefinido pelos gestores, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária (BRASIL, 2017a). No período da coleta de dados ainda estava em vigor a Portaria 2488/2011 que regulamentava a Atenção Básica, e definia o número máximo de 4.000 pessoas por Equipe SF (BRASIL, 2011).

O atendimento em Saúde Bucal da ESF rural é realizado nas unidades sede, uma vez que nas unidades âncoras não possui consultório odontológico. O mesmo em relação às salas de vacina que só existe nas unidades sede. Nos dias de atendimento da equipe em unidades âncoras, as vacinas são transportadas até essas unidades pela própria equipe de enfermagem.

Destaca-se também que a maioria das unidades rurais, em especial, as que estão localizadas nos sítios fora das sedes do distrito administrativo, não tem serviços de telefonia fixa e nem possui área de cobertura para telefonia móvel. Isto dificulta a comunicação dos profissionais com a secretaria de saúde e com os serviços de referência, em caso de necessidade. Portanto, os exames solicitados são levados manualmente para a secretaria de saúde e entregues para marcação. Na maioria das vezes é o enfermeiro que se dirige até o setor de marcação dos exames para realizar a entrega. Segundo relatos de profissionais, já houve casos em que solicitações dos exames da área rural entregues para marcação foram perdidas, fato esse que causa descontinuidade da assistência do profissional.

#### 4.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes foram escolhidos de modo intencional e foram entrevistados todos os 11 enfermeiros da ESF rural do município de Campina Grande-PB, efetivos ou contratados, que atuavam em área exclusivamente rural. Todos aceitaram participar do estudo. Para tanto, adotou-se o que Bauer e Gaskell (2002) denominam de grupo natural, que se caracteriza por grupo formado por pessoas que partilham de uma mesma realidade, com valores e interesses semelhantes. Assim, os participantes do estudo foram 11 enfermeiros de Equipes SF rurais do município e a escolha de enfermeiros se deu em função da relevância desses profissionais na APS e envolvimento com o trabalho em equipe, que na ESF desenvolvem atividades de natureza educativa, assistencial e administrativa, incluindo atividades de coordenação de equipe de enfermagem e de ACS.

Para compor o corpus do estudo documental optou-se por documentos oficiais e de acesso aberto, segundo a tipologia de Scott (1990). Nesse sentido, foram analisados dois grupos de documentos: internacionais e nacionais, selecionados a partir da busca livre de textos relacionados às políticas e práticas de saúde rural. Para garantir a qualidade do material, seguiram-se os quatro critérios que são necessários à tomada de decisão do uso ou não de determinado documento: autenticidade (buscar documentos primários), credibilidade (opção por documentos sem erros ou distorções), representativos (típicos de determinada instituição) e significação (claros e compreensivos) (SCOTT, 1990).

#### 4.6 COLETA DE DADOS

Para a pesquisa de campo utilizou-se a entrevista, mediante uso de roteiro semiestruturado construído a partir de revisão da literatura e que foi dividido em duas partes: a primeira com dados de caracterização dos sujeitos e a segunda, perguntas destinadas a responder ao objetivo proposto (APÊNDICE A).

Segundo Poupart (2010) a utilização da entrevista na pesquisa qualitativa se justifica por três aspectos: o primeiro é de cunho epistemológico, uma vez que a exploração em profundidade da perspectiva dos atores sociais é considerada imprescindível para apreensão e compreensão das condutas sociais; o segundo é de ordem ética e política, pois possibilita compreender e conhecer internamente os dilemas e questões enfrentados pelos atores sociais. O terceiro diz respeito aos

argumentos metodológicos, pois a entrevista qualitativa é capaz de explicar as realidades sociais como instrumento privilegiado de acesso à experiência dos atores.

Entrevistas semiestruturadas podem combinar perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado pode discorrer sobre o tema sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2010). Nesse tipo de entrevista, o entrevistador e a pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou respostas em maiores detalhes (POPE; MAYS, 2009).

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro à março de 2017. Foram realizadas individualmente pelo pesquisador, em 10 Unidades de Saúde da Família distintas, no período matutino e em horário de trabalho dos profissionais. Optou-se por local reservado na Unidade de Saúde e tiveram duração de 30 a 50 minutos. Para tanto, utilizou-se um gravador MP4 como recurso auxiliar nas entrevistas. As mesmas foram transcritas na íntegra.

Para testar a força da entrevista foi realizado um teste piloto com enfermeiros de três Unidades de Saúde da Família distintas, visando testar o roteiro de entrevista para avaliar se o instrumento estava compreensível para os sujeitos da pesquisa e se permitiam alcançar o objetivo do estudo. A entrevista resultante do estudo piloto foi descartada após cumprir seu objetivo.

Na coleta dos dados documentais, os mesmos foram acessados na íntegra, nos sites oficiais das instituições que os formularam. Foi realizada busca de documentos (Leis, Portarias, Resoluções, Decretos, Manuais) nos sites do Ministério da Saúde, Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Associação Mundial de Médicos de Família (Wonca), Grupo de Trabalho de Medicina Rural da Wonca, *Wonca Rural Information Technology Exchange* (WRITE), Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA) e Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA).

Para constituir o corpus da pesquisa documental foi realizada uma análise preliminar dos documentos, que segundo Cellard (2008) se constitui a primeira etapa de toda pesquisa documental. Nesse sentido, avaliou-se cada documento em cinco dimensões propostas pelo autor: a) o contexto – avalia o universo sociopolítico no qual o documento está inserido identificando o autor, o destinatário e o contexto no qual foi produzido; b) o(s) autor (es)– identificação da pessoa que expressa seu interesse por meio do documento; c) autenticidade e confiabilidade do texto– assegura-se da qualidade da informação obtida; d) natureza do texto– considerar a

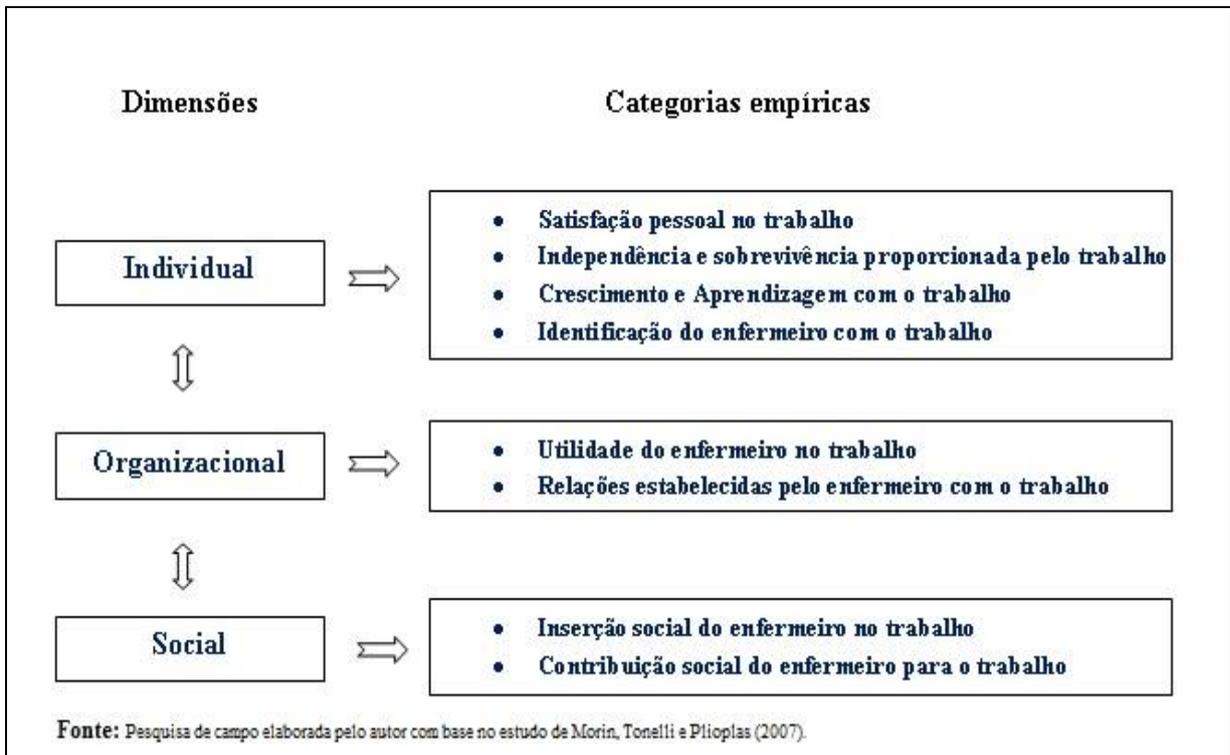
natureza do texto de acordo com o contexto particular de sua produção; e) conceitos-chave e lógica interna – delimitação dos sentidos e conceitos presentes no documento.

#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise os dados oriundos da pesquisa documental e os provenientes das entrevistas foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Essa técnica é dividida em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos; e inferência e interpretação (BARDIN, 2011, p. 125). A pré-análise consistiu da escolha dos documentos a serem submetidos à análise, leitura flutuante a elaboração das hipóteses e objetivos e a formulação de indicadores que fundamentem a interpretação final. A exploração do material consistiu da leitura exaustiva do material para extrair as unidades de registro, que agrupados passaram a constituir as categorias. Na terceira fase realizou-se a análise e interpretação dos resultados de maneira a serem significativos e válidos, permitindo criar quadros de resultados, diagramas, figuras (BARDIN, 2011). Segundo Poupart (2010), a análise de conteúdo na pesquisa qualitativa possibilita estudar momentos privilegiados do cotidiano, dos quais emerge o sentido de um fenômeno social.

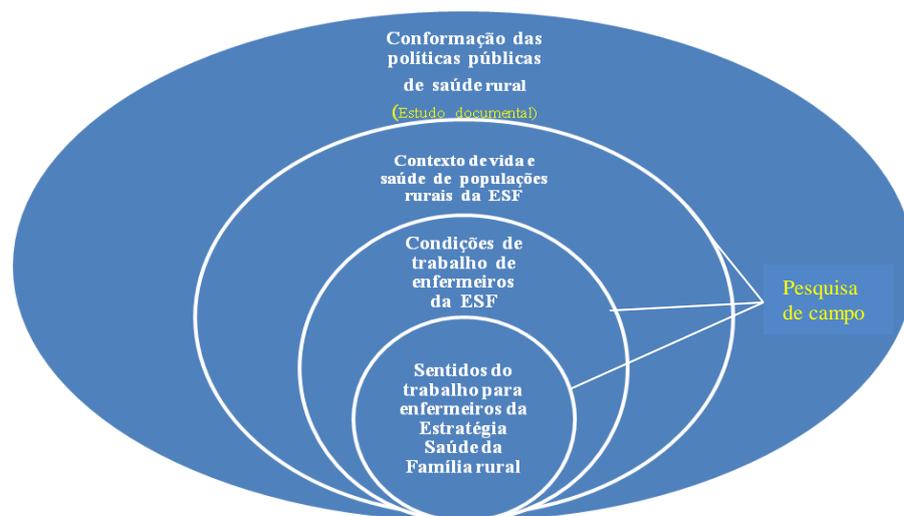
No conjunto de dados adotou-se as categorias pós-campo, sendo construídas a partir dos dados coletados. De modo específico, para a análise da categoria sentidos do trabalho, por envolver aspectos que passa pela subjetividade e interpretação, utilizou-se a perspectiva do sentido do trabalho elaborada por Morin, Tonelli e Plioplas (2007) que expõem três dimensões que configuram sentido ao trabalho: individual (sentido do trabalho assumido para o próprio profissional); organizacional (sentido do trabalho na relação do profissional com a organização), e social (sentido do trabalho na relação do profissional com a sociedade). Nesse estudo, as categorias tiveram nomeação adaptada ao que descrevem Morin, Tonelli e Plioplas (2007).

**Figura 8** - Dimensões dos sentidos do trabalho e categorias para analisar o trabalho do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde em áreas rurais.



A Figura 9 traz a representação das categorias utilizadas neste estudo, oriundas da análise documental e dos depoimentos das entrevistas.

**Figura 9** - Categorias utilizadas no estudo para analisar o trabalho do enfermeiro da Atenção Primária à Saúde em áreas rurais. Campina Grande, PB. Brasil.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

#### 4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O desenvolvimento do estudo seguiu as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas envolvendo seres humanos e que contempla os seguintes aspectos: respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; relevância social da pesquisa, o que garante a consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária (BRASIL, 2012b).

Inicialmente foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realização do estudo e para fazer um contato prévio por telefone com os gerentes dos Distritos de Saúde da cidade de Campina Grande PB, com o intuito de explicar o propósito da pesquisa e solicitar o contato dos enfermeiros para o pesquisador apresentar o projeto aos profissionais e fazer o planejamento da coleta de dados. O contato inicial do pesquisador com os enfermeiros ocorreu por telefone e mensagem eletrônica para que fosse agendada uma visita às unidades de trabalho, na qual os enfermeiros foram convidados a participar do estudo. Os sujeitos foram informados sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre os procedimentos e tiveram a liberdade para aceitar ou não participar do estudo, bem como desistir a qualquer momento.

Após o aceite em participar do estudo e concordar com a gravação da entrevista, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Para preservar a identidade de cada participante foi utilizado um código composto pela letra E, seguido do número ordinal correspondente à sequência das entrevistas realizadas (E-1.....E-11). Depois de encerrar cada entrevista, perguntava-se ao participante se gostaria de ouvir a gravação, mas nenhum manifestou esta vontade.

De forma a atender os aspectos éticos da pesquisa o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e aprovado, sob nº de protocolo 62508016.1.0000.5149. Foi assegurado a garantia do

sigilo de informações e o anonimato em qualquer forma de divulgação científica dos resultados.

Inicialmente o projeto foi pensado para ser desenvolvido comparando o cenário urbano e rural e, posteriormente decidiu-se pela realização somente no meio rural, tendo em vista a relevância do *rural* que tem poucos estudos direcionados para essa temática.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para analisar o trabalho de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde em áreas rurais, buscou-se organizar os resultados e analisá-los conforme a literatura científica pesquisada. Inicialmente será apresentada a caracterização dos participantes da pesquisa seguido da apresentação e discussão dos documentos relacionados às políticas internacionais e nacionais de saúde para área rural. As categorias e subcategorias dos dados empíricos estão organizadas, conforme descrição do Quadro:

**Quadro 6 - Descrição de categorias e subcategorias.**

<b>CATEGORIAS/ SUBCATEGORIAS</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>Categoria 1</b>	<b>5.2 Conformação das políticas públicas de saúde rural internacionais e nacionais</b>
Subcategoria 1	5.2.1 Políticas internacionais de saúde para área rural
Subcategoria 2	5.2.2 Políticas nacionais de saúde para área rural
<b>Categoria 2</b>	<b>5.3 Contexto de vida e saúde de populações atendidas pela Estratégia Saúde da Família de área rural: um lugar de população carente.</b>
Subcategoria 1	5.3.1 A Unidade de Saúde da Família como única alternativa de acesso à saúde da população rural.
Subcategoria 2	5.3.2 Falta de perspectiva e isolamento da população pela ausência de tecnologias de comunicação e informação.
<b>Categoria 3</b>	<b>5.4 Condições de trabalho de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de áreas rurais.</b>
Subcategoria 1	5.4.1 Deslocamento para área rural: percurso e percalços.
Subcategoria 2	5.4.2 O cronograma de trabalho e a (im)possibilidade de garantia de acesso.
Subcategoria 3	5.4.3 Práticas cotidianas dos enfermeiros em áreas rurais.
<b>Categoria 4</b>	<b>5.5 Sentidos do trabalho para enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de áreas rurais.</b>

Fonte: elaborado pelo pesquisador

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

As informações descritas na tabela seguinte, mesmo resumidas, dão ideia geral de quem fala e de onde fala (o contexto), aspectos que podem colaborar com a análise.

**Tabela 1** - Perfil geral dos sujeitos do estudo. Campina Grande/PB, Brasil.

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	10	91
Masculino	01	9
<b>Idade(anos)</b>		
30 a 40	5	45
41 a 50	5	45
> 50	1	9
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	4	36
Casado	7	64
<b>Filhos</b>		
Sim	6	55
Não	5	45
<b>Local de residência</b>		
Campina Grande	8	73
Outro município	3	27
<b>Tempo de formado (anos)</b>		
3 a 10	2	18
11 a 20	4	36
21 a 30	4	36
> 30	1	9
<b>Curso de pós-graduação na área</b>		
Sim	10	91
Não	1	9
<b>Tempo de atuação na ESF rural (anos)</b>		
< 1	1	9
1 a 6	4	36
7 a 12	5	45
> 12	1	9
<b>Vínculo empregatício</b>		
Estatutário	9	82
Contratado	2	18
<b>Outro emprego</b>		
Sim	7	64
Não	4	36
<b>Local do outro emprego</b>		
Hospital	6	86
Policlínica	1	14

Fonte: dados da pesquisa. Campina Grande, 2017.

Observa-se na Tabela 1 que dos 11 sujeitos, a maioria (n=10) é do sexo feminino, dos quais 45% (5) se encontram na faixa etária de 30 a 40 anos, 45% (5) na faixa etária de 41 a 50 anos, e 9% (1) acima de 50 anos. Quanto ao estado civil, 64% (7) eram casados e 36% (4) solteiros. Entre os entrevistados, 55% (6) têm filhos e 45% (5) não tem. Quanto ao local de residência, a maioria, 73% (8) reside em Campina Grande, e 27% (3) em outro município.

A concepção acerca de que as mulheres se configuram como protagonistas do trabalho doméstico, de cuidar do lar e dos filhos ainda é muito presente na sociedade atual. Essa sobreposição de vários papéis e as pressões internas e externas, em busca de uma suposta perfeição no desempenho desses, repercute diretamente sobre a qualidade de vida e saúde destas enfermeiras, bem como sobre o processo de cuidar e educar seus próprios filhos. A esse respeito, devem-se reconhecer os limites inerentes ao ser humano, no sentido de garantir a estas mulheres trabalhadoras a condução de suas vidas pessoal e profissional sem prejuízos ao seu bem-estar físico e mental (RODRIGUES et al., 2017).

Em relação ao tempo de formado, predominou participantes com mais de 10 anos de formação. Destes 36% (4) tinham de 11 a 20 anos de formados, sendo esse mesmo quantitativo para o intervalo de 21 a 30 anos de formados e apenas 9%(1) com mais de 30 anos. Praticamente todos os profissionais, 91%(10) realizou algum curso de pós-graduação na área, exceto 9%(1) que não tem curso de pós-graduação. Entre as pós-graduações realizadas destacam-se: especializações em Saúde da Família(n=6); Saúde Coletiva(n=1); Saúde Pública(n=3); Obstetrícia(n=1); Urgência, Emergência e UTI(n=1). Quanto à pós-graduação em nível de Mestrado, 2 concluíram Mestrado em Saúde Pública e Gestão Hospitalar e 1 concluiu Mestrado Profissional. Havia profissionais com mais de uma pós-graduação, principalmente especialização.

Portanto, constata-se que os enfermeiros deste estudo apresentam nível de qualificação adequado, experiência profissional para o desempenho do trabalho requerido pela APS, o que vai ao encontro das palavras de Galavote et al. (2016, p. 91) quando afirmam que a "a APS requer profissionais com uma ampliação do seu núcleo de saberes que, além da competência técnica, desenvolvam as dimensões políticas e de gestão do trabalho em saúde".

Quanto ao tempo de atuação em área rural da ESF, a maioria atua há mais de 01(um) ano, representados por 45%(5) de 7 a 12 anos de atuação, 36%(4) que tem de 1 a 6 anos e 9%(1) com mais de 12 anos. Dos sujeitos entrevistados, apenas 9%(1) atua há menos de um ano na ESF. Em relação ao vínculo empregatício 82%(9) têm regime estatutário e 18%(2) são contratos.

Em relação ao número de empregos além da ESF, 64%(7) trabalham em outro serviço, e 36%(4) não trabalham em outro serviço. Dos que informaram ter outro emprego, 86%(6) atuam em hospital e 14%(1) em policlínica. Chama atenção o fato que, embora a maioria dos enfermeiros tenha estabilidade de vínculo, também

assumem dupla jornada de trabalho em uma realidade de cuidados em saúde no modelo clínico, aspectos esses constatados por 64%(7) que afirmaram atuar em outro serviço; desses, 86%(6) atuam em hospital e 14%(1) em policlínica.

## 5.2 Conformação das políticas públicas de saúde rural internacionais e nacionais

### 5.2.1 Políticas internacionais de saúde para área rural

Busca-se ressaltar alguns aspectos importantes da configuração das políticas públicas de saúde rurais relevantes para a compreensão do trabalho do enfermeiro em áreas rurais, sem a pretensão de aprofundamento por não ser o objeto deste estudo.

Em nível internacional as políticas e práticas na área rural são tratadas pela Organização Mundial de Médicos de Família, a *Wonca Working Party on Rural Practice*, denominada Grupo WONCA, presente em todos os continentes que constitui referência nos diversos temas ligados à saúde rural. Portanto, os principais documentos internacionais relacionados a essa temática seguem as recomendações dessa Organização (WONCA, 2002). O Quadro 7 apresenta os principais documentos internacionais de referência para conformação de políticas e práticas de saúde na área rural.

**Quadro 7** - Principais documentos internacionais de referência para construção de políticas e práticas de saúde na área rural.

Documentos	Data	Objetivo
<b>Política de Formação para Prática Rural</b> (Aprovada pela Reunião do Conselho Mundial de Wonca )	1995	- Desenvolver práticas de ensino para a graduação e pós-graduação de medicina, em cenários rurais. - Incrementar o número de médicos qualificados com atuação em áreas rurais e remotas.
<b>Declaração de Durban</b> (Elaborada no 2º Congresso Mundial de Saúde Rural Durban, África do Sul)	1997	- Estabelecer propostas de saúde para toda população rural.
<b>Política sobre o uso da tecnologia da informação para a melhoria dos cuidados da saúde rural</b> (Aprovado por Wonca World Council Meeting)	1998	- Fornecer diretrizes para garantia de tecnologias da informação e comunicação consideradas apropriadas para as necessidades dos cuidados de saúde locais e serviços.

<b>Política de Qualidade e Eficácia dos Cuidados de Saúde Rural</b> (Grupo de Trabalho em Medicina Rural da Wonca)	2003	- Estruturar o desenvolvimento de metas e avaliações da qualidade e efetividade da prática da Medicina Rural, na busca dos objetivos de "Saúde para todos os povos" (OMS) e "Saúde para todas as Populações Rurais em 2020".
<b>Política para Médicas de Família em Áreas Rurais</b> (Elaborado por um grupo de médicos e alunos de medicina após extensa pesquisa em países desenvolvidos)	2003	- Garantir suporte à mulher trabalhadora em áreas rurais e remotas em sua prática de medicina de família; - Aumentar o número de mulheres médicas nas áreas rurais e assegurar a equidade do desenvolvimento de políticas e programas de impacto na força de trabalho na medicina rural relacionados às médicas.
<b>Manifesto de Melbourne</b> (Elaborado na 5ª Conferência Mundial de Saúde Rural da Wonca. Melbourne, Austrália)	2003	- Discutir a migração internacional de profissionais de saúde enquanto fator produtor de desigualdade entre sistemas de saúde
<b>Declaração de Kuching para Ação</b> (Elaborado no 6º Congresso Mundial de Saúde Rural Santiago de Compostela, Espanha, 2003)	2003	- Pontuar a problemática e as especificidades da saúde dos povos indígenas e fornece recomendações gerais para profissionais e gestores que trabalham na área.
<b>Documento de Compostela</b> (Elaborado por médicos de família e comunidade participantes da 6ª Conferência Mundial de Saúde Rural, Santiago de Compostela, Espanha)	2003	- Reduzir iniquidades no tocante à questão do HIV/AIDS de um modo global.
<b>Declaração de Gramado pelos países em desenvolvimento</b> (Elaborado na XII Conferência Mundial de Saúde Rural da Wonca / IV Congresso, Sul-brasileiro de Medicina de Família e Comunidade)	2014	- Estabelece uma série de reflexões e recomendações para a saúde das populações rurais, em particular para os países em desenvolvimento.

Fonte: Pesquisa documental

A Política de Formação para a Prática Rural, aprovada em 1995 pela Reunião do Conselho Mundial de WONCA, reconhece a necessidade de implementar estratégias de melhorias dos serviços rurais em todo o mundo, aumentando a qualificação dos profissionais médicos de família para atuarem em áreas rurais e remotas, considerando que a maior escassez de médicos ocorre nessas áreas. Para tanto o documento dessa política descreve as seguintes recomendações:

Aumentar o número de estudantes de medicina recrutados de áreas rurais; Exposição substancial da prática rural no currículo médico de graduação; Programas de treinamento vocacional em medicina rural específicos, flexíveis, integrados e coordenados; Educação continuada específica adaptada e programas de desenvolvimento profissional que satisfaçam as necessidades identificadas dos médicos de família rurais (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2013a, p.25).

Em 1997 o 2º Congresso Mundial de Saúde Rural que aconteceu em Durban, África do Sul, adotou em nível global a Declaração de Durban, que busca superar as desigualdades enfrentadas em áreas rurais. Esta declaração reconhece o fracasso do programa *Saúde para todos nos anos 2000* atribuído pelas falhas dos governos

nacionais e órgãos internacionais em não priorizar a superação da saúde precária e da pobreza rural.

A população rural em tais áreas tem uma expectativa de vida muito baixa e sofre com altos índices de mortalidade materno-infantil. Metade das crianças apresenta baixo peso, e a maioria vai dormir passando fome. Doenças infecciosas, malária e tuberculose, e atualmente infecção pelo HIV, devastam as vidas dessas pessoas desfavorecidas. O futuro parece sombrio. O aumento das desigualdades continua crescendo dentro dos países, entre os países e, de forma mais grave, entre a população rural e urbana (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2013b, p. 10).

A Declaração de Durban reconhecendo o problema da saúde rural, no intuito de melhorar a saúde dessa população traz os seguintes princípios: reafirmar o apoio a efetivação da *Saúde para todos*; reconhecer a redução da pobreza como indispensável na melhoria de vida da população rural; priorizar a nutrição, água potável e eficiente sistema de esgoto, ambiente seguro, imunização infantil, moradia adequada e educação; reforçar a responsabilidade dos países mais ricos em colaborar com a ajuda prometida de 1% do PIB, diminuir o comércio de armas, anistiar, enquanto credores, as dívidas dos países mais pobres e incentivar modelos mais igualitários de mercado mundial (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2013b).

Em 1998 foi instituída a Política sobre o uso da Tecnologia da Informação para a Melhoria dos Cuidados da Saúde Rural da Wonca. Essa política foi preparada pela Wonca Rural Information Technology Exchange (WRITE), na Subcomissão do Grupo de Trabalho sobre Formação da Prática Rural da Wonca, formado por médicos rurais interessados no uso adequado da tecnologia da informação em saúde. Sua criação favorece a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde nas áreas rurais de todo o mundo, possibilitando aos gestores orientações para a implementação e utilização da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) para as populações que vivem em áreas rurais, de forma a reduzir seu isolamento e desvantagem no acesso aos serviços (RURAL INFORMATION TECHNOLOGY EXCHANGE WRITE, 2013).

A utilização dessas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) tem crescido com intensidade na área da saúde para auxiliar na tomada de decisões. No Brasil, em 2009, o Ministério da Saúde criou o programa Telessaúde Brasil Redes,

que reúne diversas instituições formadoras de gestão e serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão de teleconsultorias, telediagnósticos e segunda opinião formativa, pelos quais trabalhadores e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) podem obter teleconsultorias e telediagnósticos e, deste modo, garantir maior abrangência e acesso à saúde,

educação e prevenção, mesmo de lugares mais distantes (LOPES; HEIMANN, 2016, p.1).

Em áreas ribeirinhas no Brasil, como as localizadas ao norte do Estado de Rondônia, região com escassos recursos médicos, a telemedicina auxiliou a população a receber diagnósticos de médicos a distância, como também ampliou a possibilidade da população receber orientações em saúde de médicos de diferentes regiões (MACHADO et al., 2010).

A Política de Qualidade e Eficácia dos Cuidados de Saúde Rural desenvolvida pelo Grupo de Trabalho em Medicina Rural da WONCA desde novembro de 2003 busca reforçar a proposta da Organização Mundial de Saúde de *Saúde para todos os povos* e da Declaração de Durban *Saúde para todas as populações rurais em 2020*, de forma a estimular o desenvolvimento de metas diretas e indiretas e de avaliações da qualidade e efetividade da prática da medicina rural. Este documento enfatiza a definição de saúde rural.

Saúde rural definida de maneira mais ampla, inclui o bem-estar físico, mental e social, mas também está relacionada ao grau de conectividade/interatividade que o indivíduo tem com a família, os amigos, o trabalho e a comunidade (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2013c, p.15 ).

Para atingir a meta *Saúde para todas as populações rurais até 2020*, o documento destaca aspectos dos cuidados de saúde rural que envolve: o contexto rural, estado de saúde da população, serviços em cuidados de saúde rural, recursos humanos em saúde, pesquisa em cuidados de saúde rural, financiamento de saúde, organização de cuidados de saúde, satisfação do consumidor da saúde rural, dentre outros. Portanto, é necessário cuidados de saúde de alta qualidade e eficazes, o que requer esforço e organização da maioria dos países do mundo em comparação aos padrões urbanos (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2013c).

O relatório da Organização Internacional do Trabalho (OIT), revela que em nível mundial são grandes as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde entre as áreas rurais e urbanas, principalmente nos países em desenvolvimento. Segundo o documento 56% da população que residem em áreas rurais não possui cuidados básicos de saúde, contra 22% das que moram no meio urbano. No continente africano há os maiores níveis de pobreza, com grande parte da população que mora em área rural (83%) e que nunca tiveram acesso aos serviços essenciais de saúde. O documento estima que, mundialmente, 10,3 milhões de trabalhadores estão sem

assistência à saúde. A América Latina e a África são as duas regiões do mundo com maior falta de profissionais de saúde (BRASIL, 2015). No Brasil, há concentração de profissionais de saúde em grandes centros urbanos e escassez em regiões rurais, distantes dos grandes centros e na periferia de grandes centros urbanos.

A Política para Médicas de Família em Áreas Rurais foi criada a partir de uma extensa pesquisa entre médicas de área rural e estudantes de medicina de países desenvolvidos, e aprovada em 2003 pelo Grupo de Trabalho em Medicina Rural da WONCA. No entanto, reconhece a necessidade de nova etapa de estudo incluindo mulheres médicas em países em desenvolvimento, em especial África, Ásia e América do Sul. São objetivos dessa política: criar condições para apoiar a mulher trabalhadora em áreas rurais e remotas na prática de medicina de família; aumentar o quantitativo de mulheres médicas atuando nas áreas rurais e garantir equidade do desenvolvimento de políticas e programas que afetem a força de trabalho em medicina rural relacionados às médicas (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2013d).

O Manifesto de Melbourne foi o documento adotado em 2003 na 5ª Conferência Mundial de Saúde em Melbourne, Austrália, tendo em vista a deficiência de profissionais qualificados para atuarem em áreas rurais, o que constitui um problema de muitos países (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2011).

Muitos países tanto no mundo em desenvolvimento quanto desenvolvido estão experimentando déficits de profissionais de saúde qualificados, especialmente em áreas rurais e de maior privação social. Uma das respostas dos países mais ricos é o recrutamento de profissionais de saúde dos países mais pobres, em vez do treinamento suficiente de pessoas de seus próprios territórios. Isto leva a um fluxo de profissionais altamente qualificados para fora dos países que menos podem se dar o luxo de perdê-los. O resultado é o impacto negativo nos sistemas de saúde já seriamente defasados e, conseqüentemente, uma piora no status de saúde destas nações (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2011, p.1).

Devido a existência deste problema, o documento traz um código de ética para garantir o equilíbrio dos direitos dos indivíduos e as necessidades das comunidades, de forma a proporcionar padrões de qualidade de vida adequados no cuidado à saúde global, fortalecer o planejamento das forças de trabalho para todos os países, com vistas a satisfazer suas necessidades próprias, e desencorajar atividades que venham ocasionar prejuízo a qualquer sistema de saúde nacional. O documento convoca os participantes da 5ª Conferência a adotarem o Código de Condutas para o

Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2011).

Posteriormente no 6<sup>o</sup> Congresso Mundial de Saúde Rural, que aconteceu na Espanha também em 2003, foi aprovada a Declaração de Kuching, que evidencia a preocupação dos profissionais de saúde da zona rural de todo mundo diante do problema e especificidades em saúde dos povos indígenas. Esta declaração reafirma a definição de povos indígenas.

O termo “indígena” se refere àqueles que, enquanto conservando total ou parcialmente suas línguas, organizações e estilos de vida tradicionais, que os distinguem da sociedade dominante, ocuparam uma área particular antes da chegada de outros grupos populacionais (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2013e, p. 7).

Outro aspecto abordado neste documento é a importância do direito à autodeterminação dos povos indígenas.

Os Povos Indígenas, como uma forma específica de exercitarem o direito de autodeterminação, têm o direito à autonomia ou autogoverno em matérias relacionadas aos assuntos internos e locais, incluindo cultura, religião, educação, informação, comunicação, saúde, habitação, emprego, bem-estar social, atividades econômicas, gerenciamento de terras e recursos, meio ambiente e ingresso de não membros, bem como aos meios para financiar essas funções autônomas (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2013e, p. 8).

A Declaração de Kuching também ressalta outros aspectos que são importantes no que diz respeito à saúde dos povos indígenas: os direitos indígenas afirmados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, como à saúde equânime, a parceria, compromisso e vontade política para melhorar a saúde dos povos indígenas; a importância do controle social indígena social e o envolvimento dos profissionais de saúde com questões de saúde indígena. Por fim, o documento recomenda aos Governos e Nações Unidas que abordem conteúdos da declaração inerentes à saúde indígena (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2013e).

Devido ao crescimento da pandemia do HIV/AIDS no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, e a maneira como esse problema se relaciona às condições de pobreza, desigualdade e subdesenvolvimento, o Documento de Compostela, também elaborado em 2003 com a participação de médicos de família e comunidade durante a 6<sup>a</sup> Conferência Mundial de Saúde Rural na Espanha, aborda essa questão e atesta a responsabilidade dos países desenvolvidos de trabalhar em

direção ao cuidado da infecção HIV/AIDS de forma equânime, além de reconhecer a importância crítica da situação relacionada a HIV/AIDS (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2013f).

Em 2014 aconteceu no Brasil, na cidade de Gramado, a XII Conferência Mundial de Saúde Rural da WONCA/IV Congresso Sul-brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e foi elaborado o documento *Declaração de Gramado pelos países em desenvolvimento* que descreve uma série de reflexões e recomendações para a saúde das populações rurais, especialmente para países em desenvolvimento. Essa declaração ressalta que para obtenção de sistemas de saúde que ofereçam melhor saúde rural alguns aspectos são importantes destacar (TARGA et al., 2014a):

A saúde rural não pode ser pensada separadamente do desenvolvimento do sistema de saúde; Deve estar associada a uma forte orientação do sistema de saúde para APS e orientação para as reais necessidades das comunidades; Cobertura de saúde universal com equidade nos sistemas de saúde deve ser uma prioridade global; Longitudinalidade e atenção integral devem ser constantemente alvo das políticas de saúde; Cuidado centrado na comunidade com competência cultural devem ser princípios de todas as políticas de saúde; Envolvimento com a comunidade deve ser encorajado para todos os sistemas de saúde; Estratégias para o desenvolvimento profissional contínuo devem envolver tecnologias de suporte remoto e formação; Devem-se qualificar e corresponsabilizar os gestores de saúde para a adoção de políticas orientadas pelo uso culturalmente apropriado das melhores evidências disponíveis (TARGA et al, 2014a, p.293).

Entre outros aspectos a declaração focaliza a questão de recursos humanos para a saúde rural, que constitui grave problema dos países em desenvolvimento, sendo necessárias, conforme afirma Targa et al. (2014a):

Políticas de retenção e de qualidade, respeitando-se as recomendações internacionais e acordos para a migração internacional ética; O melhor perfil a ser alcançado por meio de políticas de alta prioridade para otimizar a saúde rural é o de pós-graduado em medicina de família; Programas de residência deve ser a estratégia de padrão-ouro para este objetivo; Valorar diferentemente profissionais com uma formação mais completa; Um escopo mais amplo de habilidades e conhecimentos deve ser incluído em uma formação estendida para esses profissionais disponíveis; As competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) de medicina de família rural devem ser parte da formação de graduação (TARGA et al., 2014a, p.293).

A XV Conferência Mundial de Saúde Rural ocorreu na Índia, no período de 26 a 29 de abril de 2018, com o intuito de discutir a saúde rural nas políticas de saúde. A temática dessa conferência foi *curar a saúde do coração e não deixar ninguém para trás* (WRHC, 2018 ). Essa temática foi influenciada pelo terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que enfatiza a qualidade de vida e o bem-estar

para todos. Um dos aspectos específicos à saúde rural e descritos pelo ODS é a garantia de recursos para desenvolver as áreas rurais, a agricultura sustentável e a pesca, com apoio aos familiares agricultores, em especial, agricultoras mulheres, criadores de animais e pescadores nos países em desenvolvimento, em especial nos menos desenvolvidos (UNITED NATIONS, 2018). Cabe destacar que, nessa conferência o Brasil ganhou a premiação de melhor animação pelo vídeo *Por que saúde rural é diferente da urbana*, apresentado pela comissão de saúde rural, formada por estudantes, médicos e profissionais interessados em saúde rural que atuam no Brasil e no mundo, em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC, 2018).

Considerando a importância dessas políticas de saúde internacionais rurais e sua contribuição para redução das iniquidades em saúde existentes, em especial, nos países em desenvolvimento, Targa et al (2013) ressalta que as recomendações contidas nesses documentos e diferentes entidades internacionais de referência em saúde da família e medicina rural devem ser estudadas e adaptadas às diferentes realidades locais.

### **5.2.2 Políticas nacionais de saúde para área rural**

Há políticas de saúde nacionais que contribuem para redução das desigualdades em saúde existentes entre as diferentes populações rurais do Brasil. No entanto, a população rural ainda necessita de políticas públicas, especialmente do SUS, para superar o modelo de atenção que considere suas especificidades, pois essa população é carente de modelos assistenciais, por motivo de suas iniquidades de saúde (SHIMIZU et al., 2018).

O Quadro 8 apresenta documentos nacionais relacionados às políticas de saúde rurais.

**Quadro 8 - Principais documentos nacionais de referência para construção de Políticas e Práticas de Saúde na Área Rural.**

<b>Documentos</b>	<b>Mês\Ano</b>	<b>Descrição</b>
<b>Decreto nº 3.745 de 05 fev. de 2001</b> (Ministério da Saúde - MS)	Fev.\ 2001	Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
<b>Portaria nº 254 de 31 jan. 2002 (MS)</b>	Jan.\2002	Cria a Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas
<b>Portaria nº 2460 de 12 dez. de 2005(MS)</b>	Dez.\2005	Cria o Grupo da Terra
<b>Portaria nº 648 de 28 mar. 2006(MS)</b>	Mar.\2006	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Estabelece critérios de financiamento para municípios que fazem parte do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PTS), que possuem quilombos e assentamentos.
<b>Portaria nº. 204, de 29 de janeiro de 2007 (MS)</b>	Jan.\2007	Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
<b>Decreto nº 6.040 de 07 fev. 2007</b> (Presidente da República)	Fev.\2007	Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais.
<b>Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009(MS)</b>	Mai\2009	Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.
<b>Declaração de Brasília</b> XI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade.	Jun.\2011	Institui "O conceito de rural e o cuidado à saúde"
<b>Portaria interministerial nº 2.087, de 1º de set de 2011 (MS)</b>	Set.\2011	Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
<b>Portaria nº 2488 de 21 out. 2011(MS)</b>	Out.\2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
<b>Portaria nº 2886 de 02 dez. 2011(MS)</b>	Dez.\2011	Institui no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.
<b>Declaração de Belém:</b> 12º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade	Mai\2013	Recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas.
<b>Guia de Políticas Públicas para povos ciganos</b> (Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial/Secretaria de políticas para comunidades tradicionais)	Mai\2013	Garantir os direitos humanos, sociais e culturais dos povos ciganos.
<b>Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013(MS)</b>	Out\2013	Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993, e nº 6. 932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências
<b>Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014 (MS)</b>	Out\2014	Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).
<b>Manifesto de Natal -</b> 13º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade.	Jul.\2015	Por uma política afirmativa no recrutamento, formação, provimento, retenção e suporte para as médicas de família em contexto rural e remoto.
<b>Portaria nº 181 de 12 abr. 2016</b> Ministério das mulheres, da igualdade racial e dos direitos humanos	Abr.\2016	Institui Grupo de Trabalho de Políticas para Povos Ciganos, no âmbito do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos.
<b>Subsídios para o cuidado à saúde do Povo Cigano (MS)</b>	2016	Fortalecer as capacidades dos trabalhadores de saúde para cuidar da população de etnia cigana nos serviços de saúde.
<b>Resolução nº 16, de 30 de março de 2017(MS)</b>	Mar\2017	Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do SUS.
<b>Portaria nº 2.436 nº 21 de set 2017 (MS)</b>	Set.\2017	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.
<b>Resolução nº 27 de 28 set 2017 (MS)</b>	Set\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 SUS.

Fonte: Pesquisa documental

Em junho de 2011, o Grupo de Trabalho (GT) de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) criou a Declaração de Brasília, documento proposto durante o XI Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, que aconteceu em Brasília, e que traz várias considerações no que diz respeito à saúde rural:

O conceito de rural deve ser amplo o suficiente para envolver as diferentes realidades dos profissionais e da população brasileira. Deve estar suficientemente livre de limites rígidos de dados populacionais, geográficos, num sentido restrito (físico) e político. Deve ainda estar relacionado a características do sistema de saúde, da prática dos profissionais de saúde e das características de saúde das comunidades específicas (ANDO et al., 2011, p. 144).

Segundo essa declaração, a saúde rural engloba as populações rurais, conforme já descrito quando se tratou da XII Conferência Nacional de Saúde de 2003, que inclui populações de áreas reconhecidas como tradicionais, como também populações ribeirinhas; áreas indígenas; comunidades quilombolas, de pescadores, mineradores, de alguns trabalhadores temporários; migrantes; áreas remotas e localidades de difícil acesso que estejam situadas mesmo em grandes cidades como favelas, áreas rurais incrustadas e municípios pequenos (ANDO et al., 2011).

Em 2013, ocorreu em Belém, estado do Pará, o XII Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, que emitiu a Declaração de Belém, ressaltando a necessidade de recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas, considerando que a saúde dessas populações tem características específicas, que as diferenciam das populações de áreas urbanas e, na maioria das vezes, os indicadores de saúde também são inferiores aos da população urbana. O documento reconhece a escassez de recursos humanos em saúde, que nem sempre é decorrente da falta de profissionais, mas da má distribuição destes no país. Segundo o GT de Medicina Rural é necessário o fortalecimento do SUS com prioridade para a APS e a melhoria na gestão, direcionadas aos problemas de falta de recursos humanos (TARGA et al., 2014b).

Nessa direção, em 2015 durante o XIII Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, na cidade de Natal/RN, foi realizada uma oficina de Gênero sobre o trabalho das Médicas de Família em áreas rurais e remotas. Nessa oficina foi produzido o documento denominado "Manifesto de Natal " cujo enfoque é a existência de uma política afirmativa no recrutamento, formação, provimento, retenção e suporte para as médicas de família em contexto rural e remoto, em seus diversos cenários,

devendo servir de base para estudos e formulação de políticas públicas sobre tais aspectos (LIMA et al., 2016a). A seguir descrevem-se algumas normativas relacionadas às políticas de saúde para as áreas rurais e remotas.

Em 2001 o Ministério da Saúde criou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) com o objetivo de estimular a inserção de profissionais de saúde de nível superior, em municípios carentes de recursos médicos-sanitários. Outros objetivos incluem: a ampliação da cobertura de ações e serviços no SUS; estimular a reorganização da Atenção Básica no país bem como o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família; incentivar a fixação de médicos e enfermeiros, em municípios precários em assistência, por meio do apoio ao treinamento em serviço (BRASIL, 2001). Como critérios de seleção:

Os municípios foram selecionados para o PITS de conforme critérios de localização nas regiões Norte, Nordeste, Centro-oeste e Sudeste (estado de Minas Gerais); possuir uma população de até 20 mil habitantes; apresentar taxas de mortalidade infantil igual ou superior a 30, 50 e 60 por mil nascidos vivos, nas regiões Norte, Centro-Oeste e Minas Gerais, e o Nordeste, respectivamente. Também foram incluídos municípios considerados prioritários no controle da malária, hanseníase e tuberculose, com ausência de leito hospitalar e que não haviam implantado equipes de saúde da família (BRASIL, 2003, p. 2).

O PITS proporcionou aos municípios melhoria dos indicadores de saúde através da intensificação de ações e serviços de Atenção Básica, contribuiu para o processo de formação dos profissionais oferecendo experiência e cursos de especialização na Atenção Básica, além de oferecer incentivo salarial aos profissionais acima da média do mercado (MANCIA, 2000).

Em 2002 foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas como integrante da Política Nacional de Saúde, cujo objetivo é assegurar aos povos indígenas acesso à atenção integral à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, englobando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a possibilitar a essa população superar os fatores que levam a vulnerabilidade e agravos à saúde de maior gravidade, reconhecendo a eficácia de “sua medicina” e o direito desses povos à manutenção de sua cultura (BRASIL, 2002).

O estado da Paraíba possui dois povos indígenas, o Potiguar e o Tabajara. O povo Potiguar tem uma população de 12.794 indígenas e localiza-se em três municípios do litoral do Estado: Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto, distribuídos em

32 aldeias. O povo Tabajara possui uma população de 539 indígenas, nos municípios de João Pessoa (capital do Estado), Bayeux e Caaporã, Alhandra e Pitimbu. Suas terras ainda não foram demarcadas. Entretanto, entre 2009 e 2010 foi realizada uma pesquisa antropológica, com base em elementos de natureza histórica, sociológica, fundiária, etnográfica e ambiental sobre a área reivindicada, para caracterização étnica dos Tabajaras do Litoral Sul da Paraíba (PARAÍBA, 2016).

Em 2005 o Ministério da Saúde instituiu o *Grupo da Terra*, por meio da Portaria nº.2.460 de 12 de dezembro de 2005 que tem como objetivo a construção de uma Política Nacional para as Populações do Campo e da Floresta. Esse Grupo representa um espaço de diálogo que envolve as entidades sociais e Gestão Federal (BRASIL, 2005).

Em 2006 foi criada a Política Nacional de Atenção Básica através da Portaria 648/2006 que estabeleceu repasses específicos para municípios com Equipe SF que atendam populações rurais como quilombolas e residentes em assentamentos com no mínimo 30 pessoas. Os municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 7, e também os pequenos municípios, incluindo aqueles com população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País, também recebiam repasses diferenciados (BRASIL, 2006).

Em 2007, foi criada a Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007, que modifica os repasses estabelecidos através do Pacto pela Saúde 2006, agregando novos programas, como: I - Saúde da Família; II Agentes Comunitários de Saúde; III- Saúde Bucal; IV- Compensação de Especificidades Regionais; V-Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas, dentre outros (BRASIL, 2007a).

No mesmo ano também foi instituída a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, através do Decreto 6.040 de 07 de fevereiro de 2007 com o objetivo de proporcionar o desenvolvimento sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, de forma a reconhecer, fortalecer e assegurar seus direitos territoriais, ambientais, econômicos e socioculturais, respeitando e valorizando a sua identidade, bem como suas formas de organização e suas instituições. Segundo esse decreto, povos e comunidades tradicionais são grupos que se diferenciam e se reconhecem em sua cultura, que tem seus próprios modos de organização social, que usam e ocupam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica e tomam por

base seus conhecimentos, inovações e práticas geradas e transmitidas pela tradição. Estão incluídos os povos indígenas e quilombolas (BRASIL, 2007b).

Outra política que se articula com a política para população rural e remota e tem relação com a promoção da saúde e prevenção de doenças da população quilombola é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, criada pela Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009 com o objetivo assegurar maior equidade na efetivação do direito humano à saúde, no que tange a assistência integral à saúde dessa população. Destaca-se que os quilombos fazem parte da organização social da população negra (BRASIL, 2013c). Vale acrescentar que em março de 2017, o Ministério da Saúde instituiu o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do SUS (BRASIL, 2017b).

O estado da Paraíba possui 37 comunidades quilombolas identificadas e distribuídas em todo o território, sendo em sua maioria quilombos rurais, contando apenas com três quilombos urbanos, que são: *Paratibe*, em João Pessoa; *Os Daniel*, em Pombal; e *Talhado Urbano*, em Santa Luzia. O total de famílias quilombolas no Estado soma 2.693 famílias, com aproximadamente 12.000 pessoas que, em sua maioria, se localiza em áreas de difícil acesso geográfico, como morros, serras ou no fundo de vales (PARAÍBA, 2016 ).

Em 2011 foi instituído o Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica (PROVAB) para expandir e aprimorar a qualidade da assistência médica para regiões carentes, como periferias de grandes cidades, e para populações rurais como ribeirinhos, quilombolas, indígenas, além de áreas remotas da Amazônia legal e regiões do semiárido nordestino (BRASIL, 2011). Em 2015 esse programa foi incorporado ao Programa Mais Médicos. O PROVAB tem se destacado como o mais amplo programa de interiorização de médicos do Brasil, criado para incentivar e valorizar o profissional da Atenção Básica, incluindo além de médicos, outros profissionais como enfermeiros e odontólogos (PINTO et al, 2017).

No mesmo ano o Ministério da Saúde emitiu a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que estabelece revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o PACS, direcionadas para a Rede de Atenção à Saúde. Um aspecto importante desta portaria é a definição de Equipes de Atenção Básica para populações específicas, até então não contempladas: I - Equipes do Consultório na Rua; II - Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR); III - Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF). Estas duas últimas modalidades prestam atendimento à

população que vive em áreas rurais, em especial a que reside nos municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul. Outro aspecto é que essas equipes apresentam especificidades em sua composição, incentivo financeiro, funcionamento, monitoramento e acompanhamento (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que, apesar desta portaria mencionar critérios para essas modalidades que prestam atendimento em áreas rurais, não estabelece critérios para a totalidade das equipes de SF das áreas tradicionalmente conhecidas como rurais do País e presentes em todos os municípios brasileiros. Este aspecto pode induzir os gestores a organizar equipes rurais do mesmo modo que organiza equipes da zona urbana, sem considerar os critérios de equidade, visto que existem especificidades nas áreas rurais que se precisam ser levadas em conta e que requer dos gestores direcionamento por meio de ações específicas.

Em setembro de 2017, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.436 redefiniu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa política considera a ESF como prioritária para ampliação e organização da Atenção Básica nos territórios e reconhece outras estratégias de organização da mesma. Inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017a).

Um aspecto novo nesta portaria é que diz respeito às áreas rurais é a descrição de que as Unidades de Saúde da Família poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, bem como nos instrumentos de monitoramento e avaliação”(BRASIL, 2017a, p.11). Embora, na prática, já existisse pontos de apoio para as USF, como as unidades denominadas *âncoras*, não havia descrição dessa informação em portarias anteriores. Esta portaria mantém as Equipes de Atenção Básica para populações específicas, a exemplo das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e Equipes de Saúde da Família Fluviais, que também prestam assistência à população rural.

A criação de uma política específica de saúde integral para as populações rurais no âmbito do SUS se deu com a Portaria 2.866 de 02 de dezembro de 2011, alterada pela Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014, que cria no âmbito do SUS

a *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)*. Essa política foi criada para ampliar e fortalecer o SUS para dialogar e se articular com outras políticas públicas e tem a finalidade de garantir a promoção da saúde desses grupos, considerando suas especificidades e acesso a serviços de saúde de forma a proporcionar melhores indicadores de saúde e de qualidade de vida (BRASIL, 2014; BRASIL, 2013b; MEDEIROS; QUINTANS; ZIMMERMANN, 2014).

Em 2017, o Ministério da Saúde criou o II Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), no âmbito do SUS. O objetivo desse plano é apresentar estratégias de implantação dessa política de forma a garantir o acesso das populações do campo, da floresta e das águas, possibilitando melhoria das condições de saúde de sua população (BRASIL, 2017d). Os cinco eixos que estão estabelecidos nesse plano são:

I. Acesso das populações do campo, da floresta e das águas à Atenção Integral à Saúde; II- Promoção e Vigilância em Saúde; III- Educação Permanente, Educação Popular em Saúde e Comunicação; IV- Mobilização, Articulação, Participação e Controle Social; V- Monitoramento e Avaliação das ações de saúde para as populações do campo, da floresta e das águas (BRASIL, 2017b, p. 1).

Um aspecto novo desse II plano operativo é a criação do eixo "Mobilização, Articulação, Participação e Controle Social", que não estava contemplado no plano operativo de 2011.

Em 2016 foi instituído o Grupo de Trabalho de Políticas para Povos Ciganos, pelo Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos (BRASIL, 2016a). Nesse mesmo ano o Ministério da Saúde lançou o documento *Subsídios para o cuidado à saúde do Povo Cigano* com o objetivo de fortalecer a capacidade dos trabalhadores de saúde, em especial da APS, para cuidar da população de etnia cigana nos serviços de saúde e colaborar para o conhecimento da história, tradição e costumes desse povo; refletir sobre suas necessidades de saúde; favorecer a diminuição do preconceito racial institucional e a discriminação da população cigana, assegurando o direito à saúde (BRASIL, 2016b).

Destaca-se que o estado da Paraíba possui a maior comunidade cigana do Brasil, com aproximadamente 1.500 ciganos e mais de 95% deles no Sertão do Estado, com maior concentração na cidade de Sousa. Agrupados em comunidades, os ciganos de etnia Calon residem em regiões periféricas das cidades e não possuem serviços de

infraestrutura, saneamento básico e esgoto sanitário, além de conviverem com o desemprego ocasionado pelo preconceito (PARAÍBA, 2016).

No Brasil, foi implantado o Programa Mais Médico em 8 de julho de 2013, por meio da Medida Provisória nº 621, convertida de 2013, por meio da Medida Provisória nº 621, convertida a posteriori na Lei nº 12. 871, de 22 de outubro de 2013 e vem contribuindo para assistência integral nas regiões de maior vulnerabilidade para reduzir a escassez de médicos em áreas rurais e remotas e melhorar os cuidados de APS em áreas que não tinham acesso a esses profissionais. O maior número de profissionais se concentrou na região Nordeste que recebeu 4.849, seguida da região Sudeste, com 4.372. O impacto relativo foi maior na região Nordeste, com a participação de 18,1% de médicos de APS, contra 8,7% no sudeste. Os resultados foram significativos para redução de escassez de médicos na APS do País (BRASIL, 2013 d; GIRARDI ET al., 2016).

Vários fatores contribuíram para implantação do Programa Mais Médicos, como: o déficit de médicos nas zonas distantes dos grandes centros, assim como em áreas rurais, o contingente de profissionais médicos por habitantes e o estreitamento da formação médica com a prática profissional, no âmbito do SUS (BRASIL, 2017c). No que tange ao território rural, há peculiaridades, como os determinantes sociais diferentes da zona urbana, a distância dos centros formadores, a desvalorização entre a classe, por integrar à atenção primária à saúde (CARVALHO; MARQUES; SILVA, 2016). Em 2018 o programa passou por reformulação e adoção de novas estratégias, ainda pouco definidas pela mudança da equipe do Ministério da Saúde, em função da mudança de Presidente da República.

Tendo em vista os aspectos ressaltados no que diz respeito às políticas nacionais de saúde rural, cabe destacar, que a operacionalização dessas políticas depende do compromisso dos gestores de todas as esferas de governo, bem como do controle social e da articulação com outras políticas que proporcionem melhoria das condições de vida e saúde das populações rurais, tendo como pilares educação, trabalho, saneamento e ambiente. Acrescenta-se ainda o fortalecimento das políticas agrárias e o financiamento da assistência técnica, em especial à agricultura familiar e camponesa (BRASIL, 2013b).

### **5.3 Contexto de vida e saúde de populações atendidas pela Estratégia Saúde da Família de área rural: um lugar de população carente**

Nesta primeira categoria busca-se o entendimento do nível de vida da população que pode combinar um grande número de dimensões que permitem avaliar a situação de bem-estar das pessoas, incluindo acesso a bens e serviços importantes para uma vida satisfatória segundo os padrões vigentes em uma determinada sociedade. Essas dimensões incluem alimentação, habitação, acesso a serviços de saúde, vestuário, transporte, dentre outros aspectos, considerados essenciais e de direito das pessoas (IBGE, 2016). Portanto, os profissionais de saúde devem estar preparados para atender pessoas com perfil diferente da área urbana, pois essas pessoas são condicionadas pelas características do meio em que vivem (SBMFC, 2018).

Na análise dessa categoria emergiram duas subcategorias: A Unidade de Saúde da Família como única alternativa de acesso à saúde da população rural; Falta de perspectiva e isolamento da população pela ausência de tecnologias de comunicação e informação.

Os depoimentos dos enfermeiros evidenciam que a população rural assistida por estes profissionais vive de atividades relacionadas à agropecuária, a maioria são mulheres donas de casa, pessoas aposentadas e que moram em localidades distantes da cidade. Existe também elevado número de pessoas desempregadas, com baixo grau de instrução e muitas são beneficiárias de programas sociais do governo federal, como o Programa Bolsa Família. Muitas dificuldades vivenciadas por essa população são impostas pelas próprias especificidades do meio rural, como por exemplo, pelas barreiras de acessibilidade geográfica, econômica, cultural e barreiras de informação:

[...] as pessoas daqui são agricultores ou donas de casa. São pessoas do lar e têm dificuldade em relação ao transporte porque fica distante dos centros de resolutividade [de assistência à saúde] em Campina Grande (E-3).

Nós trabalhamos com população carente, principalmente nas áreas assentadas, são carentes de esclarecimento, com grau de escolaridade muito baixo (E-7).

A maioria vive de bolsa família e às vezes de uma aposentadoria rural. Tem pessoal que mora na serra, aí vai para nossa unidade que é longe, vem a pé, às vezes vem de moto, quem tem moto. Quem não têm vêm a pé. Quem vêm

de manhã vêm com o sol baixinho e pra voltar é terrível, nessa quintura que está, não tem quem aguente (E-8).

Os depoimentos evidenciam barreiras que constituem agravantes que pioram a situação de vida das pessoas da área rural, pois impactam na produção e consumo necessários ao sustento da população, interferindo também no processo saúde-doença e na sua qualidade de vida.

Fatores socioeconômicos são importantes determinantes da saúde da população. Em áreas rurais as taxas de renda per capita e escolaridade geralmente são menores que as nacionais. As taxas de desemprego são mais elevadas do que as nacionais e proporcionalmente mais ocupações de baixa renda. As pessoas que residem em áreas rurais apresentam maiores riscos de acidentes, lesões e traumas, pelo trabalho relacionado à pesca, agropecuária, mineração, silvicultura, como também, acidentes automobilísticos e aqueles causados por desastres ambientais (WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA, 2013a).

Além das condições desfavoráveis decorrentes da situação socioeconômica e sanitária em que vive a população rural, cabe destacar, que essa população ainda convive com o problema da seca, o que constitui um agravante que piora sua situação de vida, pois impacta na produção e consumo necessários ao seu sustento, interferindo também no processo saúde-doença e na qualidade de vida.

A esse respeito, Cavalcanti (2017) destaca que nos últimos seis anos a população rural do Nordeste sofreu com um dos mais agudos ciclos de seca que provocaram estragos nos campos nordestinos que vão além da vegetação e das mortes nos pastos. Muitos sítios foram abandonados, as casas e as bodegas foram fechadas. As pessoas que tinham seus empregos nas fazendas perderam. E nem a chegada das águas da transposição animou o sertanejo, nas áreas contempladas pelos canais. Além da seca, a onda de insegurança também vem assolando os campos, instaurando medo na população. O aumento da violência acabou com o ritual típico dos sertões: a roda de conversas nos alpendres ao final do dia, quando fazendeiro e peão, proprietários e empregados se reuniam com uma grande e animada família. O medo os levou para dentro de casa, impactando um relacionamento que é marca cultural dos sertões. Correndo de seca e de bala, as populações rurais transformaram o sertão com suas ausências, em um cenário de absoluta solidão.

### 5.3.1 A Unidade de Saúde da Família como única alternativa de acesso à saúde da população rural

Por meio dos depoimentos abaixo se constata que a Unidade de Saúde da Família (USF) constitui a única alternativa de acesso da população a serviços públicos diversos. Além disso, a população convive com barreiras de acessibilidade aos profissionais das USF, pois nem sempre esses profissionais estão semanalmente numa mesma localidade rural. Devido à distribuição espacial da população no território rural, a equipe de saúde por meio de um cronograma de trabalho diferenciado, realiza a programação da assistência em USF localizadas em diferentes lugares da área rural e com populações diferentes que residem na área de abrangência dessas unidades. Diferente da zona urbana, que é comum a população se encontrar aglomerada e existe maior facilidade de acesso às USF, em áreas rurais esses aspectos geram vazios assistenciais por alguns dias ou semanas de forma semelhante e em várias localidades.

[...] eles têm muita dificuldade de acesso à unidade. A população é mais carente, tem muita gente que é agricultora e a gente sabe da questão da seca. O pessoal não está conseguindo produzir o suficiente pra sobrevivência, tem muita gente desempregada, então, as condições financeiras e econômicas, de um modo geral, são mais precárias que a zona urbana. Para muitos usuários daqui a Unidade Básica de Saúde é a única alternativa... se não fosse o PSF muitos deles não teriam outra opção, pela questão financeira, pela questão de transporte...eles não teriam outra porta para bater a não ser a porta do PSF (E-6).

Considerando-se a acessibilidade das pessoas que tem a USF como a única alternativa de cuidados de saúde em área rural, é possível depreender que as desigualdades no acesso aos serviços de saúde têm sido influenciadas por diversos fatores sócios econômicos e barreiras organizacionais. Esses fatores afetam e influenciam na saúde e abarcam diferentes tópicos e eventos de vida muitos dos quais estão fora do controle de indivíduos e populações por eles afetadas (MENDES, 2018).

Destaca-se que a população rural vivencia barreiras em relação às distâncias de seus domicílios às USF rurais. De acordo com Travassos e Castro (2008), quanto maior a distância, menor a utilização de serviços de saúde.

No cotidiano de trabalho, o enfermeiro de área rural também enfrenta como dificuldade a ausência do apoio matricial proporcionado pelas equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica(NASF-AB), importante no tocante

ao auxílio da resolutividade de problemas de saúde presentes no território que dependem de clínica ampliada, bem como implantação de outros programas do Ministério da Saúde que contribuem para melhor qualidade de vida da população de zona rural.

[...]enquanto Equipe de Saúde da Família acredito que contribuimos para melhora do processo saúde doença da comunidade rural, no entanto há muitas situações nas quais temos que nos “virar” para dar resolutividade aos problemas. Não temos NASF aqui [...] então não pensaram nas especificidades da zona rural. Na cidade já se colocou as Academias de Saúde. Eu já briguei tanto com essa secretaria de saúde para a gente trazer uma Academia de Saúde para zona rural [...]mas não tem verba para isso. O Ministério precisa saber que existem pessoas na zona rural que precisam estar em movimento, em atividade física. Outra questão é a realização do cartão SUS, pois na zona urbana tem a facilidade de recebimento, aqui na zona rural é necessário o usuário do serviço se deslocar para cidade para poder pegar, ou esperar o envio da secretaria de saúde, no entanto se perde por lá. A nossa equipe ainda está sem cadastramento de algumas pessoas dentro do Ministério, porque não tem o cartão SUS (E-8).

O acesso é resultado ao mesmo tempo da combinação de recursos humanos e físicos disponíveis e dos sistemas administrativos e financeiros que determinam quais indivíduos receberão os serviços que os recursos permitem oferecer e em que condições levando-se em consideração alguns fatores de globalidade como as dificuldades impostas pela especialização em algumas áreas, critérios de acesso e ingresso, alocação de mão-de-obra, distância, horário de funcionamento e a qualidade de atendimento (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000).

Cabe destacar que uma das responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, descritas na atual Política Nacional de Atenção Básica é a garantia de acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, à população. Ao Ministério da Saúde compete a garantia de fontes de recursos federais para a composição do financiamento da Atenção Básica e fornecer apoio aos gestores estaduais, do Distrito Federal e dos municípios no estímulo à qualificação e consolidação da Atenção Básica. As secretarias estaduais devem ser corresponsáveis pelo monitoramento dos serviços e ações de Atenção Básica nos municípios bem como apoiá-los na sua implantação. Quanto às secretarias municipais, cabe a responsabilidade de organização, execução e gerenciamento de ações e serviços de Atenção Básica, garantindo o acesso universal dentro do seu território (BRASIL, 2017a).

Estudo que analisou os fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma Unidade Básica de Referência

(UBR) de um município da região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais constatou a existência de três dimensões de acesso: estrutural (financiamento) na qual o subfinanciamento do sistema de saúde constitui uma dificuldade para o acesso aos serviços de saúde, embora o financiamento não resolvesse o problema; a relacional (compreensão do processo saúde-doença) em que a ausência de alinhamento sobre a estrutura e os fluxos de funcionamento do sistema de saúde impacta negativamente na relação do profissional com o usuário; e a dimensão operacional (organização dos serviços) que dificulta o acesso, na qual os profissionais de saúde e usuários relataram lacunas tais como cobertura da ESF, marcação de consulta, acolhimento, barreiras geográficas, referência e contra referência (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015). A existência de menores barreiras de acesso, geográficas, organizacionais, culturais ou sociais, possibilita maior aproximação da população com os serviços, e conseqüentemente, preserva e melhora o estado de saúde das pessoas (UCHÔA et al., 2016; MENDES, 2012b).

Tendo em vista a relevância da equipe de saúde no trabalho de vigilância à saúde das famílias, em acolher e atender as demandas advindas da população, a articulação intersetorial pela equipe de saúde é essencial entre as medidas de cuidados adotadas para melhoria da saúde.

No trabalho com a população rural é preciso ter em vista a diversidade dos riscos, fatores de riscos e danos à saúde dos trabalhadores rurais relacionados com práticas agropecuárias e em razão do elevado número de trabalhadores envolvidos e sua enorme dependência do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS reveste-se de grande importância na atenção à saúde da população rural (SILVA et al., 2005).

### **5.3.2 Falta de perspectiva e isolamento da população pela ausência de tecnologias de comunicação e informação**

No depoimento abaixo se observa que a enfermeira se posiciona como uma moradora da localidade rural onde trabalha. O fato dessa entrevistada atuar como enfermeira durante muitos anos nessa comunidade, compartilha com as famílias os problemas inerentes ao cotidiano rural e também conhece as dificuldades da população, como por exemplo, a falta de perspectiva: internaliza a realidade vivida pela população e falando como se fosse uma moradora do local.

Aqui eu não tenho trabalho. Aqui eu tenho pouquíssimo dinheiro para ir ao cabeleireiro, para fazer uma unha, eu não tenho cursos aqui para me capacitar, certo? nem para ser cabeleireiro, nem para ser uma manicure, nem para ser uma secretária. Eu não tenho nada disso aqui. Se eu quiser, se eu tiver condição eu vou pra cidade. Se eu não tiver eu morro aqui dentro, sendo o que eu sou (E-8).

Na localidade de trabalho explicitada pelo depoimento da E-8, residem 275 famílias em assentamentos, que apresentam dificuldades em relação ao seu modo de vida em área rural de extrema carência. A Equipe de SF que atua nessa localidade é a única do município que assiste população assentada. O fato de ter uma equipe que atua em comunidade assentada garante ao município receber valor adicional nos repasses financeiros por parte do Ministério da Saúde, que são repassados a esta Equipe SF por atuar com famílias que vivem em situação de maior vulnerabilidade social. É também a área rural do estudo mais distante da cidade de Campina Grande, e a maior parte do acesso se dá por meio de uma estrada de terra. Os depoimentos evidenciam que esta população rural não vislumbra as mesmas possibilidades existentes no meio urbano e até mesmo de outras populações rurais.

A esse respeito, cabe salientar, que no Brasil existe aumento de iniquidades na distribuição de riquezas, com muitos segmentos da população vivendo em condições de pobreza sem a possibilidade de acessar bens essenciais à saúde. É necessário compreender que a pobreza está além da falta de acesso a bens materiais; se manifesta na ausência de emprego, de escolas, de habitação adequada, de alimentação saudável, de saneamento básico e de serviços de saúde. A vulnerabilidade é proveniente da falta de oportunidades e da ausência de alternativas em diversos aspectos. Os determinantes de ordem econômica, social, cultural, política e ambiental exerce forte influência na qualidade de vida da população (BRASIL, 2013).

A população rural convive com diversas barreiras em seu cotidiano que vão além das barreiras socioeconômicas e sanitárias. Um dos grandes problemas é a falta de equipamentos tecnológicos de comunicação e informação que são falhos ou inexistentes. Os profissionais também sofrem as consequências da ausência desses recursos essenciais para auxiliá-los no trabalho e promover a interação das pessoas em diferentes realidades. Estes recursos de comunicação poderiam contribuir para o desenvolvimento local, possibilitando à população aprimorar seus conhecimentos e melhorar sua condição de vida.

A gente tem esse número fixo [de telefone] que não é da unidade, é um orelhão que tem ali fora, mas não faz ligação, ele só recebe. Aí a gente fica sem celular e sem internet. A gente chega aqui e fica realmente incomunicável, ficamos ilhados. Existem momentos que você quer falar com o profissional colega no momento e não tem como, é mais uma dificuldade (E-2).

Até porque aqui nessa área rural que eu estou não tem sinal de celular. Aqui não pega celular, aqui não tem internet, não tem água (E-4).

Nós não temos telefone, não temos como marcar um exame porque na zona urbana você marca um exame por telefone, a recepcionista liga para central e marca um exame no mesmo dia. A gente manda um paciente e não recebe contra referência, está entendendo? Não temos internet, aí a acessibilidade é limitada, a gente manda tudo por papel, tudo protocolado, exames a gente manda para policlínica, aí quando chega na secretaria, muitos papéis se perdem (E-7).

A maioria das unidades rurais visitadas pelo pesquisador apresentava ausência e/ou deficiência de aparelhos de comunicação, como, telefones nas unidades, falhas na rede de acesso a celulares, internet, e até mesmo a inexistência, ou mau funcionamento dos orelhões nas dependências de algumas unidades visitadas. Em algumas comunidades não há telefones para uso de usuários e profissionais, mesmo que estes se disponham a utilizar seus celulares, pela falta de antenas próximas, assim não tem sinal para celular. Esta situação dificulta o trabalho, encaminhamentos de exames e pacientes, e se torna mais agravante em situações de urgência. Foi possível identificar o isolamento das comunidades rurais e também dos profissionais, em plena era da informação.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2015), do IBGE, embora o acesso à energia elétrica nos domicílios rurais esteja se aproximando da universalização, o acesso domiciliar de aparelhos de informação e comunicação ainda é muito restrito, quando comparado ao verificado nas áreas urbanas (IBGE, 2016). Segundo esta pesquisa, em 2015, quanto ao número de domicílios com telefone (fixo ou celular) havia cobertura rural de 76,8%, e 96,1% urbanos. Quanto à existência de aparelho de televisão, 92,2% eram rurais e 98,0% urbanos. Em relação a microcomputador com acesso à internet existia apenas em 10,4% dos domicílios rurais e 45,5% em domicílios urbanos. Constata-se distribuição desigual quanto aos recursos de comunicação e informação na realidade rural, em especial no acesso à computadores com internet.

O acesso às tecnologias de comunicação e informação, como uso de telefones e computadores com acesso à internet são importantes na ampliação dos

conhecimentos da população em busca da superação das barreiras vivenciadas no cotidiano rural, além do mais, possibilita a integração das comunidades rurais, dos trabalhadores da saúde e outros (RURAL INFORMATION TECHNOLOGY EXCHANGE WRITE, 2013).

Cabe ainda destacar que a disponibilização de tecnologias de comunicação e informação possibilitou o uso da ferramenta telessaúde pelos profissionais, presente em vários municípios de pequeno porte do país, e proporciona uma segunda opinião, análise de exames e respostas a problemas locais, mas depende da disponibilidade de internet, no entanto ainda não chegou a estas áreas deste estudo. Destaca-se a importância dessa ferramenta, que deve estar articulada às decisões clínicas e à regulação do acesso, para o fortalecimento e melhoria da assistência da APS no SUS, integrando a Educação Permanente em Saúde (EPS), garantindo acesso dos profissionais à educação e formação contínua e fornecendo apoio assistencial através do uso de tecnologias de informação e comunicação (BRASIL, 2017a).

Em 2017 o Ministério da Saúde criou o Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde (PIUBS) que tem o objetivo de disponibilizar infraestrutura tecnológica, como também serviços de tecnologia da Informação, para implantação e a manutenção do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) nas UBS dos municípios (BRASIL, 2017).

É importante ressaltar que nas Unidades de Saúde da Família localizadas em áreas urbanas do município de Campina Grande a implantação do PEC ocorreu em sua totalidade. No entanto, as localizadas em áreas rurais foram poucas onde ocorreu a implantação. Um dos aspectos enfatizados pela Política sobre o uso da tecnologia da informação para a melhoria dos cuidados da saúde rural é que "as comunidades rurais devem ter acesso aos serviços de telecomunicações e banda larga capaz de fornecer pelo menos um nível mínimo aos serviços de tecnologia da informação e comunicação para as necessidades identificadas" (RURAL INFORMATION TECHNOLOGY EXCHANGE WRITE, 2013, p.51.).

#### **5.4 Condições de trabalho dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de áreas rurais**

O cotidiano de trabalho de enfermeiros de áreas rurais da APS tem uma dinâmica diferenciada, condicionada pelas características próprias da ruralidade e é

movido por dificuldades, em especial, inerentes às condições de trabalho. Esta categoria é composta pelas seguintes subcategorias: Deslocamento para área rural: percurso e percalços; O cronograma de trabalho e a (im)possibilidade de garantia de acesso.

#### 5.4.1 Deslocamento para área rural: percurso e percalços

Os enfermeiros que trabalham nestas áreas rurais moram na cidade e se deslocam diariamente aos seus locais de trabalho submetidos a riscos no trajeto, questões ambientais como calor excessivo e mobilidade dificultada pelas condições dos veículos. Acrescenta-se, ainda, que antes de iniciar seu trabalho diário tem sua rotina modificada, considerando que tem que lidar com tarefas domésticas antes do início do percurso para zona rural:

Eu acordo todos os dias cinco e meia da manhã porque ainda tenho que fazer as coisas em casa, assim no sentido de fazer o café da manhã...eu caminho todos os dias... [...]aí quando eu chego faço meu café [...] organizo as coisas, espero o motorista, uma vez que eu trabalho em zona rural(E4).

Eu acordo cedo, deixo mais ou menos meu almoço encaminhado, porque eu não tenho secretária, então eu faço a metade à noite e pela manhã termino, me arrumo e fico esperando o motorista (E9).

Pelos depoimentos das enfermeiras constata-se que as mulheres além do trabalho formal são protagonistas do trabalho doméstico e do cuidar do lar. Essa sobreposição de papéis e pressões internas e externas, em busca de uma suposta perfeição no desempenho desses papéis, repercute sobre a qualidade de vida e saúde destas enfermeiras, bem como sobre o cuidar e educar seus próprios filhos. A esse respeito, devem-se reconhecer os limites inerentes ao ser humano, no sentido de garantir a estas mulheres trabalhadoras a condução de suas vidas pessoal e profissional sem prejuízos ao seu bem-estar físico e mental (RODRIGUES et al., 2017). Há um ritual seguido pelas enfermeiras que parece não ser visto pelos gestores locais. Neste sentido, retomamos o documento sobre *Políticas para médicas de família em áreas rurais*, elaborado por um grupo de médicos e alunos de medicina após extensa pesquisa em países desenvolvidos, em 2003, que visava garantir suporte à mulher trabalhadora em áreas rurais e remotas em sua prática de medicina de família; aumentar o número de mulheres médicas nas áreas rurais e

assegurar a equidade do desenvolvimento de políticas e programas de impacto na força de trabalho na medicina rural relacionados às médicas. Este documento focaliza o aumento de profissionais, qualidade das condições de trabalho de médicas em áreas rurais, mas as enfermeiras já estão realizando este trabalho em condições inadequadas e talvez pela falta de posição dos órgãos da enfermagem e enfermeiros aceita-se como natural a realidade de trabalho nestas condições.

O motorista da Secretaria de Saúde busca a gente em casa depois de sete e meia, porque ele sai pegando cada uma, e quando chega à minha casa já são em média umas oito horas, porque eu sou quase a última (E1). O Carro sai da Secretaria às sete horas da manhã, como eu moro próximo da Secretaria, eu sou a primeira a ser pega por volta de sete e quinze. [...] e na volta acontece a mesma coisa, a gente sai deixando todo mundo e eu sou a última a ser deixada em casa. Todo dia dá uma hora para vir e uma hora para voltar (E2).

O trajeto do enfermeiro que atua em áreas rurais da APS dá-se de forma diferenciada, pelo longo percurso, com uma dinâmica que vai além do deslocamento casa-trabalho, uma vez que se utiliza um transporte único para toda a equipe, caracterizando um novo arranjo de deslocamento. Dados da OMS evidenciam que metade da população mundial vive em áreas rurais e remotas, em contrapartida, a maioria dos profissionais de saúde reside e trabalha em áreas urbanas (CARVALHO; MARQUES; SILVA, 2016).

Ao seguir no percurso para a zona rural, o enfermeiro se depara com situações a serem resolvidas de forma a viabilizar a assistência à saúde nas unidades rurais.

Quando a gente sai vamos fazer os percursos necessários pra poder chegar à unidade. Quase todos os dias agora a gente precisa ir à Secretaria, para pegar vacina, um dia anterior a gente deixa a caixa na sala de imunização. [...] Os exames a gente tem que levar para a secretaria...para no outro dia ou quando eles disserem que marcou passar lá pra pegar. Na zona urbana você não precisa ter esse estresse (E8).

[...]esses postos âncoras eles não são postos equipados 100% pra que nós possamos chegar lá e atender, por isso que todos os dias é obrigado a gente passar na sede pra pegar os materiais (E4).

[...] ainda tem mais outro empecilho [...] que a gente tem que pegar o material de limpeza (E5).

O tempo gasto no deslocamento dos enfermeiros deste estudo, que corresponde à totalidade de enfermeiros que trabalham em áreas rurais do município não sendo um caso isolado, interfere na viabilização da assistência no meio rural.

Além das barreiras geográficas devido à distância das localidades, estes profissionais se deparam com situações administrativas de trabalho a serem resolvidas durante o percurso que influenciam no tempo de início do atendimento à população ao chegar à localidade rural. O curto espaço de tempo de permanência do profissional de saúde nas áreas rurais pode comprometer a qualidade da assistência. Este tempo foi, ainda, reduzido por falta de condições adequadas como disponibilização de almoço para a equipe como era antes, falta de água na unidade, falta de material, entre outros problemas que interferem na assistência e no bem-estar dos enfermeiros.

Essa situação poderia ser minimizada pela gestão se garantisse aporte logístico para manutenção e abastecimento das USF rurais, com fornecimento de insumos, materiais e equipamentos necessários ao trabalho dos profissionais. Dessa forma, seria possível otimizar o tempo de percurso para área rural, além de diminuir a sobrecarga do enfermeiro, que em seu cotidiano assume tarefas assistenciais, mas também, administrativas e burocráticas da USF e da Secretaria de Saúde, realizando um trabalho amplo e complexo de assistir, prover material, encaminhar pessoalmente materiais para exames, marcar consultas, portanto um profissional multitarefas que assume seu trabalho e de outros profissionais do sistema de saúde.

#### **5.4.2 O cronograma de trabalho e a (im)possibilidade de garantia de acesso**

Na área rural o enfermeiro lida com um cronograma de trabalho singular, tendo em vista a dispersão da população, características específicas do território e sua extensão, em que a população se encontra em vários locais, distante da USF e em residências distantes uma das outras. Dessa forma, os turnos de trabalho são divididos para assistir as pessoas que residem em várias microáreas, o que exige deslocamento planejado do profissional para atender a população em várias áreas, e habilidades para lidar com as diferentes necessidades da população no tempo disponível.

Nós temos duas âncoras, a âncora de [nome da unidade] onde tem uma população maior, a demanda é maior, nós atendemos duas vezes na semana lá, terças e quintas. Aqui em [nome da unidade] nós atendemos toda segunda e na quarta, quinzenal, e [nome da unidade] que é outra âncora, nós atendemos de quinze em quinze dias (E7).

[...] não é nossa realidade estar todo dia no mesmo canto[...] eu percebo que a gente poderia dar uma assistência melhor, mas é muito corrido. Se a gente tivesse um tempo maior a gente daria uma assistência maior. [...] a gente

percebe que tem essa dificuldade de ir só uma vez na semana. [...] quando tem feriado é uma tristeza. É muita gente pra pouco tempo. Eu queria poder no meu cronograma conseguir encaixar muito mais coisa. Muito mais atendimento, fazer mais palestra entendeu, eu acho que a atividade de educação em saúde a gente está carente (E-10).

Neste estudo a periodicidade dos dias de trabalho do enfermeiro na área de abrangência da equipe variou de uma a duas vezes por semana e em uma mesma localidade, ou até uma ou duas vezes ao mês, tendo em vista que tem que dividir o tempo de trabalho para o atendimento em unidades localizadas em diferentes lugares do território. Nas áreas urbanas também há certa periodicidade de atendimento planejado, mas as equipes estão mais próximas de recursos tecnológicos, a locomoção da população é maior e os encaminhamentos obedecem a um fluxo previsto com a participação de outros profissionais.

Evidenciou-se que em função da organização do processo de trabalho na área rural os enfermeiros realizam a programação da assistência conforme a localização geográfica e a distribuição das unidades de saúde na área rural. Essas unidades são em sua maioria distantes umas das outras. Por conseguinte, é comum os profissionais encontrarem dificuldades na realização da assistência, principalmente em articular ações de promoção da saúde e prevenção de doenças às ações de pronto atendimento, tendo em vista o número de turnos de atendimento reduzidos, gera vazios assistenciais intermitentes, e compromete a integralidade do cuidado em saúde. A esse respeito, Shimizu et al. (2018, pg. 5) afirma que "os modos de organização dos serviços devem ser revistos, a fim de permitir maior equilíbrio entre as agendas de pronto atendimento (acesso fácil e rápido) e outras agendas das ações programáticas".

Considerando a acessibilidade ao serviço, um estudo avaliou a satisfação de usuários da ESF na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte, que revelaram como pontos negativos a não permanência diária dos profissionais nas unidades de suas localidades (UCHÔA et al., 2011). Outra pesquisa realizada na zona rural do município de Prudentópolis, estado do Paraná, evidenciou que os profissionais de saúde atuavam de modo fragmentado, atendendo em mais de uma localidade em curto espaço de tempo, o que influenciava na qualidade do atendimento (PITILIN; LENTSCCK, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica, ao descrever o princípio da universalidade de acesso, orienta que as equipes devem utilizar mecanismos que

garanta acessibilidade e acolhimento à população, seguindo uma lógica de organização e funcionamento, partindo do princípio de que os profissionais devem receber e ouvir a totalidade de pessoas que buscam os serviços, facilitando o acesso e sem excluí-las, de forma a responder as demandas e necessidades da população (BRASIL, 2017a). A acessibilidade ao serviço, a localização geográfica do serviço, os dias e horários de funcionamento e o processo de utilização dos serviços pela população são essenciais para que a APS seja considerada a porta de entrada do sistema (STARFIELD, 2002).

#### 5.4.3 Práticas cotidianas dos enfermeiros em áreas rurais

Essa categoria diz respeito especificamente às ações desenvolvidas no dia a dia pelos enfermeiros da Equipe SF. Nos relatos identifica-se que as ações realizadas nas unidades de saúde são muito semelhantes e com atendimentos a grupos já conhecidos por protocolos ministeriais. O enfermeiro se vê com horários restritos para desenvolver suas práticas cotidianas, ocorrendo muitas vezes a pulverização de suas ações. Assim, o modo de organização dessas práticas parece seguir o modelo de ações programáticas e de atendimento individual da demanda espontânea:

[...]como as nossas unidades são muito distantes a gente não pode trabalhar com demanda agendada, a gente trabalha com a demanda do dia (E4).

[...] é diferente o trabalho da zona rural, cada dia a gente está em um lugar diferente. [...] a gente vai um dia pra cada lugar na zona rural. [...]isso é um ponto diferencial em relação à zona urbana que a gente consegue organizar o cronograma melhor (E6).

[...] temos alguns assentamentos de Sem Terra [...] e fica um pouco distante de um lugar para outro e você tem que fazer essas visitas domiciliares aos acamados...( E7).

Torna-se importante deixar claro que o atendimento da demanda espontânea deve ser garantido sem colocar em segundo plano o atendimento da população que demanda cuidados continuados, em seus diversos ciclos de vida (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). A esse respeito, Nunes et al. (2018, p. 9) afirmam que, semelhante a outras unidades, "a predominância do pronto atendimento tende a reproduzir uma atenção pontual e dirigida à queixa, substituindo medidas de seguimento longitudinal e comprometendo a integralidade do cuidado".

Estudo realizado em 2016 sobre a saúde de comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira, estado de São Paulo, constatou que a pulverização das ações impede a continuidade do cuidado adequado dos usuários, influenciando na efetividade dos serviços de saúde, em que as equipes rurais são distribuídas sem considerar os diversos tipos de conceitos rurais (LIMA, 2016b).

Pesquisa realizada com usuários cadastrados em equipes de saúde da ESF de um município do interior da Bahia acerca das práticas de cuidados dos profissionais evidenciou que as consultas realizadas na ESF priorizam ações que estão também focadas em programas ministeriais (SANTOS et al., 2018). Neste sentido, pode-se considerar que o trabalho na ESF deve estar pautado em atividades que vão além de ações focalizadas em apenas determinados grupos específicos na Atenção Básica como diabéticos e hipertensos. É necessário o desenvolvimento de ações que incidam nos determinantes do processo saúde doença e que envolva a população do território. Para tanto, se faz necessário organização da assistência à saúde na área rural, que leve em conta a dispersão populacional no território, com cronograma de trabalho que possibilite aos profissionais a continuidade do cuidado da saúde da população.

Em Campina Grande, um estudo realizado com 38 profissionais da ESF de diferentes categorias sobre o processo de trabalho das Equipes SF de Campina Grande-PB revelou barreiras na assistência à saúde dos usuários, incluindo a organização do processo de trabalho no cotidiano, pois muitos atendimentos tornam-se atos mecânicos, com desvalorização da escuta para maior compreensão das necessidades de saúde. Outro aspecto revelado no estudo foi que o serviço está organizado em torno de um cronograma fixo de atividades direcionadas aos grupos considerados prioritários pela ESF, ou seja, mulheres, crianças, hipertensos e diabéticos (BRANDÃO; OLIVEIRA, 2014). No entanto, as ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades dos territórios que determinam e ajustam práticas adequadas a essas singularidades, assegurando maior aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida cotidiana acontece (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Alguns estudos evidenciam pouca possibilidade de mudança de modelo assistencial nas áreas rurais, que resulta em redução no acesso aos serviços básicos de saúde e elevada população que busca o atendimento especializado e hospitalar

(PITILIN; LENTSCK, 2015; UCHÔA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2015). Isto compromete a AB como porta de entrada prioritária nos serviços de saúde, embora seja necessário reconhecer as dificuldades da mesma em termos de organização, tecnologias, pessoal e grande demanda.

Salienta-se que o trabalho do enfermeiro é dinâmico e acontece na unidade de saúde, nos domicílios e nas entidades comunitárias, em geral, no território de atuação da equipe, que constituem espaços para o desenvolvimento do trabalho de vigilância à saúde das famílias. Portanto, as atribuições do enfermeiro são variadas e com todos os grupos da Atenção Básica, que inclui as diversas faixas etárias, de criança até idosos. É um trabalho que acontece em nível individual e coletivo, com ações de cuidado assistencial, de coordenação, além das questões administrativas e burocráticas desempenhadas pelo enfermeiro.

Cabe ainda acrescentar que o trabalho do enfermeiro inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde. A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2017a).

Neste sentido, torna-se importante ressaltar as **condições de trabalho mediadas pela dinâmica da ruralidade**. A insatisfação com as condições de trabalho foi relatada por todos os participantes e impacta negativamente nas práticas cotidianas dos profissionais. Em relação ao transporte, além dos riscos de vida diário no deslocamento para zona rural por estradas de asfalto e de chão, depoimentos revelam que o transporte não apresenta boas condições:

[...] às vezes o carro está com problemas de amortecedor, pneu careca, esse tipo de coisa. [...] Muitas vezes o carro já deu o prego no meio do mato e a gente ficou (E-4).

É sempre muito complicado, muito complicado. [...] há alguns anos conseguimos comprar um carro novo para cá e nunca foi feito manutenção, aí quando quebra são dez anos para mandarem consertar e aí acaba se deteriorando? É tanto que agora, como eu te falei pneu careca, cheio de ferrugem (E-8).

Às vezes um pneu baixa, às vezes o carro pára no meio da rua (risos) e a gente vai empurrar. Acontece isso, não acontece todo dia, mais já aconteceu algumas vezes. [...] quando o carro quebra a gente passa às vezes um ou dias sem vir ou então vai procurar vaga nos outros carros que vem para cá, e a gente vai meio que fazendo isso. (E-2).

[...] para a gente se deslocar daqui para as âncoras já é um pouco mais complicado porque é estrada de chão (E7).

[...] a gente tem o carro que deixa a gente aqui, mais as condições do carro...péssimas! . A gente não tem segurança. A gente arrisca a vida todos os dias por estar em uma BR, é lógico que quando você sai de casa também, mais quando você sai numa BR arrisca muito mais, e em um carro da secretaria que não tem manutenção aí que arrisca mesmo. A gente já ficou quebrado na BR, sem combustível (E-10).

Gonçalves et al. (2017) afirmam que para a resolubilidade das USF, é necessário que estejam bem equipadas, com mobiliário adequado e rol de insumos, além da disponibilização de carros para deslocamento dos profissionais, especialmente nas áreas rurais ou USF que são referências para extenso território. A esse respeito, alguns relatos apontam deficiências na infraestrutura das unidades, bem como a falta de medicamentos, materiais e equipamentos.

[...] a gente tem passado dificuldades com equipamentos básicos, há três meses não tenho tensiômetro e a gente está aferindo pressão porque a médica traz o tensiômetro dela. São coisas básicas, tem unidades que não tem sonar, não tem termômetro (E-2).

No momento as condições estão péssimas. Em novembro de 2016 não teve como as gestantes fazerem exames, não funciona pré-natal sem exame, funciona? não tem como. Não tem remédio, a central não está marcando consultas e exames (E-10).

[...] é frustrante quando você tenta fazer algumas coisas, algumas ações e não tem sucesso, por falta de estrutura, falta de material, nesse sentido é frustrante. A gente já trabalha com muitas limitações e nas coisas mais complexas a gente tem dificuldade, de agendar um especialista, de agendar um exame que seja de alto custo (E-6).

Estudo realizado com enfermeiros de um município do interior do Nordeste sobre a precarização do trabalho na ESF também corrobora com os achados do presente estudo, pois os entrevistados citaram fragilidades relacionadas à falta de equipamentos e materiais básicos nas unidades, desfavorecendo o atendimento da equipe de saúde (GOES et al., 2016).

O Ministério da Saúde recomenda que a infraestrutura das USF devem corresponder ao quantitativo populacional cadastrado e as suas especificidades, como também ser adequada aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde da população. Quanto à estrutura, deve-se considerar a densidade demográfica, composição e tipos de equipes, atuação dos profissionais, perfil da população e o elenco das ações realizadas. É necessário garantir infraestrutura e ambiência adequadas, para o desenvolvimento das ações pelos profissionais, com equipamentos adequados, profissionais capacitados, materiais e insumos suficientes para prestação do atendimento (BRASIL, 2017a).

Outro obstáculo encontrado pelos entrevistados é a falta de água nas unidades rurais, o que interfere na realização dos procedimentos e na assistência:

[...] Já teve dia que a gente não pode atender porque não teve água nem na caixa, nem para a gente lavar as mãos em balde. Nesses dias quando não tem água na caixa nem chegou da rua e nem a secretaria mandou, a gente não trabalha, porque não tem como trabalhar sem água para lavar as mãos. A gente explica para a comunidade, tem gente esperando, mas hoje a gente vai voltar porque não tem água. São essas coisas (E-4)

[...] A água é fundamental para você lavar as mãos, que é o básico. Então às vezes falta água, falta um álcool gel pra você higienizar a mão que seria uma alternativa, falta água para dar descarga no banheiro, falta água para o atendimento da dentista, mexe com o funcionamento da equipe como um todo (E-6).

Quando eu cheguei aqui não tinha nem água, porque não tem água encanada. Água vem do carro pipa e existia cisterna, mas não havia bomba para puxar a água. Aí eu disse, não atendo sem água para lavar minhas mãos, sem água para fazer a vacina, para fazer os atendimentos, ou vocês botam água lá ou então não vai dar, a equipe não pode funcionar desse jeito. Então colocaram a bomba, começou a funcionar, tem água, mas é carro pipa. (E-8).

Aqui ficou uma semana sem água, quem conseguiu água foi o Agente de Saúde. Eu até comecei atender sem água, eu não posso atender sem água. Se começar esse esquema de ir dando um jeitinho nunca resolve, então, quem resolveu foi um líder comunitário (E-10).

O abastecimento da maioria das unidades rurais é realizado por meio de carros-pipa, tendo em vista que na maioria das unidades não existe água encanada, em especial nas unidades âncoras localizadas fora das sedes dos distritos rurais, e também devido ao problema da seca na região. O maior problema é que o abastecimento desses carros ocorre de forma irregular, e no dia que não abastece as unidades, inviabiliza a realização de procedimentos, como coleta de material para exames citológicos pelo enfermeiro, curativos e administração de vacinas. A esse

respeito, Fermino et al (2017) afirmam que as condições estruturais e organizacionais tem impacto direto na consulta de enfermagem que é uma atividade essencial no trabalho do enfermeiro, a qual pode não ser ofertada ao usuário devido a problemas decorrentes das condições estruturais e/ou da organização do trabalho voltada para a lógica biomédica.

Outro aspecto evidenciado na maioria dos depoimentos foi a indisponibilidade de almoço para os profissionais. Dos três distritos rurais do município, apenas os entrevistados de um dos distritos (que está localizado em área rural mais distante da cidade) relataram disponibilidade de almoço nas unidades rurais para os profissionais:

[...] desde novembro[2016] não está sendo ofertado almoço. Então a gente tem que fazer tudo até meio dia [...] é bem corrido, a gente não diminuiu os atendimentos agendados, a gente continua, mas é corrido para dar conta. Antes vinha almoço, porque o horário era até 3:00 horas da tarde e a gente fechava a unidade de 12:00 a 12:40h pra almoçar e depois abria e ficava até 3:00horas.(E2).

[...] nós estamos sem almoço, a gente traz lanche de casa e por esse motivo a gente está fazendo horário corrido. A gente atende a demanda que tem que atender e depois vai pra casa, pra Campina Grande, pra almoçar lá (E4).

A falta de almoço faz com que os profissionais não consigam prolongar o turno de trabalho previsto na unidade e influencia no tempo dedicado às atividades e desenvolvimento de uma assistência completa. Oferecer refeição para a equipe de área rural considera-se uma necessidade e não um benefício sem justificativa, mas a gestão decidiu suspender o almoço, apesar dos efeitos no trabalho e satisfação dos profissionais.

É possível inferir que as tentativas para resolver os problemas e efetivar os princípios e diretrizes recomendadas pela ESF esbarram em problemas relacionados à falta de condições materiais para tornar viável a vida social (água, moradia, estradas, telefonia, transporte, assistência à saúde); como também na dificuldade para ultrapassar uma atitude reificada de submissão e dependência (OLIVEIRA et al., 2015).

A ausência de condições adequadas e de organização no trabalho, e em especial, quando relacionada à falta de gerenciamento, de apoio logístico para os profissionais desenvolverem suas atividades, são aspectos que geram sobrecarga de trabalho do enfermeiro:

[...] tudo o que acontece na unidade de saúde, todos os problemas perguntase ao enfermeiro, procura o enfermeiro. Por exemplo, faltou material de limpeza, a auxiliar de serviços gerais vem até a enfermeira, uma lâmpada quebrou vem até a enfermeira. O Ministério da Saúde na ESF não coloca o enfermeiro nem como líder, nem como chefe, isso não é colocado em canto nenhum [...] é a equipe que deve tomar as decisões, a gente toma as decisões em conjunto, só que na hora dos problemas na unidade o enfermeiro é que é procurado. Eu não trabalho só com a questão assistencial com o paciente, mas a administrativa também que leva muito do meu tempo. Questões administrativas e burocráticas da unidade ficam na minha responsabilidade. Causa angústia a burocracia porque poderia ter uma pessoa para fazer essa parte burocrática e aliviaria o trabalho do enfermeiro e ele poderia prestar uma assistência melhor (E-4).

Dar assistência aos programas, pré-natal, puericultura, tem também a parte da técnica de enfermagem que a gente também tem que assumir para administrar. Eu passei aqui seis meses sem técnica de enfermagem, quando ela estava de licença prêmio. Aí eu tive que fazer vacina, assim [...] tudo que aparecia (E-5).

[...] eu estou sem médico no momento[...]fica mais intenso porque tenho que resolver o que é meu e sempre aparece coisa que não é pra a gente atender, mais a gente tem que fazer alguma coisa, encaminhar, tentar resolver (E-10). [...] Tudo que se vai fazer aqui na zona rural a gente antes tem que resolver as coisas de lá (área urbana) pra trazer pra cá (área rural). Tem exame que desde novembro não marca, então, aqueles exames que eu vejo que é de urgência, eu levo para marcar pessoalmente. Então tem que ir primeiro para a secretaria de saúde resolver tudo para poder vir pra cá e quando chego aqui, já é um horário que já extrapola o que deveria[...]então isso não me deixa bem (E-8).

Os depoimentos apontam situações geradoras de sobrecarga de trabalho dos enfermeiros e entre os elementos que contribuíram para esse aumento na sobrecarga está a pouca habilidade da gestão do trabalho das Equipes SF na zona rural. No entanto, as recomendações da Declaração de Gramado pela Saúde Rural para os países em desenvolvimento, é que esses profissionais de saúde rural devem ser valorizados em vários aspectos como: formação, políticas para estimular os alunos advindos de áreas rurais, melhoramento na qualidade do trabalho, de vida e de pagamento, incluindo programas de carreira profissional que devem ser parte de políticas multifatoriais para retenção (TARGA et al., 2014a).

A melhoria das condições de trabalho pode reduzir a exposição ao desgaste no trabalho, tendo, dessa forma, enfermeiros mais satisfeitos, com menos licenças e faltas, melhorando a qualidade da assistência prestada. Repensar a estrutura organizacional das Equipes SF da zona rural com vistas à garantia de funcionalidade e integrar o trabalhador que, efetivamente, é confrontado cotidianamente com a

sobrecarga de trabalho, deve ser um dos focos de propostas intervencionistas dos gestores para esses serviços.

O depoimento de uma das entrevistadas chama atenção para a falta de planejamento dos serviços, em especial, de saúde, o que tem relação com o surgimento da ruralidade. Cabe destacar, que, com o advento da ruralidade deixou-se de pensar o rural em oposição à cidade, o rural apenas agrícola. Passou-se a pensar em um novo rural, que se tornou ampliado, e vai além das questões agrárias, com o incremento de novas técnicas de produção no campo, com a introdução do turismo rural, entre outros aspectos. No entanto, apesar do surgimento da ruralidade trazer inovações para o campo, os problemas de saúde continuaram existindo, não havendo adequação e efetivação das políticas de saúde rurais, com base em suas especificidades e características da população:

[...] Eu acho que a sistemática em si da saúde pública ela foi pensada dentro de uma visão muito cidade. Acho que de uma maneira geral até de Ministério, se pensou em cidade, e quiseram trazer aquela realidade da cidade para cá, que não é. Então você tem que pensar numa política de saúde para zona rural, não é uma mesma política de saúde pra cidade (E-8).

É importante destacar que a Constituição de 1988 assegura o direito à saúde tanto às populações urbanas, quanto rurais, devendo ser considerados os modos de vida específicos dessas populações. Entretanto, a população rural vivencia iniquidades em saúde com diferenciação na organização e oferta dos serviços. A integralidade no SUS parte da concepção de que a população deve ser atendida conforme suas necessidades e que as instituições de saúde devem estar estruturadas de modo a garantir assistência à saúde integral (BRASIL, 1988).

As mudanças que aconteceram nos últimos anos nas políticas públicas no Brasil, trouxeram a abertura de caminhos para a valorização das ações nos espaços rurais. Intensificaram-se os conflitos por terra, os direitos previdenciários, o reconhecimento das populações rurais que eram pouco conhecidos, como: sem-terras, pessoas atingidas por barragens, pequenos agricultores, pescadores, comunidades quilombolas, povos indígenas, ribeirinhos, dentre outros. (MEDEIROS; QUINTANS; ZIMMERMANN, 2014).

A nova ruralidade deve ser entendida considerando as transformações pelas quais vem passando, de um lugar como espaço de moradia, de vida social, econômica, política e cultural. Passou-se a pensar em um rural mais significativo, que

aos poucos deixou de ser visto como residual, e ser discutido como política, considerando as necessidades de melhoria das condições de quem vive no lugar com os modos tradicionais de vida e organização. Portanto, a criação das leis não pode ser distante da realidade social (MEDEIROS; QUINTANS; ZIMMERMANN, 2014).

Os enfermeiros em alguns momentos de sua atuação tendem a aceitar certas situações de risco como inerentes à profissão, muitas vezes se submetem a atuar em condições desumanas, com a falta de recursos humanos e materiais, sobrecarga de trabalho, relações interpessoais/profissionais conflitantes, dentre outras condições que os colocam frente a várias situações de risco, vulnerabilidade e incapacidade (GIRONDI et al, 2010).

Para redução das iniquidades em saúde rural e para o fortalecimento da integralidade da assistência se faz necessário o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento dos problemas cotidianos nos serviços de saúde, como: quantitativo de recursos humanos nas equipes de saúde; dificuldades geográficas; falta de medicamentos; dificuldade na marcação dos exames e da coordenação da atenção na rede de atenção à saúde (PEREIRA; PACHECO, 2017).

## **5.5 Sentidos do trabalho para enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de áreas rurais**

Nessa categoria os resultados foram organizados de acordo com o sentido que o trabalho assumiu para a própria pessoa (dimensão individual); na relação da pessoa com a organização (dimensão organizacional), e, relação da pessoa com a sociedade (dimensão social), com breves adaptações às dimensões descritas por Morin; Tonelli e Pliopas, (2007).

### **I - A dimensão individual do sentido do trabalho**

Para o estudo dessa dimensão foram selecionados os temas: Satisfação pessoal no trabalho; Independência e sobrevivência proporcionada pelo trabalho; Crescimento e Aprendizagem com o trabalho; Identificação do enfermeiro com o trabalho.

Em relação à **satisfação pessoal no trabalho** os depoimentos dos enfermeiros evidenciam sentimentos de prazer, contribuição e realização pessoal no trabalho. Os enfermeiros deixam claro que, mesmo com os desafios do trabalho, existe a satisfação pessoal em executá-lo, aspecto que confere sentido positivo ao que realizam:

Para mim é muito prazeroso. Uma vez eu ouvi uma frase, que eu nunca esqueci: "faça o que você gosta que você nunca precisará trabalhar". E realmente por mim eu ficaria aqui até cinco, seis horas da tarde e não me importaria[...] aqui eu me realizo profissionalmente, é o que gosto de fazer. Meu trabalho não é fardo, não é uma coisa sacrificante, eu faço com prazer. É realização profissional(risos). De certa forma realização pessoal também porque a gente vem feliz e volta, de certa forma, tranquila, realizada [...]é uma realização pessoal e profissional, porque eu gosto (E-2).

[...] meu trabalho é mais prazeroso porque senão[...] aqui a gente tenta trabalhar dentro do que pode, ter tempo pra rir, tempo para a gente devolver também felicidade [...] a gente realmente tem trabalhado em condições difíceis, mas é o que eu gosto de fazer (E-3).

[...] quando acordo eu já sei que venho pra cá, eu gosto de fazer, então isso é maravilhoso. Eu não tenho nenhum problema de acordar cedo pra vir pro trabalho. Eu gosto do que eu faço (E-8).

O trabalho, independente de qual seja, constitui uma atividade importante para as pessoas e para a sociedade, pois possibilita a inserção das pessoas no mundo, exercerem seus talentos e se definirem, aprimorarem seu potencial e criar valores, o que em troca, faz a pessoa se sentir realizada e possivelmente atribuir sentido para a vida (MORIN, 2008). O trabalho tem valor significativo e influencia a motivação dos trabalhadores e sua satisfação (MORIN, 2001). Segundo Hackman e Oldham, o trabalho é significativo quando a pessoa o considera importante, valioso e que vale a pena (HACKMAN; OLDHAM, 1975). De acordo com Tambasco et al (2017, p. 141), a satisfação no trabalho interfere no processo saúde-doença dos profissionais e, conseqüentemente, no ambiente de trabalho e na vida pessoal, por isso a importância de se refletir sobre a qualidade de vida no trabalho.

Outro aspecto mencionado nas falas dos entrevistados, é que o trabalho preenche o tempo de vida de uma pessoa, evitando uma vida de ócio:

[...] eu me sinto realizada porque não tem coisa melhor que você amanhecer o dia e ter o que fazer, porque eu acho que o ser humano que não tem o que fazer morre aos pouquinhos. Eu me sinto bem resolvida em relação a isso, porque eu tenho o que fazer, tenho o que ensinar, tenho o que dar? (E-3).

É tão bom se sentir útil. Toda vida eu fui assim. Você quer preencher seu tempo com alguma coisa. Você não pode amanhecer e estar sem fazer nada, presta não (E-11).

Percebe-se nos relatos a importância que o trabalho ocupa na vida das enfermeiras, fazendo-as se sentirem úteis. Nessa perspectiva, Morin (2002) afirma que um trabalho que tem sentido é aquele que mantém o trabalhador ocupado. É uma atividade planejada, com um começo e um fim, com horários e rotina, que

estrutura o tempo, os dias, as semanas, os meses, os anos, a vida profissional, permitindo dessa forma, organizar a vida diária e a vida pessoal. O trabalho constitui uma atividade necessária, que ajuda o indivíduo a se situar, a ocupar o tempo e conferir sentido a quem o realiza, especialmente quando se tem possibilidade de escolher caminhos e fazer algo que esteja em conformidade com suas personalidades e valores.

No que diz respeito à **independência e sobrevivência proporcionada pelo trabalho**, encontrou-se em alguns relatos que os entrevistados não veem o trabalho apenas como meio de sobrevivência, de ter um emprego, mas consideram que o fato de gostarem do trabalho e se sentirem úteis no que fazem os impulsiona a ter prazer e realização pessoal:

Trabalho é necessidade tanto para você se sentir útil, quanto para garantir seu sustento. E contribui pra essa questão prática, financeira e também por você se sentir útil, prestar um serviço, estar fazendo diferença na vida das pessoas assistidas [...] acho que é basicamente isso (E-6).

Para mim é muito prazeroso sair da minha casa, ter pra onde ir, certeza que eu vou ter também uma contrapartida financeira no final do mês, que vai ser útil para a sobrevivência da minha família. Vir também e desempenhar minha função dando resposta ao que o serviço pede... em relação ao meu salário, quem é que não quer ganhar mais? Eu posso render o máximo para dar conta do meu sustento e eu não posso misturar o prazer de trabalhar com o prazer de ganhar dinheiro, eu separo isso bem. Eu faço o que eu posso para poder melhorar o serviço (E-3).

Um aspecto evidenciado neste estudo foi que os enfermeiros quando questionados acerca do que seja um trabalho que tem sentido, poucos relacionaram a remuneração, e quando relacionaram completaram com outros elementos que agregavam sentido ao trabalho. Esses aspectos foram semelhantes aos encontrados no estudo realizado por Morin, Tonelli e Plioplas (2007) com jovens administradores de São Paulo, em que o tema remuneração também esteve relacionado como um fator complementar a outros elementos que configuram sentidos para o trabalho. Salário é importante, mas não o principal fator motivador para o trabalho.

Morin (2001) cita em seu artigo intitulado "os sentidos do trabalho" estudos que utilizaram a pergunta "se você tivesse bastante dinheiro para viver o resto da sua vida confortavelmente sem trabalhar, o que você faria com relação ao seu trabalho?". Encontrou que mais de 80% das pessoas entrevistadas responderam que trabalhariam mesmo assim. As principais razões foram: para se relacionar com outras

pessoas, ter o sentimento de vinculação, ter algo que fazer, evitar o tédio e para ter um objetivo na vida.

Os entrevistados deste estudo não mencionaram a percepção de baixa remuneração com os sentidos do trabalho, o que não significa dizer que a remuneração não seja um aspecto considerado importante e de necessidade para os enfermeiros. Cabe destacar que não existe isonomia salarial no município. Já ocorreram muitas greves no município durante vários anos e uma das pautas de discussão era a isonomia salarial para todos os profissionais de nível superior, mas a categoria até os dias atuais ainda não teve essa reivindicação atendida.

Vale ainda acrescentar, que há anos os profissionais de enfermagem do país lutam pela aprovação de um piso nacional. Uma das justificativas é que a categoria possui carga horária elevada, acumulam mais de um emprego com o objetivo de conseguir remuneração digna para a atividade que exerce. Outro anseio da categoria é a aprovação das 30hs semanais. No entanto, esses objetivos ainda não foram alcançados pela categoria (COFEN, 2019). Reportando ao perfil dos enfermeiros deste estudo, observa-se que a maioria dos entrevistados possui dupla jornada de trabalho e com atuação no modelo clínico. As condições de trabalho incluindo a longa jornada e a desvalorização profissional interfere diretamente na qualidade de vida dos profissionais

Pode-se inferir que a remuneração é um fator necessário para sobrevivência dos indivíduos em todos os tipos de atividade que realizam, mas que sozinha não confere sentido ao trabalho. Existem outros aspectos importantes na tarefa que juntos agregam valor e constroem os sentidos, a exemplo das condições de trabalho, autonomia, reconhecimento, entre outros. A profissão de enfermagem por agregar valor aos cuidados ao ser humano pode ser o diferencial em relação ao sentido de trabalho quando comparado a outras áreas. Na enfermagem o produto da atividade do enfermeiro é a melhoria da saúde da população, valor importante para se encontrar sentido e realização profissional.

O emprego não é sinônimo de trabalho, é uma condição que é aplicada a essa atividade remunerada e reconhecida socialmente. O ato de trabalhar significa aprender a fazer e saber fazer alguma coisa que modifica a realidade e a própria pessoa que realiza a tarefa. Portanto, o trabalho deve ser considerado um processo de desenvolvimento e valorização do homem. Independente de qual seja a atividade laboral, da mais simples a mais complexa, pelo corpo humano (mãos, braços, voz,

olhos, ouvidos, cérebro) é criado o mundo em sua volta e produz um movimento social que transforma a realidade (ROHM; LOPES, 2015).

Para Morin (2002) o trabalho possibilita às pessoas produzirem e agregar valor a alguma coisa. Portanto, deve ser organizado de maneira eficiente e conduzir a resultados úteis. A percepção das pessoas acerca de sua liberdade e sua independência no trabalho é influenciada pelas maneiras como trabalham e pelo que produzem. A organização das tarefas e das atividades é importante para alcançar resultados esperados.

No contexto hospitalar, o enfermeiro também está exposto a fatores que influenciam nos sentidos do trabalho. Godoy (2009) realizou um estudo sobre o trabalho de profissionais de uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital referência, da rede pública de Belo Horizonte e constatou que o prazer se apresenta relacionado com o fato de se sentirem úteis, reconhecidos socialmente e ter a percepção do significado do trabalho realizado do princípio ao fim, o que traz um sentido positivo ao mesmo.

Quanto à autonomia e tomada de decisões dos enfermeiros, que são aspectos que se relacionam com a independência no trabalho, os entrevistados relacionam a falta de autonomia e de poder para tomar decisões. Ressalta-se que essas decisões estão relacionadas, ao poder de resolução de problemas, que impactam na assistência do profissional, e que necessitam de decisões hierárquicas, como o apoio da gestão:

Hoje em dia tenho algumas decepções ao longo da trajetória. Por exemplo, a questão de limitação na atuação, a falta de autonomia, as dificuldades que a gente enfrenta. A gente se vê de mãos atadas, quer fazer algumas coisas e não consegue (E-6).

Temos dificuldade pra resolver uma questão de um paciente e a gente não resolve, a gente se sente angustiado por isso e se tivéssemos abertura de resolver as coisas com mais facilidade seria ideal pra mim enfermeiro e para toda a equipe, entende? (E-8).

Antigamente a gente tinha essa autonomia, não tinha? porque agora tem que passar tudo pela gerente, a gente que sabe trabalhar não precisa estar atrás de gerente pra resolver as coisas né? A gente não tem autonomia. Nessa gestão a gente não tem autonomia, mais ainda (E-10).

Os depoimentos evidenciam que a ausência de poder para o enfermeiro tomar decisões gera insatisfação com o trabalho, manifestada por meio de angústias e frustrações. No que diz respeito às responsabilidades para o desempenho das

tarefas, para planejar as atividades, liberdade para organizar o cronograma de trabalho e métodos de trabalho, segurança na realização de procedimentos e dos cuidados, existe autonomia do enfermeiro, apesar dos depoimentos relacionarem o termo *autonomia* como se fosse sinônimo de *tomar decisões*.

Durante a visita do pesquisador às Unidades de Saúde da Família(USF), enquanto aguardava a realização das entrevistas, a observação da dinâmica de trabalho nas unidades mostrou que os enfermeiros deste estudo se mostravam responsáveis e preocupados com as questões do trabalho no que diz respeito às suas responsabilidades para resolução dos problemas do serviço e da população. No entanto, havia dificuldades inerentes à organização dos serviços na rede de atenção do município e deficiência nas condições de trabalho que deveriam ser resolvidas, mas o enfermeiro não se sentia com o poder de decisão para resolução. Apesar de o enfermeiro ter experiência, conhecimento e habilidade para desenvolver os cuidados de enfermagem, a assistência era impactada por problemas que necessitariam de decisões em nível macro.

Neste sentido, é importante a atuação da coordenação municipal de forma colegiada, promovendo espaços de reunião periódicos para planejamento das ações no município envolvendo todos os integrantes da equipe de saúde, para discutir a gestão da APS no município, com a participação dos profissionais das USF. É necessário diminuir as lacunas que existem entre os serviços e a gestão do município (GONÇALVES et al., 2017). Além disso, a distância do centro do município e o isolamento na área rural exigem maior autonomia do enfermeiro, levando a crer que quanto mais distante do centro decisório maior poder de decisão é exigido do profissional. A esse respeito, Fermino et al. (2017, p.5) afirmam que "o trabalho do enfermeiro envolve a gestão do cuidado, além de outras questões que, muitas vezes, saem de sua alçada, mas que necessitam de seu olhar crítico e participativo".

Segundo Morin (2001, p. 10) a autonomia "trata da capacidade de um trabalho deixar uma boa margem de liberdade, de independência e de discricção à pessoa para ela determinar as maneiras de realizá-lo, traz consigo o sentimento de responsabilidade pela realização das tarefas e pela obtenção dos objetivos fixados". A autonomia do enfermeiro está presente quando utiliza de seus conhecimentos, habilidades e competências, e conseqüentemente toma decisões e resoluções no seu espaço de atividade (FENTANES et al., 2011). Jesus e Said (2008) acrescentam que a autonomia pode ser entendida como a capacidade que os profissionais têm para a

tomada de decisões e resolução de problemas, sem estar presos a um nível de domínio ou de posição hierárquica. Seria o poder do profissional em controlar seu próprio trabalho com responsabilidade pelas ações desenvolvidas.

O enfermeiro pode ampliar sua autonomia em vários espaços: durante a consulta de enfermagem através do atendimento direto aos usuários, na solicitação de exames e prescrição de medicamentos conforme protocolos padronizados, e ainda por meio da educação em saúde desenvolvida em nível individual ou coletivo (GOMES; OLIVEIRA, 2008).

Reportando ao perfil dos enfermeiros deste estudo, certifica-se que estes profissionais possuem vários anos de formação e de experiência profissional, tanto na área de AB quanto hospitalar, além de apresentam elevado nível de qualificação profissional na área de atuação.

Chaves et al. (2014) realizaram uma revisão integrativa sobre a autonomia profissional do Enfermeiro na ESF e encontraram 26 artigos do período de 2007 a 2011 relacionados ao tema. Do total, apenas cinco, abordavam autonomia do enfermeiro especificamente no contexto da ESF. Esses artigos foram selecionados por abordar a autonomia profissional dos enfermeiros na ESF em diferentes perspectivas. Na primeira categoria, "autonomia não consolidada" encontraram três perspectivas de abordagem da autonomia profissional do enfermeiro na ESF. 1) possibilidade de consolidação vinculada a atributos do profissional; 2) possibilidade de consolidação vinculada a condições de trabalho, que inclui aspectos organizacionais, microestruturais e macroestruturais) e 3) possibilidade de consolidação não considerada, relacionada à divisão do trabalho. Na segunda categoria "autonomia consolidada" encontraram duas perspectivas: por mérito individual e por conquista da categoria da Enfermagem.

Ainda no mesmo estudo, os artigos que referiram a possibilidade de consolidação relacionada a atributos do profissional associaram a limitação da autonomia profissional à ausência de comportamentos pessoais que seriam elementares ao enfermeiro na ESF, tais como responsabilidade, equilíbrio e criatividade. Já aqueles que descreveram a possibilidade de consolidação relacionada a condições gerais de trabalho na ESF evidenciaram que a forma como está organizado o trabalho apresenta potencial para condicionar a autonomia profissional do enfermeiro. Como elementos organizacionais do trabalho, a precarização nas formas de contrato e vínculo dos profissionais, bem como a limitação de materiais e

insumos para o trabalho. Destaca-se que os artigos que não consideraram a perspectiva de consolidação da autonomia do enfermeiro na ESF, apresentando-a como um processo em construção, sempre no embate contra a solidez de determinadas características que estabelecem o trabalho, que lesam sua autonomia e raramente serão modificadas.

Ressalta-se que a prática do enfermeiro está também sujeita aos profissionais de outras categorias da equipe de saúde, fazendo com que a profissão seja caracterizada pela imposição de leis relativas a outros profissionais (JESUS; SAID, 2008). Esse fato limita a autonomia do enfermeiro no seu espaço de atuação, ocasionando insatisfação no trabalho e problemas de saúde (MANETTI; MARZIALE; ROBAZZI, 2008) que interferem no sentido do trabalho para o profissional.

A esse respeito, vale mencionar que, em setembro de 2017, o Conselho Federal de Medicina (CFM) moveu uma ação, visando delimitar a atuação de enfermeiros, ferindo sua autonomia ao impedir que os profissionais exerçam atribuições que há muitos anos vinha sendo desenvolvidas de forma legal. A ação pretendia proibir um conjunto de ações que o enfermeiro desempenha, como as definidas pela Portaria 2488/2011, que regulamenta a Atenção Básica, tais como: realização de consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares, prescrição de algumas medicações e encaminhamento, quando necessário, de usuários a outros serviços de saúde, conforme protocolos e disposições legais. Saliencia-se que a ação judicial impactaria diretamente a consulta de enfermagem, prevista na Lei 7.498/1986 como uma das atividades privativas do enfermeiro (CAPELLANO, 2017), ferindo dessa forma a autonomia do enfermeiro, pois dificulta ou inviabiliza um atendimento completo e de qualidade, ocasionando perda de sentido do trabalho para este profissional.

Neste estudo o **Crescimento e Aprendizagem com o trabalho**, estão relacionados às experiências adquiridas pelos enfermeiros com o trabalho, como, também, à possibilidade de, na atuação com as famílias rurais expostas a problemas de saúde, tornarem-se mais solidários e contribuir para saúde das pessoas. Assim, o sentido do trabalho se configura como positivo:

Com a Saúde da Família eu aprendi a ser mais humana, a escutar mais, porque eu era muito de só falar... mudou também a questão da experiência, eu me tornei uma pessoa mais segura no dia a dia, eu me sentia insegura naquilo que fazia e hoje não. A enfermagem me tornou melhor (E-1).

[...] eu acho que melhorei muito como profissional de acordo com essa realidade que encontrei. Isso é uma coisa que me deixou mais humana, aprendo muito aqui com esse pessoal quando eu escuto a realidade deles. [...] Por isso é tão importante eu gostar do que faço, que ainda não me tirou o entusiasmo mesmo diante das dificuldades (E-11).

Contribui para o meu crescimento tanto na parte técnica quanto na parte de dentro. A gente cresce como pessoa, a gente aprende a ouvir... chega um paciente e quer conversar com você, só conversar. E você tem que saber ouvir. Aí eu cresço como pessoa e como profissional. É a troca que te falei. "Vixe" eu me arrepiei demais nessa entrevista, nem sabia que eu ia ficar assim, porque mexe né? (E-5).

Reforçando os relatos, Morin (2001) afirma que em um trabalho para ter sentido, o profissional deve ter prazer e sentir-se realizado quando executa suas tarefas, produzir novas experiências, como também aprender e desenvolver habilidades.

Observou-se no decorrer das entrevistas, expressões manifestadas pelos enfermeiros quando falavam sobre o seu cotidiano de trabalho: o olhar atento ao pesquisador, o sorriso quando verbalizavam situações, as lágrimas presentes nos olhos dos entrevistados, o que deixa claro a expressão do entrevistado em relação a sua subjetividade, o prazer e satisfação no decorrer da entrevista; era como se a conversa durante a entrevista proporcionasse aos entrevistados um momento de escuta, e ao mesmo tempo, como se vissem no pesquisador uma possibilidade encontrada que os ajudaria a superar os desafios do trabalho.

Por outro lado, cabe destacar o depoimento de uma das enfermeiras que não percebe avanço em seu trabalho no que diz respeito ao "Crescimento e Aprendizagem", a ponto de querer deixar de atuar na área de saúde:

A gente não consegue trabalhar plenamente [...] e isso vai desestimulando com o passar do tempo né?. Aí minha pretensão no futuro é deixar a área(risos), com os onze anos de atuação não vi melhora, pelo contrário, muita coisa vem se desestruturando ao longo do tempo (E-6).

O trabalho para ter sentido deve proporcionar oportunidade de o indivíduo testar suas capacidades, estimular suas necessidades de crescimento pessoal e seu senso de responsabilidade. Assim, vários recursos podem ser considerados: a existência de desafios, a autonomia na coordenação das atividades e o *feedback* sobre seu desempenho (MORIN, 2002).

Nenhuma das entrevistadas relacionou a falta de apoio para realização de atividades de qualificação, educação permanente, afastamento para realização de cursos de pós-graduação, dentre outros. O fato de os entrevistados não mencionarem essa relação, pode ser em decorrência das próprias características de seu perfil, a maioria ter pós-graduação, anos de experiência profissional e, possivelmente, apesar da educação permanente ser importante, não ser a principal dificuldade que vivenciam em relação ao desenvolvimento do trabalho.

Para Morin (2008) o trabalho proporciona aos indivíduos capacidade de realização, e ainda possibilita vislumbrar um futuro desejável, o que pode trazer melhoria e orientação da carreira profissional. Este aspecto do trabalho reconhece esperança como um direito humano.

O interesse no trabalho em si pode estar associado ao grau de correspondência entre as exigências do trabalho, e também aos valores, interesses e competências do profissional. Esse interesse surge das possibilidades que o trabalho oferece para provar seus valores pessoais e para realizar seus desejos. O trabalho deve proporcionar realização, oferecendo oportunidades para vencer desafios ou perseguir ideais (MORIN, 2001).

Hackman e Oldham (1975), primeiros pesquisadores a realizar estudos sobre sentidos do trabalho, propuseram um modelo que buscava explicar como as relações entre as características de um trabalho e diferenças individuais influenciam os trabalhadores. A relação entre motivação, satisfação e produtividade é guiada pela força da necessidade de crescimento da pessoa. Por exemplo, uma pessoa com necessidade de crescimento elevada apresenta mais sensibilidade a um trabalho enriquecido do que uma pessoa com necessidade de crescimento baixo. A ligação entre as características do trabalho e motivação também seria moderado por conhecimentos e competências da pessoa e sua satisfação com o trabalho.

Em se tratando do trabalho com populações rurais, é oportuno acrescentar que os enfermeiros, embora tenham elevada experiência profissional e qualificação, sentem a necessidade de aprofundar os conhecimentos no que diz respeito às questões de saúde rurais. Os profissionais estão inseridos há muitos anos em comunidades rurais, no entanto, o conhecimento ainda é insuficiente no que diz respeito às questões de saúde, pois a realidade rural apresenta características peculiares relacionadas ao contexto que requerem aprimoramento profissional para manejo adequado dos problemas e busca de soluções. Destaca-se que a portaria

atual da APS no Brasil (Portaria 2436/2017) trata as questões rurais igual às urbanas. Essa portaria não deixa clara a organização do trabalho dos profissionais de saúde de áreas rurais existentes no país. Quando se trata da saúde rural aborda questões pontuais, e direcionadas para populações ribeirinhas que, apesar de serem comunidades em sua maioria rurais, apresentam uma realidade diferente da maioria das áreas rurais do País.

Portanto, além das áreas já conhecidas como rurais no país e que existem em todos os municípios (populações do campo) não se pode perder de vista as questões de saúde de outras populações rurais conhecidas como "comunidades tradicionais". A Paraíba possui várias comunidades tradicionais como quilombolas, assentados, indígenas, ciganos, também reconhecidos como rurais e que ainda são invisíveis aos olhos de gestores e até mesmo dos profissionais de saúde. Nesse caso, investir na aprendizagem dos profissionais para lidar com o processo saúde-doença dessas populações representaria avanço para melhoria de saúde da população como também crescimento para o profissional.

Em relação à **dimensão individual do trabalho** quanto à **identificação profissional**, (identificação do enfermeiro com o trabalho) os relatos evidenciam que os enfermeiros se identificam com a profissão, com o trabalho na APS e com o trabalho que realizam em área rural.

Quando eu escolhi enfermagem, escolhi por gostar da área de saúde e porque eu queria ser enfermeira. Tem todas as dificuldades do dia a dia, mas a gente tem que colocar os pormenores pra trás, e ver os objetivos maiores de conquista. Eu como enfermeira me sinto realizada. Não vivo num País em nível excelente, mas o pouco que faço, faço com prazer [...] Sinto-me muito valorizada em trabalhar na área rural. Se você perguntar se eu quero mudar daqui desse PSF pra uma zona urbana, eu ia dizer a você que não; me deixe aqui como eu estou até me aposentar (E-3).

Meu dia a dia, como é aqui na zona rural, eu me desloco de João Pessoa todos os dias, tem um ano que estou nessa rotina. A rotina pra mim não é cansativa, eu me identifico muito com o perfil do Programa Saúde da Família e gosto de trabalhar com o pessoal da zona rural. Não é cansativo, não se torna chato pra mim, eu gosto[...] eu já venho empolgada com aquilo, porque eu já sei aquele público que eu venho atender (E-11).

[...] eu adoro trabalhar com Saúde da Família, já tenho dez anos, tenho vínculo. [...] eu gosto, eu me identifico muito com a atenção básica (E-1).

Nota-se que os enfermeiros encontram na profissão e no trabalho da ESF em área rural fonte de orgulho e de identificação. As falas mostram que estes profissionais se reconhecem na profissão além de se considerarem sujeitos ativos no seu fazer e isso faz com que sintam prazer e satisfação, conferindo sentido positivo para o que realizam. Segundo Caram (2010), o indivíduo precisa se reconhecer como profissional e se constituir em sua prática, articulando as vivências para que atribua sentidos ao trabalho. No momento em que isso acontece, o profissional identifica sua atuação de forma coerente e segura, além de se sentir satisfeito por atuar em um local em que se reconhece como aquilo que se propôs, estudou e gosta de fazer.

Há três aspectos que contribuem para dar sentido ao trabalho: a primeira diz respeito à variedade de tarefas, que exige uma variedade de habilidades; a segunda, a identidade do trabalho quando permite que o indivíduo execute a atividade do início ao fim, com um resultado concreto, identificável; a terceira, diz respeito ao significado do trabalho, quando este tem um impacto significativo sobre o bem-estar de outras pessoas, seja na organização ou na comunidade (HACKMAN; OLDFHAM, 1975).

Segundo Caram (2013), a dimensão individual do sentido do trabalho possibilita reflexões no que diz respeito à necessidade de se valorizar e (re)valorizar constantemente a dimensão subjetiva do trabalho. É fundamental reorganizar as estruturas das organizações e políticas de gestão de pessoas com foco nos profissionais e suas vidas profissional e pessoal.

## **II - A dimensão organizacional do sentido do trabalho**

Na **dimensão organizacional do trabalho**, dois temas são fundamentais na configuração de sentido do trabalho: Utilidade do enfermeiro no trabalho; relações estabelecidas pelo enfermeiro com o trabalho.

Em relação à **utilidade do enfermeiro no trabalho**, neste estudo, os enfermeiros sentem-se úteis e importantes. Destaca-se que a utilidade mencionada pelos profissionais está relacionada à resolutividade do seu trabalho no âmbito da APS, o que é motivo também de satisfação e prazer no trabalho, conferindo sentido positivo:

[...] eu prefiro o trabalho da Estratégia Saúde da Família porque a gente se sente útil, importante, eu gosto (E-10).

O meu dia de trabalho às vezes é estressante, tem alguns dias mais cansativos que outros, mas você vê as coisas dando certo, o serviço caminhando, grande parte dos problemas dos usuários se resolvendo, aquela gratidão de olhar pra você, ah ficou tudo bem, deu tudo certo! Isso aí paga todo o estresse, toda frustração (E-2).

Eu acho meu trabalho resolutivo e prazeroso. Com certeza o meu trabalho é mais prazeroso. Não é somente você ser formal. As coisas têm que ser formais, mais com responsabilidade (E-3).

Trabalhei em muitos sítios durante toda minha vida, sempre gostei mais da zona rural, andar de moto com os ACS, na chuva, no sol, passando dentro de açude, passando por cima de pedra e chegar à casa de um velhinho, levar um medicamento pra ele, ver a alegria no olhinho dele, e ouvir "ô já tava com saudades de você". Ver a melhora, ou um curativo de uma úlcera, você faz diário. Levo saúde, isso é muito bom (E-9).

[...] você conseguir juntar um número expressivo, pra gente é expressivo, de mulheres para o planejamento familiar, de grupo de hipertensos, para a gente é maravilhoso. Só o fato de a gente ver que dá resultado já é bom. E vale a pena sair lá dos cafuloló (risos) pra vir pra cá, é muito gratificante (E-8).

É importante ressaltar que a utilidade foi um dos temas mais evidentes nas falas em relação à atribuição do sentido do trabalho para os enfermeiros. O relato de E-8 é de uma das entrevistadas que atua em uma área rural mais distante da cidade de Campina Grande. Nessa localidade residem pessoas assentadas e que enfrentam vários problemas de ordem social e econômica, além do problema da seca que é crítico na região. Durante a visita de campo chamou atenção do pesquisador, o fato dessa unidade ser uma das raras unidades rurais do município que apresenta boas condições, com estrutura adequada aos padrões recomendados pelo Ministério da Saúde. Essa comunidade é menos favorecida, principalmente em relação ao acesso geográfico, por se localizar em área de intenso isolamento e, de todas as áreas rurais é a mais distante da cidade.

Vale destacar que a entrevistada realiza um percurso diário de ônibus de quase duas horas de sua cidade de residência para a cidade de Campina Grande; em seguida percorre aproximadamente 1h (uma) hora por estrada de asfalto e de terra, para chegar à localidade rural onde trabalha. A fala da entrevistada mostra que, apesar dos desafios diários no trabalho em área rural, convivendo com os problemas cotidianos da população, se sente satisfeita e realizada com o trabalho que desenvolve, pois consegue visualizar o propósito de seu trabalho.

Segundo Morin (2002) o trabalho com sentido é aquele que além de ser útil é também realizado de maneira eficiente. A autora considera não só o fim do trabalho para que ele tenha sentido, mas também o processo pelo qual se chega ao fim, que é o resultado do trabalho.

Por outro lado, alguns entrevistados atribuem a falta de sentido ao trabalho, por não conseguirem vislumbrar a plenitude do seu trabalho, a assistência completa do início ao fim, aspectos que interferem na resolutividade de suas ações, na qualidade do trabalho desenvolvido e que influenciam na saúde da população assistida:

Acho que a gente nada contra a correnteza. Você fica o tempo todo tentando apagar um incêndio aqui, outro ali, que foge do nosso controle. É prazeroso quando a gente consegue ter resultado das nossas ações[...]ao mesmo tempo é frustrante quando você tenta fazer algumas coisas e não tem sucesso, por falta de estrutura, falta de material, medicamentos, nesse sentido é um pouco frustrante... Dá certa revolta, muitas vezes com coisas que não são da nossa alçada, tipo falta medicação e de insumo [...] quando acontece isso você se sente desmotivada. De certa forma mexe sim. (E-6).

A gente não tem como marcar um exame, não tem uma consulta de referência, não tem um remédio, o paciente vem fazer o que aqui? Não consigo ver minha assistência completa porque a gente não consegue resolver o problema do usuário (E- 10).

Pra você ter um trabalho completo teria que ter todos fazendo sua parte, eu faço a minha, tu faz a tua, a gestão faz a dele, é assim para funcionar. Não adianta eu atender uma gestante e não ter um ultrassom, não ter um exame, como é que eu vou fazer um pré-natal de qualidade? só com minha parte não existe, você se sente impotente (E-1).

O que me angustia e cansa são as condições de trabalho, não o trabalho em si, são as condições que fazem eu me angustiar e cansar, são as condições, não o trabalho (E-4).

Os depoimentos revelam dificuldades no serviço ocasionadas pelas barreiras organizacionais fragilizando a continuidade da assistência pelos enfermeiros que, embora conheçam às necessidades dos usuários, encontram dificuldades para realizar seu trabalho. Esses aspectos desencadeiam sentimentos de impotência, pois o profissional não consegue vislumbrar a plenitude de seu trabalho, o que pode desencadear a perda de sentido da atividade que realiza. Ressalta-se que a perda de sentido do trabalho pode interferir no bem estar do profissional, que por não conseguir obter resultado completo de suas ações realizadas, sente angústia e frustração.

As Secretarias Municipais de Saúde tem a responsabilidade de coordenar a Atenção Básica, organizando, executando e gerenciando as ações e serviços no

município, considerando o princípio da universalidade do SUS, incluindo as unidades que podem ser próprias ou cedidas pelo estado e pela união (BRASIL, 2017a).

Outro aspecto evidenciado nos depoimentos deste estudo foi que apesar da assistência à saúde ser um direito constitucional, o enfermeiro vê o trabalho como uma forma de minimizar e/ou sanar as dificuldades pelas quais passa a população e que muitas são decorrentes das iniquidades existentes:

[...] eu me sinto muito bem, muito feliz em estar fazendo o que faço, porque é o que eu gosto, mais acho que eu estaria bem realizada mesmo se a gente pudesse trazer para essa comunidade o que ela necessita. (E-8).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que o trabalho e as condições em que é realizado têm impacto sobre a saúde mental das pessoas, particularmente o estresse, injustiça, práticas discriminatórias, dentre outros. O significado que as pessoas dão ao seu trabalho deve ser adicionado a essa lista. O estado psicológico resultante terá efeitos sobre a saúde do indivíduo, desempenho e vida privada. Estes fatores seriam facilitados se o sujeito experimentasse o prazer no trabalho. Se ele experimenta angústia, terá que mobilizar seus sistemas de defesa para lidar com o sofrimento para manter sua saúde, o desempenho no trabalho e qualidade de vida (MORIN, 2008).

Os momentos de mudança organizacional constituem em uma grande oportunidade para reorganização do trabalho de tal forma que a qualidade de vida e a eficácia organizacional sejam aprimoradas e que as características que se atribuem a um trabalho que tem um sentido possam nortear as soluções e as atitudes dos responsáveis pelos processos de transformação organizacional. Os problemas de desempenho no trabalho devem ser considerados como algo importante e preocupação dos administradores. Para resolução dos problemas deverão ser construídos mecanismos de gestão que possibilitem a identificação rápida dos desvios de desempenho, determinando suas origens e corrigindo-as (MORIN, 2001).

Estudo realizado com 16 enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família do município de São Paulo-SP sobre a relação trabalho-saúde de enfermeiros mostrou a presença de desgaste das profissionais, que permeia momentos do processo de trabalho, representado pelo sentimento de impotência e insatisfação frente à complexidade do trabalho relacionado aos problemas que encontram no objeto de atenção: o sofrimento e as carências da população, uma população que não

adere ao tratamento ou que encaminha suas reclamações sobre este ou aquele profissional - situações geradoras de estresse, sufoco e desgaste; à provisão insuficiente dos meios e instrumentos de trabalho que vão da planta física inadequada à falta de formulários, de material e de equipamentos e, além dos recursos materiais, a dificuldade para lidar com as limitações, o que traz estresse, preocupação e dor (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

Outros aspectos apontados no estudo foram: as exigências colocadas pelo modelo assistencial construído em torno de uma política de resultados, que representa desgaste, estresse e desvalorização profissional; a forma de organização e divisão do trabalho que, pautada no modelo assistencial, se estrutura entrecortada pelas incompatibilidades internas, pela falta de integração entre as enfermeiras, pela exploração de sua subjetividade, pela multifuncionalidade e pela pressão causada pelas demandas da população, gerando ansiedade, estresse, angústia, sensação de não dar conta do recado, conflito e irritação, frustração profissional. As autoras ainda afirmam que o trabalho em si se divide entre realizar atividades programadas e dar conta de outras demandas, exigindo dedicação ilimitada que ultrapassa o horário de trabalho e que traz impotência e desgaste (SANTOS, SOARES, CAMPOS, 2007).

Ressalta-se que para o trabalho do enfermeiro ter sentido é necessário que este profissional tenha condições adequadas para desenvolver ações de vigilância em saúde na APS, incorporando novas tecnologias, com uma rede de serviços estruturada para que possa coordenar o cuidado e ver o produto de seu trabalho que é a resolutividade das ações e melhoria de saúde da população.

Seifert e Messing (2004) afirmam que os cuidados de enfermagem são, antes de tudo, de natureza relacional e, nesse sentido, exigem tempo e certa continuidade presencial dos profissionais junto aos usuários e seus familiares. Os trabalhadores ao encontrar condições inadequadas de trabalho para desenvolver a “natureza relacional” na regulação de suas atividades acabam por privilegiar a realização das tarefas prescritas, reduzindo sua dedicação aos aspectos relacionais do trabalho.

Quanto ao relacionamento, as **relações estabelecidas pelo enfermeiro com o trabalho**, outro tema que se insere na dimensão organizacional do trabalho, as falas evidenciam que o sentido do trabalho é dado através do vínculo estabelecido com a população, e essa relação favorece o desenvolvimento das práticas cotidianas. Portanto, além dos atendimentos individuais na consulta de enfermagem e outras atividades realizadas, há os encontros dos grupos nas datas comemorativas que

potencializam a relação do enfermeiro e Equipe SF para promoção do cuidado à saúde da população:

[...] a gente cria vínculos com a comunidade a ponto de eles nos procurarem pra determinados problemas que não são de nossa alçada, mas a gente termina sendo professor, psicólogo, assistente social, porque assim se tem confiança e credibilidade grande e eles nos procuram e a gente atende esse anseio da comunidade (E-4).

A gente já conhece as pessoas quase todas pelo nome, eu chamo pelo nome. Isso é mais uma atração deles em relação a gente porque se sentem benquistos e é importante né? [...] tem as atividades dos grupos e nos meses festivos, São João, aí a gente faz a quadrilha. É de emocionar [...] A gente dança, a equipe dança. Tem quadrilha com os idosos. E no natal a gente faz confraternização com eles, e eles gostam muito (E-5).

Evidencia-se nas falas que a relação de vínculo do enfermeiro com a população rural ocorre além dos problemas de saúde, e essa relação favorece o desenvolvimento das práticas de saúde pelo profissional.

Tendo em vista que a população rural tem uma formação diversificada por características que contemplam especificidades cultural, racial, regional, entre outros, é importante que o enfermeiro considere essas singularidades para atuar de modo efetivo na promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2012). Para tanto, se faz necessária a criação de vínculo profissional-usuário para se pensar estratégias de esclarecimentos e educação (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014). O cuidado centrado na comunidade com competência cultural deve ser o princípio essencial de todas as políticas de saúde (TARGA et al., 2014a).

Rodrigues, Barrichello e Morin (2016) realizaram um estudo sobre os sentidos do trabalho para profissionais de enfermagem que trabalham em hospitais públicos que atendem ao SUS na cidade de São Paulo e profissionais de hospitais privados de Belo Horizonte. Um aspecto encontrado e que chamou atenção dos autores foi que, quem atende população carente vê mais sentido em seu trabalho, mesmo não apresentando o maior nível de vínculo afetivo com a organização. Nesse caso, o sentido pode estar atrelado não necessariamente a uma ligação emocional, mas sim ao propósito social do trabalho.

Além do vínculo do enfermeiro com a população rural, as falas também apontam o reconhecimento do trabalho do enfermeiro pela população:

[...] você tem aquele contato mais próximo das famílias, você entra na casa delas, conhece cada pessoa da casa, então você acaba até se doando mais profissionalmente...quando os problemas de saúde são resolvidos, a gente vê a gratidão; quando a gente faz uma visita domiciliar vê o olhar de agradecimento... isso é gratificante. E você vê que realmente está plantando uma sementinha ali naquele lugar(E-2).

Eu me sinto feliz em saber que elas gostam do meu trabalho, que está sendo importante pra eles. Pra aquela paciente meu trabalho é importante (E-9).

Eu acho que a população absorve o que o enfermeiro diz e ela já distingue o enfermeiro do médico, que é eu sou enfermeira e o que eu vou resolver e o que o médico vai resolver. Ela já tem esclarecimento sobre esse novo modelo e consegue valorizar o enfermeiro, a importância dele na equipe, consegue valorizar sim (E-10).

O cuidado de enfermagem na ESF acontece através de uma prática interativa, multidimensional e interdisciplinar que integra uma rede de relações. Nessa direção, entende-se que é preciso ocorrer essa articulação para que o profissional possa compreender a pessoa humana, seu contexto singular e coletivo, de modo a desenvolver o cuidado de forma integral.

Em relação às pessoas das áreas rurais, salienta-se as distâncias que as separam dos moradores da cidade e a ausência de equipamentos sociais na área rural, que contribuem para intensificar o vínculo da população com os profissionais de saúde. A população rural tem os profissionais de saúde, muitas vezes, como a única alternativa para dar resposta aos seus problemas. Além disso, há um aspecto peculiar do vínculo da população com os profissionais e destes com a comunidade. O enfermeiro ao adentrar as residências e ser bem aceito, entra na intimidade das famílias, o que permite abordagem mais ampla dos problemas existentes.

O trabalho favorece a existência de boas relações com as pessoas, e desenvolvimento de estreita relação com os colegas, o que possibilita exercer influência no meio ambiente (MORIN, 2008). No trabalho podem se desenvolver laços de afeição duráveis (MORIN, 2002).

Pesquisa realizada com 09(nove) enfermeiras que atuavam em Unidades de Saúde da Família de municípios rurais do Rio Grande do Sul constatou que, em relação à percepção das enfermeiras acerca do trabalho desempenhado no município, havia um elemento comum que era a manifestação do quanto se tornou gratificante o seu papel, pelo crescimento dos mesmos e com as inovações possibilitadas com a implantação do SUS e as políticas decorrentes; em

contrapartida, questionaram o trabalho burocratizado da ESF. A maior realização das enfermeiras era a sua interação com as pessoas (BUDÓ; SAUPE, 2005).

Constata-se nos depoimentos que a realização do trabalho do enfermeiro traz recompensas de natureza subjetiva, expressas nas falas através da proximidade com a população e ao mesmo tempo possibilidade de reconhecimento, da satisfação dos indivíduos em relação à assistência recebida. Identifica-se através dos relatos o envolvimento dos enfermeiros com o trabalho. Neste contexto, a maioria dos enfermeiros assume a liderança das equipes e estrategicamente assume a vanguarda da APS como um novo modo de produção social em saúde (UCHÔA et al., 2016). Os relatos também ressaltam relação de proximidade do enfermeiro com a equipe de saúde:

Nossa equipe é bem receptiva, o pessoal tem um acolhimento muito grande da gente, todos os profissionais interagem entre si e tem boa amizade (E-3).

Eu tenho minha família de sangue e minha segunda família que é a equipe de trabalho. Confiança e credibilidade são o que têm em relação a mim (E-4).

[...]a gente passa muito tempo junto e se torna um convívio familiar, porque nós passamos boa parte do nosso dia junto convivendo[...] não é só um vínculo empregatício, de serviço, gera um vínculo de amizade (E-7).

A equipe da gente é muito boa, somos muito unidos e eles combinam tudo. Quando eu não venho eles dizem "olhe, esse PSF quando você não está nada funciona" (E- 10).

[...] não é só a confiança não, eles acham que sou uma pessoa competente (risos). Nesses 11 anos que eu estou aqui, pelo comportamento deles, pela maneira com que me tratam, eles me veem como uma pessoa competente, capaz de desenvolver o trabalho que eu faço há muito tempo (E-8).

O trabalho em equipe tem sido relevante na ESF, em razão da estratégia se pautar em um trabalho multidisciplinar, rompendo com os modelos tradicionais de assistência em que o cuidado era centrado apenas na figura do médico. Neste sentido, pela importância do trabalho do enfermeiro na ESF e pelas atribuições que assume, além de dividir maior tempo de trabalho com a equipe, este profissional tende a estabelecer relações de trabalho próximas. Neste sentido, para Morin (2002) um trabalho que tem sentido é fonte de experiências de relações humanas satisfatórias, pois coloca as pessoas em interação umas com as outras e isso é importante para a organização do trabalho.

Um dos grandes desafios da Enfermagem é incorporar sua prática com as dos indivíduos a serem cuidados, buscando na alteridade, maneiras de cuidar. É

necessário que se considere o contexto social que permeia as relações e inter-relações dos indivíduos, para atender às necessidades da família rural (ZILLMER et al., 2009). Enquanto os entrevistados atribuem sentido positivo ao trabalho devido à sua relação de proximidade com a população e equipe de saúde, com a gestão a relação é distante:

[...] eu acho a gestão distante da gente. Fomos apresentados a nossa gestão há quatro anos, e depois não veio ninguém da secretaria até a gente e nem nós fomos convidados a ir até lá. A ligação que a gente tem é com a gerente de distrito, que foi bastante ausente nos últimos tempos. No primeiro ano e até no segundo, foi um pouco melhor, mas os dois últimos anos foram terríveis, porque a presença quase que zero (E- 2).

É uma relação distante. É porque cada um desenvolve um serviço intersetorial e os setores não entram muito no PSF e cada um vai tomando conta do seu dia a dia e vai ser só números pra preencher a parte do Ministério da Saúde. Eu não queria eles muito próximos. Eu queria que eles dessem mais abertura para você trabalhar com os insumos, com responsabilidade entendeu? é deles... investimento para o PSF (E-3).

A zona rural por ser distante do centro da cidade, da mídia, distante de tudo, fica como meio escondida, então a gestão não se preocupa tanto quanto com as da zona urbana que tem maior visibilidade por parte da população (E-4).

Na realidade a gente tem muito pouco contato com a gestão. Não tem muita avaliação, não tenho muito como perceber isso. Acho que pra gestão não tendo reclamação está bom. A gente tem mais contato com a gerente de distrito. Se a gente procurar ela tenta resolver, mais não existe periodicidade pra reunião, capacitação, essas coisas (E-6).

Tem uma relação distante, não da para percebê-la muito. Vez ou outra a gerente faz umas colocações para dar para entender que confia, aí alguma coisa ela diz (E-11).

As falas apontam que a maioria dos enfermeiros considera a relação da gestão distante dos profissionais da ESF. Esta distância é relacionada à pouca visibilidade, poucas reclamações da população e até mesmo, pela baixa reivindicação da população rural que se contenta com o que recebe dos profissionais. Pesquisas que abordam sentidos do trabalho evidenciam que a identificação com o trabalho em si e a relação de proximidade com os colegas e superiores é indispensável para ter um trabalho que dê prazer ao profissional, dessa forma, contribuindo para obtenção de melhor qualidade de vida no trabalho (VILAS BOAS; MORIN, 2015).

Chama atenção o depoimento de uma das entrevistadas quando faz um apelo ao poder público para dar maior visibilidade ao trabalho em saúde da zona rural:

[...] merecia que o poder público olhasse com bons olhos pra zona rural, porque é difícil para os profissionais, a gente se sente de mãos atadas, a gente quer resolver e não consegue e isso causa constrangimento ao profissional. [...] a gestão poderia ser mais presente na zona rural tendo em vista que a acessibilidade é mais difícil, a população é mais carente, entendeu? [...] A zona rural, se você observar, é meio esquecida enquanto a zona urbana tem um foco melhor, fica mais próxima, eles têm mais atenção. Se nós tivéssemos mais condições nós poderíamos fazer mais pela população, isso traz satisfação ao profissional, não só pra mim. [...] pra toda equipe seria algo satisfatório se nós pudéssemos resolver pelo menos setenta por cento da nossa demanda e a gente não resolve (E -7).

Estudo realizado com 20 enfermeiros da ESF do município de Pelotas/RS também encontrou resultados semelhantes aos deste estudo. Identificou entre as estratégias para melhorar o gerenciamento do cuidado, a necessidade de maior aproximação da gestão municipal com as unidades, para maior proximidade com a realidade de forma a melhorar o planejamento e apoio às necessidades. Quanto às dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para gerenciar o cuidado nas unidades, destacou-se a insatisfação e descontentamento com a gestão municipal. Estes entraves possibilitam repensar o processo de trabalho gerencial do enfermeiro, bem como aponta para a necessidade de novas formas de fazer saúde, transpondo a visão tradicional ainda presente nos serviços (FERMINO et al., 2017).

Apesar de alguns relatos apontarem aspectos da relação distante da gestão com os profissionais de saúde que sinalizam perda de sentido do trabalho, outros discursos relacionam esse problema à falta de valorização e reconhecimento do trabalho dos profissionais pela gestão, aspectos que se inserem na dimensão organizacional dos sentidos do trabalho:

Eu me sinto desassistida por parte da gestão. A plenitude do trabalho se dá com boas condições de trabalho. Você só tem condições de realizar um trabalho ótimo se você tiver condições. Então a plenitude de meu trabalho vai depender das condições que eu encontro em relação à unidade como estrutura física, materiais e equipamentos, relações humanas. Então a plenitude do trabalho da gente depende disso (E-4).

Acho que se eles percebessem o trabalho da gente, já tinham implantado o Plano de Cargos, Carreira e Remuneração[...] é mais uma coisa que nos deixa triste, a gente se sente desvalorizado (E-2).

A gente precisa ser mais valorizada. Não é ser valorizado no dia do enfermeiro que faz aquela coisa só pra tirar foto; é no dia a dia, é no meu cotidiano. A gente tem muito problema administrativo com marcação de exame, e agora com remédio que virou uma bola de neve, desgastante, difícil. Se a gente fosse trabalhar para esperar valorização da gestão eu acho que[...] Muitas vezes a gente faz pela equipe, porque se você fosse fazer pra esperar um resultado e reconhecimento da secretaria, nunca ia ver (E-10).

O trabalho deve ser reconhecido e apoiado pelos outros na organização. Esse aspecto estimula a necessidade de afiliação e vinculação (MORIN, 2001). Os relatos mostram que os enfermeiros apresentam sentimentos de isolamento, falta de reconhecimento e valorização. Sentem-se sozinhos em um trabalho complexo e sem apoio dos órgãos centrais.

Reconhecimento e valorização são essenciais para estimular o comportamento produtivo e o desenvolvimento da autoestima dos profissionais. As contribuições acontecem de várias formas, como por exemplo: palavras de afeição e consideração dos supervisores, apoio para que as equipes tenham responsabilidades, tratamento equitativo de salário e benefícios, fornecimento de um sistema de recompensas eficiente e influência real das pessoas na tomada de decisões (VILAS BOAS; MORIN, 2014).

As gerentes distritais são responsáveis pela coordenação do trabalho das Equipes de SF localizadas nos distritos sanitários do município de Campina Grande. Durante o período de coleta de dados percebeu-se insatisfação por parte da maioria dos enfermeiros em relação ao trabalho desempenhado pelas gerentes ao mencionarem que não havia planejamento por parte delas para o trabalho das equipes, como realização de reuniões contínuas com os profissionais.

Os enfermeiros desconheciam o dia de visita das gerentes às Unidades de Saúde da Família. E, ainda afirmaram que as visitas às unidades eram realizadas de forma esporádica, na maioria das vezes sem aviso prévio aos profissionais. Outro aspecto mencionado pelos enfermeiros foi que o contato das gerentes para com eles, muitas vezes acontecia de forma individual e sem efeito para resolução das necessidades da equipe. Esse contato muitas vezes era para cobrança de metas, indicadores e resultados a serem cumpridos pela equipe, ou quando da existência de ações educativas a serem realizadas e divulgadas pelo município, como, ações relacionadas a campanhas como, outubro rosa, novembro azul, dentre outras. Este fato gerava insatisfação dos enfermeiros, pois alegavam que a gestão os utilizava

para cobrar dos demais profissionais o cumprimento de ações e metas que deveriam ser de responsabilidade de todos os integrantes da equipe. Em se tratando dos ACS e técnicos de enfermagem, é responsabilidade do enfermeiro a coordenação de suas ações.

As gestões municipais precisam se fazer presentes no cotidiano das equipes, por meio de visitas contínuas às unidades, levantando problemas e dificuldades de forma ampla e discutida com os profissionais, proporcionando reflexão e transformação nos processos de trabalho e contribuindo na organização dos fluxos dentro das USF (GONÇALVES et al, 2017). A proximidade da gestão com os profissionais da ESF, em especial, os que atuam nas áreas rurais, contribui para que os profissionais se sintam assistidos e valorizados, além de favorecer a redução da exposição dos profissionais ao desgaste no trabalho e a qualidade da assistência. Portanto, repensar a estrutura organizacional das Equipes SF da zona rural, visando integrar o trabalhador que é confrontado cotidianamente com as dificuldades, deve ser o foco de propostas intervencionistas dos gestores para esses serviços.

Rohm e Lopes (2015) afirmam que a compreensão de gestão não deve ser realizada através de modelos teóricos inspirados nas ciências exatas, a exemplo do positivismo e o utilitarismo, e sim, nas ciências sociais, que valoriza questões humanas e sociais. Para os autores o trabalho não pode visar somente à produção e os resultados, mas o sentido da atividade, da subjetividade e da vivência, que são características tão importantes quanto a produção e a rentabilidade. Nessa direção, Silva e Simões (2015) afirmam que o indivíduo ao encontrar sentido na atividade que realiza, as ações direcionadas para o seu trabalho e para a organização podem tornar-se mais positivas, mais comprometidas.

Cabe destacar que há anos os enfermeiros do município de Campina Grande lutam pela implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR) da Saúde no município, o que é assegurado como direito na Constituição. Desde final de 2010 formou-se uma comissão, com participação de profissionais de várias categorias, para elaborar o Plano. Este plano foi aprovado, porém, até hoje não foi implementado. A implantação seria um dos aspectos que valorizaria o trabalho desses profissionais.

Um dos aspectos ressaltados na Declaração de Belém diz respeito à necessidade de estratégias de valorização do profissional de área rural, como incentivo aos profissionais através de premiações por longitudinalidade, auxílio à

moradia, viabilidade no transporte, educação dos filhos e remuneração (TARGA, et al, 2014b). Soma-se a esses aspectos a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS), como possibilidade de transformação das práticas profissionais e que favorece a reflexão do processo de trabalho, autogestão, trabalho em equipe, bem como potencializa a construção de cotidianos, proporcionando aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2018).

Chamou a atenção as falas de alguns entrevistados ao ressaltarem que a gestão sabe, confia e tem conhecimento da importância do trabalho do enfermeiro em relação às ações que este profissional desenvolve, mas na prática esse discurso não condiz com a realidade vivenciada diante das dificuldades encontradas no trabalho cotidiano:

[...] eles confiam muito em mim, pois sabem que eu sou capaz de estar aqui, tenho competência pra isso. Todas as gerências que mudaram, a Secretaria, o diretor da Atenção Básica me conhece. Pela maneira que eles se dirigem a mim, pela maneira que falam comigo, acho que confiam no meu trabalho, eles acreditam mesmo[...] às vezes deixa a gente até um pouco estressada com os gerentes, com a prefeitura, porque são entraves que fazem com que o trabalho da gente não caminhe como deveria (E-8).

Assim, a gestão que veja com bons olhos, até porque nossos resultados são bons, nossa produção é boa, não precisar faltar, essas coisas [...]A aceitação do meu trabalho pela gestão é muito boa, até porque a gente dá a resposta a eles; agora a gestão não é próxima de nós, a gente sente que tem a dificuldade de chegar insumos, material, receituário, essas coisas( E-7).

Os depoimentos revelam que, apesar da gestão saber da capacidade do trabalho do enfermeiro na Equipe de SF, na prática há dificuldades que poderiam ser solucionadas e que estão em seu poder de decisão. Embora a gestão demonstre conhecimento e importância do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros na ESF rural, não supre as UBS de insumos, além dos relatos apontarem confiança em pessoas e não na equipe como um todo. A falta de resolutividade da gestão desencadeia sentimento de impotência no enfermeiro.

Ruhm e Lopes (2015) afirmam que os indivíduos não podem trabalhar e viver sem dar sentido às suas ações. A adesão ao trabalho é adquirida pelo sujeito quando a atividade faz sentido para ele. O reconhecimento da competência do enfermeiro e dos resultados obtidos é um fato positivo, mas a falta de suporte em termos de subsídios para o trabalho e reconhecimento do trabalho da equipe torna-se um

problema. É importante a discussão coletiva, pois diferentes pontos de vista possibilitam dar sentido à ação e avaliar sua pertinência. A efetiva participação do trabalhador permite o seu real acesso ao lugar de sujeito e traz sentido de realização.

Durante o período de coleta de dados, alguns enfermeiros mencionaram que grande parte das dificuldades, em especial, as inerentes às condições de trabalho, são repassadas para as gerentes que coordenam as equipes, no entanto as mesmas não tem poder de decisão para solucionar a maioria dos problemas. Cabe destacar, que os problemas relatados pelos sujeitos também foram constatados em estudo realizado por Santos (2004) sobre a implantação da ESF na cidade de Campina Grande. Portanto, ressalta-se que no município, houve crescimento no número de equipes de SF desde sua implantação em 1994, mas esse crescimento não garantiu estruturação das equipes para acompanhar as necessidades da população pelas equipes de SF.

Segundo Santos (2004) no início da implantação o município tinha 03(três) Equipes de SF e no final de 2003, 49 equipes. Na época do estudo, a autora afirmou que existia o interesse da gestão em ampliar o número de equipes de Saúde da Família no município, mas nem sempre o crescimento foi acompanhado de investimento concreto. A autora ainda afirma que uma das grandes dificuldades apontadas pelas enfermeiras da ESF, na implantação, foi a falta de estrutura física e a ausência de recursos materiais para a realização do trabalho. Esta dificuldade não é uma característica isolada do momento da implantação da proposta, mas um traço marcante no desenvolvimento da ESF de Campina Grande. Ao longo de dez anos do programa estas questões não foram sanadas e os profissionais ainda convivem com os desafios da sua prática. Desafios que ameaçam a estrutura do ESF e se referem aos princípios do SUS.

O município de Campina Grande tem 107 equipes de Saúde da Família, com 92% de cobertura populacional (CAMPINA GRANDE, 2017). Decorridos mais de vinte anos da criação da ESF no município, houve muitas mudanças: ampliou-se o território de atuação das equipes para acompanhar o crescimento da cidade, muitas unidades foram criadas e reformadas, mas o investimento realizado não foi suficiente para garantia de condições de trabalho para os profissionais realizarem suas atividades e garantir à população assistência completa, de qualidade e com resultados adequados, de forma que se sintam realizados. Esses aspectos dariam sentido ao trabalho, mas ainda não foram alcançados. Em se tratando das equipes de área rural, os problemas

são mais intensos, pois estão inseridas em um contexto com características diferentes da área urbana como acesso, características da população e residências distantes, o que culmina em grandes deslocamentos com recursos precários. Investir na qualidade do trabalho potencializaria os resultados e resultaria em prazer e realização do enfermeiro ao ver a assistência em saúde da população com níveis de melhoria de princípio da integralidade, o que constitui motivo de sentido positivo ao trabalho.

Estudo realizado na zona rural e urbana de um município do interior de Minas Gerais, para analisar a relação do contexto de trabalho e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem da ESF, apontaram que as más condições para exercer o trabalho, dentre elas, a falta de organização teve impacto negativo na qualidade de vida dos profissionais, repercutindo no desenvolvimento das atividades e na prestação da assistência à saúde da população (MARQUES et al., 2015).

Morin (2002) afirma que alguns fatores extrínsecos podem afetar o comprometimento das pessoas no trabalho, tais como salário, infraestrutura física e material e as regras organizacionais. Embora existam diferenças individuais e fatores de contexto que podem interferir no comprometimento com o trabalho, tais fatores contribuem para melhorar a qualidade de vida no trabalho e o desempenho da organização. As condições de trabalho e o apoio da gestão foram, neste estudo, fatores que influenciaram negativamente no sentido do trabalho dos enfermeiros.

No Brasil, estudos com enfermeiros de Equipes SF urbanas sinalizaram sentido positivo para o trabalho e revelaram fatores de valorização do trabalho pelos enfermeiros, tais como: o vínculo com a equipe e população, valorização do trabalho pela comunidade que possibilita a realização pessoal, trabalho em equipe, perfil adequado ao trabalho, resolutividade da assistência, organização da equipe, reconhecimento do trabalho realizado, bom relacionamento interpessoal e autonomia profissional (PIRES et al., 2016; DUARTE; BOECK, 2015; SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013; MACIEL; LAGE, 2011; MATUMOTO et al., 2011; MEDEIROS et al., 2011).

Os mesmos estudos citados apontaram elementos que influenciam na perda de sentido do trabalho de enfermeiros na ESF: falta de motivação, de reconhecimento e de valorização pela gestão, falta de autonomia, sobrecarga de trabalho, demanda excessiva, déficit na estrutura das unidades, escassez de recursos humanos, entraves políticos, violência urbana, insatisfação salarial e com a jornada de trabalho, que comprometiam a resolutividade do trabalho. De acordo com Barreto, Krempel e Humerez (2011), alguns desses aspectos foram prioritários nas discussões do Fórum

sobre Recursos Humanos na América Latina, ocorrido em 2011 no Equador, por afetarem a profissão de enfermagem, devido ao impacto provocado na qualidade dos serviços de saúde e de enfermagem na América Latina.

Para o fortalecimento do modelo assistencial proposto pela APS no contexto rural são necessários estudos contínuos que possibilitem avaliar as perspectivas dos gestores e prestadores de serviço, além de características quanto à utilização da cobertura da oferta desses serviços (PITILIN; LENTSCCK, 2015).

### III - A dimensão social do sentido do trabalho

Na **dimensão social do trabalho** foram analisados dois temas que configuram sentido ao trabalho: Inserção social do enfermeiro no trabalho; Contribuição social do enfermeiro para o trabalho.

Quanto à **inserção social do enfermeiro no trabalho**, nota-se nos relatos que o trabalho proporciona aos enfermeiros sentimento de pertencimento social e de cidadania:

No trabalho em saúde você busca através da enfermagem dar equilíbrio da saúde, e em contrapartida, você também recebe saúde. Com certeza você se torna um cidadão, você devolve cidadania às pessoas e também se torna cidadã, pois trabalhando você dá o melhor de si e também recebe dos outros o melhor, é por aí (E-3).

A questão de você ser útil, de você ter uma colocação na sociedade e de proporcionar as condições de vida que você precisa, já que a gente vive numa sociedade capitalista. A gente trabalha por gostar, mas também por necessidade pra suprir nossas carências (E-6).

O trabalho é essencial por que ele faz você se sentir gente, importante, sentir-se necessário nessa vida. Ele faz você sentir que não é mais um, mas você é um com muitos. Ele é importante, você é importante, ele faz parte de um todo que sem você caminha, mas com você caminha melhor(E-8).

O sentimento de pertencimento e importância como profissional e cidadão está presente nos relatos. Estudo realizado por Rodrigues, Barrichello e Morin (2016) sobre os sentidos do trabalho para profissionais de enfermagem de hospitais públicos da cidade de São Paulo e hospitais privados de Belo Horizonte, constatou que os profissionais revelaram que a escolha por um trabalho na área da saúde está associada à possibilidade de pertencimento a grupos sociais respeitáveis ou desejáveis. O sentido do trabalho surge de reconhecimento não apenas

organizacional, mas também social. O profissional de saúde alcança distinção e respeitabilidade.

Em relação à **contribuição social do trabalho**, neste estudo, o sentido do trabalho se relaciona ao fato do enfermeiro contribuir para melhoria da saúde da população, que é o propósito social de seu trabalho e tem relação com sua utilidade:

Com certeza o meu trabalho contribui para a saúde da população, não tenho dúvida sobre isso. Você vê no dia a dia, você pega uma criança prematura vai orientando e ela vai desenvolvendo. A questão do paciente com tuberculose que tem muita gente nessa área, todo ano um ou dois aparece e você está todo dia explicando a importância da medicação e vendo a confiança dele em você e saber que aquela pessoa tão jovem não vai morrer de tuberculose. Eu sei da minha capacidade e do que eu estou mudando dando melhor condição de saúde à população, que meu trabalho faz diferença, eu acho muito importante (E-1).

Eu acho que a gente diminuiu muito e pôde controlar a hipertensão arterial, diabetes. Quase não tem óbitos aqui. Agente não tem óbito infantil, acompanha crianças de zero a dois anos, todo mês. Para o processo saúde-doença a gente contribuiu muito (E-8).

O aspecto mais importante é em relação ao pré-natal, morte de puérpera zero, de recém-nato também zero, imunização praticamente nós temos noventa e sete por cento do índice de vacinação (E- 3).

Há nos relatos uma consciência do valor de seu trabalho para a população e dos resultados alcançados, orgulho pelo trabalho realizado. As falas ressaltam a principal contribuição do trabalho do enfermeiro que, no caso da saúde, está em poder visualizar os resultados de suas ações, através da manutenção da saúde da comunidade e melhoria dos indicadores de saúde. Nota-se, nesse caso, que o trabalho transcende os aspectos individuais e organizacionais, alcançando a sociedade no contexto de atuação.

Morin (2008) afirma que o trabalho deve possibilitar a ligação do desempenho de atividades para suas consequências sociais; isso contribui para construir identidade social e salvaguardar a dignidade pessoal. Este aspecto do trabalho mostra o prazer de contribuir para a sociedade. A finalidade social do trabalho é alcançada quando ele é útil para a sociedade e para outras pessoas. Segundo Morin, Tonelli e Pliopas (2007) a formação profissional, o trabalho exercido, a organização onde o trabalhador atua e a própria remuneração são papéis que permitem as pessoas interagirem de e com diferentes grupos sociais.

Há também relatos em que os entrevistados atribuem sentido ao trabalho quando este é considerado ético e moralmente aceitável:

Eu gosto do que faço, eu me realizo como pessoa, como ser humano, dá um apoio moral muito grande. Se eu fosse prestar vestibular novamente eu faria enfermagem novamente, eu seria enfermeira de novo. Eu não me vejo em outra profissão. Sinto-me realizada na minha profissão e como pessoa (E-4).

[...] o que eu vivo hoje é o que eu vivo como enfermeira, de querer fazer as coisas corretas [...] como é que eu digo ... mais pessoas te respeitam pelo que você é, pelo que você faz, tu tá entendendo? (E-8).

Eu me sinto bem na equipe e, também, diante da comunidade me sinto acolhida, sinto que eles sabem que estou fazendo meu serviço com responsabilidade (E-3).

O trabalho é uma atividade inerente ao desenvolvimento de uma sociedade; portanto, deve-se se respeitar as normas e as regras presentes na sociedade, tanto em sua execução como nos objetivos do trabalho e nas relações que estabelece. Deve ser realizado de maneira social e com responsabilidade e inspirado pelos valores morais, éticos e espirituais (MORIN, 2001; MORIN, 2002). Um trabalho que tem sentido deve valorizar a justiça e equidade, proporcionar um ambiente saudável e seguro, e demonstrar o respeito à dignidade humana, onde você pode contar com os seus colegas quando você tiver dificuldades (VILAS BOAS; MORIN, 2014; MORIN, 2008).

Portanto, conhecer e compreender o processo saúde-doença do meio rural, a dinâmica do território, o trabalho dos profissionais de saúde inserido no território com suas características específicas, requer dos profissionais competências culturais e identificação com o trabalho, para se estabelecer neste espaço. O profissional que, em sua formação, adquire conhecimentos e habilidades tem mais chance de acertar nas suas decisões, ter autonomia e independência, ir em busca do propósito social do seu trabalho e, conseqüentemente, se sentirá realizado atribuindo sentido positivo ao trabalho.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer dos anos, a APS vem sendo considerada ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, aspectos fundamentais em um sistema de saúde que objetiva a melhoria da assistência à população. Nesse contexto, a atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF) de área rural tem sido relevante, ao contribuir para a melhoria dos níveis de saúde da população.

No cotidiano de trabalho, o enfermeiro se depara com as particularidades próprias da área rural como os territórios extensos, população dispersa e diferentes processos saúde-doença da população com problemas de saúde específicos do meio rural, e dificuldades de infraestrutura, organizacional e operacional dos serviços que afetam o desempenho do trabalho de enfermagem compatível com a APS. Estas características exigem implementação de estratégias para o enfrentamento dos problemas recorrentes nos serviços de saúde na zona rural, que dificultam a realização de uma assistência integral e o acesso dos usuários das zonas rurais às ações de saúde, tendo em vista a escassez de recursos, aspectos culturais e socioeconômicos e processo saúde-doença da população. Além disso, o deslocamento e as condições de trabalho dos profissionais exigem permanente adequação e muitas vezes não é possível realizar as atividades previstas no cronograma, por escassez de recursos materiais, sistema de comunicação e até água, insumo essencial para a realização da assistência.

A análise do trabalho de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde em áreas rurais possibilitou desvendar situações do trabalho na APS, considerando as características da população e sua distribuição em uma extensa área geográfica, condições de trabalho, distância da administração central do município e tomada de decisão para os diferentes processos na APS. O trabalho do enfermeiro nas áreas rurais estudadas gera satisfação profissional e, ao mesmo tempo, evidenciam limitações que contribuem para o enfermeiro atribuir diferentes sentidos ao trabalho desenvolvido na APS.

No Brasil, há políticas de saúde visando à redução das desigualdades em saúde de diferentes grupos de populações rurais. No entanto, essas políticas não se efetivaram no país completamente.

A garantia de cuidados de qualidade em saúde rural ainda constitui um desafio, pois a saúde tem como alicerce amplos determinantes, ambientais, sociais,

econômicos, culturais, disponibilidade de recursos, educação e cuidados de saúde, considerando também, que existem especificidades nos diferentes grupos populacionais rurais existentes. Portanto, é premente a implementação de políticas públicas de saúde pelo município, atendendo ao preconizado pelo SUS, que considere as especificidades rurais, de forma a reduzir as iniquidades de saúde.

As dificuldades elencadas pelos enfermeiros deste estudo comprometem a qualidade da assistência prestada à população inserida no território rural. Essa situação pode ser resultado da falta de uma política de Atenção Básica para o contexto rural, considerando que, atualmente, a política de fixação de profissionais em áreas de maior vulnerabilidade é restrita aos médicos, por meio do Programa Mais Médicos. No entanto, apesar da importância desse programa para a melhoria do acesso à saúde da população rural, não constitui política permanente para a inserção de profissionais no meio rural, o que resulta na descontinuidade da atenção à saúde.

Os enfermeiros identificam que o trabalho produz sentido positivo ao perceberem satisfação pessoal no trabalho, crescimento e aprendizagem, identificação com o trabalho, utilidade na atividade que exercem, vínculo entre a população e equipe, e a inserção social e contribuição social do trabalho. Em contrapartida, situações decorrentes das difíceis condições de trabalho e organização dos serviços, e a relação distante da gestão municipal com os profissionais, que não oferece respaldo para as ações, principalmente na resolução de problemas que dependem da Secretaria de Saúde, como encaminhamento de pacientes para serviços de referência, encaminhamento de material para exames, além da comunicação precária, constituíram alguns dos principais aspectos identificados pelos profissionais como perda de sentido do trabalho.

Destaca-se a necessidade de melhorar as condições de trabalho dos profissionais e maior aproximação da gestão municipal com os serviços de saúde rurais, visto que muitas decisões ultrapassam os limites locais de resolutividade do enfermeiro e que precisam dos gestores para o fortalecimento das ações deste profissional na ESF rural.

Considerando a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e da APS no meio rural, e embora a saúde rural não possa ser dissociada do desenvolvimento do sistema como um todo, sugere-se que no Brasil as recomendações da WONCA e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade sejam adotadas, com uma política clara para fornecer serviços de saúde

rural de qualidade. O fortalecimento da APS rural requer um compromisso político do governo para garantir os recursos necessários às ações nesses serviços. Além disso, ações intersetoriais são essenciais e podem favorecer ações de promoção da saúde e qualidade de vida.

Urge a necessidade da gestão nacional em fornecer apoio aos gestores estaduais e federais para estimular a qualificação e consolidação da Atenção Básica no país. Essas instâncias deverão atuar de forma conjunta na articulação de recursos, como mecanismo de inclusão de usuários de responsabilidade da secretaria de saúde, para efetivação das políticas de saúde rurais que promovam melhoria das condições de vida e saúde da população.

A pesquisa revela a importância das Universidades na formação dos enfermeiros, em implementar nos seus planos de cursos conteúdos específicos que levem em conta o trabalho da ESF de áreas rurais como forma de despertar nos alunos a importância da especificidade do trabalho em meio rural. Destaca ainda o papel do gestor local na viabilidade do trabalho realizado pela equipe que presta assistência em áreas rurais.

Há necessidade de investimento em uma política de educação permanente, direcionada aos profissionais de saúde que atuam em áreas rurais com o objetivo de discutir questões específicas das áreas rurais pouco contempladas na formação dos profissionais de saúde e como forma de instrumentalizar o trabalho nestas áreas e na ESF com vistas à garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Recomenda-se para o Brasil a adoção da ampliação do papel dos enfermeiros de APS, Enfermeiros de Práticas Avançadas (EPA), como vem sendo sugerido pela OMS/OPAS e já implementado em vários países, com o objetivo de melhorar o acesso à atenção em regiões com restrição de médicos, potencializar o acesso a APS e possibilitar a gestão do cuidado a pacientes/usuários com enfermidades agudas leves e doenças crônicas.

Sugerem-se novos estudos sobre o trabalho de enfermeiros em diferentes áreas rurais, considerando a extensão territorial do país, as diferentes formas de organização da ESF nos municípios e as especificidades que mudam de acordo com o contexto e são essenciais para a implementação de políticas que impactam o estado de saúde das populações.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMO, L. Introdução. In: **Organização Internacional do Trabalho. Igualdade de gênero e raça no trabalho**: avanços e desafios. Brasília: OIT, 2010. p. 15-47.
- AGUIAR, Z. N., Processo de trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, M. C.S., **A enfermagem e o trabalho**: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores. São Paulo: Martinari, 2008. p. 13-17.
- ANDO, N. M.; et al, 2011. Declaração de Brasília: o conceito de rural e o cuidado à saúde. **Rev. bras.med.fam.comunidade**, Florianópolis, v.6, n. 19, p 142-144, abr. jun. 2011.
- ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia Organizacional e do Trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, p. 24-62, 2014.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- ARAÚJO, T. B. de; BEZERRA, M. L. Introdução. In: MIRANDA, C. (Org.). **Tipologia Regionalizada dos Espaços Rurais Brasileiros**: implicações no marco jurídico e nas políticas públicas. Brasília: IICA, v. 22, (Série Desenvolvimento Rural Sustentável), 2017, 484p. Disponível em: < <http://www.iica.int>>. Acesso em: 10 set. 2017.
- ARRUDA, N. M; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n.6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816> . Acesso em: 20 set. 2018.
- BACKES, D.S.; et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p. 549-557, jul. set.2012.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, I. S.; KREMPEL, M. C.; HUMEREZ, D. C. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 251-254, 2011.
- BASTOS, A. V. B.; PINHO, A. P. M.; COSTA, C. A. Significado do trabalho: um estudo entre trabalhadores inseridos em organizações formais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 20-29 Nov./Dez. 1995. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75901995000600004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901995000600004). Acesso em: 17 set. 2016.

BECK, C.L.C.; et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Esc. Anna Nery**, v.14, n. 3, jul.set 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a09>. Acesso em 02 jul. 2015.

BARLEM, E.L.D.; et al. Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. **Rev. latino-Am. Enfermagem**, v. 21, jan.fev. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_11.pdf). Acesso em: 02 jul. 2015.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERTRAND, A.L.; et al. **Sociologia Rural: uma análise da vida rural contemporânea**. São Paulo: Atlas, 1973.

BEZERRA, M. L.; BACELAR, T. As concepções contemporâneas de ruralidade e suas singularidades no Brasil. In: MIRANDA, C.; SILVA, H. (Orgs). **Concepções das ruralidades contemporâneas: as singularidades brasileiras**. IICA, v. 21, (Série Desenvolvimento rural sustentável), 2013. p. 35-76,

BIBBY, P.; BRINDLEY, P. **Urban and rural area definitions for policy purposes in England and Wales: methodology**. Version 1.0. London: Government Statistical Service - GSS, 2013. 36 p. Disponível em: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/239477/RUC11methodologypaperaug\\_28\\_Aug.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/239477/RUC11methodologypaperaug_28_Aug.pdf). Acesso em: 10 set. 2017.

BORGES, L.O.; YAMAMOTO, O. O mundo do trabalho. In: ZANELLI, J.C.; ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia Organizacional e do Trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 201., p. 24-62.

BORGES, L. O.; YAMAMOTO, O. O mundo do trabalho. In: ZANELLI, J. C.; et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev. Min. Enfer.**, v.19, n.3, p.620-626, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>. DOI: 10.5935/1415-2762.20150047. Acesso em: 12 abr. 2017.

BORGES, L.; TAMAYO, A. A estrutura cognitiva do significado do trabalho. **Revista RPOT. Psicologia Organizacional e Trabalho**, v. 1, n. 2, jul. dez. 2001. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/viewFile/6712/6169>. Acesso em: 27 set. 2016.

BRANDÃO, G.C.G.; OLIVEIRA, M.A.C. O acolhimento no processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família de Campina Grande-PB, Brasil. **Atlas de Investigação Qualitativa em Ciências Sociais**, v. 3, p 236-240, 2014. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ/article/view/477/473>. Acesso em: 10 dez. 2017.

BRANDÃO, G. C. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Tecnologia da Informação em Educação. O processo de trabalho das equipes de saúde da família de Campina Grande – PB, Brasil, na perspectiva da educação permanente em saúde. **Indagatio Didactica**, v.5, n.2, p. 825-835, out. 2013.

BRYANT-LUKOSIUS, D. et al. Enfermagem com prática avançada: uma estratégia para atingir cobertura universal de saúde e acesso universal à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-02826.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-02826.pdf). Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília : Ministério da Saúde, 1. ed. rev. 2018, 73p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.920, de 31 de outubro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para inclusão do Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde - PIUBS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2920\\_01\\_11\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2920_01_11_2017.html). Acesso em: 10 mar. 2019.

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, 2017a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/setembro2017/dia22/portaria2436.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 16, de 30 de março de 2017. **Dispõe sobre o III Plano Operativo (2017-2019) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2017b. Disponível em: [http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/CIT\\_16\\_2017.pdf](http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/CIT_16_2017.pdf). Acesso em 02 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. **Programa Mais Médicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 2017d. Disponível em: [https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/27.10.2017\\_l.pdf](https://www.poderesaude.com.br/novosite/images/27.10.2017_l.pdf). Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Portaria nº 181, de 12 de abril de 2016. **Institui o Grupo de Trabalho de Políticas para Povos Ciganos, no âmbito do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos.** 2016a. Disponível em: [https://seguro.mprj.mp.br/documents/112957/14335573/portaria\\_n\\_181\\_de\\_12\\_de\\_abril\\_de\\_2016.pdf](https://seguro.mprj.mp.br/documents/112957/14335573/portaria_n_181_de_12_de_abril_de_2016.pdf). Acesso em: 02 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Internacional Maylê Sara Kalí. **Subsídios para o cuidado à saúde do Povo Cigano,** 2016b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/subsidios\\_cuidado\\_saude\\_povo\\_cigano.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/subsidios_cuidado_saude_povo_cigano.pdf). Acesso em 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **OIT denuncia falta de serviços de saúde para população rural no mundo.** Saúde Amanhã. Brasília: Fiocruz, maio 2015. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/oit-denuncia-falta-de-servicos-de-saude-para-populacao-rural-no-mundo/#.WXoGUVGQzIV>. Acesso em: 27 jul.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. **Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).** Brasília 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311\\_23\\_10\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html). Acesso em: 02 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_cam po.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_cam po.pdf). Acesso: 10 jan. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Secretaria de Agricultura Familiar. **Políticas públicas para Agricultura Familiar,** out. 2013b, 104p. Disponível em: [http://www.mda.gov.br/portalmda/sites/default/files/ceazinepdf/politicas\\_publicas\\_baixa.pdf](http://www.mda.gov.br/portalmda/sites/default/files/ceazinepdf/politicas_publicas_baixa.pdf). Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 992 de 13 de maio de 2009. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf). Acesso em 07 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.** 2013d. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm). Acesso em: 07 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 1.369, de 8 de Julho de 2013. **Dispõe sobre a implementação do “Projeto Mais Médicos para o Brasil”.** 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica. **Cadastro Familiar**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFBR.DEF>. Acesso em: 24 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Legislação em Saúde**. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 02 jan.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde**. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de saneamento rural**. Brasília: MS; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Retratos da Atenção Básica no Brasil 2012, Áreas específicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos\\_ab\\_4.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_4.pdf). Acesso em: 21 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2886 de 02 de dezembro de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)**. 2011. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDU0OQ%2C%2C>. Acesso em: 04 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria interministerial nº 2.087, de 1º de set de 2011. **Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica**. 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html). Acesso em 07 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Um olhar para o futuro- perspectivas e desafios. Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 134-142, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf). Acesso em: 21 mar. 2016.

BRASIL. **Territórios da Cidadania**, 2008, 19p. Disponível em: <http://www.mda.gov.br/sitemda/sites/sitemda/files/ceazinepdf/3638408.pdf>. Acesso em: 23 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 90, de 17 de janeiro de 2008. **Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família**, 2008. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria90\\_17\\_01\\_08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria90_17_01_08.pdf). Acesso em 07 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta.** Brasília, nov. 2008. Disponível em: [http://www.saudecampofloresta.unb.br/wp-content/uploads/2013/09/PNSIPCF\\_Revisada\\_CIT\\_19\\_11\\_2008.pdf](http://www.saudecampofloresta.unb.br/wp-content/uploads/2013/09/PNSIPCF_Revisada_CIT_19_11_2008.pdf). Acesso em: 10 jan.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 204, de 29 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html). Acesso em: 01 mar. 2017.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Decreto 6.040 de 07 de fevereiro de 2007. **Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. 2007.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm). Acesso em: 02 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria\\_648\\_28\\_03\\_2006.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf). Acesso em: 10 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005. **Cria o Grupo da Terra,** 2005. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDU00A%2C%2C>. Acesso em 02 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **12.ª Conferência Nacional de Saúde:** Conferência Sérgio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde\PITS, 2003. Disponível em: <http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/24/3.f%20DOC.%20DO%20PITS.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília: 2002, 42p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso em: 01. nov.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2001/D3745.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3745.htm). Acesso em: 05 fev. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 17 a 21 de março de 1986: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 09 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **5.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 05 de agosto de 1975: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_5.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf). Acesso em: 09 jul. 2018.

BREZZI, M.; DIJKSTRA, L.; RUIZ, V. O. E. C. D. **Extended regional typology: the economic performance of remote rural regions**. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development - OECD, 2011. Disponível em: [http://www.oecd-ilibrary.org/governance/oecd-extended-regionaltypology\\_5kg6z83tw7f4-en](http://www.oecd-ilibrary.org/governance/oecd-extended-regionaltypology_5kg6z83tw7f4-en). Acesso em: 10 set. 2017.

BUDÓ, M. L. D.; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto em enfermagem**, abr.jun, v.4, n.2,p.177-185, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a04v14n2.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Quadrimestral**. Campina Grande, maio, 2017.

CAMPINA GRANDE. Segunda Conferência Municipal de Saúde. **Relatório Final**. Secretaria Municipal de Saúde, 1996, 16p.

CAMPINA GRANDE. **Lei Orgânica Municipal, 05 de abril de 1990**. Campina Grande, 1990.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. Formação de recursos humanos para a estratégia saúde da família. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.7, n.1, p. 45-52, 2008. Disponível em: [http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc\\_CuidSaude/article/view/4895/3208](http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc_CuidSaude/article/view/4895/3208). Acesso em: 15 jul. 2015.

CAPELLANO, A. Saúde perde com restrição à atuação da Enfermagem. **Revista Nursing**, v. 20, n. 234, 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Revista-Nursing\\_234-BAIXA.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Revista-Nursing_234-BAIXA.pdf). Acesso em: 16.nov.2017.

CARAM, C. S. **Os sentidos do trabalho para profissionais da saúde do CTI de um Hospital Universitário**. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

CARVALHO, V.K.S.; MARQUES, C.P.; SILVA, E.N. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p.2773-2784, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2773.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CAVALCANTI R. **Êxodo rural**. Correio da Paraíba[Internet]. 2017 Jul [citado 2017 set. 27]. Disponível em: <https://correiodaparaiba.com.br/colunas/exodo-rural/>. Acesso em: 14 abr. 2018.

CAZELLA, A. A.; et al. Políticas Públicas de Desenvolvimento Rural no Brasil: o dilema entre inclusão produtiva e assistência social. **Política & Sociedade**. Florianópolis, v. 15, Edição Especial, p. 49-79, 2016.

CECÍLIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R., Os especialistas falam dos sistemas locais de saúde. **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 53-64, 2014.

CELLARD, A. A análise documental. IN: POUPART, J.; et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes; 2008.

CHAVES, A. C. C. Autonomia profissional do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(supl. 2):3718-26, out., 2014.

CIULLA, J. **The working life: The promise and betrayal of modern work**. New York, EUA: Three Rivers Press, 2000. Disponível em: <http://scholarship.richmond.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1023&context=bookshelf>. Acesso em: 17 set. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Câmara Federal realiza Audiência Pública para debater carga horária de 30h**. 2019. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/camara-federal-realiza-audiencia-publica-para-debater-carga-horaria-de-30h\\_69784.html](http://www.cofen.gov.br/camara-federal-realiza-audiencia-publica-para-debater-carga-horaria-de-30h_69784.html). Acesso em: 29. mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Cofen defende a aprovação de piso nacional para a Enfermagem. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/cofen-defende-a-aprovacao-de-piso-nacional-para-a-enfermagem\\_68644.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-defende-a-aprovacao-de-piso-nacional-para-a-enfermagem_68644.html). Acesso em: 20. mar. 2019.

CORDOBA, E. **Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Rideel, 2013.

COUTINHO, M. C. Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégia de investigação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2009, v. 12, n. 2, p. 189-202. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25749>. Acesso em: 02 ago. 2016.

DAUBERMANN, D. C.; TONETE, V. L. P. Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde. **Acta**, v. 25, n.2, p.277-283, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a19v25n2.pdf>. Acesso em 15 jul. 2015.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. ampl. São Paulo: Cortez, Oboré, 1992

DOLEA C, STORMONT L, BRAICHET JM. Evaluated strategie stoin crease attraction and retention of health workers in remote and rural areas. **Department of Human**

**Resources for Health, World Health Organization** 2010, v.88, n.5, p. 379-385. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/09-070607.pdf>. Acesso em: 10 out 2018.

DUARTE, M. L. C.; BOECK, J. N. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 709-720, set./dez. 2015.

DUQUE, G. Água para o desenvolvimento rural: a ASA e os Programas P1MC e P1+2. Desafios da participação sociedade civil – governo. In: GRISA, C.; SCHNEIDER, S. (Orgs.). **Políticas públicas de desenvolvimento rural no Brasil**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, p.201-215, 2015.

DIMPÉRIO, M. G. S. et al. Saúde Rural: O caso da Linha das Flores – distrito do Município de Santa Rosa - RS. **47º Congresso Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural**. Porto Alegre, julho de 2009. Disponível em: <http://www.sober.org.br/palestra/13/849.pdf>. Acesso em 10 jun. 2018.

ENGLAND, G. W.; WHITELEY, W. T. Cross-national meanings of working. In: BRIEF, A. P.,NORD, W. R. **Meanings of occupational work**. Toronto: Lexington Books, 1990. p. 65-106.

FALCÓN, G.C.S.; ERDMANN, A. L. ; BACKES, D.S., Meanings of care in health promotion. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v 16, n.3, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acesso em: 27 jul. 2015.

FARIAS, A. F. M. R., **Vivências de sofrimento e prazer no trabalho: a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família em Campina Grande**\PB. Campina Grande\2005. 192f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande\PB, 2005.

FENTANES, et al, 2011. Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 3, p. 530-5, 2011. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24227>. Acesso em: 16 nov.2017.

FERMINO, V. et al. Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/42691>. Acesso em: 22 nov. 2017.

FERRANTI, D. de et al. **Beyond the city: the rural contribution to development**. Washington, DC: The World bank, 2005. (World Bank Latin American and Caribbean studies). Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/609521468266953308/pdf/32333.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

FERRAÇO, C. E. Eu, caçador de mim. In: GARCIA , R.L. (Org.). **Método: pesquisa com o cotidiano**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003

FLEXOR, G.; GRISA, C. Institutionalization of family farm policy in Brazil: history, ideas and actors. In: International Conference on Public Policy. **Anais...** Grenoble, França, 2014.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRIEDMANN, G.; NAVILLE, P (orgs). **Tratado de Sociologia do Trabalho**. São Paulo: Cultrix, v.2, 1973.

GALAVOTE, H.S.; et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, v.20, n.1, p. 90-98, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>. Acesso em: 23 out. 2017.

GARCIA, F. C.; HENRIQUES, H. C. O sentido do trabalho e suas dimensões: uma pesquisa exploratória sobre a percepção de grupo de trabalhadores inseridos em uma empresa do ramo de serviços especializados para eventos. **FACEF Pesquisa: Desenvolvimento e Gestão**, v.16, n.1 - p.5-18, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/facefpesquisa/article/viewFile/697/618>. Acesso em: 27 set. 2016.

GEHRING JÚNIOR, G.; et al. Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS. Campinas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.3, p.401-409, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v10n3/10.pdf>. Acesso: 12 jul 2015.

GESSERT, C. et al., Rural definition of health: a systematic literature review. **BMC Public Health**, v. 15, p. 1-14, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1658-9>. Acesso em: 10 maio de 2018.

GARFINKEL, H. **Studies in Ethnomethodology**. Cambridge: Polity Press, 1984.

GIRARDI S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Cien Saude Colet**, v. 9, n. 21, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2675.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2018.

GODOY, S.C.B. **Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho: estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte**. Belo Horizonte\2009. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2009.

GOES, P. S.; et al. Work Precarious ness In Family Health Strategy. **International Archives of Medicine**, v.9, n. 273, p. 1-9, 2016.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. de. Espaço autônomo e papel próprio: de enfermeiros no contexto do binômio saúde coletiva-hospital. **Rev Bras Enferm**. Brasília, mar. abr.178-85, 2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a06v61n2.pdf>. Acesso em 16 nov.2017.

GONÇALVES, M. R. et al(Org). **Desafios da atenção primária à saúde no Brasil**. Porto Alegre : UFRGS, 2017.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992.

GUIMARÃES, E. A. D. **A Estratégia Saúde da Família em Campina Grande: origem, implantação e seu papel na atenção básica de saúde**. 192f. 2006. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.

GRISA, C.; KATO, K.; ZIMMERMANN, S. A. O rural nas políticas públicas de saúde do Brasil contemporâneo. In: MIRANDA, C. (Org.). **Tipologia Regionalizada dos Espaços Rurais Brasileiros: implicações no marco jurídico e nas políticas públicas**. Brasília: IICA, v. 22, (Série Desenvolvimento Rural Sustentável), 2017. 484p. Disponível em: <http://www.iica.int>. Acesso em: 10 set. 2017.

GRISA, C.; SCHNEIDER, S. (Org.). Três gerações de políticas públicas para a agricultura familiar e formas de interação entre sociedade e Estado no Brasil. **Políticas públicas de desenvolvimento rural no Brasil**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2015. p.19-50.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. Development of the Job Diagnostic Survey. **Journal of Applied Psychology**, v. 60, n.2, p. 159-170, 1975. Disponível em:[http://www.jwalkonline.org/upload/pdf/Hackman%20%26%20Oldham%20\(1975\)%20-%20Development%20of%20the%20JDS.pdf](http://www.jwalkonline.org/upload/pdf/Hackman%20%26%20Oldham%20(1975)%20-%20Development%20of%20the%20JDS.pdf) . Acesso em 08 set. 2016.

HARPER, D. **Online Etymology Dictionary**, 2001. Disponível em: [http://etymonline.com/index.php?allowed\\_in\\_frame=0&search=sense](http://etymonline.com/index.php?allowed_in_frame=0&search=sense). Acesso em: 15 set. 2016.

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

HONE, T.; et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. **PLoS Med**, v. 14, n.5, may.2017, p.1-19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5448733/>. Acesso em: 15 jul. 2018.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n. 1, p. 231-239, 2000. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2000.v16n1/231-239/>. Acesso em: 05 nov. 2000.

HUICHO, L.; et al. Factors behind job preferences of Peru vian medical, nursing and mid wifer ystudents: a qualitative study fo cused on rural deployment. **Human Resources for Health**. p. 1-11, 2015, Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12960-015-0091-6>. Acesso em: 10 mai. 2018.

INCRA. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. **Informações gerais sobre os assentamentos da Reforma Agrária**. 2017. Disponível em: <http://painel.incra.gov.br/sistemas/index.php>. Acesso em: 14.nov.2017.

INCRA. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. **Políticas Públicas de Desenvolvimento Rural para a Inclusão Socioprodutiva no Brasil**. San Jose: IICA, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 07 set. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População estimada 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>. Acesso em: 05 jan. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Padrão de vida e distribuição de renda. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016**. Rio de Janeiro, IBGE, p. 82-96, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em 14.nov.2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Porcentagem de residentes nas zonas urbana e rural**. 2015. Disponível em: <http://teen.ibge.gov.br/sobre-o-brasil/populacao/populacao-rural-e-urbana.html>. Acesso em: 07 set. 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Senso Demográfico 2010**. Paraíba, 2010.

IPEA. Análise do IDHM desagregado por cor, sexo e situação de domicílio no Brasil. **Desenvolvimento Humano para Além das Médias: 2017**. Brasília: PNUD, 2017. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/IDH/desenvolvimento-alem-das-medias.pdf>. Acesso em: 17 out. 2018.

JESUS, M. S.; SAID, F. A. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 3, p. 410-21, 2008. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/12996/8781>. Acesso em: 16 nov.2017.

LAUBSTEIN, F. C. **A ruralidade ontem e hoje: Uma análise do rural na contemporaneidade**. 2011.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2016.

LIMA, M. C. **Saúde rural: organização, práticas assistencial e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira-SP**. São Paulo/2016b. 239f. Tese(Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, 2016.

LIMA, M. C.; et al. Manifesto de Natal - Por uma política afirmativa no recrutamento, formação, provimento, retenção e suporte para as médicas de família em contexto rural e remoto. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-5, 2016; Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1247](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1247). Acesso em: 05 out. 2017.

LIMA, M. H. P. **Cidade-campo, urbano-rural**: uma contribuição ao debate a partir de pequenas cidades em Minas Gerais. 2007. 271 p. Tese (Doutorado)-Programa de Pós Graduação em Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

LOPES, J. E.; HEIMANN, C. Uso das tecnologias da informação e comunicação nas ações médicas a distância: um caminho promissor a ser investido na saúde pública. **J. Health Inform**, v.8, n.1, p. 26-30, jan. mar. 2016.

MACIEL, L. M.; LAGE, A. M. D. O cuidado vivenciado pelo enfermeiro na equipe de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.1, n.4, p 445-461, out.dez. 2011.

MACDOWELL, M.; et al. A national view of rural health work for ceissues in the USA. **Rural and Remote Health**, 2010 Disponível em: [www.rrh.org.au/journal/article/1531](http://www.rrh.org.au/journal/article/1531). Acesso em: 10 abr. 2018.

MACHADO F. S. N.; et al. Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010, v.15, n.1, p. 247-254.

MANCIA, J. R. A enfermagem e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. **Rev. Bras. Enferm, Brasília**, v. 53, n.3, p. 341-342 , jul.set 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n3/v53n3a01.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2019.

MARQUES, A. L. N.; et al., Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**. , v. 16, n. 5, p.672-681, set.out., 2015.

MARQUES, M. I. M. O conceito de espaço rural em questão. **Terra Livre**, v. 18, n.19, p.95-112, 2002. Disponível em: <http://www.agb.org.br/publicacoes/index.php/terralivre/article/view/160/148>. Acesso em 10 jun. 2017.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M.L.; BOBROFF, M. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p.1107-1111, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000400036](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400036). Acesso em 23 jul.2015.

MATHIAS, C. V.; et al., Ações de enfermagem voltadas à saúde da população rural: revisão bibliográfica. **UNIFRA**, Centro Universitário Franciscano, 2012.

MATIAS, M. C.; WOLFF, S.; MALINOWSKI, M. L. A saúde do trabalhador da saúde: impactos da reestruturação produtiva no campo da saúde. **Anais... VII Seminário de Saúde do Trabalhador e V Seminário O Trabalho em Debate "Saúde Mental Relacionada ao Trabalho"**, set. 2010.

MATUMOTO, S.; et al., A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n.1, jan. fev. 2011.

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

MEDEIROS, C. R. G. et al. Sentido e significado do trabalho para enfermeiros e médicos da estratégia de saúde da família. **Estudo e debate**, v.18, n.2, p.23-35, 2011.

MENDES, I. A. C. Nursing and Global Health: social determinants of health in the training of nurses. **Rev. Bras. Enferm.** v.71, suppl4, p.1799-804, 2018,. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0631>. Acesso em: 05 set. 2018.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012a.

MENDES, A. C. G.; et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio Janeiro, v.17, n.11, p.2903-2912, 2012b.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEYER, J. P.; ALLEN, N. J. A three-component conceptualization of organizational commitment. **Human Resource Management Review**, v.1, n.1, p. 61-69, 1991. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/222453827\\_A\\_Three-Component\\_Model\\_Conceptualization\\_of\\_Organizational\\_Commitment](https://www.researchgate.net/publication/222453827_A_Three-Component_Model_Conceptualization_of_Organizational_Commitment). Acesso em: 16 set. 2016.

MICHAELSON, C.; PRATT, M. G.; GRANT, A. M.; DUNN, C. P. **Meaningful work: Connecting business ethics and organization studies**. Journal of Business Ethic, v.121, n.1, p.77-90, 2014 Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/257542225\\_Meaningful\\_Work\\_Connecting\\_Business\\_Ethics\\_and\\_Organization\\_Studies](https://www.researchgate.net/publication/257542225_Meaningful_Work_Connecting_Business_Ethics_and_Organization_Studies). Acesso em: 17 set. 2016.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.(Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, p.09-29, 2010.

MINAYO, MCS. **Desafio do conhecimento**. 11ed. São Paulo: Hucitec, 2008

MONKEN, M. Contexto, Território e o Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: Barcellos, Christovam. **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro, Abrasco, p.141-163, 2008.

MONKEN M, BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. Saúde Pública*[Internet]. 2005 [ citado 2017 out. 02];21(3):898-906. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf>.

MORIN, E. M. Sens du travail, santé mentale au travail et engagement organisationnel. Cahier de recherche Montréal, Canadá: École des Hautes Études Commerciales, 2008. Disponível em: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-543.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

MORIN, E. **The meaning of work, mental health and organizational commitment. Psychological health**, Studies and Research Projects, jan. 2008. Disponível em: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublRSST/R-585.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MORIN, E. Qu'est-ce qui donne un sens au travail? **Objectif Prévention**, Montréal, v. 31, n. 2, p. 10 – 14, 2008.

MORIN, E. M. Os Sentidos do Trabalho. **RAE - Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, Jul./Set., p.8-19, 2001. Disponível em: [https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590\\_S0034-75902001000300002.pdf](https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S0034-75902001000300002.pdf). Acesso em: 03 out. 2018.

MORIN, E. The meaning of work in modern times. In: **10<sup>th</sup> World Congress on Human Resources Management**, Rio de Janeiro, p.1-12, 2004.

MORIN, E. M. Fator Humano: os sentidos do trabalho. **RAE executivo**, v.1, n.1, ago.set. 2002. Disponível em: <https://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/1507.pdf>. Acesso em: 03 out. 2018

MORIN, E. M. La quêtédusensautravail. Le papierprésentédedans. **Anais...** 9e Congrèsinternational de l'AssociationdePsychologiedutravail de langue française. Sherbrooke, France: Université de Sherbrooke, 1996.

MORIN, E. M. Le sens du travail pour des gestionnaires francophones. **Revue Psychologie du Travail et des Organisations**, v. 3, n. 2/3, p. 26-45, 1997.

MORIN, E.; TONELLI, M. J.; PLIOPAS, A. L. V. O trabalho e seus sentidos. **Revista Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 47-56, jun. 2007.

MOTA, D. M. da; SCHMITZ, H. Pertinência da categoria rural para análise social. **Ciências Agrotécnicas**, v. 26, nº 2, p. 392-399, 2002.

MOW. International Research Team. **The meaning of working**. New York: Academic Press, 1987.

NUNES, L. O. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.42, p. 3-10, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.210>. Acesso em: 07 dez. 2018.

OLIVEIRA, E. M.; de et al. Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.3, p.901-913, 2015.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019**. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combatera-em-2019&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combatera-em-2019&Itemid=875). Acesso em: 15 jan. 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre recomendações de política global para trabalho em zona rural. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations.** 2010. Disponível em: [http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010\\_increasing\\_access\\_to\\_health\\_workers\\_in\\_remote\\_and\\_rural\\_areas.pdf](http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf). Acesso em: 28 set. 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde.. Alma Ata 1978 – Cuidados Primários de Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**.Brasil. OMS/UNICEF, 1979.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde**. Washington, D.C: OPAS; 2018.

PINTO, H. A. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface: comunicação, saúde e educação**,v. 21(Supl.1): 1087-101.Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.nahead/10.1590/1807-57622016.0520>. Acesso em: 10 jan.. 2019.

PARAÍBA, 2016. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: Paraíba 2016 a 2019**, 196p.

PAHL, R. E. The rural-urban continuum. **Sociologia Ruralis**, Wageningen: European Society for Rural Sociology - ESRS, v. 6, n. 3, p. 229-329, dec. 1966.

PARKER, D. F.; DECOTIIS, T. A. Organizational determinants of job stress. **Organizational Behavior and Human Performance**, v.32, n.2, p.160-177, 1983. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.466.1087&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. (Tese Doutorado) - Faculdades de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, SP, 1998.

PENNA, C.M.M.; FARIA, R.S.R.F.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Rev. Min. Enferm.**, v.18, n.4, p.815-822, 2014.

PERA, C.K.L.; BUENO, L.M.M. Revendo o uso de dados do IBGE para pesquisa e planejamento territorial: reflexões quanto à classificação da situação urbana e rural. **Cad. Metrop.**, São Paulo, v. 18, n. 37, pp. 721-742, dez. 2016.

PEREIRA, D.D.; et al. Aspectos econômicos e segurança forrageira no espaço rural do município de Campina Grande. In: RANGEL JÚNIOR, A. G; SOUSA, C. M. (Orgs.). **Campina Grande hoje e amanhã**. Campina Grande: EDUEPB, 2014.

PEREIRA, L.L.; PACHECO, L. The challenges faced by the More Doctors Program in providing and ensuring comprehensive health care in rural areas in the Amazon region, Brazil. **Interface (Botucatu)**, v. 21, Supl.1, p.1181-1192, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/en\\_1807-5762-icse-21-s1-1181.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/en_1807-5762-icse-21-s1-1181.pdf). Acesso em: 10 jan. 2018.

PIRES, D. E. P. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 24, p.1-9, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf). Disponível em: 02 fev. 2017.

PITILIN, E. B.; LENTSCK, M. H. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n.5, p.726-732, 2015,. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt\\_0080-6234-reeusp-49-05-0726.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0726.pdf). Acesso em: 10 out 2017.

PONTE, K. F. (Re) Pensando o Conceito do Rural. **Revista NERA**, v. 7, n. 4, p. 20-28, jan. jul. 2004.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde**. 3 ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009. p.11-21.

PORTELA, G. Z.; FEHN, A. C.; UNGERER, R. L. S.; POZ, M. R. D. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n.7, p. 2237-2239, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n7/1413-8123-csc-22-07-2237.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2018.

POUPART, J. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Campina Grande/PB, 2014.

REIS, D. S. dos. O Rural e o urbano no Brasil. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, 15. **Anais...** Caxambu (MG), p. 01-13, 2006.

RIBEIRO, C. V. S.; LÉDA, D. B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 4, n.2, p.76-83, 2004. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/previsps/article/view/11145/8840>. Acesso em: 02 set. 2016.

RODRIGUES, B. C et al. Ser mãe e enfermeira: questões sobre gênero e a sobreposição de papéis sociais. **Rev. Rene**, v. 18, n.1, Fortaleza, p. 91-98, jan. fev. 2017.

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

RODRIGUES, A. L.; BARRICHELLO, A.; MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho para profissionais de enfermagem: um estudo multimétodos. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, 2016.

ROHM, R. H. D.; LOPES, N. F. O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: uma abordagem crítica. **Cad. EBAPE.BR**, v. 13, n 2, Rio de Janeiro, abr.jun. 2015.

SOARES, A. N. et al., Crenças e práticas de saúde no cotidiano de usuários da rede básica de saúde. **Rev.enferm.UERJ**. Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p.83-88, 2014.

ROSA, L. R.; FERREIRA, D. A. de O. As categorias rural, urbano, campo, cidade: a perspectiva de um continuum. In: SPOSITO, M. E. B.; WHITACKER, A. M. (Org.). **Cidade e campo: relações e contradições entre urbano e rural**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, p. 187-204, 2010.

RUIZ, E. M. Trabalho, Juventude e Educação: Re(pensando) a interrelação escola-trabalho na produção da subjetividade. In: **Trabalho, Saúde e Subjetividade**. Fortaleza: INESP/EDUECE, 1999.

RUIZ-QUINTANILLA, S. A.; CLAES, R.. MOW research programs. In: KATZ, J. A., **Database for the study of entrepreneurship**. New York: JAI/Elsevier Science Inc., 2000. p. 335-391,

RURAL INFORMATION TECHNOLOGY EXCHANGE WRITE. Política sobre o uso da tecnologia da informação para a melhoria dos cuidados da saúde rural. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.8, Supl. 1, p.49-65, 2013. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(1\)731](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(1)731)>. Acesso em: 12 agosto de 2018.

SANTOS, F. P. A.; et al. Práticas de cuidado da equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 1, p. 36-43, jan. 2018.

SANTOS, P. F. B. B. **O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do Programa Saúde da Família na cidade de Campina Grande-PB/À luz da história oral temática**. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal da paraíba, João Pessoa, 2004.

SABOURIN, E.; SAMPER, M.; MASSARDIER, G., Políticas públicas para as agriculturas familiares: existe um modelo latino-americano? In: GRISA, C.; SCHNEIDER, S. (Orgs.). **Políticas públicas de desenvolvimento rural no Brasil**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2015. p.595-616.

SAMPAIO, L. F. R.; MENDONÇA, C. S.; LERMEN JUNIOR, N. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs) **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, p.29-43, 2012.

SBMFC. **Comitiva brasileira participa da 15ª edição do Congresso Mundial de Saúde Rural e volta com prêmio de melhor animação**. 2018. Disponível em: <[http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site\\_Acao=mostraPagina&PaginaId=11&mNoti\\_Acao=mostraNoticia&noticiald=1286](http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&PaginaId=11&mNoti_Acao=mostraNoticia&noticiald=1286)>. Acesso em: 02 set.2018.

SCHWEITZER, L. Bases epistemológicas sobre sentido(s) e significado(s) do trabalho em estudos nacionais. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, v. 16, n. 1. p.103-116, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572016000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000100009). Acesso em: 23 nov. 2017.

SCOTT, J. **A matter of record – Documentary Sources in Social Research**. Cambridge: Polity, 1990.

SEIFERT, A. M.; MESSING, K. Écouter et voir dans un monde technique : effets de la discontinuité des horaires sur l'activité de travail des infirmières. **Pistes**, v. 6, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.pistes.uqam.ca/v6n1/pdf/v6n1a3.pdf> . Acesso em: 03 jun. 2010.

SILVA, M. P.; SIMÕES, J. M. O estudo do sentido do trabalho: contribuições e desafios para as organizações contemporâneas. **Revista Capital Científico – Eletrônica**, v. 13 n.3, set. 2015. Disponível em: <http://revistas.unicentro.br/index.php/capitalcientifico/article/view/3489>. Acesso em: 10 out. 2016.

SILVA, N.; TOLFO, S. R. Trabalho Significativo e Felicidade Humana: Explorando Aproximações. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v.12, n. 3, p. 341-354, 2012.

SILVA, J. M. et al. Saúde do trabalhador rural na Atenção Primária à Saúde: subsídios para a elaboração de uma proposta de atuação. In: DIAS, E. C.; SILVA, T.C.(Orgs.). **Saúde do trabalhador na Atenção Primária à Saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013, p. 342-354.

SILVA, J. M. et al. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n.4, p.891-903, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a13v10n4.pdf>. Acesso em: 02 out. 2017.

SILVA, J.M.C.; et al (Org.). **Biodiversidade da caatinga: áreas e ações prioritárias para a conservação**. Brasília-DF: Ministério do Meio Ambiente, 2003.

SILVEIRA, R.P.; PINHEIRO, R. Entendendo a Necessidade de médicos no Interior da Amazônia – Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.38, n.4, 451-459, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022014000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000400006). Acesso em: 12 set. 2018.

SHIMIZU, H. E.; REIS, L. S., As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n.8, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n8/a14v16n8.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

SHIMIZU, H. E.; et al. Evaluation of the Responsiveness Index of the Family Health Strategy in rural areas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, p, 22-26, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017020203316>. Acesso em: 12 nov. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**, Brasília: UNESCO, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 03 out. 2018.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n.3, p.457–502, 2005.

STEIN, A. T. FERRI, C. P. Inovação e avanços em atenção primária no Brasil: novos desafios. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 12, n.39, p.1-4, 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1586](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1586). Acesso em: 15 jan. 2018.

SOUZA, M.G; MANDU, E.N.T.; ELIAS, A.N. Percepções de Enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 772–779, 2013.

TAMBASCO, L. P.; et al. O. A satisfação no trabalho da equipe multiprofissional que atua na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 140-151, jun 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe2/0103-1104-sdeb-41-spe2-0140.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

TARGA, L.V.; et al. Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 9, n. 32, p. 292-94, 2014a. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(32\)982](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(32)982). Acesso em: 02 jun. 2017.

TARGA, L.V.; et al. Declaração de Belém: o recrutamento e a retenção de profissionais de saúde em áreas rurais e remotas. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.9,n.30, p. 64-66, 2014b. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)827](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)827). Acesso em: 10 set. 2017.

TARGA, L. V. Área rural. In: GUSSO,G.; LOPES, J. M. C.(Orgs) **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p.431-442.

TOLFO, S. R; PICCININI, V. C. Sentidos e Significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Revista Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n.1, p. 38-46, mai. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19nspe/v19nspea07.pdf>. Acesso em 03 set. 2016.

TOLFO, S. R et al. Sentidos y significados del trabajo: un análisis con base en diferentes perspectivas teóricas y epistemológicas en psicología. **Revista Universitas Psychologica**, v.10, n.1, 2011.

TOLFO, S. R. Significados e sentidos do trabalho. In: BENDASOLLI, P. F.; BORGES-ANDRADE, J. E. (Orgs.) **Dicionário de psicologia do trabalho e das organizações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. p. 617-625,

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.215-243, 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

UCHÔA, S. A. C. et al., Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p.1-30, 2016.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. 2018. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. Acesso em: 13 jul. 2018.

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

VERDE, V. V. **Territórios, ruralidade e desenvolvimento**. 2004. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/biblioteca/docs/territorios.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n.1, p.100-112, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2015.

VILAS BOAS, A. A.; MORIN, E. M. Sentido do trabalho e orientação para o trabalho: um estudo em universidades públicas de Minas Gerais e do Quebec. **Revista GUAL**, Florianópolis, v. 8, n. 4, p. 117-133, Edição Especial. 2015.

VILAS BOAS, A. A.; MORIN, E. M. Sentido do Trabalho e Fatores de Qualidade de Vida no Trabalho para Professores de Universidades Públicas do Brasil e do Canadá. **Anais... EnANPAD**. XXXVIII. Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: [http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2014\\_EnANPAD\\_GPR227.pdf](http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2014_EnANPAD_GPR227.pdf). Acesso em: 10 ago. 2017.

VILLAS BOAS, L. M. F. M.; ARAÚJO, M. B. S.; TIMÓTEO, R.P.S., A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua atuação pedagógica educativa: uma

breve reflexão. **Temas livres**, v.13, n.4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/33.pdf>. Acesso em 02 ago. 2015.

WANDERLEY, M. N. B. A ruralidade no Brasil moderno. Por um pacto social pelo desenvolvimento rural. Una nueva ruralidad en América Latina? Norma Giarracca. **Anais...** CLACSO, Consejo Latino americano de Ciencias Sociales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 2001. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/rural/wanderley.pdf>. Acesso em: 23 set. 2017.

WONCA WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE. **Durban Declaration; 2nd World Rural Health Congress**; 1997, Durban South Africa. Wonca, 1997.

WONCA. **A definição europeia de medicina geral e familiar**. Wonca, 2002.

WONCA WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE. **Policy on Quality and Effectiveness of Rural Health Care**. Traralgon: Monash University School of Rural Health, 2002.

WONCA WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE. A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals: the Melbourne Manifesto; **5th Wonca World Rural Health Conference**; 2002, Melbourne, Australia. Wonca, 2002.

WONCA WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE. **Policy on Female Family Physicians in Rural Practice**. Traralgon: Monash University School of Rural Health, 2002.

WONCA WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE. **Política para a Formação para a Medicina de Família Rural**. Wonca, 1995.

WONCA WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE. HIV/AIDS: O documento de Santiago de Compostela; **6ª Conferência Mundial de Saúde Rural da WONCA**, 2003, Santiago de Compostela, Espanha. Wonca, 2003.

WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA. Política de formação para a prática rural. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 8, Suppl 1, p. 25-34, mar. 2013a. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/viewFile/730/544>. Acesso em: 10 set. 2017.

WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA. Saúde para toda a população rural: declaração de Durban. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.8, p.10-11, suppl 1, mar. 2013b. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(1\)725](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(1)725). Acesso em 10 set. 2017.

WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA. Política de qualidade e eficácia dos cuidados de saúde rural. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.8, Suppl 1, p.15-24, 2013c. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(1\)728](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(1)728). Acesso em 10 set. 2017.

WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA. Política para médicas de família em áreas rurais. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.8, suppl 1, p. 35-48, 2013d. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(1\)729](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(1)729). Acesso em 10 set. 2017.

WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA. A saúde dos povos indígenas: a declaração de Kuching para ação. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.8, Suppl 1, p.7-9, 2013e. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(1\)723](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(1)723). Acesso em 23 set. 2017.

WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA. HIV/AIDS: o documento de Santiago de Compostela. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.8, suppl 1, p. 66, 2013f. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/732/547>. Acesso em 10 set. 2017.

WORKING PARTY ON RURAL PRACTICE WONCA. **Um Código de Condutas para o Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde**: o Manifesto de Melbourne. Saúde Rural. Rio de Janeiro: SBMFC, 2011. p. 1-4, Disponível em: <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Rural%20Practice/portugues/Manifesto%20de%20Melbourne.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

WORLD RURAL HEALTH CONFERENCE - WRHC. **15th World Rural Health Conference**. New Delhi, Índia, 2018. Disponível em: <http://www.wrhc2018.com/>. Acesso em: 13 jul. 2018.

XIMENES NETO, F. R. G. Perfil sociodemográfico e trabalhista dos trabalhadores rurais vítimas de acidente no semiárido cearense. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 1, p. 56-60, 2016. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/668/286>. Acesso em: 14 nov.2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZEVALLLOS L.; PASTOR, R.; MOSCOSO, B. Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del ministerio de salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v. 28, n.2, p 177-185, 2011.

ZILLMER, J.G.V. A família rural na contemporaneidade: um desafio para a enfermagem. **Rev. enferm UFPE on line**. v.3, n. 2, p. 749-754, 2009. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/189>. Acesso em: 10 nov. 2017.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

### CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

**Nº DA ENTREVISTA:** .....

**DATA:**.....

**TEMPO DE ATUAÇÃO (anos):** .....

**Sexo:** ( ) F ( ) M **Idade:** ..... **Estado Civil:** ( )Solteiro ( )Casado ( )Divorciado ( )Outros

**Local de residência:** ( ) Campina Grande ( )Outro município. Qual?.....

**Filhos:** ( )Sim Quantos: ----- ( )Não

**Tempo de formado (em anos):** .....

**Curso de Pós-graduação:** ( ) Sim ( ) Não **Quais?**.....

**Tempo de atuação(anos) na Estratégia Saúde da Família de área rural:** .....

**Vínculo empregatício:** ( ) Estatutário ( ) Contratado

**Outras ocupações:** ( ) Sim ( ) Não **Local de trabalho:** .....

1. Fale-me sobre o seu dia a dia de trabalho na Unidade de Saúde da Família de área rural.
2. Qual a importância do seu trabalho como enfermeira(o) dessa Unidade de Saúde da Família rural.
3. Como é o trabalho de enfermeira(o) nessa Unidade de Saúde da Família rural?
4. Como são as condições de trabalho para a realização de suas atividades?
5. Como você acha que seu trabalho é percebido:
  - a) pelos usuários que você atende?
  - b) pela sua equipe de trabalho?
  - c) pela gestão?
6. O que seria um trabalho ideal para você?
7. Você mudaria algo em relação ao seu trabalho nessa Unidade de Saúde da Família? (Fale-me sobre isso)
8. Se você tivesse que parar de trabalhar hoje, de que mais sentiria falta?  
( Fale-me sobre isso ).
9. Fale-me sobre as contribuições do seu trabalho na Estratégia Saúde da Família rural:
  - a) para você mesma.
  - b) para a secretaria de saúde(organização).
  - c) para a população.
10. Para você o que é um trabalho que tem sentido?
11. Gostaria de dizer mais alguma coisa.

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: **“Os sentidos do trabalho para enfermeiros no cotidiano da Estratégia Saúde da Família(ESF) urbana e rural”** que tem por objetivo *compreender os sentidos do trabalho para enfermeiros da ESF urbana e rural, do município de Campina Grande\PB*. Este trabalho destina-se à elaboração da tese do doutorando Arleusson Ricarte de Oliveira, como requisito obrigatório para a obtenção do título de doutor em Enfermagem, pela da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, orientado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marília Alves. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e a coleta de dados será realizada por meio de entrevista. Sua participação é voluntária e consistirá em conceder entrevista contendo questões relacionadas aos sentidos do trabalho para enfermeiros no cotidiano da ESF urbana e rural do município de Campina Grande\PB.

Necessito de sua autorização para gravar sua entrevista para ser o mais fidedigno a elas, estando à sua disposição para ouvir, se assim o desejar. Após a gravação as respostas serão transcritas e você poderá ler depois para autorizar sua utilização ou não.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para que os enfermeiros compreendam os sentidos do trabalho no cotidiano da Estratégia Saúde da Família urbana e rural, e a partir de reflexões acerca dos sentidos atribuídos ao trabalho nas distintas realidades possam estabelecer estratégias de forma a possibilitar que o seu trabalho produza sentido positivo tanto para você, para a sociedade bem como para a organização da ESF. Além disso o estudo contribuirá para a produção do conhecimento científico, uma vez que há necessidade de pesquisa no âmbito nacional e internacional sobre a temática em estudo.

A previsão de riscos de sua participação é mínima, que poderão estar relacionados a algum dano moral ou constrangimento diante das perguntas. Assim, você deve considerar que sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido.

Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa, de Congressos e de artigos que poderão ser publicados. As gravações ficarão sob minha responsabilidade por um período de 5 anos e depois serão destruídos.

Em qualquer momento, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem será ressarcido pelas informações. Em caso de dúvidas éticas você pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), pelo telefone e endereço abaixo. Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma cópia ficará em seu poder.

EU \_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_ Declaro ter recebido informações suficientes quanto à finalidade da pesquisa, não divulgação de meu nome e utilização somente para fins científicos e estou de acordo em participar desta pesquisa. Atenciosamente,

Arleusson Ricarte de Oliveira  
( Pesquisadora responsável )

Prof. Dra. Marília Alves

Assinatura

do

entrevistado: \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG:** Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005 / Campus Pampulha, Belo Horizonte/MG, CEP: 31270-901. Telefone: (31) 3409-4592 / E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br).

**Contatos: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marília Alves:** – Telefone: (31)33440961 ou (31) 3409-9826 Escola de Enfermagem - UFMG.

**Arleusson Ricarte de Oliveira:** Tel: (083) -999097889 Email: [leussonricarte@gmail.com](mailto:leussonricarte@gmail.com). Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

**ANEXOS**

## ANEXO A



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**Os sentidos do trabalho para enfermeiros no cotidiano da Estratégia Saúde da Família Urbana e Rural**”, desenvolvida por: **Arleusson Ricarte de Oliveira** do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Doutorado Interinstitucional em Enfermagem – DINTER UFMG/UFCG, sob a orientação da professora Doutora: **Marília Alves**.

Campina Grande, 07 de Novembro de 2016.

*Raquel Lula*  
Raquel Brito de F. Melo Lula  
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO  
NA SAÚDE

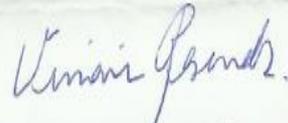
**Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula**  
**(Coordenadora de Educação na Saúde)**

CNPJ: 24513574000121  
Av. Assis Chateaubriand, 1376 - Liberdade, Campina Grande - PB, 58105-420.  
Telefone: (83) 3315-5129

**ANEXO B - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA****DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 07 de dezembro de 2016, o projeto de pesquisa intitulado **“Os sentidos do trabalho para enfermeiros no cotidiano da estratégia saúde da família urbana e rural”**, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.



Profa. Dra. Vivian Resende

Coordenadora do COEP-UFMG