

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E RURALIDADE

Guilherme Fortes Machado

**ESTRATÉGIAS PLANEJADAS E IMPLEMENTADAS PELOS MUNICÍPIOS DA
REGIÃO DE SAÚDE 20: UMA ANÁLISE DO PLANEJAMENTO DE SAÚDE PARA A
POPULAÇÃO DO CAMPO**

Palmeira das Missões, RS
2023

Guilherme Fortes Machado

**ESTRATÉGIAS PLANEJADAS E IMPLEMENTADAS PELOS MUNICÍPIOS DA
REGIÃO DE SAÚDE 20: UMA ANÁLISE DO PLANEJAMENTO DE SAÚDE PARA A
POPULAÇÃO DO CAMPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões (UFSM-RS), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Marcelo Soder
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Darielli Gindri Resta Fontana

Palmeira das Missões, RS
2023

Machado, Guilherme Fortes
ESTRATÉGIAS PLANEJADAS E IMPLEMENTADAS PELOS
MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE 20: UMA ANÁLISE DO
PLANEJAMENTO DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO DO CAMPO /
Guilherme Fortes Machado.- 2023.
117 p.; 30 cm

Orientador: Rafael Marcelo Soder
Coorientadora: Darielli Gindri Resta Fontana
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Campus de Palmeira das Missões, Programa de Pós
Graduação em Saúde e Ruralidade, RS, 2023

1. Planejamento em Saúde 2. Atenção Primária à Saúde 3.
Gestão em Saúde 4. Planos e Programas de Saúde 5.
Integralidade em Saúde I. Soder , Rafael Marcelo II.
Fontana , Darielli Gindri Resta III. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, GUILHERME FORTES MACHADO, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Guilherme Fortes Machado

**ESTRATÉGIAS PLANEJADAS E IMPLEMENTADAS PELOS MUNICÍPIOS DA
REGIÃO DE SAÚDE 20: UMA ANÁLISE DO PLANEJAMENTO DE SAÚDE PARA A
POPULAÇÃO DO CAMPO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões (UFSM-RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Saúde e Ruralidade**.

Aprovado em 06 de dezembro de 2023.

Prof. Dr. Rafael Marcelo Soder (UFSM)
Presidente/Orientador

Dra. Darielli Gindri Resta Fontana (UFSM)
Coorientadora

Dr. Luiz Anildo Anacleto Da Silva (UFSM)

Dra. Patrícia De Carli (15ª CRS)

Dra. Carine Vendruscolo (UDESC)

Palmeira das Missões, RS
2023

DEDICATÓRIA

Neste pequeno, mas sincero texto, dedico este trabalho a duas pessoas que fazem a diferença em minha vida. Me fazem ser uma pessoa melhor, ou pelo menos buscar minha evolução, compreender os desígnios a que viemos e porque aqui estamos.

A minha Esposa Adriana, cuja presença me auxilia nas minhas escolhas, me dando confiança para enfrentar os desafios e adversidades, me acompanhando em cada passo que dou, rumo à realização dos meus sonhos. Obrigado por tudo!

Ao meu filho Arthur, meu maior presente, que mudou a minha vida, transformou os meus dias e me enche de amor.

“O sorriso de um filho renova as energias, acalma o coração e ameniza qualquer dor. Meu filho, a melhor parte de mim”.

AGRADECIMENTOS

Ao encerrar, mais essa trajetória, marcada por muito estudo, empenho e dedicação, gostaria de agradecer algumas pessoas, que me acompanharam e foram fundamentais para a realização de mais este sonho. Por isso, expresso aqui, através de palavras sinceras, um pouquinho da importância que elas tiveram, e ainda têm, nesta conquista.

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Rafael Marcelo Soder, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho e em todos aqueles que realizei durante o mestrado. Muito obrigado por me ter corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar.

Agradeço a toda minha família, sobretudo meus pais, por sempre acreditarem em mim. São meus maiores exemplos de pessoas. Muito obrigado por terem me dado a vida, educação, e valores imprescindíveis para o desenvolvimento do meu caráter.

À minha esposa Adriana pelo companheirismo, pela vida dividida, pela compreensão, o cuidado e o amor. Ao meu filho Arthur, por trazer alegria aos meus dias.

À minha colega de Trabalho e amiga Dr. Patrícia de Carli pelo apoio e incentivo no início da caminhada.

À UFSM, diretores, coordenadores e administração que proporcionaram o melhor dos ambientes para que esse trabalho fosse realizado. Agradeço aos professores, verdadeiros mestres, que me acompanharam ao longo do curso e que, com empenho, se dedicam à arte de ensinar.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte de minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

ESTRATÉGIAS PLANEJADAS E IMPLEMENTADAS PELOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE 20: UMA ANÁLISE DO PLANEJAMENTO DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO DO CAMPO

AUTOR: Guilherme Fortes Machado
ORIENTADOR: Prof. Dr. Rafael Marcelo Soder

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde avançou em termos de cobertura populacional e se apresenta como uma proposta contra ao modelo médico assistencial privatista hegemônico. Contudo, a Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada das pessoas no Sistema Único de Saúde ainda apresenta diversos problemas relativos à sua implantação, como: pior desempenho em áreas rurais. Neste sentido, a Atenção Primária deve estar pautada em práticas humanizadas e colaborativas que promovam a melhoria da qualidade no Sistema Único de Saúde, com ênfase na universalidade, equidade e integralidade, tendo o planejamento em saúde como norteador das ações. A pesquisa objetiva analisar as estratégias planejadas e implementadas pelos municípios da Região de Saúde 20 – Rota da Produção, com o propósito de qualificar o atributo Integralidade, com foco na população rural. Trata-se de um estudo transversal de método misto. Os participantes do estudo são profissionais de saúde que atuam na rede de atenção primária nos municípios da Região de Saúde 20 - Rota da Produção, que compõem a 15ª Coordenadoria Regional de Saúde. O primeiro momento da geração dos dados quantitativos foi aplicado o instrumento de avaliação da atenção primária proposto por Starfield, segundo momento consistiu em pesquisa documental, com a análise dos Planos Municipais de Saúde vigentes (2022-2025), a fim de contextualizar como os municípios planejam e estruturam ações referentes à saúde da População Rural. A fase qualitativa iniciou a partir da análise dos dados da primeira etapa, quando foi utilizada a técnica de Grupo Focal com os gestores da Região. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística. Para interpretação dos dados qualitativos foi utilizado a análise de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados obtidos demonstraram que, na visão dos Profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à saúde dos municípios da Região 20, o atributo integralidade – serviços disponíveis teve escore alto. A análise da sensibilidade dos Planos Municipais de Saúde demonstrou que, embora inseridos em um cenário marcado pela presença do rural, não há o planejamento de estratégias que visem assegurar a integralidade dos serviços de saúde para a população residente no campo. A análise do grupo focal revelou como causas, o não reconhecimento das diferenças entre rural e urbano, ocasionado pela constituição regional de municípios de pequeno porte; falta de participação da equipe e dos usuários no processo de planejamento. Neste estudo, constatou-se a fragilidade da gestão das políticas e dos recursos, atestando a fragilidade dos municípios em conduzirem com autonomia o processo de gestão pautado nas diretrizes e princípios do SUS, em relação ao contexto e a população rural.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde. Planejamento em Saúde. Gestão em Saúde. Planos e Programas de Saúde. Política de saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

STRATEGIES PLANNED AND IMPLEMENTED BY THE MUNICIPALITIES OF HEALTH REGION 20: AN ANALYSIS OF HEALTH PLANNING FOR THE COUNTRYSIDE POPULATION

AUTHOR: Guilherme Fortes Machado
ADVISOR: Prof. Dr. Rafael Marcelo Soder

In Brazil, Primary Health Care has advanced concerning population coverage and has presented itself as a proposal against the hegemonic private medical care model. However, the Family Health Strategy, as a gateway for people into the Unified Health System (SUS), still has presented several issues related to its implementation, such as: worse performance in rural areas. In this regard, Primary Care must be based on humanized and collaborative practices which promote better quality in the Unified Health System, emphasis on universality, equity and comprehensiveness, with health planning as a guide for taking actions. The research aims at analyzing the strategies planned and implemented by the municipalities of Health Region 20 – Rota da Produção, with the purpose of qualifying the Integrality attribute, focusing on the rural population. This is a cross-sectional mixed method study. The study participants are health professionals who work in the primary care network in the municipalities of Health Region 20 - Rota da Produção, which composes the 15th Regional Health Coordination. The first moment of generating quantitative data was the assessment instrument applied for primary care proposed by Starfield, the second stage consisted in documentary research, having the analysis of current Municipal Health Plans (2022-2025), in order to contextualize how municipalities plan and structure actions related to the health of the Rural Population. The qualitative phase began with the analysis of data from the first stage, when the Focus Group technique was used with the managers from the Region. Quantitative data were subjected to statistical analysis. To interpret the qualitative data, the content analysis proposed by Bardin was used. The results obtained showed that, concerning the view of health professionals who work in Primary Health Care in the municipalities of Region 20, the attribute comprehensiveness – available services obtained a high score. The sensitivity analysis of Municipal Health Plans demonstrated that, although inserted in a scenario marked by the presence of rural areas, there is no planning of strategies aimed at ensuring comprehensive health services for the population living in the countryside. The focus group analysis disclosed the causes: the lack of awareness of the differences between rural and urban, caused by the regional constitution of small municipalities; lack of team and user engagement in the planning process. In this study, the fragility of policy and resource management was found, attesting the fragility of municipalities in conducting autonomy the management process based on SUS guidelines and principles, in relation to the context and the rural population.

Keywords: Integrality in Health. Health Planning. Health Management. Health Plans and Programs. Health Policy. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa com divisão das Macrorregiões, Coordenadorias Regionais de Saúde e Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul	37
Figura 2 - Mapa dos municípios que compõem a Região 20 de Saúde - RS	38
Figura 3 - Organograma da pesquisa	49
Figura 4 - Representação da análise de conteúdo	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População estimada dos municípios da Região de Saúde 20	38
Tabela 2 - Número de profissionais na amostra, 15ª CRS, 2021.	40
Tabela 3 - Distribuição de participantes, responderam ao PCATool, por município.....	42
Tabela 4 - Caracterização da população, por idade, vínculo e profissão.....	43
Tabela 5 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo E.....	51
Tabela 6 - Classificação dos Municípios do maior para o menor	53
Tabela 7 - Índice de sensibilidade dos Planos Municipais de saúde	55

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro especializado em Odontologia
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
ESF	Estratégia de saúde da Família
GF	Grupo Focal
MM	Métodos Mistos
MS	Ministério da Saúde
NEGESE	Núcleo de Estudos em Gestão em Saúde
NOAS	Norma Assistenciais Básicas de Saúde
NOBS	Normas operacionais básicas
LDO	Lei de diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
OIT	Organização internacional do trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PS	Plano de Saúde
PMS	Planos Municipais de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e das Águas
PPA	Plano Plurianual
PPSUS	Programa de pesquisa para o SUS
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1	PLANEJAMENTO EM SAÚDE	19
2.2	FERRAMENTA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE: O PLANO DE SAÚDE	24
2.3	INTEGRALIDADE: CONCEITOS E OPERACIONALIZAÇÃO.....	27
2.4	A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS (PNSIPCFA).....	30
3	OBJETIVOS	33
3.1	OBJETIVO GERAL.....	33
3.1.1	Objetivos específicos	33
4	MATERIAIS E MÉTODOS	34
4.1	MÉTODO	34
4.2	TIPO DE ESTUDO	36
4.3	O LÓCUS DA PESQUISA	36
4.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	39
4.5	DELINEAMENTO AMOSTRAL.....	40
4.6	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	41
4.7	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	44
4.7.1	Fase quantitativa	44
4.7.2	Fase qualitativa	45
4.8	ANÁLISE DE DADOS	47
4.8.1	Fase quantitativa	47
4.8.2	Fase qualitativa	48
4.9	ASPECTOS ÉTICOS	49
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
5.1	AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO ATRIBUTO E – INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS, DAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA - REGIÃO DE SAÚDE 20.....	51
5.2	ANÁLISE DA SENSIBILIDADE DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: COMO SE FORMALIZAM AS AÇÕES PARA ATENDIMENTO EM SAÚDE DE FORMA A PROMOVER INTEGRALIDADE DO CUIDADO PARA A POPULAÇÃO RURAL?	54

5.3	O PLANEJAMENTO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO RURAL: A PERCEPÇÃO DO GESTOR EM SAÚDE.....	59
5.3.1	Reconhecimento das Diferenças entre o Rural e o Urbano.	59
5.3.2	Vazio no Planejamento e Processo de tomada de decisão.....	64
6	APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITO.....	69
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
	REFERÊNCIAS	97
	ANEXO.....	109
	ANEXO A	109
	ANEXO B.....	112
	ANEXO C.....	113

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde passa a ser assegurado constitucionalmente no Brasil em 1988, contemplando, além da universalidade do acesso, a equidade e a integralidade. O art. 196 da Constituição Brasileira exterioriza o dever de prestar o direito fundamental à saúde (BRASIL, 1988). Não é apenas a Constituição que refere a existência de tal dever, a Lei nº 8080/90 (denominada lei do SUS - Sistema Único de Saúde) em seu artigo 2º. § 1º explicita a forma como o governo do estado brasileiro deve cumprir tal dever. O principal ponto diz respeito à necessidade de formulação de políticas que redundem na “promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990).

Como ferramenta para garantir esse intento é criado o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto uma rede regionalizada e hierarquizada que articula serviços oferecidos por entes públicos e privados, que atuam de forma complementar mediante contratualização. Ao Poder Público coube a função de dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (BRASIL, 1988). Contudo, processo de implementação do SUS no Brasil apresenta-se recheado por uma série de reflexões, avanços e dificuldades encontradas para a efetivação da atenção integral à saúde da população.

Reconhecer as inúmeras dificuldades para a implantação do SUS é um processo fundamental para o aperfeiçoamento da própria Política de Saúde. Assim, destaca-se a fragilidade na articulação intersetorial para desenvolvimento de políticas mais abrangentes, configurando-se como uma problemática que interfere, na garantia da saúde, do direito social e do exercício da Cidadania (BARBOZA, RÊGO E BARROS, 2020).

Torna-se pertinente considerar que todo sistema de saúde, com acesso universal e atendimento integral, seja capaz de organizar-se a ponto de considerar as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações. Diante disso, realizar análises prospectivas dos impactos, propondo mudanças significativas em sua organização, gestão e prestação de serviços de saúde por meio de políticas públicas, arranjos organizacionais e práticas em saúde é fundamental (RODRIGUES, SOUZA, 2023).

Na busca de alternativas que garantam o acesso a saúde da população, a Atenção Primária à Saúde (APS) se consolidou como uma das formas mais equitativas e eficientes de organizar um sistema de saúde, sendo considerada uma estratégia determinante para a efetivação do cuidado em saúde nos sistemas universais (SOUSA et al., 2020; RODRIGUES, SOUZA, 2023). APS refere-se a um modelo de organização dos serviços de saúde que visa conduzir as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, identificando as necessidades da coletividade e coordenando as redes de atenção à saúde. Assim, se consolidou como

estratégia eficiente para o alcance dos princípios do SUS: a equidade, a universalidade, e a integralidade, imprescindíveis aos sistemas de proteção social (RODRIGUES, SOUSA, 2023).

O conceito de APS, vem ao longo dos anos, passando por reformulações, desde a Conferência de Alma-Ata em 1978, quando surgem novas definições sobre a APS. Entretanto, merece destaque a definição operacional sistematizada por Starfield, a qual vem sendo muito utilizada, inclusive pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil (BRASIL, 2010). Para a autora a APS é, então, definida como um conjunto de valores, de princípios e de elementos estruturantes (atributos), devendo constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população (STARFIELD, 2002).

Enquanto modelo assistencial, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população (STARFIELD, 2002). Para Guimarães, Fattor e Coimbra (2022), a APS é uma estratégia organizada de formar regionalizada com o objetivo de responder à maior parte das demandas da comunidade, sendo a principal porta de entrada proporcionando acesso universal, integral e gratuito.

No Brasil é organizada majoritariamente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, por sua vez, tem como princípio norteador a integralidade do cuidado (BRASIL, 2020). O crescente interesse em avaliar avanços e lacunas da APS nos últimos 30 anos, tem contribuído para o desenvolvimento do SUS, e conseqüentemente da ESF, ao produzir evidências sobre o alcance da universalidade, integralidade e equidade (COSTA, et al., 2019).

Frente a sua importância é preciso que haja uma avaliação sobre a qualidade da APS visando um planejamento em saúde mais qualificado e que imponha ao poder público um uso eficiente de recursos. Como uma forma de avaliar a qualidade da APS o Ministério da Saúde (MS) em 2010 adaptou o instrumento de avaliação Primary Care Assessment Tool (PCATool) (TOLAZZI, GRENDENE e VINHOLES, 2022). Pelo presente instrumento, mensura-se a estrutura, desenvolvimento e resultados do trabalho feito na Saúde.

Para as autoras supracitadas, o PCATool é a ferramenta de qualidade, que permite avaliar de maneira simples, auxiliando a visualização e o entendimento de problemas, tornando possível sintetizar o conhecimento e as conclusões sobre a situação-problema. Nessa perspectiva, são fundamentais para guiar os gestores na tomada de decisão.

Starfield (2002), codificou a APS em quatro atributos essenciais e três derivados, os quais qualificam os serviços como de APS e aumentam seu poder de interação para com os usuários e as comunidades. Os atributos essenciais são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade. Os atributos derivados compreendem: orientação familiar, orientação comunitária e a competência cultural.

Cabe esclarecer, que na literatura não há uma classificação hierárquica entre os atributos, entretanto, considerando o modelo de atenção à saúde do SUS, menciona-se que a integralidade como atributo da APS, além de princípio doutrinário do SUS, representa um meio de concretizar o direito à saúde. De modo que a integralidade representa elemento fundamental para que se possa garantir a universalidade e a equidade da atenção à saúde (AYRES, 2023). Para Starfield (2002), é na APS que a integralidade adquire maior importância estratégica. Isso porque, por definição, é responsabilidade central dela a identificação, execução e articulação das ações de saúde que, transversal e longitudinalmente, devem ser desenvolvidas para responderem às necessidades de saúde.

O conceito de integralidade é polissêmico, com múltiplas aplicações e de grande importância na análise sobre os sistemas de saúde universais. Reconhecido como eixo prioritário de uma política pública de saúde, ele confere a compreensão de sua real operacionalização, bem como demonstra a superação de obstáculos e a implantação de inovações nos modelos e serviços de saúde (RODRIGUES, SOUSA, 2023).

No cenário nacional, a APS foi efetivamente organizada após a implantação da ESF, com a criação de equipes multiprofissionais e com o trabalho interdisciplinar, auxiliado pela presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que aproximou a comunidade dos processos de organização dos serviços. Assim, com o passar do tempo as vivências dentro do território de saúde, proporcionaram um acúmulo de conhecimento e experiências, que em partes foram exitosas, mas que em certo momento, colocaram em evidência uma série de problemas que devem ser superados para o desenvolvimento do SUS (SOUSA, et al., 2020).

Entretanto, a ESF como porta de entrada dos usuários no SUS ainda apresenta diversos problemas relacionados à sua implantação, a citar: pior desempenho em áreas rurais; e o processo de territorialização que ainda não considera a perspectiva dos espaços socio sanitários de maior risco para priorização de ações o que está diretamente relacionado a incapacidade do controle social influenciar a gestão dos serviços públicos de saúde (COSTA, et al., 2019).

Cabe considerar, que as populações rurais vivenciam, desafios e obstáculos para acessarem os serviços de saúde, proporcionalmente mais complexos, se comparadas às urbanas (LIMA, 2019). O acesso dessas populações ao SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade (COSTA, 2012).

As singularidades e especificidades existentes no universo rural, devem condicionar organização dos serviços de saúde e as práticas socio sanitárias em seu território. Assim, o reconhecimento do Brasil rural é indispensável para intervir no processo saúde-doença no âmbito da APS no SUS, nesse processo de reconhecimentos há de se considerar questões relacionadas ao modo de vida, reprodução social e meio ambiente (BRASIL, 2018).

No campo, ainda existem limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como uma deficiência na área de saneamento ambiental (BRASIL, 2018). O acesso à saúde pode ser considerado um dos determinantes fundamentais da qualidade de vida e do desenvolvimento socioeconômico (SOARES, et al., 2020).

Para Soares et al., (2020), o acesso à saúde influencia, entre outros aspectos da vida social, a dinâmica demográfica, com impactos sobre a mortalidade e a expectativa de vida. Para os autores as desigualdades encontradas nas áreas rurais em comparação com as áreas urbanas refletem, em grande medida, importantes fatores estruturais e a dificuldade do Estado acolher todas as demandas nas áreas mais distantes do país, falta de planejamento e financiamento adequado também foram apontados no estudo.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) apresentou dados globais que evidenciam as diferenças entre as populações rurais e urbanas, no que diz respeito à cobertura e acesso à saúde nos níveis global, regional e nacional. Segundo a OIT 22% da população urbana não possui acesso aos serviços de saúde enquanto no meio rural, em uma perspectiva global, 56% da população não possui cobertura de saúde (SAKAMOTO, MAIA 2015).

O contexto histórico, evidencia que as populações do campo sempre se defrontaram a descontinuidade das ações de políticas de saúde, modelos de gestão que não se afirmaram, e uma fragmentação de ações e iniciativas que ainda contribuem para seus altos níveis de exclusão e discriminação pelos serviços de saúde. Como aprendizado para se pensar em novas políticas para essas populações, deve se destacar o fracasso das propostas de caráter não integrado, centralizado, curativo, urbano e não-universais (SAKAMOTO, MAIA, 2015). Portanto, prover atenção à saúde de qualidade esta população é, antes de tudo, um imperativo ético, e, ao mesmo tempo um grandioso desafio.

Prover acesso dessas populações ao SUS requer uma interação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, para alcançar a atenção a saúde de qualidade de forma integral, compartilhando informações e responsabilidades (BRASIL, 2013).

Neste cenário, a compreensão da realidade local, durante o desenvolvimento das Políticas Públicas de saúde para o planejamento das ações para a população do campo é o grande desafio dos gestores e profissionais de saúde. Para superar este desafio é necessário desenvolver o planejamento de saúde local. Assim, o debate da saúde no meio rural, de ver feito tanto do ponto de vista humano, quanto ambiental, o que significa conhecer os determinantes sociais, riscos, agravos, atenção, promoção e vida numa perspectiva justa. Portanto, a saúde deve ser vista, como um processo histórico de luta coletiva e individual que expressa uma conquista social, de um determinado território (LIMA et al., 2019).

Neste sentido a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e das águas (PNSIPCFA), aprovada na 14^a Conferência Nacional de Saúde, é um marco histórico na saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde-doença dessas populações. Nasceu do debate dos representantes dos movimentos sociais, e consagrou-se com a Portaria n° 2.866/2011, que institui a política no âmbito do SUS. É um instrumento norteador e legítimo do reconhecimento das necessidades de saúde das referidas populações (BRASIL, 2013).

Entretanto, compreende-se que na gestão, a operacionalização das políticas públicas está diretamente ligada, ao grau de comprometimento de gestores estaduais e municipais do SUS, e da capacidade de realizar articulações com outras políticas que possuem condições de promover melhorias nas condições de vida e saúde dessas populações. Considerando a saúde como um direito de todos e dever do Estado, o planejamento em saúde assume importância singular para a consolidação dos princípios éticos/doutrinários e organizacionais/operativos que regem o SUS, visto que se apresenta como um mecanismo para a promoção de melhorias das condições de acesso a saúde (BRASIL, 1990).

A população do campo possui especificidades e características que a diferenciam das populações urbanas, segundo Ayres et al., (2023) identidades populacionais específicas que desafiam a efetivação do atributo Integralidade e a organização do trabalho em saúde necessitando de uma atenção maior do gestor.

Nessa perspectiva, Ortiga, Thiele e Silva (2021) refere que o planejamento é o instrumento que possibilita melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação

e reabilitação da saúde. Sendo assim, compreendido como uma ação social, que objetiva à transformação de uma situação em outra melhor, por isso se configura como um potente aliado da equipe de Saúde da Família e do gestor, ao dar acesso a ferramentas e tecnologias fundamentais para a identificação dos problemas e na definição de intervenções eficientes, eficazes e efetivas.

É importante reconhecer, que a dimensão que os desafios atuais, impõe aos gestores, geram a necessidade de incorporação sistemática de tecnologias, instrumentos e estratégias para aprimoramento na oferta dos serviços e precisão na tomada das decisões (SANTOS et al., 2017).

Diante dessa demanda pelo desenvolvimento de meios para a captação das necessidades em saúde da população, em âmbito municipal, os gestores têm à disposição o Plano Municipal de Saúde (PMS), que se propõe a esse fim, ou seja, à identificação das necessidades em saúde das pessoas de um território sanitário adstrito, subsidiando as ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde pelo período de quatro anos (BRASIL, 2010).

Plano Municipal de Saúde é considerado o instrumento central e o gestor municipal de saúde deve seguir a agenda deste ciclo, utilizando ferramentas e instrumentos definidos legalmente (BRASIL, 2016). Assim, faz-se pertinente analisar as implicações de adotar a concepção do processo saúde-doença desse instrumento de gestão para satisfazer as necessidades em saúde da população, uma vez que, a depender do referencial teórico de compreensão de saúde, a satisfação das necessidades pode ocorrer de forma total, parcial ou, ainda, não ocorrer.

Estudos envolvendo a análise dos PMS são amplamente realizados com diversos objetivos, como reconhecimento das necessidades em saúde e das vulnerabilidades dos grupos sociais, e análise das estratégias de gestão da saúde, implantação de serviços e análise das agendas públicas de saúde (MILANI et al., 2018). A análise do PMS é uma ferramenta imprescindível, pois amplia as possibilidades de construção de estratégias de institucionalização das políticas públicas de saúde no SUS (KLEIN et al., 2022).

Pelo apresentado, compreende-se o papel fundamental da APS na efetivação do direito a saúde, bem como na garantia de uma saúde tendo como base os princípios doutrinários do SUS, se configurando como o primeiro contato com o sistema, sendo central para a organização e coordenação da gestão compartilhada da rede de serviços de saúde.

Neste cenário emerge o questionamento: Quais as estratégias planejadas e implementadas pelos municípios da Região de saúde 20, na perspectiva de qualificar o atributo essencial Integralidade com foco população Rural?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A presente etapa da pesquisa tem por intento apresentar contribuições da literatura acerca das temáticas que constituem variáveis relevantes para definir o contexto em que a presente pesquisa se encontra inserida. Muito embora uma das principais razões para a condução de uma pesquisa resida no fato de que pouca coisa foi escrita sobre o tópico ou a população em estudo, a literatura tem por função contribuir não com a finalidade de prescrever questões que precisam ser respondidas sob o ponto de vista do pesquisador, mas como uma estrutura orientadora (CRESWELL, 2021).

2.1 PLANEJAMENTO EM SAÚDE

A gestão em saúde pode ser conceituada como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos, diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Assim, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de metas e objetivos. Essa definição, caracteriza a gestão como um elemento central na política de saúde (BRASIL, 2016).

Apesar deste contexto de evolução do planejamento organizacional e do planejamento em saúde em âmbito mais geral das sociedades ocidentais e do Brasil, a incorporação desta atividade ocorre, desde o início, no arcabouço jurídico do SUS, a partir de 1990, com as propostas de planejamento ascendente, entre os três níveis governamentais, a elaboração de planejamento estratégico pelos respectivos governos e a edição de normas e orientações para sua realização (BRASIL, 1990).

Na Lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990, a elaboração e atualização periódica de plano de saúde e, a preparação de proposta orçamentária em conformidade com o plano são consideradas atribuições comuns dos três níveis governamentais (BRASIL, 1990). O Título V, Capítulo III desta lei, indica diretrizes para o Planejamento e Orçamento no SUS:

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde-SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde-SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária (BRASIL, 1990, p.16).

O planejamento pode ser designado como um processo social, um método, uma técnica, uma ferramenta ou tecnologia de gestão, um cálculo que precede e preside a ação, um

trabalho de gestão, uma mediação entre as diretrizes políticas de uma organização e a subjetividade dos trabalhadores (PAIM, 2002; CAMPOS, 2003). Compreende-se, também, como um trabalho que incide sobre outros trabalhos (SCHRAIBER et al., 1999). Assim, o trabalho planejador permitiria uma convergência e racionalização dos trabalhos parciais tendo em vista o atingimento dos objetivos estabelecidos por uma organização.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016, p. 55), planejar é reduzir incertezas. Para tanto, implica em algum grau de intervenção na economia, associa-se a práticas regulatórias, orienta investimentos e está diretamente vinculado à alocação eficiente de recursos.

Cabe mencionar que, edição do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, recolocaram o planejamento em saúde na agenda do gestor em razão das inovações políticas, gestoras e assistenciais ali estabelecidas (BRASIL, 2016). Tal normativa estabelece a organização do SUS em regiões de saúde, dita que o planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e enfatiza que as necessidades de saúde devem ser compatibilizadas com a disponibilidade de recursos financeiros, através de planos de saúde, instrumento que deve conter metas.

No caso da saúde, o planejamento possibilitaria a tradução das políticas públicas definidas em práticas assistenciais no âmbito local (SCHRAIBER, et al., 1999). Conforme Teixeira (2014), o planejamento em saúde trata dos processos de produção de políticas (formulação), dos modos de organização das práticas (programação) e das formas de gestão (operacionalização) dos planos, programas e projetos de ação.

É necessário a compreensão de que planejar se caracteriza como um caminho de escolha do gestor durante o processo de condução das organizações e instituições públicas e privadas. Nesse sentido, o planejamento pode ser entendido como um processo de transformação de uma situação para outra, considerando-se a finalidade, utilizando-se de instrumentos ou meios de trabalho (técnicas e saberes) e atividades (trabalho propriamente dito), e sob determinadas relações sociais inerentes a cada organização. (PAIM, 2006).

Mintzberg (2004), autor que muito discute sobre os conceitos relacionados a gestão e o processo de decisão nas organizações públicas, define o planejamento como um “procedimento formal” direcionado a produção de resultados articulados entre as mais diversas metodologias de trabalho, que deve ser visto como “esforço de formalizar os processos pelos quais as decisões são tomadas e integradas nas organizações”. Neste sentido, o planejamento se apresenta como um mecanismo para a promoção de melhorias das condições de saúde, assumindo relevância singular para a consolidação dos princípios éticos/doutrinários e organizacionais que regem o SUS (PRESTA et al., 2010).

Partindo do pressuposto que o planejamento é essencial à racionalização da organização, acompanhamento e avaliação da atuação sistêmica (BRASIL, 2008), o planejamento do SUS foi pensado e alicerçado por meio das Leis Orgânicas Nº 8.080/90 e Nº 8.142/90, pelas Normas Operacionais Básicas (NOBS), Norma Assistenciais Básicas de Saúde (NOAS) e pelo Pacto Pela Saúde, que com olhar sobre a regionalização destacou a necessidade de fortalecimento da função gestora do planejamento, o qual culminou na construção do Sistema de Planejamento do SUS e a inserção do Planejamento nos compromissos do Pacto de Gestão do SUS (CARVALHO, JESUS E SENRA, 2017).

Formalizado na Constituição Federal de 1988, o planejamento no SUS é de responsabilidade conjunta das três esferas da federação, sendo que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem desenvolver suas respectivas atividades de maneira a gerar complementariedade e funcionalidade, o que torna imprescindível que esse instrumento estratégico de gestão seja preocupação constante dos gestores e dos profissionais do SUS. (BRASIL, 2009).

Cabe referir, que a partir de 1988 intensifica-se a consolidação de um conjunto de normas de diversas naturezas estabelecendo os princípios gerais para o planejamento no Estado Brasileiro. Segundo Pares e Valle (2007), o início da década de 90 marcou o renascimento do planejamento das ações de serviços públicos que instrumentalizou o processo de desenvolvimento social e a redemocratização das políticas públicas.

Assim, com a democratização das Políticas Públicas e a consolidação do SUS, e tendo como pilares legais o Decreto 7508 de 2011, a Lei Complementar nº 141/2012 e a Portaria nº 2.135/2013, o Ministério da Saúde em conjunto com o Conselho nacional de Secretários de Saúde (CONASS) estabeleceram diretrizes para o processo de planejamento no SUS, indicando alguns pressupostos:

O planejamento deve ser ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção de Diretrizes, Objetivos e Metas; Deve compatibilizar os instrumentos de planejamento da saúde no âmbito do SUS, que são: o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão. Estes instrumentos se interligam sequencialmente compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. As normas exigem o cumprimento dos prazos para a elaboração desses instrumentos e os gestores devem observar a lógica desse ciclo de planejamento no setor saúde (BRASIL, 2015, p. 34).

O Decreto nº 7.508, de 2011, estabelece que o planejamento no âmbito das regiões de saúde deve ter como base as necessidades municipais apuradas a partir do Mapa da Saúde, para o estabelecimento de metas de saúde, definindo que o planejamento municipal deve ser realizado com o objetivo de gerar funcionalidade entre os sistemas locais para garantir a integralidade das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Para Vieira (2011), a implementar e operacionalizar o conceito de planejamento ascendente talvez seja um dos maiores desafios da gestão do SUS, para sua consolidação como sistema único. Deve ser considerado que esse processo se trata da articulação entre diferentes leituras sobre uma mesma “situação-problema”, as quais geram diferentes propostas de intervenção. Para o autor esta situação enfatiza a importância das instâncias de negociação para a construção coletiva, com vistas a definição de fluxos e instrumentos de pactuação.

A descentralização das decisões e da gestão do SUS impõe aos municípios a organização de uma estrutura mínima para realizar a gestão da saúde, elaborar e implementar o plano de saúde e demais instrumentos de gestão (BRASIL, 2016). No entanto, pode-se perceber que o processo de descentralização da gestão não previu a organização e estruturação dos órgãos gestores municipais ocasionando na falta de padrão entre os municípios, quanto à forma como se organizam e planejam.

Dez anos após a edição da Lei 8.080/90, a sua regulamentação pelo Decreto nº 7.508/11 imprimiu nova conformação para a descentralização, organizando a rede em níveis crescentes de complexidade, promovendo a criação de regiões de saúde com a parceria entre os municípios, reguladas pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)¹ (BRASIL, 2011).

A relevância desse dispositivo e a sua utilidade como instrumento de harmonização do trabalho coletivo entre os Municípios em uma região de saúde permitem que cada gestor possa conduzir suas atividades de forma a gerar complementaridade com seus pares. Além disso, o COAP possibilita que os cidadãos, as instâncias e os órgãos governamentais de controle e avaliação monitorem o trabalho dos gestores, conferindo maior transparência à gestão do SUS (BRASIL, 2016).

Assim, as atividades de planejamento desenvolvidas de forma individual, em cada uma das esferas, em seus respectivos territórios, devem levar em conta as atividades das demais esferas, buscando gerar complementaridade e funcionalidade (BRASIL, 2016).

Além do exposto, o planejamento da saúde como mecanismo essencial previsto no arcabouço legal do SUS representa a necessidade de haver unicidade na priorização e enfrentamento pelos três entes federados dos principais problemas de saúde do país sem, contudo, deixar de garantir a autonomia no acolhimento das demandas locais.

¹ O COAP é o instrumento empregado pelos entes federados para contratualizar as metas a serem obtidas em uma Região de Saúde e as ações de responsabilidade de cada uma das três esferas de governo.

Assim, o planejamento da saúde se formalizou como instrumento obrigatório para os entes públicos sendo indutor de políticas tendo o controle social como condutor do processo, estabelecendo as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações de saúde, prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde Regional, Estadual e Nacional (CONASS, 2016).

Conforme a Portaria 2.135 de 25/09/13 o planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos:

- I – Planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada;
- II – Respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT);
- III – monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS;
- IV – Planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas;
- V – Compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;
- VI – transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade;
- VII – concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada (BRASIL, 2013, p.01).

Para além da formalidade legal, Paim (2006), define o planejamento em saúde como uma forma mobilizar ações, auxiliando na identificação dos problemas mais críticos, mas em especial, dos meios de superá-los elevando a consciência sanitária das pessoas, facilitando a mobilização política dos interessados pela questão saúde.

O planejamento no SUS é, antes de tudo, uma função gestora, e um dos mecanismos relevantes que visa assegurar a unicidade e os princípios constitucionais. É a expressão das responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território (BRASIL, 2016). Contudo, a ação de planejar exige conhecimentos técnicos que se expressam em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho (PAIM, 2006).

Pelo exposto, devemos considerar que o planejamento, ao explicitar objetivos e finalidades, favorece a democratização da gestão e reduz a alienação dos trabalhadores de saúde nos processos de produção (PAIM, 2006). Da parte das pessoas que se vinculam aos serviços e equipes de saúde, a gestão participativa decorrente da diretriz da participação da

comunidade no SUS pode utilizar o planejamento para apoiar o protagonismo (CAMPOS, 2000).

2.2 FERRAMENTA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE: O PLANO DE SAÚDE

Uma das etapas previstas pelo SUS em seus processos é a implementação, que envolve a operacionalização das decisões e ações. Para isso, são definidos instrumentos que permitam a conexão entre as políticas públicas definidas e seu funcionamento. Segundo manual elaborado pelo Ministério da Saúde no processo de operacionalização do Sistema Único de Saúde (2016), a gestão é identificada como um elemento central na política de saúde.

Os Instrumentos de Gestão em Saúde são os mecanismos que garantem o funcionamento do SUS em todas as esferas, na medida em que a gestão do SUS é responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016). Por meio dos instrumentos, os órgãos gestores da saúde visam garantir e aperfeiçoar o funcionamento do sistema

Desde o ano 1990, a Lei nº 8.142 estabelecia responsabilidades gestoras na elaboração do planejamento, bem como seu modo ascendente de fazê-lo, e determinava o plano de saúde como requisito para o recebimento de recursos. (BRASIL, 1990).

A Portaria 2.135/2013, que revogou as portarias 3.085/2006 e 3.332/2006, conceitua em seu art. 3º que:

[...] o Plano de Saúde é instrumento central de planejamento para definição e implementação da estratégia de gestão do SUS para cada esfera, pelo período de quatro anos, devendo explicitar os compromissos do governo para o setor saúde e refletir, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. (BRASIL, 2013, p.02).

O instrumento retrata o cenário e as necessidades de saúde da população que baseiam a definição de ações de promoção. Plano de Saúde (PS) é um instrumento do planejamento que tem como função consolidar as políticas de saúde e seus compromissos. Ele serve para nortear a elaboração do Planejamento em Saúde e o orçamento do governo relacionados ao setor saúde. Esse instrumento deve ser elaborado por todas as esferas do poder (federal, estadual e municipal), com validade de 4 anos.

O Plano de Saúde se constitui como:

[...]o instrumento de gestão, que baseado em uma análise situacional, define intenções e resultados a serem buscados pelo município num período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Cada município possui autonomia para definir as linhas gerais do processo de elaboração no seu Plano Municipal de Saúde, consoante aos princípios e diretrizes adotadas na legislação básica e normas do SUS (ORTIGA; THIELE; SILVA, 2021, p.05).

A sua importância deve-se ao fato de que o Plano de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção, de modo a garantir a integralidade preconizada na legislação que normatiza o SUS (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. É elaborado no primeiro ano da gestão em curso, com execução a partir do segundo ano da gestão em curso ao primeiro ano da gestão subsequente (BRASIL, 2016).

A lei nº 8080/90 prevê que as três esferas de governo deverão orientar seus planos de saúde para a elaboração de suas propostas orçamentárias anuais, de modo a possibilitar a efetividade e a continuidade da política de saúde. A elaboração desses planos dá-se em cada esfera de gestão, num fluxo ascendente, ou seja, sucessivamente nos Municípios, Estados e União.

Dessa forma, o plano de saúde se traduz como a formalização das intenções e dos resultados a serem buscados pela gestão do SUS com o propósito de responder de forma efetiva, oportuna e com qualidade às demandas e necessidades de saúde da população (FERREIRA, 2009). O Plano de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão, e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção (BRASIL, 2016). O PS considera as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo (CONASS, 2016).

De acordo com a Portaria nº 2.135, de 2013, a elaboração do Plano de Saúde deve conter minimamente a seguinte estrutura:

- I. Período de vigência do Plano de Saúde;
- II. Identificação (esfera de gestão correspondente);
- III. Ato do Conselho de Saúde que avalia o Plano de Saúde;
- IV. Análise da situação de saúde com base no Mapa da Saúde;
- V. Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores;
- VI. Monitoramento e Avaliação (BRASIL, 2013, p.03).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) corresponde, ao conjunto das propostas de ação do governo municipal em relação aos problemas e necessidades locais. Além de exigência legal, regula o processo de descentralização político-administrativa no âmbito do SUS, refletindo, portanto, a responsabilidade municipal com a saúde da população (CONASS, 2016). Os PMS deverão estar de acordo com o Plano Nacional de Saúde e os pactos de saúde publicados pelo Ministério da Saúde, que constitui um conjunto de compromissos e objetivos de processos e resultados derivados da análise da saúde do país (BRASIL, 2010).

Conforme Presta et al., (2010), os PMS não devem ser um procedimento meramente burocrático, devendo o gestor ter uma visão estratégica na condução do processo, em conjunto com os membros do Conselho Municipal de Saúde, como também deve propor estratégias exequíveis de intervenções no modelo de atenção.

Cabe destacar que, ao final de cada ano de vigência do PMS, é necessário que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados efetivamente alcançados, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações. Para tanto, os relatórios anuais de gestão configuram-se como ferramentas privilegiadas. Essa avaliação, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas (BRASIL, 2009).

Para Milani et al., (2018), o planejamento de ações na área da saúde humana nos Planos Municipais de Saúde implica, necessariamente, em estabelecer quais ações serão priorizadas, após a análise do território. No referencial da promoção da saúde há a necessidade do envolvimento comunitário com uma abordagem ampla, objetivando uma política de promoção e prevenção pelos órgãos responsáveis pela saúde da população, assim como a participação de diferentes sujeitos e inter-relação entre os entes federados.

Diante da relevância dos PMS como instrumento de planejamento, identificar suas eventuais debilidades pode contribuir para a qualificação das práticas de trabalho da gestão. Com o pressuposto de que os PMS qualificam a gestão e ampliam os atendimentos de saúde Borrell et al., (2005), realizaram uma análise da sensibilidade dos planos Municipais de saúde da Comunidade autônoma da Espanha. Os autores analisaram 14 Planos de Saúde e referem que os PS são documentos essenciais que contêm os princípios e valores que regem o planejamento em saúde da gestão.

No trabalho de Presta et al., (2010), o qual teve como objetivo analisar os PMS com relação à descrição sobre a odontologia na rede pública dos municípios que compõem a 8ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, os autores concluíram que embora o PMS seja ferramenta fundamental no Planejamento em Saúde, o pouco envolvimento das equipes na construção e elaboração faz com que os PMS não sejam suficientes para configurar um planejamento em saúde bucal na realidade estudada, indicando a necessidade de capacitação e formação dos gestores com atenção à importância deste instrumento de gestão.

Nessa mesma direção, Ferreira, Veras e Silva (2009), utilizando o mesmo método de análise dos Planos de Borrell et al. (2005), realizaram um estudo com o objetivo de verificar

em que medida os planos municipais de saúde contemplam a participação da população nas ações de controle de dengue, em municípios do Estado de São Paulo. Conforme os autores os planos municipais de saúde são um instrumento de gestão da política municipal de saúde e representam a resposta do setor às necessidades da população.

Cruz et al., (2017), analisaram os Planos Municipais de Saúde dos 33 municípios sob jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina, e concluíram que o Plano de Saúde é instrumento necessário para cumprimento de determinações legais, assim como ferramenta de gestão para melhoria da qualidade de saúde da população. Porém é necessário, uma parceria dos níveis de governo, para operacionalizar a construção, aplicação, monitoramento e avaliação deste instrumento.

Para Nascimento, Egry (2017), a elaboração dos PMS demanda amadurecimento do ponto de vista teórico-metodológico, haja vista a pertinência de readequação dos PMS que proponham o aprofundamento da investigação das formas de produzir e reproduzir saúde.

2.3 INTEGRALIDADE: CONCEITOS E OPERACIONALIZAÇÃO

A integralidade é considerada um dos pilares na construção do SUS consagrado pela Constituição Federal de 1988. Dentre os princípios doutrinários do SUS, a integralidade talvez seja o mais desafiador na construção conceitual e na prática da Reforma Sanitária (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Conforme Aguiar e Santos (2016), a ideia da integralidade foi expressa pela primeira vez no mundo, com a criação do *National Health Service* (NHS), no Reino Unido, em 1948, com a expansão das políticas sociais e dos sistemas de saúde. O NHS estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos e gratuitos para toda a população.

No Brasil, o princípio da integralidade da saúde é apontado com destaque constitucional no artigo 198, inciso II, que o apresenta como princípio base para a atenção à saúde oferecida pelo SUS. A Constituição ainda complementa esse sentido ao estabelecer a construção do sistema de saúde por políticas sociais e econômicas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. No plano infraconstitucional, a Lei 8.080/1990, em seu artigo 7º, traz expressamente a integralidade como princípio que fundamenta a organização do Sistema Único de Saúde.

Para esta Lei, a integralidade é a possibilidade de acesso a todos os níveis do sistema, caso o usuário necessite, como também a possibilidade de integrar ações preventivas com as curativas, no dia a dia dos cuidados realizados nos serviços de saúde (BRASIL, 1990). Embora a legislação traga o conceito de integralidade, sua operacionalização no cotidiano das

práticas de saúde, requer várias formas de agir, em especial, considerando sua concepção complexa e extremamente polissêmica (CARNUT, 2017).

Neste sentido, a operacionalização do princípio da integralidade não é, matéria simples. Mattos (2001), já descrevia a situação aparentemente paradoxal de ser a integralidade o mais polissêmico princípio do SUS e, ao mesmo tempo, uma das mais fecundas “imagens-objeto” a mobilizar os sujeitos na consolidação da reforma sanitária brasileira.

[...] o que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente esta habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde. (MATTOS, 2004, p.1414)

Embora o princípio da integralidade, como os demais, seja aplicado a qualquer nível do sistema de saúde, é na APS que ele adquire maior relevância estratégica. Isso porque, por definição, é responsabilidade central dela a identificação, execução e articulação das ações de saúde que, transversal e longitudinalmente, devem ser desenvolvidas para responderem às necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidades (STARFIELD, 2002). A autora salienta que a integralidade exige que a APS reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas a saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las.

Para a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), a integralidade é também a integração entre demanda espontânea e demanda programada no fazer dos serviços de saúde, como também é a mescla gerada pelas atividades clínicas e de campo na APS. Segundo Carnut (2017), as formas operacionais da integralidade garantem a prática da saúde consoante com o que rege a Constituição Federal e traduzem, para os profissionais de saúde, como operar suas práticas. Contudo, é importante ressaltar que a integralidade como esse esforço para uma oferta que atenda demandas e necessidades construídas é sempre relacional ao contexto.

Quando pensamos os conceitos de integralidade, devemos considerar que a temática está voltada por várias concepções e sentidos, porém, seu alicerce está na qualidade do atendimento prestado ao usuário, envolvendo questões como cuidado, acolhimento, visão ampliada entre outros. Assim integralidade possui grande relevância nas políticas de saúde como uma das diretrizes mestras do SUS. Portanto, cabe aos profissionais a reflexão sobre os alcances e limites da integralidade bem como, acerca da necessidade da efetivação real deste princípio no cotidiano dos serviços (FONTOURA, MAYER, 2006).

Fontoura e Mayer, (2006) com base no trabalho de Mattos (2001) definem 3 conjuntos de sentido do princípio da integralidade:

Primeiro: relacionado as práticas dos profissionais ao se relacionar com a integralidade, busca-se escapar do reducionismo, ou seja, enxergar o paciente como um todo.

O segundo se refere à organização dos serviços a visão também deve ser ampliada, buscando-se estabelecer e ampliar as percepções das necessidades dos grupos, adotando as melhores formas possíveis para responder às mesmas.

Terceiro refere-se as respostas do governo aos problemas de saúde da população, as quais devem incorporar as possibilidades de promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação em todas as esferas da atenção; seja municipal, estadual ou federal.

A integralidade, portanto, é um princípio do SUS, mas também representa um meio de estabelecer o direito à saúde, objetivando a produção da cidadania pelo cuidado. Logo, busca associar a gestão e a assistência aproximando qualidade técnica do trabalho e o sentido político dos direitos de cidadania, se relacionamento diretamente à forma de organização dos serviços, englobando saberes de profissionais e da comunidade. De maneira que a integralidade é elemento fundamental para que se possa garantir a universalidade e a equidade da atenção à saúde, através do diálogo, pactuação e cooperação entre os entes federados, contemplando múltiplos sujeitos, instituições e práticas (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Ayres (2009), corrobora essa posição, ao analisar o lugar da integralidade entre os princípios doutrinários do SUS:

[...] universalização, equidade e integralidade são mutuamente referentes, cada um reclamando os demais. [...] O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um. (AYRES, 2009, p.13)

Conforme Ferreira e Campos (2009), a integralidade se apresenta de forma abrangente, envolvendo um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos vários níveis de complexidade do sistema. Caracteriza-se pela percepção ampliada das necessidades e das habilidades em reconhecer a oferta de ações de acordo com o contexto de cada situação, no encontro do sujeito com o profissional de saúde.

A integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, carrega como significado a compreensão da sua operacionalização a partir de dois movimentos a serem desenvolvidos pelos sujeitos inseridos nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a comunidade. (PINHEIRO, 2009).

Por fim, ainda sobre esse tema, considerando o trabalho de Count (2017) pode-se dizer que a integralidade é um “princípio-diretriz do SUS”. Princípio porque se vale da apresentação mais filosófica do ser humano, e diretriz por ter se tornado algo concreto, que guia o processo de trabalho. Assim, percebe-se que a integralidade é uma forma de ampliar os olhares dos profissionais para além da lógica da 'intervenção pura', tentando alcançar os contornos do que se compreende como 'cuidar', no âmbito da construção dos serviços de saúde.

2.4 A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS (PNSIPCFA).

No Brasil, a Portaria 2866 publicada em 02 de dezembro de 2011 institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Em 2014 através da Portaria MS/GM nº 2.311 esta política foi alterada incluindo o termo ‘das Águas’, para caracterizar apropriadamente esse grupo populacional presente nos territórios rurais brasileiros. Esse instrumento organizativo, portanto, passou a ser denominado de Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA).

A PNSIPCFA surge visando à diminuição das iniquidades em saúde relacionadas à população rural, sua publicação foi considerada um avanço para a garantia do direito e do acesso à saúde no SUS (BRASIL, 2014). Para isso, ela prioriza a melhoria na saúde decorrente da implementação de políticas intersetoriais, que se baseiam na geração de emprego e renda, no acesso à terra, no provimento de saneamento, na construção de habitações, na defesa da soberania e da segurança alimentar e nutricional, na educação, na cultura, no lazer e no transporte digno (BRASIL, 2018).

Equidade, no âmbito da PNSIPCFA, é entendida como “a ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do status de saúde nos grupos ou subgrupos populacionais, definidos social, demográfica ou geograficamente” (STARFIELD, 2002: 546).

Esta constitui-se como uma política transversal, que prevê ações compartilhadas entre as três esferas de governo, articulando-se entre as demais políticas do MS. Tal documento, configura-se como um instrumento legítimo de reconhecimento das necessidades de saúde, das condições e dos determinantes sociais do campo, da floresta e das águas no processo de saúde-doença dessas populações (BRASIL, 2013).

A PNSIPCFA tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual, objetivando o acesso aos serviços de

saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida (BRASIL, 2011).

A Política foi aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, é um marco histórico na Saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações. Com a intenção de reafirma o princípio de universalidade do SUS por meio de ações de saúde inclusivas, edificando, mesmo que de modo tardio, a garantia constitucional à tais populações, tendo como objetivo a busca de soluções para os problemas relacionados à vida e ao seu processo de trabalho (PESSOA, ALMEIDA e CARNEIRO, 2018).

Entretanto, contextualmente os desafios para sua implantação são imensos, destacando-se a ausência de informações específicas sobre a população rural nos sistemas de informação do SUS, o isolamento de muitas comunidades desses territórios, a falta de acesso a serviços de saúde e a falta de preparação para os profissionais que atuam com essas populações (PESSOA, ALMEIDA e CARNEIRO, 2018).

Compreende-se que a política busca traduzir os inúmeros desafios no cenário brasileiro ao incluir as peculiaridades e especificidades da saúde dessas populações. O processo de sua construção baseou-se nas evidências das desigualdades e necessidades em saúde dessas populações e teve caráter participativo, consolidada na fundamentação do amplo diálogo entre o governo e as lideranças dos movimentos sociais (BRASIL, 2011).

Entretanto, da mesma forma que qualquer Política Pública, sua operacionalização dependerá do comprometimento de gestores estaduais e municipais do SUS, assim como de prefeitos e governadores e da articulação com outras políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde dessas populações, a citar a educação, o trabalho, o saneamento e o ambiente (BRASIL 2014).

Destaca-se que a PNSIPCFA instituída após seis anos de debate e negociação no âmbito do Grupo da Terra (BRASIL, 2011), inclui um Plano Operativo, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que estabelece estratégias e ações no âmbito do SUS em quatro eixos, a saber:

- 1º. Eixo: Acesso das populações do campo, da floresta e das águas à atenção à saúde. Esse eixo é o principal, por contar com mecanismo que gerencia e planeja a promoção de equidade em saúde nos diversos grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade;
- 2º. Eixo: Ações de promoção e vigilância em saúde para as populações do campo, da floresta e das águas. Tem como principal objetivo a redução de riscos e agravos

resultantes do processo de trabalho, com destaques para as intoxicações, assegurando a saúde do trabalhador e as atuações da vigilância em saúde;

- 3º. Eixo: Educação permanente e educação popular em saúde, com foco nas populações do campo e da floresta e das águas. Neste eixo, é de fundamental importância a inclusão de temas que abordem a saúde do campo, da floresta e das águas no processo de formação permanente dos trabalhadores do SUS, em especial os que atuam na atenção básica;
- 4º. Eixo: Monitoramento e avaliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, direcionados às populações do campo, da floresta e das águas. As ações e as propostas do plano plurianual, que são a base para o monitoramento e a avaliação da Política, preveem como indicadores principais a morbimortalidade e a promoção destas populações à atenção integral à saúde (BRASIL, 2018, p. 08).

Para que a gestão da saúde pública possa garantir os preceitos Constitucionais e viabilizar a universalidade do acesso, é fundamental reconhecer detalhadamente um determinado território e identificar suas necessidades priorizando a identificação da parcela da sociedade que não tem garantido o acesso à saúde e planejar ações que venham atender suas necessidades (PAIM, 2006).

Neste sentido, a PNSIPCFA define a População do Campo, Florestas e Águas (PCFA), como sendo os grupos populacionais que conformam seus modos de vida, produção e reprodução social relacionadas predominantemente com a Terra. Esse grupo populacional é composto por camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo, trabalhadores rurais assentados e acampados, comunidades de quilombos, populações que habitam ou usam reservas extrativistas, populações ribeirinhas, populações atingidas por barragens, entre outras comunidades tradicionais (BRASIL, 2011).

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde - RS (2016) dos 497 municípios do Rio Grande do Sul, 215 são predominantemente rurais – com mais de 50% de sua população residente em áreas rurais –, representando cerca de 14,9% da população total do Estado (IBGE). Ainda, segundo dados do Ministério da Pesca e Aquicultura (2015), há no Rio Grande do Sul 16.648 pescadores, 1.049 marisqueiros e 2.948 aquicultores registrados.

Outra característica do Estado é a existência de municípios com grande extensão territorial e população dispersa/rarefeita. Apesar de muitos desses municípios possuírem boa cobertura de Estratégia de Saúde da Família, o acesso à Atenção Primária à Saúde nem sempre é garantido a essas populações, tendo como barreiras, dentre outras, as longas distâncias entre as comunidades rurais e as sedes municipais (SES, 2023).

3 OBJETIVOS

A direção da pesquisa é estabelecida pela declaração de objetivo. É esse o tópico que orienta de forma clara e concisa para o propósito central do estudo, já que estabelece a intenção e a ideia principal da proposta. Essa construção se dá com base em uma necessidade, representada pelo problema de pesquisa, e é refinada em questões de pesquisa (CRESWEL, 2021).

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as estratégias planejadas e implementadas pelos municípios da Região de Saúde 20, com o propósito de qualificar o atributo Integralidade, com foco na população rural.

3.1.1 Objetivos específicos

- a) Qualificar o atributo essencial integralidade nos serviços disponíveis da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais, a partir do instrumento PCATool Brasil (versão profissionais);
- b) Analisar os Planos Municipais de Saúde (2022-2025), a fim de contextualizar como os municípios planejam e estruturam as ações referentes à saúde da população rural;
- c) Conhecer o planejamento em saúde direcionado a população rural.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente tópico tem por propósito detalhar os procedimentos metodológicos que organizaram a presente pesquisa. Para tanto, inclui o delineamento do estudo, as etapas de desenvolvimento da pesquisa, os sujeitos participantes, os procedimentos e o instrumental de coleta e análise de dados.

Cabe referir, que o presente estudo se trata de um extrato de uma pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) de fomento para ações ao Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS), intitulada “Redes de atenção em saúde, gestão e práticas de humanização – olhares e intervenções interprofissionais”.

4.1 MÉTODO

O presente estudo é uma pesquisa delineada como métodos mistos. Segundo Creswell (2021, p. 27), métodos mistos (MM) implicam em:

[...] suposições filosóficas, o uso de abordagens qualitativas e quantitativas e a mistura das duas abordagens em estudo. Por isso, é mais do que uma simples coleta e análise dos dois tipos de dados; envolve também o uso das duas abordagens em conjunto, de modo que a força geral de um estudo seja maior do que a da pesquisa qualitativa ou quantitativa isolada.

Considerando que, a partir da vinculação entre dados quantitativos e qualitativos, configura-se de método misto na busca por promover o entendimento sobre o fenômeno de escolha de uma forma que não alcançaremos utilizando uma abordagem (CRESWELL; PLANO, 2013). Segundo o autor o método surgiu em 1960 entre antropólogos e sociólogos, e vem crescendo gradativamente, tendo nos últimos 20 anos se concretizado como uma nova forma de abordagem. O pressuposto central que justifica esta abordagem é o de que a interação entre eles fornece possibilidades mais críticas e profundas.

Outro ponto relevante, consiste em dizer que a pesquisa de métodos mistos tem capacidade de contribuir com entendimentos sobre a complexidade e facilitar o surgimento de resultados diferentes, desafiando paradigmas e distinções metodológicas. Este tipo de estudo promove a diversidade entre múltiplas formas de conhecimento e tradições. Assim, possui inclinação para identificar fortalezas e fraquezas por meio de múltiplas perspectivas (ARCHIBALDI, 2015; SANTOS et al., 2017).

Para Jantsch e Neves (2023), todos os fenômenos possuem como atributos propriedades numéricas e qualidades intrínsecas, que a depender das definições teóricas do problema só poderá ser respondido na sua totalidade com a utilização das abordagens quantitativas e qualitativas.

No processo de desenvolvimento do estudo com utilização do MM, deve-se considerar os quatro aspectos principais desse tipo de estudo: 1) distribuição do tempo; 2) atribuição do peso das abordagens; 3) combinação dos dados e 4) teorização (CRESWELL; CLARK, 2021).

Na distribuição do tempo, deve-se avaliar se os dados qualitativos e quantitativos serão coletados em fases (seqüencialmente) ou ao mesmo tempo (concomitantemente). Sobre a atribuição de peso, este aspecto refere-se à definição da prioridade atribuída à pesquisa quantitativa ou qualitativa no estudo, podendo atribuir o mesmo peso aos dados, ou enfatizar uma ou outra abordagem (CRESWELL; CLARK, 2013; SANTOS et al., 2017).

Concernente a combinação dos dados, esta é compreendida ao modo do qual os dados quantitativos e qualitativos estabelecem relação entre si, assim, se serão realmente fundidos ou mantidos separados, ou ainda, se estarão de algum modo combinados. Nesta perspectiva, quando os dados estão conectados existe uma combinação da pesquisa quantitativa e qualitativa com a análise de dados da primeira fase do estudo e a coleta de dados da segunda fase. Quando há uma integração dos bancos de dados quantitativos e qualitativos, os mesmos, se fundem e produzem informações que se apoiam mutuamente (CRESWELL; CLARK, 2013; SANTOS et al., 2017).

E, como último aspecto a ser considerado, têm-se a perspectiva teórica que serve de guia para a pesquisa. Nesse contexto, o pesquisador pode explorar se há uma teoria, hipótese ou estruturas norteadoras em suas investigações, e se tais teorias estarão explícitas ou implícitas (CRESWELL; CLARK, 2013; SANTOS et al., 2017). A partir da definição dos quatro componentes principais, constroem-se as seis principais estratégias de pesquisa de métodos mistos descritas na literatura: 1) Projeto seqüencial explanatória; 2) Projeto seqüencial exploratória; 3) Projeto transformativo; 4) Projeto paralelo convergente; 5) Projeto incorporado; e 6) Projeto multifásico; os quais são descritos (CRESWELL; CLARK, 2013).

No delineamento desta pesquisa a distribuição de tempo foi a seqüencial, primeiramente foram coletados os dados quantitativos (quan) e tabulados de forma estruturada. Na segunda fase, os dados qualitativos (QUAL) foram coletados a partir do grupo focal emergidos/organizados por meio da análise dos dados quantitativos específicos para os objetivos deste estudo.

Quanto ao peso, foi atribuído maior peso para a fase QUAL (quan → QUAL), considerando os objetivos do estudo e respeitando os interesses desta pesquisa. Os dados foram combinados e associados estando interligados pela fase quantitativa e qualitativa de forma que produzam informação que se fundam, que se apoiem e que se fidelizem. Neste

estudo, portanto os dados da primeira fase - quan, produziram informações para a coleta de dados da segunda fase - QUAL (SANTOS et al., 2017). Sendo a estratégia escolhida para esta proposta de pesquisa a explanatória sequencial.

Para melhor compreensão do delineamento metodológico deste estudo, os componentes das abordagens quantitativas e qualitativas serão detalhados a seguir.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Cabe considerar que os dados da primeira etapa deste estudo referente a fase quantitativa da pesquisa foram extraídos do banco de dados da pesquisa financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) intitulada “Redes de atenção em saúde, gestão e práticas de humanização – olhares e intervenções interprofissionais”, do Núcleo de Estudos em Gestão em Saúde – NEGESE, da UFSM Campus Palmeira das Missões. Sendo que a coleta dos dados ocorreu nos meses de janeiro a julho de 2021.

Na face desse quadro organizacional, a primeira fase da pesquisa referente a abordagem quantitativa está pautada como um estudo avaliativo com delineamento do tipo transversal. Para Matida e Camacho (2004), a pesquisa avaliativa é assumida enquanto um "sistema de feedback" entre o programa e seu contexto, onde o objetivo fundamental é a produção de informações e conhecimentos que, por um lado aprimore as teorias de tratamento e, conseqüentemente, o entendimento de como o programa funciona em outros contextos e, por outro, forneça subsídios às intervenções locais.

Wood e Haber (2001), sustentam que os estudos transversais examinam dados num ponto do tempo, isto é, os dados são coletados apenas numa ocasião com os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em vários pontos do tempo. Campana (2001), diz que estudos transversais são estudos em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado.

Nesse desenvolvimento metodológico da primeira fase que tange a organização quantitativa, foi utilizado o banco de dados já estruturado para avaliação do atributo Essencial E - Integralidade - serviços disponíveis a partir da avaliação quantitativa, construindo assim a conexão com a segunda fase (QUAL).

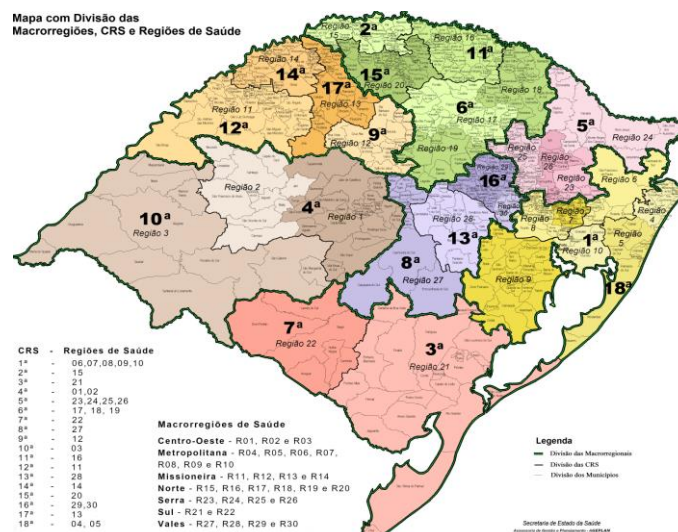
4.3 O LÓCUS DA PESQUISA

Na área da saúde, o estado do Rio Grande do Sul se divide em 30 (trinta) Regiões de Saúde, redefinidas no ano 2012 (Resolução nº 555/12 da Comissão Intergestora Bipartite - CIB/RS), visando à atualização do perfil estadual a partir das características de cada região, tais como meios de transporte, concentração populacional e de equipamentos de saúde. Essas regiões são agrupadas em 7 (sete) macrorregiões de saúde (SES-RS, 2020).

Com o intento de promover a regionalização, garantir apoio técnico aos municípios e representar o ente estadual no território, o Estado do Rio Grande do Sul possui 18 (dezoito) Coordenadorias Regionais de Saúde, conforme representado na Figura 1. Esta pesquisa teve por lócus a Região de Saúde 20 (FIGURA 02), localizada na macrorregião norte. A referida região possui uma área de abrangência de vinte e seis municípios de pequeno porte populacional, totalizando 166.907 (cento e sessenta e seis mil novecentos e sete) habitantes (população estimada 2016), e sede político-administrativa no município de Palmeira das Missões. A unidade descentralizada da Secretaria Estadual da Saúde responsável pela organização da regionalização no território é a 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (SES-RS, 2020).

O atual desenho desse território foi estabelecido pela Resolução CIB/RS nº 499/14, sendo composta pelos municípios de Barra Funda, Braga, Constantina, Coronel Bicaco, Palmeira das Missões, Sarandi, Ronda Alta, Rondinha, Trindade do Sul, Três Palmeiras, Gramado dos Loureiros, Nova Boa Vista, Chapada, Boa Vista das Missões, Novo Barreiro, Lajeado do Bugre, São José das Missões, São Pedro das Missões, Sagrada Família, Redentora, Miraguaí, Cerro Grande, Jaboticaba, Novo Xingu, Engenho Velho.

Figura 1 - Mapa com divisão das Macrorregiões, Coordenadorias Regionais de Saúde e Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul



Fonte: SES (2022)

Figura 2 - Mapa dos municípios que compõem a Região 20 de Saúde - RS



Fonte: SES (2023)

Nessa região, todos os municípios são de pequeno porte populacional (Tabela 1), destacando-se como mais populosas as cidades de Palmeira das Missões e Sarandi. Dos vinte e seis municípios que compõem a região, dezessete possuem menos de cinco mil habitantes.

Nesse cenário, 37,6% da população regional reside na zona rural e, muito embora a grande maioria das pessoas resida na área urbana, a principal fonte de renda está na produção agropecuária.

A região 20 de saúde compõe o norte do Estado do RS, a qual vem sendo alimentada por fomentos importantes, tanto na esfera federal, como na estadual, tendo em vista as potentes articulações entre ensino-serviço-comunidade em prol das vulnerabilidades loco-regionais. Portanto, esta pesquisa se configura como importante componente na busca de apoio das prerrogativas e premissas do SUS para suprir as fragilidades ainda presentes na rede de atenção à saúde.

Tabela 1 - - População estimada dos municípios da Região de Saúde 20

Município	População total	População Rural	% População Rural
Barra Funda	2.498	845	33,7
Boa Vista das Missões	2.168	1228	56,6
Braga	3.667	1.420	38,7
Cerro Grande	2.443	1.587	65
Chapada	9.605	3.804	39,6
Constantina	10.101	3.242	32,1
Coronel Bicaco	7.801	2.680	34,4
Dois Irmãos das Missões	2.166	1.063	49,1

Engenho Velho	1.367	928	67,9
Gramado dos Loureiros	2.258	1.743	77,2
Jaboticaba	4.099	2.611	63,7
Lageado do Bugre	2.592	1.781	70,7
Miraguai	4.978	2.786	56,0
Nova Boa Vista	1.942	1.386	71,4
Novo Barreiro	4.171	2.672	64,1
Novo Xingu	1.793	1.203	67,1
Palmeira das Missões	34.907	4.497	12,9
Redentora	11.108	7.220	65,0
Ronda Alta	10.675	3.354	31,4
Rondinha	5.520	3.201	58,0
Sagrada Família	2.676	1.810	67,6
São José das Missões	2.725	1.892	69,4
São Pedro das Missões	1.991	1.354	68,0
Sarandi	23.222	3.342	14,4
Três Palmeiras	4.464	2.291	51,3
Trindade do Sul	5.961	2.888	48,4
TOTAL	166.907	62.828	37,6

Fonte: IBGE (2010).

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da primeira fase do estudo (quan) foram profissionais de saúde que atuam na atenção primária nos municípios da R 20. Nesta etapa do presente estudo foi utilizado o PCATool- Brasil Versão Profissionais, os participantes do estudo são profissionais de saúde lotados nos serviços que integram a atenção primária do SUS pertencentes ao território, ou seja, dos 26 municípios integrantes da R20.

Foram incluídos somente profissionais com vínculo igual ou superior a seis meses no município e, excluídos os profissionais que estivessem em férias ou qualquer tipo de afastamento durante o período de geração de dados.

Para a segunda fase do estudo conforme já descrito anteriormente fizeram parte dos GF 01 representante que compõe a gestão da Saúde municipal, respeitando o critério já estabelecido onde foi formado um grupo (G1) composto gestores Municipais de Saúde, a este respeito, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde a NOB-SUS/96, regulamentada pela Portaria Nº. 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996, que redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, estabelece que:

[...]gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal (BRASIL, 1996, p.12).

Neste sentido, foram convidados a participar do GF, conforme critério já estabelecido os secretários Municipais de Saúde, ou seu representante legal.

4.5 DELINEAMENTO AMOSTRAL

Para o cálculo do tamanho da amostra para a fase quantitativa recorreu-se aos dados do sistema de informação do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). O número de profissionais cadastrados nos municípios da 15ª CRS é 1.840 profissionais. O tamanho da amostra foi definido pela seguinte equação, considerando-se um estudo com delineamento transversal e população finita:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 pq N}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 pq}$$

em que:

$Z_{\alpha/2}$: valor na distribuição normal padrão correspondente à confiabilidade pré-fixada;

σ^2 : variância populacional da variável considerada, $\sigma^2 = p.q$.

e : erro absoluto.

Assim, considerando confiança de 95% ($z_{\alpha/2}=1,96$), erro de 5%, proporção de 50% ($p=0,5$) e população igual 1.840 profissionais, o tamanho da amostra é de 318 profissionais. Como a amostragem considera estratos definidos por município e por tipo de profissional (profissional 1, profissional 2, técnico), inflaciona-se o tamanho amostral em 20% para dar conta do efeito do estrato, desta forma o tamanho amostral foi de **350 participantes**. Para adoção da proporção de 50% levou-se em consideração a máxima variabilidade amostral.

Na Tabela 2 é apresentado o número de profissionais para cada estrato: município e tipo de profissional.

Tabela 2 - Número de profissionais na amostra, 15ª CRS, 2021.

Município	Profissionais	Técnicos	Total
430195 Barra Funda	4	7	11
430215 Boa Vista das Missões	2	8	10

430260 Braga	2	8	10
430515 Cerro Grande	3	7	10
430530 Chapada	2	8	10
430580 Constantina	4	15	19
430590 Coronel Bicaco	4	11	15
430642 Dois Irmãos das Missões	1	6	7
430692 Engenho Velho	3	8	11
430912 Gramado dos Loureiros	2	9	11
431085 Jaboticaba	4	9	13
431142 Lajeado do Bugre	2	8	10
431230 Miraguaí	3	12	15
431295 Nova Boa Vista	2	6	8
431349 Novo Barreiro	3	9	12
431346 Novo Xingu	1	4	5
431370 Palmeira das Missões	11	31	42
431540 Redentora	6	21	27
431610 Ronda Alta	5	19	24
431620 Rondinha	4	9	13
431642 Sagrada Família	3	7	10
431845 São José das Missões	1	7	8
431936 São Pedro das Missões	2	6	8
432010 Sarandi	5	9	14
432185 Três Palmeiras	3	8	11
432195 Trindade do Sul	5	11	16
Total	87	263	350

Fonte: Machado, Soder, Fontana (2023).

Assim após a aplicação do questionário, considerando o cálculo amostral foi obtido os seguintes resultados no que se refere a população do estudo na Primeira etapa (quan):

4.6 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Responderam ao questionário PCAtool 468 profissionais de saúde que atuam na atenção primária nos 26 municípios da R 20 – Rota da Produção, conforme cálculo amostral o Município com maior número de resposta foi Palmeira das Missões com 60 respostas ou 12,8%, seguido de Sarandi com 5,6%. A distribuição por municípios esta apresentada na tabela 03.

Tabela 3 - Distribuição de participantes, responderam ao PCATool, por município.

Município (de vínculo profissional)	Nº	%
430195 Barra Funda	18	3,8
430215 Boa Vista das Missões	1	0,2
430260 Braga	18	3,8
430515 Cerro Grande	17	3,6
430530 Chapada	16	3,4
430580 Constantina	23	4,9
430590 Coronel Bicaco	15	3,2
430642 Dois Irmãos das Missões	14	3,0
430692 Engenho Velho	14	3,0
430912 Gramado dos Loureiros	5	1,1
431085 Jaboticaba	15	3,2
431142 Lajeado do Bugre	13	2,8
431230 Miraguá	17	3,6
431295 Nova Boa Vista	15	3,2
431349 Novo Barreiro	9	1,9
431346 Novo Xingu	25	5,3
431370 Palmeira das Missões	60	12,8
431540 Redentora	18	3,8
431610 Ronda Alta	20	4,3
431620 Rondinha	17	3,6
431642 Sagrada Família	23	4,9
431845 São José das Missões	15	3,2
431936 São Pedro das Missões	11	2,4
432010 Sarandi	26	5,6
432185 Três Palmeiras	11	2,4
432195 Trindade do Sul	22	4,7
Total	468	100

Fonte: Machado, Soder, Fontana (2023).

Destaca-se, que em decorrência de Boa Vista das Missões, não ter respondido número suficientes do questionário, seus dados não serão considerados para o restante da pesquisa.

No que diz respeito a profissão, idade e vínculo dos profissionais, o maior número de participantes encontra-se na faixa etária de 25 a 39 anos (53,20%), são servidores públicos (44%), e apresentam como profissões mais prevalentes Técnico de enfermagem (23,9%) e Agente comunitário de saúde (21,2%).

Torna-se fundamental referir, que a interdisciplinaridade é premissa do trabalho em equipe da ESF e a equipe multiprofissional mínima é composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, e pode ainda conter a

equipe de saúde bucal composta por cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2017).

Referente ao vínculo, destaca-se que os processos de seleção dos profissionais podem ser definidos de acordo com o interesse da gestão local, e nesta pesquisa observou-se muitos vínculos realizados através de concurso ou processo de seleção o que corrobora com o estudo de Sturmer et al., (2019), que avaliando o perfil dos profissionais que atuam na APS no Rio Grane do Sul, observou que 62 % são concursados, 70 % são mulheres e estão na faixa etária dos 35 anos.

Tabela 4 - Caracterização da população, por idade, vínculo e profissão.

Variável	Nº	%
Idade (anos)		
18-24	30	6,41
25-39	249	53,20
40-59	172	36,76
60 anos ou mais	17	3,63
Tipo de vínculo		
Autônomo	2	0,4
Cargo Comissionado	11	2,4
Contrato CLT	10	2,1
Contrato temporário pela administração pública	130	27,8
Contrato temporário por prestação de serviços	6	1,3
Empregado público CLT	75	16,0
Outro	26	5,6
Serviço público estatutário	208	44,4
Profissão/Cargo		
ACS	99	21,2
Auxiliar/Técnico de saúde Bucal	15	3,2
Educador Físico	3	0,6
Enfermeiro	71	15,2
Fisioterapeuta	17	3,6
Médico	21	4,5
Nutricionista	11	2,4
Odontólogo	22	4,7
OUTROS	77	16,5
Psicólogo	11	2,4
Farmacêuticos	7	1,5
Fonoaudiólogo	2	0,4

Técnico em Enfermagem	112	23,9
Total	468	100

Fonte: Machado, Soder, Fontana (2023).

4.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi organizada em duas fases distintas, uma fase quantitativa (quan) e outra fase qualitativa (QUAL). Na fase qualitativa (QUAL) a produção dos dados foi constituída por meio de grupo focal (GF), enquanto na fase quantitativa (quan), a geração dos dados está organizada em dois momentos distintos.

4.7.1 Fase quantitativa

O primeiro momento foi utilizado o instrumento de avaliação da atenção primária proposto por Starfield (2002). O PCATool - Brasil Versão Profissionais (ANEXO I) é composto por 77 itens divididos em oito componentes da seguinte maneira em relação aos atributos da APS: 1. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; 2. Longitudinalidade; 3. Coordenação – Integração de Cuidados; 4. Coordenação – Sistema de Informações; 5. Integralidade – Serviços Disponíveis; 6. Integralidade – Serviços Prestados; 7. Orientação Familiar; 8. Orientação Comunitária.

Na presente pesquisa, levando em consideração os objetivos propostos foram considerados os dados referentes ao atributo E - Integralidade Serviços Disponíveis.

Conforme STARFIELD (2001, p. 9) a Integralidade refere-se:

[...] leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

O segundo momento (QUAN) consistiu em pesquisa documental, onde foi realizada análise dos Planos Municipais de Saúde, a fim de contextualizar como os municípios planejam e estruturam ações referentes à saúde da População Rural.

A análise dos Planos Municipais de Saúde foi baseada nos estudos desenvolvidos por Peiró et al., (2004) e Borrell et al., (2005). Os autores, estudando as questões de gênero e desigualdades em saúde nos planos de saúde das comunidades autônomas da Espanha, utilizaram um roteiro de leitura e propuseram a construção de um índice de sensibilidade dos planos na abordagem das questões de interesse.

Conforme Costa (2012), essa metodologia permite a verificação da consistência e da coerência interna dos Planos Municipais de Saúde, particularmente em relação às intenções expressas, em cada uma das partes, referente à temática em estudo.

A abordagem se mostrou adequada aos propósitos deste estudo, que também se baseou em estudos brasileiros em que Ferreira, Veras e Silva (2009) e Costa (2012), utilizaram essa mesma proposta metodológica. O roteiro adaptado encontra-se no Anexo II.

Para as partes dos planos a, b e c foram elaboradas três questões, que foram preenchidas com respostas dicotômicas (sim/não). Foram quantificadas as menções afirmativas para cada questão, dentro de cada tema, de acordo com o número de citações referentes, sendo consideradas três menções como corte, seguindo a classificação proposta pelos autores espanhóis (PEIRÓ et al, 2004; BORRELL et al., 2005).

Com base no número de menções afirmativas, foi construído o índice de sensibilidade que variou de 0 a 5, sendo considerado 0 = índice de sensibilidade nulo, quando nenhuma resposta foi afirmativa; 1 = índice muito baixo, quando houve de 1 a 5 menções; 2 = índice baixo, de 6 a 11 menções; 3 = índice médio, para 12 a 16 menções; 4 = índice alto, para 17 a 21 menções e 5 = índice muito alto, quando houve mais de 22 menções. Entendeu-se que quanto maior o número de respostas afirmativas, maior a sensibilidade dos planos as temáticas propostas.

Cada plano foi lido duas vezes, pelo autor principal e por uma profissional de saúde da área de planejamento em Gestão em Saúde, observando-se o preenchimento do roteiro. Na verificação dos dados obtidos, as eventuais divergências foram resolvidas.

4.7.2 Fase qualitativa

A fase qualitativa da pesquisa iniciou-se a partir da análise dos escores dos atributos para organização do Grupo Focal, técnica de pesquisa utilizada como uma diversificação da entrevista aberta, em que grupos de pessoas são estimulados a dialogar e discutir sobre um determinado tema. Sua particularidade centra-se na interação grupal, em que a fala a ser trabalhada não é meramente descritiva ou expositiva, e sim uma fala em debate, pois as pessoas sentem-se mais à vontade de expressar suas opiniões em grupo do que de forma individual, e é justamente essa interação que o GF busca captar (MORGAN, 1996; RESSEL et al., 2008).

A organização do GF ocorreu a partir das análises dos escores da primeira etapa (quan) e por sua vez, a lista de temas e questões qualitativas e abrangentes que servirão de roteiro norteador para o moderador, o chamado Guia de temas (MEIER; KUDLOWIEZ, 2003),

somado aos temas emergentes a partir das narrativas e/ou discussões no desenvolvimento dos encontros dos grupos.

É fundamental mencionar que segundo Gatti (2005) o Grupo Focal é uma técnica qualitativa importante a ser apresentada, visto que, tem como objetivo captar entre os participantes percepções os sentimentos e ideias, possibilitando a compreensão de diversos pontos de vista e processos emocionais, advindo do próprio contexto de interação criado.

Gatti (2005, p. 13) lembra que uma das vantagens do Grupo Focal é que “[...] oferece boa oportunidade para o desenvolvimento de teorizações em campo, a partir do ocorrido e do falado [...] presta muito para a geração de teorizações exploratórias até mais do que a verificação teste de hipóteses prévias”. Nesse seguimento, a autora reforça que a riqueza que emerge na interação grupal, geralmente, “[...] extrapola em muito as ideias prévias, surpreende, coloca novas categorias e formas de entendimento, que dão suporte a inferências novas e proveitosas relacionadas com o problema em exame”.

Contribuindo na sustentação metodológica concernentes ao GF Minayo (2009) entende que essa estratégia de coleta de dados pode e deve ser utilizada justamente por seu caráter dinâmico, posto que cada entrevista é parte relevante da pesquisa (por causa dos dados específicos que nela afloram), ressaltando-se que é esse conjunto de dados que encadeará as informações que o pesquisador lançará mão para compor a análise.

Quanto ao número de participantes, Flick (2009), defende que o Grupo Focal compreenda de cinco a nove pessoas, sugerindo que o trabalho seja desenvolvido entre participantes sem vínculos de relações pessoais próximas visto que, o nível de fatos pressupostos e que permanecem implícitos tende a ser maior nesse tipo de abordagem. Gatti (2005) instrui sobre o número de participantes, que para ele deve ser, de preferência, entre 6 e 12 pessoas. Grupos maiores restringem a troca de ideias, o registro e o aprofundamento sobre a temática.

Em relação ao número de encontros, análise conjunta (do moderador e observador) dos dados coletados, considerando os objetivos propostos da pesquisa, demonstrou não haver a necessidade da realização de um segundo encontro.

O encontro foi realizado nas dependências da UFSM, sendo considerado um ambiente neutro, de fácil acesso com estrutura adequada que proporcionou conforto para a realização do GF. O registro foi feito por meio da gravação em áudio que posteriormente foi transcrita na íntegra para a realização da análise. O GF ocorreu na presença de um moderador responsável por manter a liberdade de expressão, mas especialmente o foco dos pronunciamentos em torno do tema pesquisado, guiado pelos objetivos do estudo. Cabe ressaltar que, durante o GF

foi realizada uma ativa, mantendo o posicionamento neutro, porém estimulando a fala interativa entre os participantes (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Além do exposto, registra-se que o observador auxiliou o moderador na condução do grupo, tomando nota das principais impressões verbais e não verbais, possuindo a habilidade para síntese e análise e capacidade para intervenção.

A este respeito Trad (2009) aduz:

Quanto aos equipamentos requeridos, o uso de gravadores (mínimo dois) é considerado imprescindível. Para potencializar a qualidade do áudio na fase de transcrição, a presença de microfones revela - se especialmente útil. Câmaras, microfones e notebooks podem ser considerados recursos adicionais, cujo uso dependerá da utilização pretendida de som e imagem pelos pesquisadores. Vale ressaltar que a utilização de qualquer um destes recursos estará condicionada à expressa permissão dos participantes dos grupos (TRAD, 2009, p. 782).

Entende-se que o GF possibilitou intensificar o acesso às informações acerca da vivência dos atributos pelos profissionais, cunhando qualidade na estratégia escolhida - explanatória sequencial.

4.8 ANÁLISE DE DADOS

Cabe primeiramente reforçar que a construção e desenvolvimento da análise está seccionada em duas fases distintas (1 etapa - quan e outra etapa - QUAL), sendo a análise quantitativa divididas em duas etapas e a análise qualitativa em uma etapa apenas.

4.8.1 Fase quantitativa

A primeira etapa da fase quantitativa foi a avaliação da qualidade da atenção à saúde, considerando a presença e a extensão do atributo essencial Integralidade dos serviços disponíveis (STARFIELD, 2002).

O instrumento mede a presença e a extensão do atributo por meio de média aritmética dos itens constantes. As respostas são em escala Tipo Likert, sendo “com certeza não” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=9). A análise de dados foi realizada no programa SPSS, versão 13.0 for Windows. As variáveis categóricas estão apresentadas em frequência absoluta e relativa e as variáveis contínuas em média. Ainda, para análise, todos participantes tiveram calculados os escores atribuídos a APS (BRASIL, 2005).

Por fim, o escore da Integralidade foi transformado em uma escala quantitativa contínua de 0 a 10, utilizando a fórmula a seguir: $(\text{escore obtido} - 1) * 10 / 4 - 1$. Assim, o desfecho do estudo foi categorizado de forma dicotômica a partir das escalas obtidas no

PCATool (Escala $\geq 6,6$ = alto escore considerado satisfatório e Escala $< 6,6$ = baixo escore considerado insatisfatório).

A segunda fase quantitativa concernente a avaliação dos Planos Municipais de Saúde, para a organização da análise construiu-se um roteiro de leitura abrangendo as três partes que constituem os planos: (a) introdução e análise da situação de saúde, (b) objetivos e metas e (c) propostas de intervenção, as questões foram adaptadas a partir do estudo de Ferreira, Veras e Silva (2009).

Com base no número de menções afirmativas, foi construído o índice de sensibilidade sendo considerado 0 = índice de sensibilidade nulo, quando nenhuma resposta foi afirmativa; 1 = índice muito baixo, quando houve de 1 a 5 menções; 2 = índice baixo, de 6 a 11 menções; 3 = índice médio, para 12 a 16 menções; 4 = índice alto, para 17 a 21 menções e 5 = índice muito alto, quando houver mais de 22 menções. Entende-se que quanto maior o número de respostas afirmativas, maior a sensibilidade dos planos as temáticas propostas. A construção do índice de sensibilidade possibilitará identificar em que medida é contemplada a Saúde da População, em cada município (PEIRÓ et al, 2004; BORRELL et al.,2005; FERREIRA; VERAS; SILVA, 2009; COSTA, 2012).

4.8.2 Fase qualitativa

Para interpretação dos dados qualitativos, obtido pelo GF, as gravações foram transcritas e o diário de campo, utilizado pelo observador, sofreram análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que se organiza em: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A técnica de análise de conteúdo foi a temática categorial. Na primeira fase, é realizada a organização propriamente dita. Realizada uma leitura inicial das transcrições (leitura flutuante) com o objetivo de organizar os dados coletados, sistematizando as ideias e conduzindo as informações a um esquema baseado em um documento geral organizado pelo conjunto de respostas dos participantes.

Na exploração do material aconteceu a administração sistemática das decisões tomadas. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 2011). Isto significa basicamente, que na análise do documento organizado por meio das respostas dos participantes, poderá ser identificado a semelhança das respostas, o que facilitará a categorização.

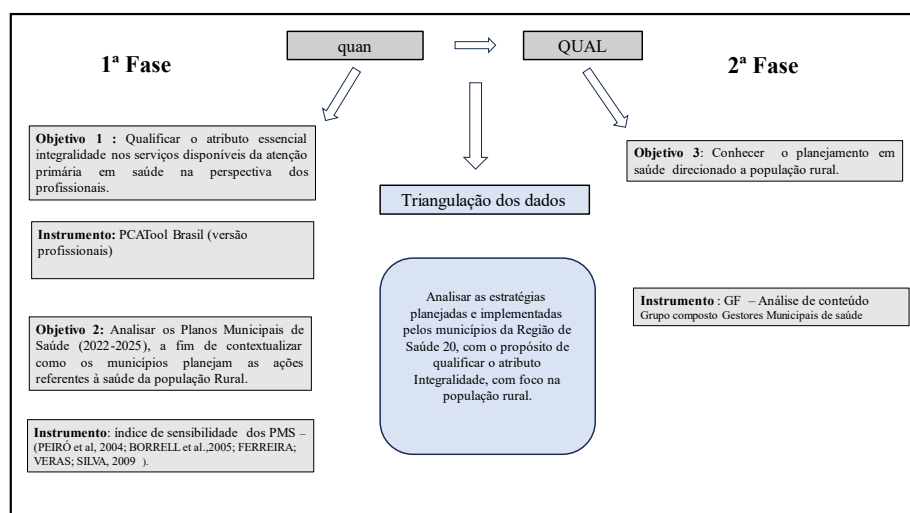
Já no último passo, foi realizado interpretações que possibilitaram, inclusive, a realização de uma análise fatorial simples e de percentagens, caso seja relevante. Segundo

Bardin (2011), é possível quantificar a frequência da aparição de alguns itens nos instrumentos coletados. Por outro lado, os resultados, a confrontação sistemática com o material e o tipo de inferências alcançadas, poderão servir de base a uma outra análise disposta em torno de novas dimensões teóricas.

Por fim, pode-se identificar com maior clareza o cruzamento e o entrelaçamento dos métodos quantitativos e qualitativos caracterizando como um estudo misto a partir da análise das respostas obtidas no GF associadas a análise documental dos Planos Municipais de saúde, dando sustentação para compreender os elementos necessários em conformidade com o objetivo do estudo.

As Fases estão descritas na Figura 3, a qual descreve as etapas e sequencias do presente estudo.

Figura 3 - Organograma da pesquisa



Fonte: Machado, Soder, Fontana (2023)

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

A Presente pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob o número de aprovação 4.594.476/2021 (anexo III).

Foi realizado com total observância aos princípios éticos constam na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde das pesquisas em ciências humanas e sociais, bem como constantes do artigo 3º da Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, quais sejam: reconhecimento da liberdade e autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa, inclusive da liberdade científica e acadêmica; defesa dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo nas relações que envolvem os processos de pesquisa; respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como aos hábitos e costumes, dos

participantes das pesquisas; empenho na ampliação e consolidação da democracia por meio da socialização da produção de conhecimento resultante da pesquisa, inclusive em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada; recusa de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de indivíduos e grupos vulneráveis e discriminados e às diferenças dos processos de pesquisa; garantia de assentimento ou consentimento dos participantes das pesquisas, esclarecidos sobre seu sentido e implicações; garantia da confidencialidade das informações, da privacidade dos participantes e da proteção de sua identidade, inclusive do uso de sua imagem e voz; garantia da não utilização, por parte do pesquisador, das informações obtidas em pesquisa em prejuízo dos seus participantes; compromisso de todos os envolvidos na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação; e compromisso de propiciar assistência a eventuais danos materiais e imateriais, decorrentes da participação na pesquisa, conforme o caso sempre e enquanto necessário.

Destaca-se que pesquisa não representou riscos potenciais ou reais à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos participantes, em qualquer fase. No entanto, pode em algum momento, causar desconforto, em situações pontuais em razão de desconhecimento do assunto. Todos os participantes foram orientados quando esta possibilidade, e informados que poderiam interromper a sua participação. Ressalta-se que, esta pesquisa não onerou gastos financeiros para o voluntário.

A equipe de pesquisa ofereceu o suporte necessário para o andamento do estudo. Reafirma-se o compromisso ético com a pesquisa, e todos os gestores foram informados que será entregue às Secretarias Municipais de Saúde de todos os municípios os relatórios técnicos da pesquisa, com a finalidade de subsidiar a discussão e elaboração de novas estratégias e práticas de saúde que qualifiquem a Gestão Pública.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este item descreve os resultados obtidos, bem como as convergências e divergências observadas nas abordagens quantitativa e qualitativa, relacionadas ao atributo Integralidade serviços disponíveis, Sensibilidade dos Planos Municipais de saúde referente ao planejamento para a População rural e as informações obtidas no grupo focal.

5.1 AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO ATRIBUTO E – INTEGRALIDADE DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS, DAS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA - REGIÃO DE SAÚDE 20

Inicialmente, cabe destacar que a Integralidade – “Serviços disponíveis” analisa a diversidade de ações e práticas que a APS é capaz de realizar, considerando que deveria ter a capacitação para identificar e desempenhar todos as dificuldades e problemas de saúde habituais em sua população (BRASIL, 2020).

Para melhor compreensão dos atributos E, a Tabela 5 apresenta distribuição dos escores incluindo todo o seu conjunto de itens, das respostas referente aos 25 Municípios a fim que se conheça em detalhes o desempenho e a variação do atributo, sendo possível identificar possíveis diferenças de valores que podem interferir no resultado do escore geral.

Tabela 5 - Escore e média dos itens relacionados ao atributo E.

Atributo E – Serviços disponíveis	escore
E1. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta	3,67
E2. Vacinas (imunizações)	3,89
E3. Verificar se a família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social)	3,68
E4. Avaliação da saúde bucal (exame dentário)	3,85
E5. Tratamento dentário	3,78
E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	3,89
E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.:álcool, cocaína, remédios para dormir)	3,72
E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)	3,76
E9. Sutura de um corte que necessite de pontos	3,80
E10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	3,83
E11. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	3,60
E12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	3,53

E13. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)	3,67
E14. Remoção de verrugas	3,44
E15. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Teste Papanicolau)	3,86
E16. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)	3,75
E17. Cuidados pré-natais	3,88
E18. Remoção de unha encravada	3,66
E19. Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)	3,91
E20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.:diminuição da memória, risco de cair)	3,66
E21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do(a) paciente (ex.:curativos, troca de sondas, banho na cama)	3,74
E22. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos)	3,78
Média Geral	3,74
N	468
Desvio Padrão	0,54

Fonte: Machado, Soder, Fontana (2023).

Dentre os itens que compõem o atributo, o de menor avaliação, de acordo com a tabela 05 é aquele que avalia a realização de pequenos procedimentos ambulatoriais - E14 Remoção de verrugas, por conseguinte o de maior avaliação foi o item E19 – Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma) com escore de 3,91, a média geral ficou em 3,74.

Ressalta-se que os itens estão relacionados com a experiência do profissional no seu serviço de saúde. Os procedimentos, ações, orientações são consideradas como disponíveis sempre que o profissional souber que são oferecidos, mesmo que ele ainda não tenha fornecido ou proporcionado esses procedimentos.

Quando avaliado o escore geral do atributo, a

Tabela 6 apresenta o resultado classificado do maior para o menor na escala de 0 a 10. Assim, o município com maior avaliação no Atributo foi Barra Funda com média de 3,81/9,3 e o de menor escore foi Lajeado do Bugre com média de 2,8/6,06. A média geral dos 25 municípios ficou em 3,44/8,13.

Dos 25 municípios avaliados, apenas Lajeado do Bugre não obteve o escore alto (acima de 6,66) conforme critérios do PCATool.

Tabela 6 - Classificação dos Municípios do maior para o menor

Municípios	Atributo E - escore	Escala de 0 - 10
430195 Barra Funda	3,8182	9,3
431085 Jaboticaba	3,7091	9,03
430590 Coronel Bicaco	3,6818	8,93
432185 Três Palmeiras	3,6653	8,88
431230 Miraguaí	3,6551	8,85
431936 São Pedro das Missões	3,6116	8,70
430530 Chapada	3,6023	8,67
431642 Sagrada Família	3,5949	8,64
432010 Sarandi	3,5787	8,59
430642 Dois Irmãos das Missões	3,5390	8,46
431346 Novo Xingu	3,5364	8,45
430912 Gramado dos Loureiros	3,5091	8,36
431295 Nova Boa Vista	3,5000	8,33
430260 Braga	3,4874	8,29
430580 Constantina	3,4466	8,16
431610 Ronda Alta	3,4455	8,15
431845 São José das Missões	3,3939	7,97
431349 Novo Barreiro	3,3384	7,79
431620 Rondinha	3,3155	7,71
430692 Engenho Velho	3,2955	7,65
431540 Redentora	3,2803	7,60
431370 Palmeira das Missões	3,2629	7,54
430515 Cerro Grande	3,2326	7,44
432195 Trindade do Sul	3,1446	7,13
430215 Boa Vista	3,1364	7,12
431142 Lajeado do Bugre	2,8182	6,06
Média	3,44	8,13

Fonte: Machado, Soder, Fontana (2023).

Os resultados vão ao encontro aos estudos realizados por Brito et al., (2023), Costa, Guerra e Leite (2022) e Pucci et al., (2020), em que o atributo integralidade apresentou escore alto na avaliação dos profissionais de saúde. Segundo Pucci et al., (2020), em municípios de pequeno porte, a implantação da ESF é mais bem estruturada do ponto de vista da prestação de serviços, este fato faz com que municípios pequenos tenham boas validações no Atributo E quando comparados a municípios de grande e médio porte.

Refere-se, embora seja um componente de vital importância, a atenção primária é apenas um componente dos sistemas de saúde. Sua atuação fundamenta-se em prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e atuar como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devem ser atendidas em outros lugares (STARFIELD, 2002). Dessa forma, para Starfield (2002), a integralidade requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessários para os problemas que ocorrem com frequência suficiente para que os profissionais mantenham sua competência.

Entretanto, é necessário compreender que não é verdadeiro dizer que quanto maior a variedade e a aplicação dos serviços disponíveis, melhor o cuidado. Os serviços devem ser analisados pela sua efetividade, pois alguns tipos de serviços podem não ser efetivos, alguns podem ser efetivos, mas apresentam um custo muito elevado, e em certa medida alguns podem ser prejudiciais (STARFIELD, 2002).

5.2 ANÁLISE DA SENSIBILIDADE DOS PLANOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: Como se formalizam as ações para atendimento em saúde de forma a promover integralidade do cuidado para a População Rural?

Desde a criação do SUS tem-se a preocupação com o planejamento buscando formas de institucionalizá-lo como componente fundamental de gestão. Assim, estabeleceram-se vários instrumentos normativos, entre os quais destacam-se os Planos de Saúde e as Programações Anuais de Saúde, enquanto abordagem teórico-metodológica do planejamento em saúde.

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento básico que direciona as ações e serviços prestados, ao mesmo tempo que orienta a gestão municipal. É estruturado de forma que possibilita a identificação dos problemas, elencando as prioridades, estabelecendo ações com objetivos, metas e diretrizes, que podem ser traduzidas em resultados atingidos em um período de quatro anos. (FELICIELLO, 2021).

Neste sentido buscou-se conhecer e analisar o que está instituído em termos de ações direcionadas a saúde da população rural nesses Planos. Para tanto, procedeu-se, uma revisão sistemática dos Planos Municipais de Saúde dos municípios em estudo, a fim de apreender o fenômeno para a compreensão dos significados e a intencionalidade das ações propostas. O que permitiu a construção de indicadores quantitativos, a fim de avaliar o índice de sensibilidade. No entanto, não é intenção apenas quantificar os dados encontrados, mas avaliar a sensibilidade dos Planos na perspectiva do tema de estudo e do planejamento em saúde para a população rural.

O índice de sensibilidade, segundo Ferreira, Veras e Silva (2009), relaciona-se as respostas afirmativas, ou seja, quanto maior o número de respostas afirmativas para o instrumento, maior a sensibilidade dos Planos a essa problemática. Os autores salientam que esse índice de sensibilidade tem correspondência com a vulnerabilidade programática, pois reflete em que medida os Planos priorizam a População rural em seu planejamento de ações em saúde.

A Tabela 7 apresenta a avaliação dos Planos Municipais de saúde, conforme instrumento proposto por PEIRÓ et al., (2004); BORRELL et al., (2005) adaptado por Ferreira, Veras e Silva (2009).

Tabela 7 - Índice de sensibilidade dos Planos Municipais de saúde

Município	Índice de sensibilidade PMS	
	Nº de menções	Nível de sensibilidade
Barra Funda	1	Muito Baixo
Jaboticaba	4	Muito baixo
Coronel Bicaco	1	Muito Baixo
Três Palmeiras	2	Muito Baixo
Miraguaí	3	Muito Baixo
São Pedro das Missões	2	Muito Baixo
Chapada	1	Muito Baixo
Sagrada Família	0	Nulo
Sarandi	1	Muito Baixo
Dois Irmãos das Missões	2	Muito Baixo
Novo Xingu	0	Nulo
Gramado dos Loureiros	0	Nulo
Nova Boa Vista	9	Baixo
Braga	0	Nulo
Constantina	1	Muito Baixo
Ronda Alta	1	Muito Baixo
São José das Missões	1	Muito Baixo
Novo Barreiro	2	Muito Baixo
Rondinha	5	Baixo

Engenho Velho	2	Muito Baixo
Redentora	7	Baixo
Palmeira das Missões	7	Baixo
Cerro Grande	1	Muito Baixo
Trindade do Sul	1	Muito Baixo
Lajeado do Bugre	0	Nulo
Total	54	-
Média	2,16	Muito Baixo

Fonte: Machado, Soder, Fontana (2023).

Essa metodologia permitiu a verificação da consistência e da coerência interna dos Planos Municipais de Saúde, sobretudo em relação às intenções expressas, referente à temática em estudo. O agrupamento das informações possibilitou um panorama das respostas às questões formuladas em cada município.

Observa-se que a maioria dos municípios não contemplam de forma ampla o tema Saúde da População Rural em seus Planos. Dos 25 municípios 16 (64%) obtiveram a classificação do Índice de Sensibilidade “1” classificado como “Muito Baixo”, 05 municípios (20%) obtiveram o índice de sensibilidade O “Nulo”, ou seja, não houve nenhuma menção em seu Plano a respeito da População Rural, e 4 (16%) foram classificados como “baixo” o índice de Sensibilidade de seus Planos Municipais de Saúde.

Cabe referir, que as poucas citações, em especial dos municípios com classificados como “muito baixo”, referem-se a dados populacionais, apenas quantificando o percentual de habitantes residentes no meio rural, não realizando uma análise do dado que se possibilita a construção de diretrizes, metas e objetivos.

Na pesquisa documental constatou-se que dos 25 Planos, 18 foram elaborados por empresas terceirizadas que prestam serviço de assessoria na área da Saúde. O que revela as dificuldades que os municípios, especialmente os de pequeno porte, encontram para organizar as suas próprias equipes de saúde na prática de planejamento em saúde.

Foram identificadas “raras” ações pontuais para a população rural e ainda assim construídas de forma genérica. A leitura dos Planos permitiu constatar que não houve propostas vinculadas com a PNSIPCFA, dando a impressão de que estão ali por “necessidade

técnica” ou iniciativa pessoal de formuladores e implementadores das políticas públicas no âmbito local, e não das necessidades advindas das comunidades e dos usuários.

Paim e Almeida (2023), ao abordar questões relativas ao processo de institucionalização do planejamento em organizações públicas de saúde, relatam a experiência da Secretaria Municipal de Salvador. Na experiência dos pesquisadores, embora os gestores tivessem acesso a uma diversidade de metodologias de planejamento, inspiradas no enfoque estratégico-situacional, a elaboração dos PMS se restringiu a apenas cumprimento de formal em cumprimento a legislação vigente. Afirmam, portanto, que o planejamento ainda não foi incorporado à vida institucional das organizações públicas, nem ao processo de implementação das políticas de saúde. Esse tipo de experiência reforça a dificuldade de inserção do planejamento na lógica da organização dos serviços de saúde e como prática de gestão.

Neste estudo, evidenciou-se que os gestores cumprem apenas a rotina burocrática imposta pela legislação infra-constitucional e as suas normas operacionais. Neste sentido, Galindo e Gurgel (2016), apontam que não há como garantir que o processo de planejamento seja incorporado pelas secretarias municipais de saúde, em virtude da criação por lei da obrigatoriedade de apresentação de um plano de saúde pelos municípios.

Para que o planejamento nos municípios tenha êxito, primeiramente é fundamental que o reconhecimento pelos gestores de que o planejamento deve ser adotado como instrumento estratégico para a gestão do SUS e não apenas como obrigação formal, desconectada dos compromissos institucionais (BRASIL, 2020). Para Silva e Aguiar (2023), este fato encontra justificativa pois quando falamos em saúde pública, o gestor representa papel de destaque para que os objetivos sejam atingidos, e este deve atuar num processo contínuo de exercício da autoridade e das responsabilidades. Neste sentido, o gestor desempenha papel fundamental no SUS sendo de sua responsabilidade o comando do sistema de saúde no qual exerce funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Fundamenta-se a importância do Planejamento no SUS, na necessidade de reconhecimento das dinâmicas presentes no território que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos Municípios que compõe a Região de Saúde (BRASIL, 2016). Contudo, a análise e o dimensionamento das necessidades de saúde devem privilegiar um conceito mais amplo de saúde, compreendendo essa como uma condição que transcende a mera ausência de doença e se caracteriza pela garantia de bem-estar tanto físico e afetivo quanto social e econômico (CAMPOS, 2013). Para o autor, a análise da situação de

saúde envolve primordialmente o conhecimento adequado e detalhado das condições de vida proporcionadas pelos diversos Municípios em cada região de saúde e das tendências de curto, médio e longo prazo.

Conforme reconhecido pelo próprio Ministério da Saúde, para alcançar efetivas ações de saúde ou desenvolver políticas públicas adequadas em áreas rurais, é preciso conhecer a população que lá reside, considerando suas especificidades culturais, sociais e ambientais (BRASIL, 2020). No entanto, poucos são os trabalhos que avaliam as condições gerais ou mais de um indicador de saúde da população rural em âmbito nacional ou regional.

Infelizmente os achados desse estudo reforçam o que a literatura há décadas reporta sobre o tema e que Fausto et al., (2023), relatou em seu trabalho, ao mencionar a ausência de políticas públicas para as áreas rurais do Brasil, recortes socioespaciais historicamente marcados por vazios assistenciais. De fato, ainda que a saúde rural seja um tema antigo, ainda é atual, pois permanece entre as questões que ocupam posição marginal nos planos dos gestores brasileiro, sendo um desafio a ser superado (COIMBRA JR., 2018).

Na pesquisa realizada por Klein et al. (2022), onde os pesquisadores analisaram os PMS do Estado de Tocantins, na perspectiva do enfrentamento da Obesidade, foi possível concluir que os municípios necessitam fomentar a construção conjunta entre gestão e profissionais da saúde de um plano municipal que atenda às necessidades locais. No trabalho de Fuginami, Colussi e Ortiga (2020), foi identificado falha na elaboração do PMS 2014-2017 no estado de Santa Catarina. Estes estudos corroboram com esta pesquisa ao demonstrar a fragilidade do planejamento em saúde.

Neste estudo, a análise documental confere à investigação uma privilegiada fonte de dados, sobretudo de instrumentos administrativos e normatizados, como os PMS, pois expressam o compromisso assumido ou não pelo gestor e sua equipe de gestão no enfrentamento dos problemas de saúde da população Rural. Nesse sentido, o fato de uma região com mais de um terço da população vivendo em áreas rurais, não apresentar estratégias que visem reduzir as desigualdades existe entre áreas rurais e urbanas, em instrumentos estratégicos da saúde pública, auxilia na compreensão das possíveis causas do desequilíbrio existente neste cenário.

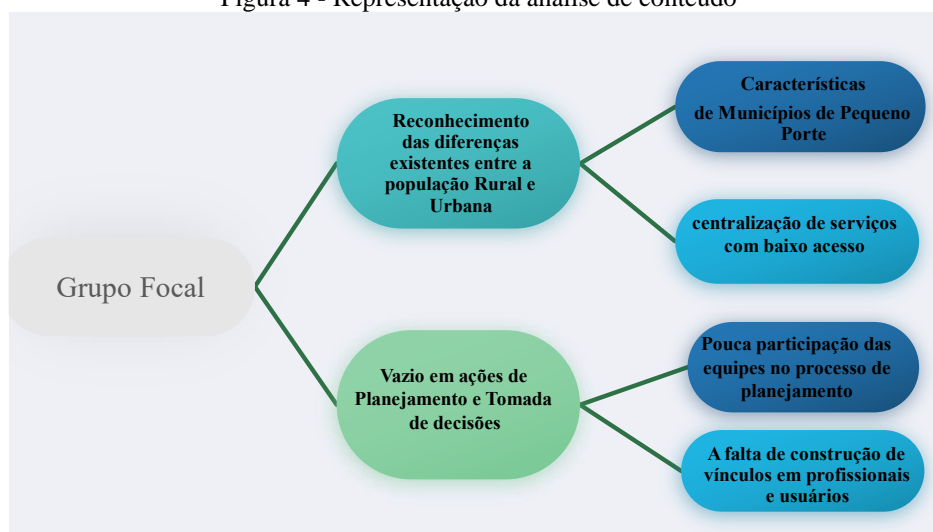
Portanto, o alto score no atributo E não reflete necessariamente o sentido amplo da integralidade. Isto se deve ao fato de, ao não considerar o planejamento local como ferramenta de gestão, de forma singular para a população rural, verticalizando as decisões, repercute de forma direta na fragilidade de construção e fortalecimento da atenção integral da população do campo, se expressando em vulnerabilidade programática (AYRES, 2023).

5.3 O PLANEJAMENTO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO RURAL: A PERCEPÇÃO DO GESTOR EM SAÚDE.

Inicialmente, cabe referir que foram convidados participar do Grupo focal, os gestores dos 25 Municípios que compõem a região de saúde 20 Rota da Produção. Se fizeram presente 18 gestores, os encontros tiveram duração de 120 min. A fim de assegurar o anonimato dos participantes, bem como o sigilo das informações prestadores, os gestores serão representados pela letra “M” seguido do número que representa seu município de origem.

Como resultados qualitativos, após leitura compreensiva e exaustiva do material coletado e sua interpretação e análise, foi possível elaboração de duas categorias temáticas a saber: I – O não reconhecimento das Diferenças entre o Rural e o Urbano. II – Vazio em ações de Planejamento e a tomada de decisão conforme Figura 4.

Figura 4 - Representação da análise de conteúdo



Fonte: Machado, Soder, Fontana (2023).

5.3.1 Reconhecimento das Diferenças entre o Rural e o Urbano.

Esta categoria aborda como os gestores visualizam a população rural em seu território sendo capazes identificar a existência de diferenças nas condições de saúde entre pessoas que vivem em áreas rurais e pessoas que vivem em áreas urbanas, e suas implicações para o acesso e consequente centralização dos serviços de saúde.

A esse respeito, cabe mencionar que apesar das condições de saúde da população brasileira ter melhorado consideravelmente nas últimas três décadas, ainda persistem

importantes diferenças entre o mundo rural e o urbano (VIEIRA et al., 2020). Estudos mostram que moradores de comunidades rurais avaliam pior sua própria saúde quando comparados à população urbana (BHAT, et al., 2020).

No Brasil, a grande extensão territorial e as desigualdades nas condições de vida condicionam exposições diferenciadas a riscos e agravos em saúde, por vezes mais desfavoráveis às populações rurais (FAUSTO, et al., 2023). Neste sentido, se torna fundamental reconhecer fatores determinantes e condicionantes de saúde em seu território, bem como as diferenças existentes entre os grupos sociais, a fim de orientar os gestores no planejamento em saúde, para apresentar estratégias que orientarão os profissionais no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco nas populações rural.

Assim, considerando o que se evidenciou na análise da Sensibilidade dos PMS para as ações voltados para a população Rural é revelado nas falas dos gestores, há ausência de um planejamento em saúde para a população rural, visto que para eles, as situações de saúde da população rural não são trabalhadas de forma separada da população urbana.

Quando indagados sobre como é processo de planejamento em saúde para a população rural, os gestores relataram que para a realidade local não há um planejamento específico, não havendo distinção entre rural e urbano. Como pode ser evidenciado nas falas abaixo:

Acho que não faz um planejamento separado, acho que nós temos, mais ou menos a mesma realidade [...] então quando a gente faz um planejamento agente faz como um todo e não apenas separado para a área rural [...] **M01**

Quando planejamos, nós planejamos para a população [...]quando a gente planeja saúde a gente já almeja o todo, porque a maior parte da nossa população ela ta no interior do município. Eu não saberia dizer: Qual é o teu planejamento para a população do interior? Porque ele já “ta” no planeamento, quando a gente senta e planeja. Para os municípios pequenos eu acredito que todos os secretários no planejamento irão fazer seu plano de gestão já pensa na população rural como um todo. **M14**

[...]a gente não faz um planejamento separado, ele esta dentro de um todo do município, porque por ser um município pequeno a gente nunca trabalha separadamente área rural com a urbana. **M03**

Somos municípios pequenos, por vezes não há como diferenciar quem mora no interior e na cidade. Então, quando planejamos pensamos como um todo, sem separar quem mora lá “fora” e quem mora na cidade. **M05**

Essas falas revelam a percepção dos gestores em relação ao tema abordado, destacando que em razão da região ser constituída, em sua grande maioria de municípios de pequeno porte, não há diferenciação entre as pessoas que vivem no meio rural e as que vivem no meio urbano.

Deve ser considerado que, as mudanças que ocorrem nos territórios têm aumentado o debate referente a relação campo-cidade. |Embora tenhamos visto armações cada vez mais generalizadoras sobre a homogeneização do território, há, na verdade, uma certa aceitação por parte dos estudiosos de que as cidades se constituem a partir de uma base rural, ou seja, não dando para analisá-los (rural e urbano) separadamente (BEZERRA, SILVA, 2018).

Para os autores, a relação campo-cidade pode ser analisada em torno da perspectiva de um *continuum*. Há de se considerar que nesse campo interpretativo, os espaços e os territórios são integrais, e apresentam características, tais como: estruturas de densidade demográfica, setorialidade econômica e conformação de paisagem que se complementam. O campo e a cidade, segundo essa compreensão teórica, formariam uma “unidade indissolúvel” em operação e funções, conformariam suas articulações através de suas redes, fluxos (BEZERRA e SILVA, 2018).

Entretanto deve ficar claro que existem diferenças, e estas precisam ser compreendidas como particularidades que irão definir as especificidades do território e sua territorialidade e impactar na saúde dessa população. Há de se considerar que, a ineficiência das autoridades públicas em reconhecer a alteridade comunitária e incluir os atores sociais do espaço rural na formulação de políticas, ampliou as desigualdades sociais (CARNEIRO; SANDRONI, 2019).

A falta de um planejamento diferenciado para a população rural faz com que os serviços de saúde sejam centralizados, na sua maioria em áreas urbanas, sendo um fator limitante de para o usuário que vive no meio rural.

Para Costa (2012), a acessibilidade, muitas vezes, é um fator complicador e limitante, para que as famílias que vivem em localidade rurais, possam ter suas demandas de saúde atendidas. A saúde das populações demanda intervenções específicas, considerando os aspectos geográficos como limitantes da mobilidade dos usuários. Compreender essas especificidades, é fundamental para reduzir as desigualdades existentes nos territórios.

Para Arruda, Maia e Alvez (2018), os custos de vidas são aumentos pelo fato de residir em localidades mais vulneráveis, em decorrência de situações relacionados à infraestrutura, como maior distância e dificuldade para acesso aos serviços públicos, ou por situações associados às características sociais intrínsecas, como menor coesão social, maior nível de criminalidade. Essas características, que, por si só, afetam o nível de bem-estar individual e da população, são potencializadas devido ao seu efeito sobre o estado de saúde.

Dessa forma, observa-se que os gestores negligenciam as dificuldades de acessibilidade.

[...]Tenho o pilates para essas mulheres do interior, mas muitas vezes elas não acessam porque os fatores são muito maiores, porque elas não dirigem, mas elas deveriam, o serviço ta sendo ofertado e não tem ninguém que leva elas para o Município. Vamos fazer o que? Vamos levar pilates para o interior? **M08**

[...]acho que depende até da distância do interior até o centro da cidade, pra mim, a maior distância é 9 km. 9Km é do lado da cidade eu tenho uma dificuldade da minha equipe aceitar desafio novos, do tipo, há então vamos elaborar estratégias para atender o pessoal do interior, mas a minha equipe entende que se eles vão no mercado, vão no banco vão na bodega, eles vão para jogo de futebol eles “vão pra lá” e “pra cá”, por que eles não podem vir até o serviço? **M14**.

Nós ofertamos o serviço na cidade, mas fazemos um horário diferenciado, as vezes atendemos a noite, fica a critério do usuário buscar o serviço ou não. **M16**

As falas demonstram que a população rural assume o ônus físico e financeiro do deslocamento até a cidade para realizar exames, o que significa novas barreiras de acesso ao cuidado. Essas dificuldades de deslocamento revelam que, embora os pontos de apoio facilitem o acesso à saúde, a continuidade do cuidado permanece pouco acessível. De acordo com Soares et al., (2020), quando se pensa em acesso à saúde no SUS, há que se destacar a profundidade da questão que se impõe às comunidades rurais. Isso porque as desigualdades não decorrem apenas das distâncias geográficas, mas envolvem aspectos mais amplos de determinação social, como desigualdades de poder aquisitivo e de posse de meios de transporte, que se sobrepõem às barreiras de acesso aos serviços de saúde.

É importante destacar a especificidade do cuidado em saúde que às populações rurais necessitam, entendendo que as ações quando realizadas no próprio território rural constroem outro sentido, com maior potencialidade. Assim, os espaços comunitários, por vezes, se confundem com os locais para atendimento em saúde, o que, por um lado, favorece o acesso à saúde nas comunidades rurais, mas, por outro, revela a precariedade com que, muitas vezes, são tratadas as necessidades de saúde da população rural. Essa realidade revela que, em muitos municípios, são utilizados “pontos de apoio” improvisados que não constam no SCNES, o que contribui para manter invisível a demanda das populações rurais e a atuação de equipes de APS sem estrutura física adequada (SOARES, et al., 2020).

[...]se você for ver a produção dos serviços descentralizados no interior é muito baixa porque o agricultar quando vem na cidade já procura consultar e nós temos horário estendido para ele pode acessar a esses horários também que a gente fica das 18 até as 22 horas. **M17**

Nós também realizamos horário a noite, mesmo assim as vezes as mulheres não vêm para a cidade porque não tem ninguém pra levar. **M3**

Há uma tendência em concentrar serviços no centro urbano do município, o que provocava forçadamente o deslocamento da população do interior em busca de atenção à saúde, ou até mesmo a falta de procura por cuidados em saúde em razão da dificuldade ou

inexistência de meios transporte. Por outro lado, visando a mitigação de falhas de acesso nas áreas mais dispersas alguns municípios adotam estratégias, como por exemplo as equipes itinerantes que atuam periodicamente nessas localidades.

Nós temos uma unidade volante, que cada dia ela vai a uma localidade do interior, para realizar o atendimento, onde faz grupos de hipertensos, diabéticos, mas depende muito da localidade, em alguns lugares os pacientes não acessam e preferem vir para a cidade [...] **M17**

Conforme Carneiro; Sandroni (2019), os municípios brasileiros adotam estratégias distintas para garantir o acesso dos cidadãos rurais e urbanos à saúde. Enquanto os serviços de atenção básica urbanos costumam contar com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros e outros profissionais diariamente durante a semana, nas áreas rurais os atendimentos são esporádicos, semanais, quinzenais, mensais ou mesmo não nem mesmo periódicos, somado a isso, muitas vezes os atendimentos são realizados por equipes reduzidas, olhando com menor importância as necessidades dessa população.

Neste contexto, refere-se que a territorialização e os critérios de vinculação, conforme estabelecidos na PNAB 2017, foram considerados conflitantes com os contextos de rarefação populacional (FAUSTO et al., 2023). Para adaptar os pressupostos de cobertura assistencial à realidade local, é observado no cenário nacional, que as equipes de saúde da família (EqSF) adotam diferentes modos de atuação: médicos atuavam nas UBS por turnos corridos conjugados com pequenos hospitais ou unidades mistas; ACS com territorialização mais fluida, por vezes em áreas não contíguas a depender da dispersão da população no território; equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), sem médico e atuando de forma itinerante (CASTILHO; GONÇALVES, 2018).

Embora o acesso aos serviços de saúde no Brasil tenha aumentado ao longo das três últimas décadas, estudos ainda demonstram a existência de disparidades na utilização. Pessoas que vivem em área rural utilizam menos os serviços de saúde do que as de área urbana de um mesmo município (VIEIRA et al., 2020). A magnitude das diferenças na utilização de serviços entre populações urbanas e rurais depende, entre outros fatores, da medida de acesso utilizada e de como se caracterizam os ambientes rural e urbano a partir da organização da gestão local (FERNANDES et al., 2019).

De acordo com Arruda, Maio e Alves (2018), o acesso da população aos serviços de saúde depende não somente das características dos grupos sociais, mas fundamentalmente da disponibilidade e facilidade de acesso ao serviço, fatores esses que estariam fortemente associados a situação de domicílio (urbano/rural).

Nesse contexto descentralizado de atenção, a informação sobre o acesso e a utilização de serviços pela população rural é crítica para uma gestão local da saúde eficiente, particularmente em municípios com precários indicadores de saúde (VIEIRA et al., 2020).

5.3.2 Vazio no Planejamento e Processo de tomada de decisão

Neste momento é abordado o planejamento em saúde para a População rural e fatores que influenciam as tomadas de decisões como: A participação das equipes no processo de planejamento e construção do Plano Municipal de saúde; a construção de vínculos entre profissionais, usuários e gestores.

Na perspectiva de Machado, et al. (2020), as ações de planejamento em saúde são caracterizadas como um processo de “racionalização do que se pretende executar”, onde o objetivo é construir metas e formas de viabilizá-las. Dessa forma, a ação de planejar, no campo da saúde, deve estar em conformidade com as necessidades da população, uma vez que a formulação de projetos é construída a partir das identificações dos problemas (CARVALHO, 2019).

Segundo Lima (2022), tendo como base os estudos de Carlos Matus, aquele que planeja é, efetivamente o ator que realiza o cálculo último de síntese que precede e preside a ação. Desta forma, o sujeito redefine e identifica “direção” com “planejamento” na mesma medida em que a análise situacional deve ser feita por quem “governa”, daí a sua primeira consideração: planeja quem governa, quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir.

A atividade do gestor do SUS, em qualquer nível de complexidade, se apresenta como um grande desafio. O processo decisório deve estar orientado por princípios como: a) diagnóstico da condição de saúde da população; b) as perspectivas de ação sobre os problemas; c) a infraestrutura de recursos humanos; d) os equipamentos; e) a densidade tecnológica; f) e o financiamento para o setor saúde (SANTOS, LEITE, SILVA 2018).

Neste sentido, o termo flexibilidade é adotado pela gestão pública, como um pilar no processo de tomada de decisão, pois é compreendido a necessidade de fortalecer as possibilidades da tomada de decisões de maneira descentralizada, proporcionando a todos os atores envolvidos, espaço de participação e autonomia para execução, com o intuito de proporcionar criatividade na elaboração de soluções (SANTOS, LEITE, SILVA 2018).

Diante dessas considerações foi questionado aos Gestores de como ocorre o processo de Planejamento em saúde, considerando o PMS como ferramenta de Gestão? E como equipe de profissionais de saúde e usuários participam do Planejamento?

Nós usamos (PMS) no primeiro ano, depois não usamos mais, porque não condiz com a realidade[...] nós, é feito um planejamento entre a secretaria de saúde ESF Agentes de saúde com a secretaria de Assistência social que quem faz o controle desses grupos na verdade. **M01**

Tem o Plano, claro que tem. Nos mudamos algumas vezes, olhamos para o Plano e mudamos. Mas Fazemos isso na Programação anual de saúde. O que acontece muito que é que antes muitos secretários comprovam os planos. Quando eu me sentei para fazer meu plano com a minha equipe eu percebi que no plano anterior as estratégias do meu município eram iguais de outro município, só mudava o nome do município e o número de habitantes, era tudo cópia e cola, as empresas faziam isso. **M14.**

O planejamento procura identificar problemas e reconhecer oportunidades para direcionar a ação, isto ocorre ao se reconhecer as necessidades humanas. No caso do setor saúde, os problemas, necessariamente, se referem ao estado de saúde (doenças, acidentes, carências, agravos, vulnerabilidades e riscos), também conhecidos como problemas terminais, e aos serviços de saúde (infra-estrutura, organização, gestão, financiamento, prestação de serviços, etc.), denominados de problemas intermediários (PAIM e ALMEIRA 2023). Assim, para os autores o planejamento estaria orientado, fundamentalmente, pelos problemas, sejam dos indivíduos e das populações, sejam do sistema de serviços de saúde, ou ambos. Neste sentido, a ação de planejar deve partir do reconhecimento das dinâmicas presentes no território que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos Municípios que compõe a Região de Saúde (BRASIL, 2023).

Conforme Paim e Almeida (2023), o planejamento não pode se resumir apenas em um mero exercício de projeção de metas, mas em uma ação estratégica da gestão pública, que objetiva reorientar os programas e os projetos governamentais ampliando a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde.

Segundo Ferreira et al., (2018), o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde propuseram diversos instrumentos de planejamento. Entretanto, nem sempre os municípios e estados aderem às linhas estratégicas definidas pelo governo federal, o que resulta em fragmentação de prioridades. Este fator, resultou em grande centralização nas normas que regulam a saúde, padronizadas para o território nacional, sem considerar as diversidades existentes nos municípios brasileiros.

De acordo com as falas dos gestores, percebe-se que no processo de elaboração do PMS existem espaços de interlocução entre a sociedade e o Estado, porém pode se destacar o pouco envolvimento da equipe e sociedade.

A conferência de saúde foi desafio nós tivemos 12 usuários, não chegou nem a 20 usuários se não libera os funcionários não tinha. Um palestrante maravilhoso que trabalhou todos os deveres e direitos do cidadão, mas não tinha público para ouvir. Funcionamos um mês e meio com campanha com rádio com agente de saúde e não reunimos o povo. **M05**

Menciona-se que a participação social ocorre nos espaços de interação (assembleias) importantes para a consideração das contribuições no processo, fortalecendo o relacionamento entre o governo e os usuários do serviço (BARRETA, 2020). Porém, segundo a autora tal participação é fragilizada na medida em que acontece em momento pontual processo, não participando diretamente de todas as etapas conforme é previsto em processos coproduzidos.

Assim, os dados evidenciam fragilidade na coprodução na medida em que o governo e cidadãos contribuem de forma conjunta, porém limitada, na elaboração do objeto, não sendo consistente visto não existir relação efetiva entre o Estado, mercado e sociedade de forma ativa e eficiente em todas as etapas do processo (BARRETA, 2020).

[...]dificuldade da minha equipe aceitar desafios novos, do tipo, há então vamos elaborar estratégias para atender o pessoal do interior, então, vamos fazer um planejamento fora de horário para atender lá no interior? Mas daí a minha equipe não aceita. Vocês sabem como um gestor impacta com a equipe? Bah! Não tem como obriga eles. Por mais o planejamento seja importante fazer uma imposição pode fazer o serviço se desmontar. Eu tento fazer com diálogo. Mas temos resistência para fazer fora de horário, eles não gostam de trabalhar fora do horário e não gostam de ir para o interior porque eles entendem que os usuários têm condições de vir buscar o serviço- **M16**.

Na verdade, nós não conseguimos discutir o plano com a equipe, quando chamamos é sempre os mesmos, eu não consigo discutir com os demais é sempre dois ou três. Eles não querem saber do PMS. Eles podem até falar a respeito, mas quando pensa me colocar no papel ninguém que fazer nada. Então nós da gestão que fizemos tudo [...] **M16**.

Construir vínculos entre equipe e usuário é indispensável para a execução das ações. A este respeito, Machado, (2020) aduz que pessoas são fundamentais para o desempenho das ações, por isso, necessitam de priorização, como processos de aperfeiçoamento do trato técnico das funções, até estratégias de acolhimento e empatia com os usuários para viabilizar a criação de vínculos decisivos para o sucesso do trabalho em saúde.

Para o gestor ou equipe gestora, um grande obstáculo é desenvolver coletivamente um planejamento que contribua para melhorar a saúde da população, estimulando a adesão das equipes para atingir resultados e fortalecer o SUS (FERREIRA et al., 2018). O planejamento em equipe é uma tarefa complexa, bem como as ações de saúde a serem desenvolvidas com a população, o que exige atenção permanente ao trabalho coletivo e à capacitação multidisciplinar, integrando todos os envolvidos nos serviços de saúde.

De acordo com Paim e Almeida (2023), é de responsabilidade do gestor municipal o planejamento do sistema municipal de saúde, devendo realizar primordialmente a territorialização das condições de saúde da população, identificando diferenciais epidemiológicos e sociais e elaborando propostas e ações direcionadas ao enfrentamento dos agravos e riscos à saúde existentes. Entretanto, dado a Complexidade da construção dos PMS, as decisões devem ser tomadas no coletivo, planejando em equipe, programando as intervenções de saúde de forma coletiva, prezando pela horizontalidade das ações.

Contudo, para Ferreira, et al., (2018), a dificuldade na comunicação com a equipe, atribuída à sobrecarga de trabalho, falta de profissionais e falta de recurso financeiro, por vezes inviabiliza a efetivação desta etapa do planejamento, situação que se observa no cenário de estudo. Cabe destacar, que os gestores municipais, em particular dos municípios de pequeno porte, como é o caso dos municípios em estudo, que, não contam com uma equipe de gestão qualificada, experiente no planejamento, na implementação, no monitoramento e na avaliação contínua das políticas, visando identificar possíveis impactos da fragilidade da gestão sobre a saúde da população.

Todo esse enredo real, sobrecarrega os gestores em escala crescente, devido a necessidade de atingir metas advindas das instâncias governamentais hierarquicamente superiores dentro do sistema, como também, pelas demandas emergenciais e recorrentes diárias, resultantes da ausência de planejamento sólido, longitudinal e exequível em relação as ações demandas pela população loco-regional.

Assim, quando questionados como está posto o vínculo entre profissionais e usuários que vivem no meio rural, os gestores responderam:

Nós não conseguimos construir vínculos fortes. Talvez se aumentar as visitas domiciliares sim, mas a equipe tem que ajudar mais, porque ninguém gosta se deslocar até o interior. **M19**

Nos entendemos que os usuários buscam atendimento, mas sabemos que precisamos ir até o usuário, mas construir vínculos é muito difícil. Só os Agentes de saúde conseguem. Porém as ACS não têm muita qualificação para identificar as necessidades reais do usuário. **M14.**

[...] somos diferentes. Não temos ACS e isso dificulta o trabalho em especial com o interior. Nós temos planejamento na área indígena que revisamos periodicamente. O que fazemos agora são meditas paliativas usando as escolas falando sobre o que é atenção Básica. Começamos agora com os grupos, mas ainda temos muita dificuldade. Temos parcerias com a Emater para ajudar. Mas ainda não estamos presentes no interior com as famílias. Ainda não conseguimos construir. **M19**

Nessa perspectiva, o agente comunitário de saúde (ACS) torna-se o profissional com maior presença nas áreas rurais e, em muitos casos, o único representante do estado nas

localidades mais, exercendo papel crucial de aproximação entre o serviço de saúde e os cidadãos.

Corroborando com estes cenários, Soares et al., (2020), realizaram um estudo com o objetivo compreender como agentes comunitários de saúde percebem a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) para o cuidado à saúde de populações rurais em municípios de pequeno porte. Assim, para os autores os ACS da zona rural representam uma personificação do acesso à saúde para as comunidades rurais e potencializam o atendimento às necessidades da comunidade.

6 APRESENTAÇÃO DE MANUSCRITO

Atendendo aos dispositivos legais do regimento interno do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ruralidade (PPGSR) do Campus de Palmeira das Missões/UFSM, e considerando a complexidade e densidade dos dados obtidos. Como resultado será apresentado um manuscrito Intitulado: PLANEJAMENTO EM SAÚDE PARA À POPULAÇÃO RURAL: UMA ANÁLISE DA REGIÃO DE SAÚDE 20.

PLANEJAMENTO EM SAÚDE PARA À POPULAÇÃO RURAL: UMA ANÁLISE DA REGIÃO DE SAÚDE 20

HEALTH PLANNING FOR THE RURAL POPULATION: AN ANALYSIS OF THE HEALTH REGION 20

Guilherme Fortes Machado

Rafael Marcelo Soder

Darielli Gindri Resta Fontana

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada das pessoas no SUS ainda apresenta lacunas relativas à sua implantação e consolidação enquanto estratégia, podendo-se inferir que há um vazio na atenção à saúde nas áreas rurais em relação as prioridades instituídas pela gestão. Esta pesquisa teve como objetivo analisar as estratégias planejadas e implementadas pelos municípios da Região de Saúde 20, com o propósito de qualificar o atributo Integralidade, com foco na população rural. Trata-se de um estudo transversal de método misto. No primeiro momento foram gerados os dados quantitativos a partir do instrumento de avaliação da atenção primária (PCATool) proposto por Starfield, no segundo momento foi realizado a pesquisa documental, por meio da análise dos Planos Municipais de Saúde, a fim de contextualizar como os municípios planejam e estruturam ações referentes à saúde da População Rural. A análise dos dados quantitativos serviu de subsídio para o início da fase qualitativa, onde foi utilizado a técnica de Grupo Focal, com os Gestores da Região de saúde. Evidenciou-se que nos municípios participantes do estudo, apresentaram uma boa avaliação no atributo Integralidade serviços disponíveis, (8,13 em média) sendo considerado seu escore alto, conforme critérios do instrumento de avaliação. Possuem, em média, mais de um terço de sua população vivendo no meio rural (37,34%). Contudo, ao avaliar as ações planejadas nos Planos Municipais de Saúde, se observa a ausência de indicadores que reconheçam em seu território a população rural, mas principalmente, a inexistência de linhas de ações voltadas para a redução das desigualdades territoriais, ainda existentes, quando comparadas entre urbano e rural. Por fim, compreende-se que a operacionalização das políticas públicas de saúde está constantemente entrelaçada, assegurando o comprometimento dos gestores estaduais e municipais do SUS visando a articulação entre políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde dessas populações.

Descritores: Saúde, Integralidade, Planejamento, Gestão, Política de saúde, Atenção Primária à saúde

Introdução

Na construção e desenvolvimento de um sistema nacional de saúde balizado pelo fortalecimento dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), o governo busca estratégias para estabelecer a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da rede de assistência em todo o território nacional, assegurando aos cidadãos ações de saúde no âmbito individual e coletivo (COSTA, GUERRA, LEITE, 2022).

No Brasil, a APS tem sido implementada por meio da estratégia de Saúde da Família (ESF), que avançou em termos de cobertura populacional e se apresenta como uma proposta contra hegemônica ao modelo médico assistencial privatista (BRASIL, 2020). Contudo, a ESF como porta de entrada no SUS, ainda apresenta diversos problemas relativos à sua implantação, em especial, quando analisamos o baixo desempenho em áreas rurais e; as lacunas na territorialização, que ainda não são realizadas na perspectiva dos espaços socio sanitários de maior risco para priorização de ações e fragilidades na participação social (FRANCO, GIOVANELLA, BOUSQUAT, 2023).

Populações de áreas rurais e remotas, em todo mundo, sofrem importantes iniquidades, destacando-se na saúde as dificuldades de acesso, extremamente imbricadas à dificuldade de fixar força de trabalho (OMS, 2021). Estas falhas no acesso e na oferta dos serviços de saúde associam-se a piores condições de saúde das populações rurais, decorrentes de sua marginalização no desenvolvimento socioeconômico (FRANCO, GIOVANELLA, BOUSQUAT, 2023).

Conforme Fraco, Giovanella, Bousquat (2023), Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) procurou dar visibilidade e melhor resposta às iniquidades desses povos no Brasil. No entanto, sua implementação esbarrou em inúmeras dificuldades, incluindo a pouca especificidade sobre os diversos cenários rurais no país e insuficiente integração com as demais políticas sociais e de saúde, e até mesmo, a falta de compromisso e omissão da gestão pública.

No processo de desenvolvimento da APS, se constatou a eminente necessidade em avaliar os avanços e lacunas deixados nos últimos 30 anos, o interesse nesse processo de trabalho tem contribuído para o desenvolvimento do SUS, ao produzir evidências sobre o alcance da universalidade, integralidade e equidade, bem como a necessidade de formação e qualificação dos profissionais que atuam no sistema (COSTA, GUERRA, LEITE, 2022). Dessa forma, com o objetivo de avaliar a qualidade da APS o MS em 2010 adaptou o instrumento de avaliação *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (BRASIL, 2020).

No Brasil, a utilização do instrumento PCATool tem oportunizado detectar configurações de estrutura e processo dos serviços, visando à melhoria da qualidade no planejamento e na execução da APS (BRASIL, 2020). Sendo estruturado nos pressupostos definidos em Alma-Ata, Starfield (2002), codificou a APS em quatro atributos essenciais e três derivados, os quais qualificam os serviços e aumentam o poder de interação com os usuários e a comunidade. Neste contexto, cabe a mensuração da presença e da extensão de tais componentes que se estabelecem como indicadores importantes de desempenho e qualidade da APS (NASCIMENTO, et al., 2023).

Pelo exposto, e considerando a fragilidade dos serviços disponíveis para a população rural, conhecer a realidade local, desenvolver as Políticas Públicas de Saúde e planejar ações para a População do Campo é um dos grandes desafios dos gestores e profissionais de saúde. Para enfrentar este desafio é necessário desenvolver o planejamento de saúde local. Compreende-se que, discutir saúde no meio rural, tanto do ponto de vista humano, quanto ambiental, significa falar de determinantes sociais, riscos, agravos, atenção, promoção de vida numa perspectiva justa. Saúde deve ser vista, e considerada como um processo histórico de luta coletiva e individual que expressa uma conquista social dos povos de um determinado território (LIMA et al., 2021).

Diante dessa demanda emergida pelo desenvolvimento de meios para a captação das necessidades em saúde da população, em âmbito municipal, os gestores têm à disposição o Plano Municipal de Saúde (PMS), que se propõe a esse fim, ou seja, à identificação das necessidades em saúde das pessoas de um território sanitário adstrito, subsidiando as ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde pelo período de quatro anos (PEREIRA, 2022).

Assim, faz-se pertinente analisar as implicações de adotar a concepção do processo saúde-doença-cuidado desse instrumento de gestão para suprir as necessidades e demandas de saúde da população, uma vez que a depender da compreensão de saúde adotada pelos gestores, a satisfação das necessidades pode ocorrer de forma total, parcial, ou ainda não ocorrer (ORTIGA; THIELE; SILVA, 2021). Portanto, este estudo tem por objetivo analisar as estratégias planejadas e implementadas pelos municípios da Região de Saúde 20, com o propósito de qualificar o atributo Integralidade, com foco na população rural na perspectiva dos gestores e expressos nos planos municipais de saúde.

Materiais e Métodos

Estudo transversal, a partir da vinculação entre dados quantitativos e qualitativos, configurando-se como método misto na busca por promover o entendimento sobre o fenômeno de escolha de uma forma que não alcance utilizando uma abordagem única (CRESWELL; PLANO, 2023). Sob este aspecto foi considerada a distribuição de tempo, a atribuição de peso, a combinação e a teorização (CRESWELL, 2021). A distribuição de tempo é sequencial, primeiramente foram coletados os dados quantitativos (QUAN), na segunda fase os dados qualitativos (QUAL). Quanto ao peso foi atribuído maior valor a fase QUAL, em conformidade com o objetivo do estudo. Os dados foram combinados e associados estando interligados pela fase quantitativa e qualitativa de forma que produziram informações que se fundam, que se apoiem e que se fidelizem. Neste estudo, os dados da primeira fase - QUAN, produziram informações para a coleta de dados da segunda fase - QUAL.

Cabe considerar que os dados da primeira etapa deste estudo referente a fase quantitativa da pesquisa foram extraídos do banco de dados da pesquisa financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) intitulada “Redes de atenção em saúde, gestão e práticas de humanização – olhares e intervenções interprofissionais”, do Núcleo de Estudos em Gestão em Saúde – NEGESE, da UFSM Campus Palmeira das Missões. Sendo que a coleta dos dados ocorreu nos meses de janeiro a julho de 2021.

No primeiro momento foi utilizado o instrumento de avaliação da atenção primária proposto por Starfield (2002). Na pesquisa, levando em consideração os objetivos propostos foram considerados os dados referentes ao atributo E - Integralidade Serviços Disponíveis. Por fim, o escore da Integralidade foi transformado em uma escala quantitativa contínua de 0 a 10, utilizando a fórmula a seguir: $(\text{escore obtido} - 1) * 10 / 4 - 1$. Assim, o desfecho do estudo foi categorizado de forma dicotômica a partir das escalas obtidas no PCATool (Escala $\geq 6,6$ = alto escore considerado satisfatório e Escala $< 6,6$ = baixo escore considerado insatisfatório).

No segundo momento (QUAN) consistiu em pesquisa documental, onde foi realizada análise dos Planos Municipais de Saúde, a fim de identificar e contextualizar como os municípios planejam e estruturam ações referentes à saúde da População Rural.

A análise dos Planos Municipais de Saúde foi baseada nos estudos desenvolvidos por Peiró et al. (2004) e Borrell et al. (2005). Foi elaborado um roteiro de leitura abrangendo as três partes que constituem os planos: (i) introdução e análise da situação de saúde, (ii) objetivos e metas e (ii) propostas de intervenção. Para cada tema, há três questões,

totalizando nove questões, que foram preenchidas com respostas dicotômicas (sim/não). Foram quantificadas as menções afirmativas para cada questão, dentro de cada tema, de acordo com o número de citações referentes, sendo consideradas três menções como corte, seguindo a classificação proposta pelos autores.

Com base no número de menções afirmativas, foi construído o índice de sensibilidade que variou de 0 a 5, sendo considerado 0 = índice de sensibilidade nulo, quando nenhuma resposta foi afirmativa; 1 = índice muito baixo, quando houve de 1 a 5 menções; 2 = índice baixo, de 6 a 11 menções; 3 = índice médio, para 12 a 16 menções; 4 = índice alto, para 17 a 21 menções e 5 = índice muito alto, quando houve mais de 22 menções.

A fase qualitativa da pesquisa teve início a partir da análise dos escores do atributo E e da análise dos Planos Municipais de Saúde, para organização do Grupo Focal, esta, é uma técnica de pesquisa utilizada como uma diversificação da entrevista aberta, em que grupos de pessoas são estimulados a dialogar e discutir sobre um determinado tema.

Os encontros foram realizados nas dependências da UFSM, sendo considerado um ambiente neutro, de fácil acesso com estrutura adequada que proporcionou conforto para a realização do GF. O registro foi feito por meio da gravação em áudio que posteriormente foi transcrita na íntegra para a realização da análise. O GF ocorreu na presença de um moderador responsável por manter a liberdade de expressão, mas especialmente o foco dos pronunciamentos em torno do tema pesquisado, guiado pelos objetivos do estudo.

Para interpretação dos dados qualitativos obtido pelo GF, as transcrições e o diário de campo utilizado pelo observador, foram analisadas por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), que se organiza em: pré-análise; exploração do material e; o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

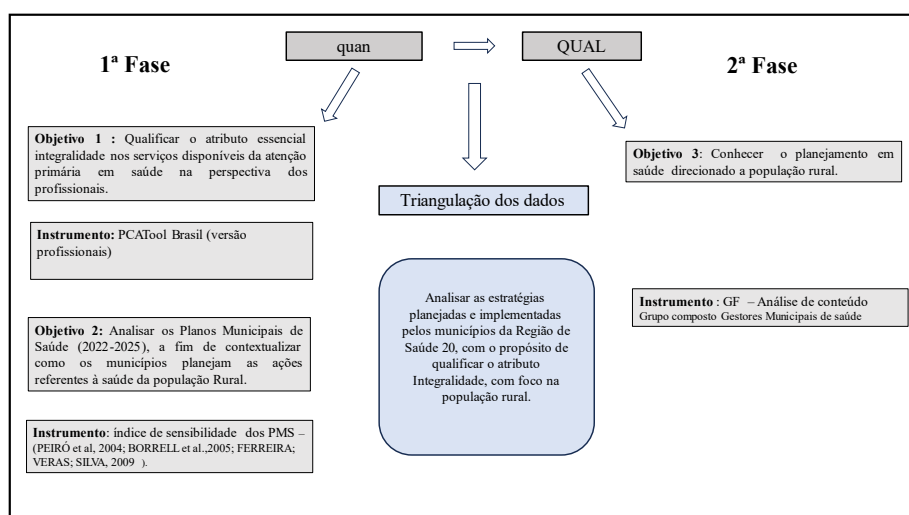
Esta pesquisa teve por locus a Região de Saúde 20, localizada na macrorregião norte do RS. A referida região possui uma área de abrangência de vinte e seis municípios de pequeno porte populacional, totalizando 162.885 (cento e sessenta e dois mil oitocentos e oitenta e cinco) novecentos e sete) habitantes (IBGE, 2022) e sede político-administrativa no município de Palmeira das Missões. A unidade descentralizada da Secretaria Estadual da Saúde responsável pela organização da regionalização no território é a 15ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Os participantes da primeira fase do estudo (QUAN) foram profissionais de saúde que atuam na atenção primária nos 26 municípios da R 20. Nesta etapa do estudo foi utilizado o PCATool- Brasil Versão Profissionais, os participantes são profissionais de saúde lotados nos serviços que integram a atenção primária do SUS pertencentes ao território.

Foram incluídos somente profissionais com vínculo igual ou superior a seis meses no município e, excluídos os profissionais que estivessem em férias ou qualquer tipo de afastamento durante o período de geração de dados ou com tempo menor de 6 meses no município. Para a segunda fase do estudo conforme já descrito anteriormente fizeram parte dos GF 01 representante que compõe a gestão da saúde municipal, onde foi formado um grupo.

A pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) parecer de aprovação nº 4.594.476.

Figura 01 – Organograma metodológico da Pesquisa da pesquisa



Fonte: Machado, Soder, Fontana (2023).

RESULTADOS

Este item descreve os resultados obtidos, bem como as convergências e divergências observadas nas abordagens quantitativa e qualitativa, relacionadas ao atributo Integralidade serviços disponíveis, Sensibilidade dos Planos Municipais de saúde referente ao planejamento para a População rural e as informações obtidas no grupo focal Assim, os resultados estão apresentados sequencialmente visando, seguindo-se as recomendações e o rigor dos estudos de métodos mistos.

Resultados quantitativos

Responderam ao questionário PCATool 468 profissionais de saúde que atuam na atenção primária nos 26 municípios da Região 20 – Rota da Produção, conforme cálculo amostral, o Município com maior número de resposta foi Palmeira das Missões com 60 respostas ou 12,8%, seguido de Sarandi com 5,6%. Cabe referir, que os dados referentes ao

município de Boa Vista das Missões não foram utilizados, considerando que não houve o nº. mínimo de respostas.

No que diz respeito a profissão, idade e vínculo dos profissionais, o maior número de participantes encontra-se na faixa etária de 25 a 39 anos (53,20%), são servidores públicos (44%), e apresentam como profissões mais prevalentes técnico de enfermagem (23,9%) e agente comunitário de saúde (21,2%).

Para melhor compreensão dos resultados obtidos, a tabela 01 unifica os resultados da fase quantitativa e apresenta dados referentes a população Rural dos Municípios da pesquisa.

Tabela 01 – avaliação do Atributo E, dados populacionais e Índice de sensibilidade dos PMS

Dados Populacionais						
Município	atributo “E” (0 a 10)	População total/hab	População Rural/hab	% População Rural	Índice de sensibilidade PMS	
					Nº de menções	Nível de sensibilidade e
Barra Funda	9,3	2.498	845	33,7	1	Muito Baixo
Jaboticaba	9,03	4.099	2.611	63,7	4	Muito baixo
Coronel Bicaco	8,93	7.801	2.680	34,4	1	Muito Baixo
Três Palmeiras	8,88	4.464	2.291	51,3	2	Muito Baixo
Miraguaí	8,85	4.978	2.786	56,0	3	Muito Baixo
São Pedro das Missões	8,70	1.991	1.354	68,0	2	Muito Baixo
Chapada	8,67	9.605	3.804	39,6	1	Muito Baixo
Sagrada Família	8,64	2.676	1.810	67,6	0	Nulo
Sarandi	8,59	23.222	3.342	14,4	1	Muito Baixo
Dois Irmãos das Missões	8,46	2.166	1.063	49,1	2	Muito Baixo
Novo Xingu	8,45	1.793	1.203	67,1	0	Nulo
Gramado dos Loureiros	8,36	2.258	1.743	77,2	0	Nulo
Nova Boa Vista	8,33	1.942	1.386	71,4	9	Baixo
Braga	8,29	3.667	1.420	38,7	0	Nulo
Constantina	8,16	10.101	3.242	32,1	1	Muito Baixo
Ronda Alta	8,15	10.675	3.354	31,4	1	Muito Baixo
São José das Missões	7,97	2.725	1.892	69,4	1	Muito Baixo
Novo Barreiro	7,79	4.171	2.672	64,1	2	Muito Baixo
Rondinha	7,71	5.520	3.201	58,0	5	Baixo

Engenho Velho	7,65	1.367	928	67,9	2	Muito Baixo
Redentora	7,60	11.108	7.220	65,0	7	Baixo
Palmeira das Missões	7,54	34.907	4.497	12,9	7	Baixo
Cerro Grande	7,44	2.443	1.587	65	1	Muito Baixo
Trindade do Sul	7,13	5.961	2.888	48,4	1	Muito Baixo
Lajeado do Bugre	6,06	2.592	1.781	70,7	0	Nulo
Boa Vista das Missões*	-	-	-	-	-	-
Total	-	164730	61600			
Média	8,13	6589,2	2464	37,40%		

*município excluído da pesquisa por não responder o número mínimo de questionário PCATool.

Fonte: Machado, Soder, Fontana (2023)

Dentre os itens que compõem o atributo, o de menor avaliação, é aquele que avalia a realização de pequenos procedimentos ambulatoriais - E14 Remoção de verrugas. Ressalta-se que os itens estão relacionados com a experiência do profissional no serviço de saúde. Os procedimentos, ações, orientações são consideradas como disponíveis sempre que o profissional souber que são oferecidos, mesmo que ele ainda não tenha fornecido ou proporcionado esses procedimentos.

Quando avaliado o escore geral do atributo, a tabela 01 apresenta o resultado classificado do maior para o menor na escala de 0 a 10. Por conseguinte, o município com maior avaliação no Atributo foi Barra Funda com média de 3,81/9,3 e o de menor escore foi Lajeado do Bugre com média de 2,8/6,06. A média geral dos 25 municípios ficou em 3,44/8,13. Dos 25 municípios avaliados, apenas Lajeado do Bugre não obteve o escore alto (acima de 6,66) conforme critérios do PCATool.

Enquanto na revisão dos Planos Municipais de Saúde dos municípios em estudo, com intuito de entender o fenômeno para a compreensão dos significados e a intencionalidade das ações propostas, permitiu a construção de indicadores quantitativos, a fim de avaliar o índice de sensibilidade. No entanto, não é intenção apenas quantificar os dados encontrados, mas avaliar a sensibilidade dos planos na perspectiva planejamento em saúde para a população rural.

O índice de sensibilidade, segundo Ferreira, Veras e Silva (2009), relaciona-se as respostas afirmativas, ou seja, quanto maior o número de respostas afirmativas para o instrumento, maior a sensibilidade dos planos a essa problemática. Os autores salientam que esse índice de sensibilidade tem correspondência com a vulnerabilidade programática, visto

que reflete em que medida os planos priorizam a população rural em seu planejamento de estratégias e ações em saúde.

Essa metodologia permitiu a verificação da consistência e da coerência interna dos Planos Municipais de Saúde, sobretudo em relação às intenções expressas, em cada uma das partes, referente à temática em estudo. O agrupamento das informações possibilitou um panorama das respostas às questões formuladas em cada município, e que se estabelecessem comparações entre elas.

Observa-se que a maioria dos municípios não contemplam de forma ampla o tema Saúde da População Rural em seus Planos. Dos 25 municípios 16 (64%) obtiveram a classificação do Índice de Sensibilidade 1 classificado como “Muito Baixo”, 05 municípios (20%) obtiveram o índice de sensibilidade O “Nulo”, ou seja, não houve nenhuma menção em seu Plano a respeito da População Rural, e 4 (16%) foram classificados como “baixo” o índice de Sensibilidade de seus Planos Municipais de Saúde.

Cabe referir, que as poucas citações, em especial dos municípios classificados como “muito baixo”, referem-se a dados populacionais, apenas quantificando o percentual de habitantes residentes no meio rural, não realizando uma análise do dado que se possibilita a construção de diretrizes, metas e objetivos.

Na pesquisa documental constatou-se que dos 25 planos 18 foram elaborados por empresas terceirizadas que prestam serviço de assessoria na área da saúde. O que revela as dificuldades que os municípios, especialmente os de pequeno porte, encontram para organizar as suas próprias equipes de saúde na prática de planejamento em saúde.

Foram identificadas “raras” ações pontuais para a população rural e ainda assim construídas de forma genérica. A leitura dos planos permitiu constatar que as propostas não são integradas entre si, e não possuem qualquer vínculo com a PNSIPCFA, dando a impressão de que estão ali por “necessidade técnica” ou iniciativa pessoal de formuladores e implementadores das políticas públicas no âmbito local, e não das necessidades advindas das comunidades e dos usuários.

Resultados Qualitativos

Inicialmente, cabe referir que foram convidados participar do Grupo focal, os gestores dos 25 Municípios que compõe a região de saúde 20 Rota da Produção. Se fizeram presente 18 gestores nos dois encontros, os encontros tiveram duração de 120 min. A fim de assegurar o anonimato dos participantes, bem como o sigilo das informações, os gestores serão representados pela letra “M” seguido do número que representa seu município de origem.

Como resultados qualitativos, após leitura compreensiva do material coletado, sua interpretação e análise, foi possível elaboração de duas categorias temáticas a saber: I – O não reconhecimento das diferenças entre o rural e o urbano. Esta categoria aborda como os gestores visualizam a população rural em seu território e são capazes identificar a existência de diferenças nas condições de saúde entre pessoas que vivem em áreas rurais e pessoas que vivem em áreas urbanas, suas implicações para o acesso e consequente centralização dos serviços de saúde; II – O vazio em ações de planejamento e repercussão no processo de tomada de decisão. Nesta categoria é abordado o planejamento em saúde para a população rural e fatores que influenciam as tomadas de decisões como: A participação das equipes no processo de planejamento e construção do PMS; a construção de vínculos entre profissionais, usuários e gestores.

O Quadro 01 apresenta os relatos extraídos dos GF organizados por categorias.

Quadro- 01 os relatos extraídos dos GF organizados por categorias

Categorias	item	relato
O não reconhecimento das diferenças entre o rural e o urbano.	01	Acho que não faz um planejamento separado, acho que nós temos mais ou menos a mesma realidade então quando a gente faz um planejamento agente faz como um todo e não apenas separado para a área rural [...] M01
	02	Quando planejamos, nós planejamos para a população [...], porque a maior parte da nossa população ela ta no interior do município. Eu não saberia dizer, ta mas qual é o teu planejamento para a população do interior? Porque ele já ta no planeamento, quando a gente senta e planeja. Para os municípios pequenos eu acredito que todos os secretários no planejamento vão fazer seu plano de gestão já pensa na população rural como um todo. M14
	03	Somos municípios pequenos, por vezes não há como diferenciar quem mora no interior e na cidade. Então, quando planejamos pensamos como um todo, sem separar quem mora “fora” e quem mora na cidade. M05
	04	[...] a gente não faz um planejamento separado, ele esta dentro de um todo do município, porque por ser um município pequeno a gente nunca trabalha separadamente área rural com a urbana. M03
	05	“[...] acho que depende até da distância do interior até o centro da cidade, pra mim, a maior distância é 9 km. 9Km é do lado da cidade eu tenho uma dificuldade da minha equipe aceitar desafio novos, do tipo, há então vamos elaborar estratégias para atender o pessoal do interior[...] M14
	06	Nós ofertamos o serviço na cidade, mas fazemos um horário diferenciado, as vezes atendemos a noite, fica a critério do usuário buscar o serviço ou não. M16
	07	[...] se você for ver a produção dos serviços descentralizados no interior é muito baixa porque o agricultar quando vem na cidade já procura consultar e nós temos horário estendido para ele pode acessar a esses horários também que a gente fica das 18 até as 22 horas. M17
	08	Nós também realizamos horário a noite, mas mesmo assim as vezes as mulheres não vêm para a cidade porque não tem ninguém pra leva levar. M3
	09	Nós temos uma unidade volante, que cada dia ela vai a uma localidade do interior, para realizar o atendimento, onde faz grupos de hipertensos, diabéticos, mas depende muito da localidade, em alguns lugares os pacientes não acessam e preferem vir para a cidade[...] M17
	10	“minha equipe entende que se eles (pacientes que vivem no meio rural)

		vão no mercado, vão no banco vão na bodega eles vão para jogo de futebol eles vão pra lá e pra cá, Por que eles não podem vir até o serviço?" M14
	11	Eu não saberia dizer, ta mas qual é o teu planejamento para a população do interior, porque ele já ta no planejamento, quando a gente senta e planeja. Para os municípios pequenos eu acredito que todos os secretários no planejamento vão fazer seu plano de gestão já pensa na população rural como um todo M14
O vazio nas ações de planejamento e repercussão no processo de tomada de decisão	12	Nós usamos (PMS) no primeiro ano, depois não usamos mais, porque não condiz com a realidade[...]Nos é feito um planejamento entre a secretaria de saúde ESF Agentes de saúde [...] M01
	13	Tem o Plano, claro que tem. Nos mudamos algumas vezes, olhamos para o Plano e mudamos. Mas Fazemos isso na Programação anual de saúde. O que acontece muito que é que antes muitos secretários comprovam os planos. Quando eu me sentei para fazer meu plano com a minha equipe eu percebi que no plano anterior as estratégias do meu município era igual as de outro município, só mudava o nome do município e o número de habitantes, era tudo cópia e cola, as empresas faziam isso. M14
	14	A conferência de saúde foi desafio nós tivemos 12 usuários, não chegou nem a 20 usuários se não libera os funcionários não tinha. Um palestrante maravilhoso que trabalhou todos os deveres e direitos do cidadão, mas não tinha público para ouvir. Funcionamos um mês e meio com campanha com rádio com agente de saúde e não reunimos o povo. M05
	15	Na verdade, nós não conseguimos discutir o plano com a equipe, quando chamamos é sempre os mesmos, eu não consigo discutir com os demais é sempre dois ou três. Eles não querem saber do PMS. Eles podem até falar a respeito, mas quando pensa me colocar no papel ninguém que fazer nada. Então nós da gestão que fizemos tudo[...] M16.
	16	Dificuldade da minha equipe aceitar desafio novos, do tipo, há então vamos elaborar estratégias para atender o pessoal do interior, então, vamos fazer um planejamento fora de horário para atender la no interior? Mas daí a minha equipe não aceita. Vocês sabem como um gestor impacta com a equipe? Bah! Não tem como obriga eles. Por mais o planejamento seja importante fazer uma imposição pode fazer o serviço se desmontar. Eu tento fazer com diálogo. Mas temos resistência para fazer fora de horário, eles não gostam de trabalhar fora do horário e não gostam de ir para o interior por que eles entendem que os usuários têm condições de vir buscar o serviço- M16
	17	Na verdade, nós não conseguimos discutir o plano com a equipe, quando chamamos é sempre os mesmos, eu não consigo discutir com os demais é sempre dois ou três. Eles não querem saber do PMS. Eles podem até falar a respeito, mas quando pensa me colocar no papel ninguém que fazer nada. Então nós da gestão que fizemos tudo M16.
	18	Nós não conseguimos construir vínculos fortes. Talvez se aumentar as visitas domiciliares sim, mas a equipe tem que ajudar mais, porque ninguém gosta se deslocar até o interior[...] M 19
	19	Nós entendemos que os usuários buscam atendimento, mas sabemos que precisamos ir até o usuário, mas construir vínculos é muito difícil. Só os Agentes de saúde conseguem. Porém as ACS não têm muita qualificação para identificar as necessidades reais do usuário [...] M14.
	20	Nós somos diferentes. Não temos ACS e isso dificulta o trabalho em especial com o interior. Nós temos planejamento na área indígena que revisamos periodicamente. O que fazemos agora são medidas paliativas usando as escolas falando sobre o que é atenção Básica. Começamos agora com os grupos, mas ainda temos muita dificuldade. Temos parcerias com a Emater para poder ajudar. Mas ainda não estamos presentes no interior

		com as famílias. Ainda não conseguimos construir. M18
	21	Nós temos grupos de saúde que disponibilizamos para quem mora no interior, os temas são conforme o pedido da população. Temos turno estendido e algumas vezes a equipe se desloca para as áreas rurais. Mas a população não que mais ouvi fala de doença. Se você leva um profissional médico para trabalhar hipertensão diabete, eles nem vão ir. E muitas das vezes os serviços ficam sem acesso dos pacientes. Nós ofertamos, mas eles não vão. Eles preferem muitas vezes ir ao Hospital. M05
	22	[...]eu cheguei até a trabalhar no interior alguns anos atrás que eu atendia por mês 7 pacientes, então era um absurdo era uma unidade ociosa se fosse pensar financeiramente você teria que fechar. M17 .
	23	Tenho academia aberta para quem mora no interior, temos horário estendido e até pilates para essas mulheres do interior, mas muitas vezes elas não acessam [...] o serviço tá sendo ofertado e não tem ninguém acessando [...] M 06

Fonte: Machado, Soder, Fontana, (2023).

DISCUSSÃO

A análise dos resultados, compreende o processo de busca de convergências e divergências observadas entre os resultados obtidos nas abordagens quantitativa e qualitativa, relacionadas ao atributo Integralidade serviços disponíveis, Sensibilidade dos Planos Municipais de Saúde referente ao planejamento para a população rural e as informações obtidas no grupo focal sendo elas: Reconhecimento das diferenças existentes entre a população rural e urbana; Vazio em ações de planejamento e repercussão no processo de tomada de decisão.

Observa-se nos municípios participantes do estudo, uma boa avaliação no atributo E - Integralidade serviços disponíveis, (8,13 em média) sendo considerado seu score alto, conforme critérios do instrumento de avaliação (BRASIL, 2020). Possuem, em média, mais de um terço de sua população vivendo no meio rural (37,34%) cerca de 61.600mil habitantes. Contudo, ao avaliar as ações planejadas e formolizadas nos PMS, se evidência a ausência de indicadores que reconheçam em seu território a população rural, mas principalmente a inexistência de linhas de ações voltadas para a redução das desigualdades territoriais, ainda existentes, quando comparamos urbano e rural.

A APS deve disponibilizar uma variedade de serviços direcionados para as necessidades e demandas das pessoas, alcançando um alto nível de desempenho, oferecendo mecanismos de acesso ágeis e eficazes (OLIVEIRA, et al., 2023). Para as autoras integralidade das ações e serviços de saúde, só será alcançada quando é assegurado serviços ajustados as reais necessidade da população.

Entretanto cabe mencionar, que não é verdadeiro dizer que quanto maior a variedade e a aplicação dos serviços disponíveis, melhor o cuidado. Alguns tipos de serviços podem não

ser efetivos, bem como alguns podem ser, porém não compensam o custo e capacidade estrutural e humana. Esta questão ficou evidente na fala de um dos gestores M17 item 22, M05 item 21 do quadro 01.

Consideramos a integralidade, não apenas pela variedade disponível de serviços, mas fundamentalmente, pela extensão na qual há evidências de que os serviços são usados de forma adequada para atender a estas necessidades com a compreensão integral, envolvendo aspectos biológicos, culturais e sociais do usuário nas dimensões individuais, familiares e coletivas (SOUZA, REZENDE, MARIN, TONHOM, 2022).

No estudo, a média alta no atributo E, não reflete necessariamente uma boa qualidade de prestação serviço, visto que aspectos relevantes não foram considerados, neste caso destaca-se a falta de planejamento de ações e serviços específicos para população rural, conforme índice de sensibilidade dos planos, bem como a carência/fragilidade da acessibilidade dos serviços ofertados. O que se evidencia nas falas dos gestores a exemplo itens 01, 02, 03 e 23 do quadro 01.

Quando avaliado como o município planeja e estrutura ações referentes à saúde da população rural, fica evidente o vazio nas estratégias de planejamento para essa população, o que resulta em limitações nas tomadas de decisões de forma assertiva.

A partir da análise, pode-se mencionar a existência de lacunas de sensibilidade na gestão dos serviços de saúde para as pessoas que vivem em áreas rurais. Segundo Fuginani, Colussi e Ortiga (2020), esta situação pode revelar, a dificuldade dos municípios em reconhecerem o Plano Municipal, como instrumento de gestão, bem como, as limitações em introduzir, nos planos, as problemáticas que extrapolam a dimensão “clássica” da biologia e da patologia sustentada na clínica, e de reconhecerem as fragilidades e singularidades de seu território. Há, de se destacar, que tal situação se evidencia em um cenário em que mais de um terço da população reside no meio rural.

Na pesquisa realizada por Klein et al., (2022), quando os pesquisadores analisaram os PMS do Estado de Tocantins, na perspectiva do enfrentamento da Obesidade, foi possível concluir que os municípios necessitam fomentar a construção conjunta entre gestão e profissionais da saúde de um plano municipal que atenda às necessidades locais. No trabalho de Fuginani, Colussi e Ortiga (2020), foi identificado falha na elaboração do PMS no estado de Santa Catarina. Estes estudos corroboram com os resultados desta pesquisa, ao demonstrar a fragilidade e lacunas no planejamento em saúde.

Ao contemplar as necessidades humanas, o planejamento procura identificar problemas e oportunidades para orientar as ações. No caso do setor saúde, os problemas se

referem ao estado de saúde (doenças, acidentes, carências, agravos, vulnerabilidades e riscos), também conhecidos como problemas terminais, e aos serviços de saúde (infra-estrutura, organização, gestão, financiamento, prestação de serviços, etc.), denominados de problemas intermediários (BRASIL, 2023). Assim, o planejamento estaria orientado, fundamentalmente, pelos problemas, sejam dos indivíduos e das populações, sejam do sistema de serviços de saúde.

Neste sentido, a ação de planejar deve partir do reconhecimento das dinâmicas presentes no território que influenciam na saúde, bem como das necessidades de saúde da população dos Municípios que compõe a Região de Saúde. A análise e o dimensionamento das necessidades de saúde devem privilegiar um conceito mais amplo, entendendo como uma condição que transcende a mera ausência de doença e se caracteriza pela garantia de bem-estar, seja ele físico e afetivo, assim como social e econômico (BRASIL, 2023).

Segundo Paim e Almeida (2023), planejamento não consiste apenas em uma projeção de metas, mas em uma ação estratégica da gestão pública, que tem por objetivo reorientar os programas e os projetos governamentais de modo a ampliar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação das políticas de saúde com o propósito resguardar o direito a saúde.

Este estudo apresentou divergência entre os dados, quando consideramos a boa avaliação no atributo integralidade e baixo nível de sensibilidade dos PMS. Cabe referir que a integralidade à saúde e os demais direitos, pressupõe que o ato de planejar ações e serviços de saúde deve contemplar as necessidades de saúde da população, identificando seus problemas e enfocando objetivos definidos a partir de valores e vontades que podem expressar projetos, ideais de saúde e novos modos de vida (PAIM, ALMEIDA, 2023).

A ausência de planejamento repercute em fragilização e enfraquecimento da atenção integral da população e constitui em vulnerabilidade programática (AZEVEDO et al., 2022). Embora o sistema de saúde tenha avançado em muitas práticas baseadas em seus próprios princípios, os sentidos da integralidade na organização da gestão dos serviços foi o que menos avançou (AYRES, 2023). Assim, o modelo de gestão em saúde como um dos sentidos da integralidade aparece dentre as principais barreiras a serem enfrentadas para a mudança das práticas e serviços de saúde, a fim de, considerar que pessoas que vivem no meio rural possuem necessidades singulares, e merecem atenção centrada nos processos gerenciais das instâncias gestoras dos serviços de saúde, em especial em territórios fortemente constituídos por cenários rurais.

Paim e Almeida (2023), referem que entre os fatores para a dificuldade em compreender a importância e o processo de construção dos PMS estão a sua baixa

governabilidade, a qual pode estar associada, ao despreparo dos municípios para esse processo (baixa capacidade de governo), resultando em formulação de planos que não dão conta da complexidade das situações de saúde. O que fica evidente na fala item 17 do quadro 01.

A oferta por serviços de saúde depende da capacidade instalada, dos recursos humanos disponíveis e principalmente, das condições para o acesso geográfico e funcional ao serviço (PALMEIRA, 2022). No que diz respeito ao atributo avaliado, os profissionais que responderam ao questionário consideraram apenas a oferta do serviço, não levando em consideração o acesso ou acessibilidade. Fica evidente esta questão na fala dos gestores item 10 do quadro 01.

Esse entendimento atesta a compreensão restrita no que concerne ao real significado de integralidade, considerando apenas a oferta de serviço, não levando em consideração aspectos como acessibilidade e planejamento em saúde. Infelizmente o que se observa no estudo, é o pouco envolvimento dos profissionais de saúde, que não compreendem as singularidades da população do meio rural, a dificuldade em organizar os serviços de forma que atenda a integralidade dos usuários e por fim, a ausência de planejamento que resulta na falta de políticas públicas locais articuladas que ofereçam respostas eficazes aos agravos de saúde da população.

Ao se observar as falas (itens 7, 8 e 10) fica evidente que a população rural assume o ônus físico e financeiro do deslocamento até a cidade para realizar exames, o que significa novas barreiras de acesso ao cuidado. Essas dificuldades de deslocamento revelam que, embora os pontos de apoio facilitem o acesso à saúde, a continuidade do cuidado permanece pouco acessível. De acordo com Soares et al., (2020), quando se pensa em acesso à saúde no SUS, há que se destacar a profundidade da questão que se impõe às comunidades rurais. Isso porque as dificuldades não decorrem apenas das questões geográficas, mas envolvem aspectos mais amplos de determinação social, como desigualdades de poder aquisitivo e de posse de meios de transporte, que se sobrepõem às barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Para além do exposto, a falta de planejamento para a população rural, evidenciada pelo nível “muito baixo” de sensibilidade dos PMS para este tema, pode conter explicação nas falas dos gestores ao não reconhecer a distinção entre quem mora em localidades urbanas e rurais:

Deve ser considerado que, as mudanças que ocorrem nos territórios têm aumentado o debate referente a relação campo-cidade. E, embora tenhamos visto amarras cada vez mais generalizadoras sobre a homogeneização do território, há, na verdade, uma certa aceitação por

parte dos estudiosos de que as cidades se constituem a partir de uma base rural, ou seja, não dando para analisá-los (rural e urbano) separadamente (BEZERRA, SILVA, 2018).

Para os autores, a relação campo-cidade pode ser analisada em torno da perspectiva de um *continuum*. Há de se considerar que nesse campo interpretativo, os espaços e os territórios são integrais, e apresentam características, tais como: estruturas de densidade demográfica, setorialidade econômica e conformação de paisagem que se complementam. O campo e a cidade, segundo essa compreensão teórica, formariam uma “unidade indissolúvel” em operação e funções, conformariam suas articulações por meio de suas redes e fluxos (BEZERRA; SILVA, 2018).

Entretanto, deve ficar claro que existem diferenças, e estas precisam ser compreendidas como particularidades que irão definir as especificidades do território. Importa compreender que nas áreas rurais, persistem desigualdades sociais e produção de iniquidades, em grande medida, resultantes das debilidades da ação pública em reconhecer a alteridade comunitária e incluir os atores sociais do espaço rural na formulação de políticas voltadas para si e seu território (CARNEIRO; SANDRONI, 2019).

A falta de um planejamento específico para a população rural, faz com que os serviços de saúde sejam centralizados, na sua maioria em áreas urbanas, sendo um fator que pode limitar o acesso do usuário que vive no meio rural, fato constatado durante o desenvolvimento da pesquisa.

Os municípios têm uma tendência em concentrar serviços nos centros urbanos, o que provoca forçadamente deslocamento da população do interior em busca de atenção à saúde, ou até mesmo a falta de procura por cuidados em saúde em razão da dificuldade de acesso ou inexistência de meios transporte. Por outro lado, visando a mitigação de falhas de acesso nas áreas mais dispersas, alguns municípios adotam estratégias, como por exemplo as equipes itinerantes que atuam periodicamente nessas localidades, como referido pelo gestor no item 09. A partir dos resultados analisados, observa-se que os gestores negligenciam as dificuldades de acessibilidade e logística da população rural no acesso aos serviços de saúde.

Para Arruda, Maia e Alvez (2018), residir em localidades mais vulneráveis gera uma série de custos ao indivíduo, sejam aqueles relacionados à infraestrutura e logística, como maior distância e dificuldade para acesso aos serviços públicos, sejam aqueles associados às características sociais intrínsecas, como menor coesão social, maior nível de criminalidade e de estresse. Essas características, que, por si só, afetam o nível de bem-estar individual e da população, são potencializadas devido ao seu efeito sobre as condições de saúde.

Conforme Carneiro; Sandroni (2019), de um modo geral, os municípios brasileiros adotam estratégias distintas para garantir o acesso dos cidadãos rurais e urbanos à saúde. Enquanto os serviços de atenção básica urbanos costumam contar equipes multiprofissionais com ampla oferta de atendimento, nas áreas rurais os atendimentos são esporádicos, sendo eles semanais, quinzenais, e muitas vezes, os atendimentos são realizados por equipes reduzidas, olhando com menor importância as necessidades dessa população.

Embora o acesso aos serviços de saúde no Brasil tenha aumentado, estudos ainda demonstram a existência de disparidades na utilização. Usuários que vivem em área rural utilizam menos os serviços de saúde em relação aos usuários da área urbana de um mesmo município, muito em razão da organização e planejamento dos gestores (VIEIRA, et al., 2020). A magnitude das diferenças na utilização de serviços entre populações urbanas e rurais depende, entre outros fatores, da medida de acesso utilizada e de como se caracterizam os ambientes rural e urbano a partir da organização local (FERNANDES et al., 2019).

De acordo com Arruda, Maio e Alves (2018), o acesso da população aos serviços de saúde depende não somente das características sociais, mas fundamentalmente da disponibilidade e facilidade de acesso ao serviço, fatores esses que estariam fortemente associados a situação do domicílio (urbano/rural).

Nesse contexto descentralizado de atenção à saúde, a informação sobre o acesso e a utilização de serviços pela população rural é crítica para uma gestão local da saúde eficiente, particularmente em municípios com indicadores precários (VIEIRA et al., 2020).

Outro fator que influencia a fragilidade do planejamento em saúde é o pouco envolvimento da equipe e a dificuldade da administração pública criar estratégias e ações que envolvam a comunidade no processo e planejamento.

Essa dificuldade pode ser decorrente da falta de suporte técnico, déficit na qualificação que lhes possibilite desencadear um processo de planejamento, quando comparados a municípios de maior porte. Também é provável a falta de sensibilização no sentido de reconhecerem o Plano Municipal de Saúde como documento/instrumento sistematizador das propostas de atenção à população, bem como um mecanismo norteador da gestão.

Torna-se necessário a compreensão que o processo de planejamento em saúde, quando não embasado na demanda emanada da realidade local de saúde, por meio de conferências e indicadores, conseqüentemente, gera como subproduto tomadas de decisão incoerentes com a demanda situacional (RAMOS et al., 2021). O intuito de tal processo coletivo é justamente fomentar o planejamento em saúde, para que este processo seja pautado na realidade situacional das condições de saúde do município, por meio da legitimação das decisões

políticas e da promoção do exercício participativo da população, assegurando assim o direito à saúde.

Segundo Bezerra e Silva (2018), as políticas de saúde estão ausentes de um plano que considere, em especial, as diversidades e heterogeneidades do território, somadas a ausência de integração entre os agentes partícipes (profissionais e usuários) desse processo. Especialmente, quando as ações de maior efeito esbarram nos limites estruturais e de pessoal do poder público municipal.

Nesse sentido, planejar ações de saúde para as áreas rurais a partir da gestão dos serviços, demanda, em primeiro lugar, reconhecer esse cenário como espaço de cuidado e sua singularidade, em que as características epidemiológicas, sociais, culturais, organizacionais são específicas (SOARES et al., 2020). Isso porque, segundo os autores, as políticas públicas em saúde e as ações de saúde no Brasil, em sua grande maioria, são resultados de demandas e do olhar para o urbano, o que resulta na invisibilização das demandas de saúde das comunidades rurais e no mero deslocamento e reprodução de ações pontuais e protocolares.

O planejamento em equipe é complexo, bem como as ações de saúde a serem desenvolvidas com a população, o que exige constante atenção ao trabalho e à capacitação multidisciplinar, visando à integração de todos os envolvidos nos serviços de saúde. Contudo, para Ferreira, et al., (2018), a dificuldade na comunicação com a equipe, atribuída à sobrecarga de trabalho, falta de profissionais e falta de recurso financeiro, por vezes inviabiliza a efetivação desta etapa do planejamento, situação observada no cenário de estudo.

Cabe destacar, que os gestores municipais, em particular os dos municípios menores, como é o caso dos municípios em estudo, não contam com uma equipe específica que pense a gestão, capacitada e experiente no planejar, implantar políticas e avaliar os impactos da gestão em saúde. Isso sobrecarrega profissionais da assistência que também atuam como gestores, com demandas em ritmo crescente por tarefas impostas pelos níveis de complexidade do sistema, e pelas demandas emergenciais recorrentes que adentram diariamente os serviços de saúde, resultantes da ausência de planejamento, estratégias e ações não resolutivas.

Assim, os dados evidenciam fragilidade na coprodução na medida em que o governo e cidadãos contribuem de forma conjunta, porém limitada, na elaboração do objeto, não sendo consistente visto não existir relação efetiva entre o Estado, mercado e sociedade de forma ativa e eficiente em todas as etapas do processo (BARRETA, 2020).

Construir vínculos entre equipe e usuário é indispensável para a execução das ações. A este respeito, Machado, (2020), aduz que pessoas são fundamentais para o desempenho das ações, por isso, necessitam de muita atenção, como processos de aperfeiçoamento do trato

técnico das funções, até estratégias de acolhimento e empatia com os usuários para viabilizar a criação de vínculos decisivos para o sucesso dos processos de trabalho e dos serviços de saúde.

Considerações finais

Os resultados obtidos demonstraram que, na visão dos Profissionais de saúde que atuam na APS dos municípios da R 20, o atributo integralidade – serviços disponíveis teve escore alto. Cabe destacar que, a integralidade fundamentada como princípio doutrinário do SUS, objetiva suprir a demanda e as necessidades dos usuários a partir de um olhar integral ao sujeito, considerando os usuários em sua totalidade, sobretudo, compreendendo o contexto no qual ele está inserido.

Restou evidenciado que nos municípios participantes do estudo, apresentaram uma boa avaliação no atributo Integralidade serviços disponíveis, (8,13 em média) sendo considerado seu escore alto, conforme critérios do instrumento de avaliação, possuem em média, mais de um terço de sua população vivendo no meio rural (37,34%). Contudo, ao avaliar as ações planejadas e formalizadas nos PMS, ratifica-se a ausência de indicadores que reconheçam em seu território a população rural, mas principalmente, a inexistência de linhas de ações voltadas para a redução das desigualdades territoriais, ainda existentes, quando comparadas entre o urbano e o rural.

Assim, os achados do estudo mostram o não reconhecimento dessa problemática na perspectiva da gestão em saúde, e assim, a inexistência de agendas locais direcionadas à população rural. Isso repercute na fragilidade de construção e fortalecimento da atenção integral a população rural e se expressa em vulnerabilidade programática.

Ao se aprofundar nas razões que levam a falta de planejamento para a população rural, os resultados do grupo focal revelam como causas, o não reconhecimento das diferenças entre os cenários rural e urbano, ocasionado pela constituição regional de municípios de pequeno porte, falta de participação da equipe e dos usuários no processo de planejamento.

Entretanto, compreende-se que a operacionalização das políticas públicas está diretamente ligada ao grau de comprometimento dos gestores estaduais e municipais do SUS, e da articulação com outras políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde dessas populações. É importante reconhecer, contudo, que os desafios atuais impostos aos gestores, geram necessidade de incorporação sistemática de tecnologias, instrumentos e estratégias para aprimoramento na oferta dos serviços, precisão na tomada das decisões e ampliação do acesso para os usuários das áreas rurais.

Referências

ALMEIDA, Bruno Guimarães; PINTO, Isabela Cardoso. Da administração de recursos humanos à gestão do trabalho em saúde: pluralidade teórica e desenvolvimento institucional no SUS, *In*: ALMEIDA, B.C.; PINTO, I.C.M. (Orgs.) **Gestão do Trabalho no SUS Bahia**: esquadrihando caminhos e esperando a prática. Belo Horizonte, Avohai, 2021, p. 19038.

ARRUDA, Natália Martins, MAIA, Alexandre Gori e ALVES, Luciana Correia. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública** 2018, v. 34, n. 6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>>. Acesso em: 06 nov. 2022.

AYRES, José Ricardo. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 46, n. especial 7 dez, p. 196–206, 2023. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7635>. Acesso em: 11 out. 2023.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saúde soc.** v.27, n.1, p.51-60, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018000002> Acesso em: 15 set. de 2020.

AZEVEDO, Samir Gabriel Vasconcellos. Vulnerabilidade programática na saúde: Análise do conceito. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, [S. l.], v. 26, 2022. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.39021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/39021>. Acesso em: 15 out. 2023.

BARRETA, Julia Viezze. **Atributos de Governança Pública na Elaboração de Planos Municipais de Saúde**: Uma Análise Multicasos. Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de mestre em administração. Florianópolis, 2020.

BEZERRA, Josue Alencar; SILVA, Cicero Nilton Moreira. Entre o Rural e o Urbano Interiorizado. **Mercator (Fortaleza)**, v. 17, p. e17019, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mercator/a/vGZcsBTfpSFtmcLpkxnpXgz/?lang=pt#ModalTutors> Acesso em: 05 Jun 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**: PCATool-Brasil – 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Guia de planejamento da gestão do trabalho e da educação na saúde no âmbito estadual e municipal do sistema único de saúde (SUS)** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

CARNEIRO, M. J.; SANDRONI, L. Tipologias e significados do “rural”: uma leitura crítica. *In: LEITE, S. P.; BRUNO, R. (Org.). O rural brasileiro na perspectiva do século XXI*. Rio de Janeiro: Garamond, 2019. p. 43-58

COSTA, Ana Paula Brandão; GUERRA, Maximiliano Ribeiro; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. **Rev Bras Med Fam Comunidad**. 2022. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3085/1724>. Acesso em: 10 out 2022.

COSTA, Marta Cocco da Costa. **Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio**. 2012. Tese de doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto / 5. ed.** Porto Alegre, RS: Artmed, 2021. 234 p.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208–223, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/#>. Acesso em: 05 jul 2023.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2022, v. 27, n. 04, p. 1605-1618. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021>>. Acesso em: 24 Out 2022.

FUGINAMI, Cássio Noboro; COLUSSI, Claudia Flemming e ORTIGA, Angela Maria Blatt. Análise dos instrumentos de gestão elaborados pelas Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina no período de 2014 a 2017. **Saúde em Debate** v. 44, n. 126, pp. 857-870. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012620>>. Acesso em: 14 Out. 2023.

HARZHEIM, Erno; et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274–284, 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/829>. Acesso em: 4 jul. 2023.

IBGE. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Documentação do Censo 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

KLEIN, Salete Teresinha Rauber et al. Planos Municipais de Saúde do Estado do Tocantins: uma análise com foco no enfrentamento da. **Saúde e Sociedade** v. 31, n. 4 , e210765pt. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-1290202210765pt>>. Acesso: em 23 out 2023.

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa. et al. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p.

2053–2064, jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PvFjywqqXgsPy5Phds5XyRq/?lang=pt#>. Acesso em: 10 Out. 2023.

MACHADO, Cristiane Vieira. et al., Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão na revista **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/producao-de-conhecimento-em-politica-planejamento-e-gestao-na-revista-ciencia-saude-coletiva/17651?id=17651>. Acesso em: 10 out. 2023.

MATTOS, Rubens Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p.39-64.

NASCIMENTO, Murilo César do; et al. Qualidade da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19: avaliação por usuários acometidos pela doença. **Mundo saúde**, 2023. Disponível em: [https:// pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1435157](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1435157). Acesso em: 10 out 2023.

OLIVEIRA Julia Costa de. et al. Especificidades do grupo focal: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1813–1826, maio 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nCZvvtykvGkW7grYkLRVxXL/#>. Acesso em: 01 out 2023.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias. Agendamento na Atenção Primária à Saúde: o caminho para a universalidade – Capítulo 2. *In*: OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias (Org). **Acesso à saúde no Brasil: percursos da universalização**. – 1.ed., Curitiba – PR, Editora Bagai, 2023.

ORTIGA, Ângela Maria Blatt; THIELE, André Borges; SILVA, Viviane de Souza Brito. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina Gerência de Planejamento do SUS. **Guia para elaboração do Plano Municipal de Saúde**: Baseado no Livro 2 dos Cadernos de Planejamento do PLANEJASUS. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-emsaude/instrumentos-de-gestao-municipal/guia-elaboracao-plano-municipal/3301-guia-paraelaboracao-do-plano-municipal-de-saude/file>. Acesso em 03 dez. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em Saúde para não especialistas. *In*: **Tratado de Saúde Coletiva**. Hucitec - Fiocruz, 2006, São Paulo-Rio de Janeiro.

PAIM, Jairnilson Silva. e ALMEIDA FILHO, Naomar. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2023.

PALMEIRA, Nathalia Campos et al. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.31, n.3, 2022. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742022000300312&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 out. 2023.

PEIRÓ, R. et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. **Gaceta Sanitaria**. Barcelona, v.18, n.Suppl 2, p.36-46, 2004.

PEREIRA, Francisca Helena Lima. **Planejamento e Inovação na Produção do Cuidado na Atenção Primária À Saúde**. Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, 2022.

PESSOA, Vanira Matos Almeida; MAGDA Moura; CARNEIRO, Fernando Ferreira: Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**. 2018, v. 42, n. pp. 302-314. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120>>. Acesso em: 6 Ago 2021.

PUCCI, Vanessa Rodrigues, et al. Prevalência de integralidade em serviços de Atenção Primária à Saúde de municípios do sul do Brasil: estudo multinível. **Rev. APS**. 2020; jan./mar.; 23. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16895/22843>. Acesso em: 22 out 2023.

RAMOS, Anne Caroline.; BULGARELI, Jaqueline.; CUNHA, Inara.; CORTELLAZZI, Karine. Plano Municipal De Saúde: Análise dos municípios do Estado de São Paulo no período de 2014 a 2017. **Revista Gestão & Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 03, p. 161–176, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/40912>. Acesso em: 14 out. 2023.

RESSEL, Lúcia Beatriz et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**. 2008, v. 17, n. 4 , pp. 779-786. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>>. Acesso em: 8 Nov. 2022.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018, v. 23, n. 6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>>. Acesso em: 26 Set. 2023.

SOARES, Amanda Nathale. et al.. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300332, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/HmLCdCPxhqRMT4RX3kwf6Xt/#ModalHowcite>. Acesso em jun 2023.

SOUSA, Maria Fátima de et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**. 2020 v. 43, pp. 82-93. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S507>>. Acesso em out. 2023

SOUZA, Aline Pereira de; REZENDE, Kátia; MARIN, Maria José, TONHOM Silvia. Estratégia Saúde da Família e a integralidade do cuidado: percepção dos profissionais. **Rev baiana enferm**. 2020;34:e34935. Disponível em: <file:///C:/Users/guifo/Downloads/34935-Manuscrito%20no%20template%20padr%C3%A3o%20RBE-131834-1-10-20200504.pdf>. Acesso em: 10 out 2023.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F. et al. Produção científica sobre política, planejamento e gestão no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2023.

VIEIRA Ed Wilson Rodrigues et al. Disparidade urbano-rural na utilização de serviços de saúde em município de pequeno porte. **Rev Rene**. 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8081423.pdf>. Acesso em: 10 jun 2023.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta etapa do estudo, tem como elemento potencializador, permitir dar maior relevância aos achados que, em seu curso tradicional tornaram-se, significativos, demonstrando os pontos importantes para atender aos objetivos propostos no estudo. No entanto, afirma-se que essas considerações não têm o propósito de dar por encerradas as discussões, pois a temática é ampla, instigante e carece de muitas outras análises, leituras e contribuições.

Assim, esse estudo objetivou analisar as estratégias planejadas e implementadas pelos municípios da Região de Saúde 20, com o propósito de qualificar o atributo Integralidade, com foco na população rural na perspectiva dos gestores e expressos nos planos municipais de saúde. Para isso, elencaram-se os objetivos específicos, de qualificar o atributo essencial integralidade nos serviços disponíveis da atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais, a partir do instrumento PCATool Brasil (versão profissionais); analisar os Planos Municipais de Saúde (2022-2025), a fim de contextualizar como os municípios planejam e estruturam as ações referentes à saúde da população rural e; conhecer o planejamento em saúde direcionado a população rural, na perspectiva dos gestores municipais de saúde.

Os resultados obtidos demonstraram que, na visão dos profissionais de saúde que atuam na APS dos municípios da R 20, o atributo integralidade – serviços disponíveis teve escore alto. Cabe destacar que, a integralidade fundamentada como princípio doutrinário do SUS, objetiva suprir a demanda e as necessidade dos usuários a partir de um olhar integral ao sujeito, considerando os usuários em sua totalidade, sobretudo, compreendendo o contexto no qual ele está inserido.

No estudo, a média alta no atributo E, não reflete necessariamente uma boa qualidade de prestação serviço, visto que aspectos relevantes não foram considerados, neste caso destaca-se a falta de planejamento de ações e serviços específicos para população rural, conforme índice de sensibilidade dos planos, bem como a carência/fragilidade da acessibilidade dos serviços ofertados.

A literatura apresenta evidências em que a organização das práticas de saúde no campo da APS demonstra potencial de atingir diretamente a efetivação da integralidade, se for capaz de considerar a multidisciplinaridade, ampliação do acesso e ampliação da capacidade clínica. Portanto, é fundamental destacar que a saúde das populações rurais é um fenômeno bem mais amplo que o processo de adoecimento e a oferta de serviços, assim, se constituem como um desafio para as a construção e execução das políticas públicas. Este fato se

apresenta em razão da necessidade de reconhecer o cenário rural como espaço de cuidado que demandam planejamento e intervenções específicas, considerando os aspectos geográficos como limitantes da mobilidade dos usuários.

Neste sentido, a análise da sensibilidade dos PMS demonstrou que, embora inseridos em um cenário marcado pela presença do rural, não há o planejamento de estratégias que visem assegurar a integralidade dos serviços de saúde para a população residente no campo. Isto ficou evidenciado, uma vez que o índice de sensibilidade para as ações planejadas e estruturadas para a população rural, ficou classificado como “Muito baixo”. Na análise final dos planos, observou-se o não reconhecimento das especificidades que o cuidado em saúde às populações rurais demanda, quando comparado as populações urbanas, o que resulta na inexistência de ações de planejamento para promoção, proteção e reabilitação dessa população.

Planejar estratégias para viabilizar a consolidação do princípio da integralidade, exige a aproximação dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários no processo de territorialização para o reconhecimento das necessidades da população. Embora se considere que os planos municipais de saúde sejam um instrumento de gestão da política municipal de saúde, sendo capazes de realizar esta aproximação, ao mesmo tempo que propõe respostas do setor saúde às necessidades. Observa-se que nesta região de saúde, o PMS ainda é uma ferramenta que demanda aprimoramento, qualificação, empenho e dedicação conjunta para a sua construção e implantação.

Os resultados obtidos durante o grupo focal, construíram possibilidades para a identificação de aspectos relativos a gestão municipal, no que concerne a percepção dos gestores acerca da constituição do território, participação da equipe e participação social na formulação do PMS, que apresentam necessidade de melhoria, de modo a qualificar esse importante instrumento de gestão refletindo a realidade, incorporando-a na composição de soluções aos problemas existentes, bem como na formulação de novas estratégias e ações em saúde, com o olhar sobre a população rural.

É necessário considerar que o plano não é imutável e absoluto, e sim dinâmico, podendo ser aperfeiçoado ao longo da sua execução, visto que o acesso aos recursos e o conhecimento sobre os indicadores de saúde evoluem e se modificam ao longo do tempo ou conforme necessidades demandadas. Para além disso, estratégias e ações do grupo que planeja resultariam em melhor governança e com isso repercutindo em qualidade de serviços de saúde aos usuários. Contudo, esta percepção valorizando o planejamento, ainda não está incorporado na gestão loco-regional.

Ao se aprofundar nas razões que levam a falta de planejamento para a população rural, os resultados do grupo focal revelam como causas, o não reconhecimento das diferenças entre rural e urbano, ocasionado pela característica regional de municípios de pequeno porte, falta de participação da equipe e dos usuários no processo de planejamento.

Há de se considerar que embora o sistema de saúde tenha avançado em muitas práticas baseadas em seus princípios, os conceitos da integralidade na organização da gestão dos serviços foi o que menos avançou com menor visibilidade na trajetória recente do sistema público de saúde. Assim, o modelo de gestão em saúde como um dos sentidos da integralidade aparece dentre as principais questões a serem enfrentadas para a mudança das práticas e serviços de saúde, a fim de operá-lo na ideia de que, as demandas das populações rurais são legítimas e singulares, e merecem atenção central nos processos gerenciais das instâncias gestoras dos serviços de saúde, em especial, em uma região com um terço da população vivendo no campo.

Assim, a integralidade da assistência em saúde requer uma preocupação constante com o atendimento e a eficácia das ações dos serviços prestados à população por profissionais conscientes de seu papel e de gestores comprometidos em desenvolver ações direcionadas as reais necessidades de vida e saúde da população.

Torna-se necessário que os gestores compreendam que os instrumentos de gestão em saúde não podem ser apenas documentos burocraticamente preenchidos, sem conexão com a realidade. É fundamental institucionalizar a sua construção e seu uso efetivo no planejamento e na execução das ações em saúde, orientando a alocação de recursos orçamentários e identificando as fragilidades e necessidades de ajustes de acordo com a realidade da população.

Portanto, a direção da análise da gestão dos serviços de saúde e sua dimensão política organizativa, neste estudo, constatou-se a fragilidade da gestão das políticas e dos recursos, atestando a fragilidade dos municípios em conduzirem com autonomia o processo de gestão pautado nas diretrizes e princípios do SUS, em relação ao contexto e a população rural.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Jéssica Resende, SANTOS, Alethele de Oliveira. O conceito de integralidade em saúde nos artigos científicos, no Supremo Tribunal Federal (STF) e nos enunciados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Cad. Ibero Am. Direito Sanit.** 23º de dezembro de 2016 [citado 11º de julho de 2023];5(4):96-111. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/275>. Acesso em: 15 jul 2023.
- ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. O método nas Ciências Sociais. *In*: ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 107-188
- ARCHIBALDI, M. M. Investigator triangulation: a collaborative strategy with potential for mixed methods research. *J. Mix. Methods Res.*, v. 10, n. 3, p. 228-250, 2016
- ARRUDA, Natália Martins; MAIA, Alexandre Gori e ALVES, Luciana Correia. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública** 2018, v. 34, n. 6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>>. Acesso em: 06 nov. 2022.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**. 2009, v. 18, p. 11-23. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>>. Acesso em: 8 nov 2022.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2012, v. 16, n. 40 p. 67-82. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000021>> Acessado em: 7 nov 2022.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; CASTELLANOS, M.E.P.; BAPTISTA, T.W.F. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saúde soc.** v.27, n.1, p.51-60, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018000002> Acesso em: 10 set de 2020.
- BARBOSA, Guilherme Correa et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 123-127, 2013. Acesso em: 25 Jul 2022.
- BARBOZA, Nilton Anderson Santos; RÊGO, Tatiane Dias de Moraes; BARROS, Thayane de Moraes Rêgo Ribeiro Pinto T.. A história do SUS no Brasil e a política de saúde /. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 11, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/19348>. Acesso em: 12 out 2023.
- BEZERRA, Josue Alencar; SILVA, Cicero Nilton Moreira. Entre o rural e o urbano interiorizado. **Mercator (Fortaleza)**, v. 17, p. e17019, 2018

<https://www.scielo.br/j/mercator/a/vGZcsBTfpSFtmcLpkxnpXgz/?lang=pt#ModalTutors>
acesso em: 10 jun 2023.

BHAT Deppa, et al. Access to Breast Cancer Treatment and Reconstruction in Rural Populations: Do Women Have a Choice? **J Surg Res.** 2020 Oct;254:223-231. doi: 10.1016/j.jss.2020.04.035. Epub 2020 May 28. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32474195/>. Acesso em 10set 2023

BORRELL, C. et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. **Gaceta Sanitaria.** Barcelona, n.19, p. 277-85, 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.203, De 5 De Novembro De 1996.** redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série: **Cadernos de Planejamento**, vol. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS:** uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS; Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva; Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:** primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

BRASIL. **Portaria 2.135 de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html acesso em: 29 de out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Planejamento no SUS**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz. 1 ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 06 jul 2022.

BRASIL, **Saúde dos povos e populações do campo, da floresta e das águas**: a Fiocruz e sua atuação estratégica na temática de saúde e ambiente relacionada aos povos e populações do campo, da floresta e das águas / coordenador André Luiz Dutra Fenner; organizadores André Luiz Dutra Fenner ...[et al.]. – Rio de Janeiro : Fiocruz, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. HumanizaSUS. Área Temática da Humanização na Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. 1. ed. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCATool-Brasil – 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

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: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde (BR). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2.ed. Brasília (DF): Funasa; Ministério da Saúde; 2002 [citado 5 jul 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em 10 de ago 2022

BRITO, Paula dos Santos. Avaliação da atenção primária à saúde na pandemia COVID-19 na perspectiva de médicos e enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, p. e20220475, 2023. Disponível, em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/W5dMdtHQRXyKVKTjp7KgqHr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 out. 2023.

CAMPANA, Alvaro Oscar et al. **Investigação científica na área médica**. 1st ed. Sao Paulo: Manole; 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Manual De Práticas Da Atenção Básica**. Saúde Ampliada E Compartilhada 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 pp.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CAMPOS, Rosana Onocko. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Editora Hucitec, 2003

CAMPOS, Rosana Onocko. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Pública**. 2000, v. 16, n. 4 p. 1021-1030. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400020>>. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400020>. Acesso em: 29 Out 2022.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de. Necessidades em Saúde: uma abordagem operacional para o nível dos serviços de saúde. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, ano 3, n. 9, p. 44- 53, out./dez. 2013.

CARNEIRO, M. J.; SANDRONI, L. Tipologias e significados do “rural”: uma leitura crítica. In: LEITE, S. P.; BRUNO, R. (Org.). **O rural brasileiro na perspectiva do século XXI**. Rio de Janeiro: Garamond, 2019. p. 43-58.

CARNUT, Leonardo. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**. 2017, v. 41, n. 115 pp. 1177-1186. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>. Acesso em: 11 jul 2023.

CARVALHO, Elisa Maria Ramos. **Usos e “desusos” do planejamento**: Uma análise sobre planos municipais de saúde. (Dissertação). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2014.

CARVALHO, Munique Luz; SANTIAGO Roberta Fortes. A Importância do Planejamento No Processo de Trabalho da Equipe De Saúde. **Uma-Sus**. 2020. Disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/14820>. Acesso em: 10 jun 2023.

CARVALHO, Manoela. A saúde coletiva e a categoria ‘território’: abordagens da epidemiologia, ciências sociais e planejamento. **Geog. Questão**. 2019 [12(2):61-74. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/geoemquestao/article/view/20574/14675> » <https://e-revista.unioeste.br/index.php/geoemquestao/article/view/20574/14675>. Acesso em: 15 jun 2023

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de.; JESUS, Washington Luiz Abreu de ; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas.. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1155–1164, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/X5tq3bQgN8XkGkths95ctkz/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jun 2023.

COIMBRA JR., Carlos. E. A. Saúde rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 1, 2s, 2018. Disponível em: » <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000supl1ap>. Acesso em: 10 jun 2023.

CONASS. **O processo de Planejamento no SUS.** Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/o-processo-de-planejamento-no-sus/>
Acesso em 17 jan 2021.

COSTA, Marta Cocco da Costa. **Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio.** 2012. Tese de doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

COSTA, Ana Paula Brandão; GUERRA, Maximiliano Ribeiro; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde sob a ótica dos profissionais médicos. **Rev Bras Med Fam Comunitad.** 2022. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3085/1724>. Acesso em: 10 out 2022.

COSTA, Leandro Araujo da. et al.. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe8, p. 36–49, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8jK7WwBqCBRpBPcg8WNZyFM/#>. Acesso em: 15 out 2023.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Trad. Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. - Porto Alegre: Artmed,2007.

CRESWELL, J. W.; PLANO, C. V. L. **Pesquisa de métodos mistos.** 2. ed. Porto Alegre (RS): Penso; 2013. CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.

Creswell, John W., **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto / 5. ed.** Porto Alegre, RS : Artmed, 2021. 234 p. :

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. *In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*; 2002; Ouro Preto. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/.../Com_JUV_P027_Neto_texto.pdf. Acessado em: setembro de 2020. Acesso em 20 Set 2022.

CRUZ, Cleya da Silva Santana. et al. Análise dos Planos Municipais de Saúde dos 33 municípios sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina no período de 2014 a 2017. **Revista Vozes dos Vales – UFVJM – MG – Brasil – Nº 12 – Ano VI – 10/2017.** Disponível em: <http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2017/08/Cleya0208.pdf>. Acesso em: 02 nov 2022.

DEBUS M. Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales. Washington: Academy for Educational Development, 1997

DORICCI, Giovanna Cabral e GUANAES-LORENZI, Carla. Aspectos contextuais na construção da cogestão em Unidades Básicas de Saúde. **Saúde em Debate.** 2020, v. 44, n. 127 p. 1053-1065. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012708>>. Acesso em: 5 nov 2022.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução **CIB/RS nº 499/14**. Disponível em: . Acesso em: 08 DE OUTUBRO. 2019.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2023.

FAUSTO Márcia Cristina Rodrigues et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2022, v. 27, n. 04, p. 1605-1618. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021>>. Acesso em: 24 Out 2022.

FAWCETT, J. Invisible nursing research: thoughts about mixed methods research and nursing practice. **Nurs Sci Quart**. 2015 [cited 2016 May 01]; 28(2):167-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25805392> Acesso em: 05 set de 2020.

FELICIELLO, Domenico. Aspectos conceituais e operacionais do planejamento em saúde com ênfase no SUS. **Caderno de Pesquisa NEPP**, 90, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Domenico-eliciello/publication/56120754_aspectos_conceituais_e_operacionais_do_planejamento_em_saude_com_enfase_no_sus/links/618c710461f09877207f0b99. Acesso em: 08 out 2023.

FERNANDES, **Noêmia Fernanda Santos**. et al.. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 10, p. e00234618, 2019 disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/x4zfvP7xx75t9nhWpFPMzDH/?lang=pt#>. Acesso em: 05 jun 2023.

FERREIRA, Irma Teresinha Rodrigues Neves, et al. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2009, v. 25, n. 12 pp. 2683-2694. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001200015>>. Acessado 31 Out 2022.

FLICK, Uwe. Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre , RS : Artmed, 2009.

FONTOURA, Rosane Teresinha e MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2006, v. 59, n. 4 p. 532-536. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400011>>. Acesso em: 4 nov. 2022.

FRANCO, Cassiano Mendes.; GIOVANELLA, Lígia.; BOUSQUAT, Aylene. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 821–836, mar. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/x7NR8bChCmSydSSjQXqK34c/?lang=pt#>. Acesso em out 2023

FURTADO, Juarez Pereira et al. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**. 2018, v. 34, n. 7. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00087917>>. Acessado em 28 Out 2022.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília , DF: Líber Livro Editora, 2005

GALINDO Aureliane Cadengue.; GURGEL, Aline do Monte. Planejamento de ações de saúde do trabalhador no SUS: uma análise dos planos municipais de saúde da VI Regional de Saúde de Pernambuco. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [S. l.], v. 10, n. 4, 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1155>. Acesso em: 6 jul. 2023

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007

GUIMARÃES, Marcia Alves, FATTOR, André e COIMBRA, Arlete Maria Valente. “PCATool versão profissionais cuidando da saúde do idoso”: adaptação, análise de conteúdo e desempenho do instrumento. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 27, n. 7.] , pp. 2911-2919. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.1929>. Acesso em: 10 Set 2022

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2020/2023**. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>>. Acesso em 23 abr. 2023

HAUSER Lisiane, et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2013; p.244-55. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)821](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)821). Acesso em: 2 nov 2022.

IBGE. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Documentação do Censo 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

JANTSCH, Leonardo Bigolin; NEVES, Eliane Tatsch. “Tabela falante” como estratégia de integração de dados em uma pesquisa de métodos mistos. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220029, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/S6yMrYjRRDn6vdcmjn57JSp/#>. Acesso em: 19 out. 2023.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi , AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**. 2016, vol.32, n.8. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415>>. Acesso em: 21 mai. 2020.

KIELING, Rejane Inês; SILVEIRA, Rogério Leandro Lima da. O Rural, O Urbano E O Continuum Urbano-Rural No Contexto Do Desenvolvimento Regional. **Perspectiva**, Erechim. v. 39, n.148, p. 133-143, dezembro/2015. Disponível em: https://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/148_540.pdf. Acesso em: 10 jun 2023..

KLEIN, Salete Teresinha Rauber et al. Planos Municipais de Saúde do Estado do Tocantins: uma análise com foco no enfrentamento da. **Saúde e Sociedade** v. 31, n. 4 , 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210765pt>>. Acesso: em 23 out 2023

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. 2011, v. 20, n. 4 p. 867-874. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>>. Acessado em 10 nov 2021.

LIMA, Ângela Roberta Alves et al. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? **Saúde em Debate**. 2019, v. 43, n. 122 p. 755-764. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912208>>. Acessado em 06 de ago 2021.

LIMA, Ellaine Valéria Araújo da Silva et al. Planejamento estratégico situacional como ferramenta de promoção em saúde na gestão: revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 2, pág. e5911225302, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i2.25302. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25302>. Acesso em: 13 out. 2023.

MACHADO, Cristiane Vieira. et al., Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão na revista **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020 disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/producao-de-conhecimento-em-politica-planejamento-e-gestao-na-revista-ciencia-saude-coletiva/17651?id=17651>. Acesso em: 10 out. 2023.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel.; NETTER, Thomas. **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/Abia/IMS/UERJ, 1993.

MATIDA, Álvaro Hideyoshi e CAMACHO, Luiz Antônio Bastos. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimentos e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 2004, v. 20, n. 1, pp. 37-47. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100017>>. Acessado em: 8 nov 2022.

MATTOS. Rubens Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p.39-64.

MATUS, Carlos. **Teoria do Jogo Social**. São Paulo: FUNDAP, 2005.524p.

MEIER, Marineli Joaquim.; KUDLOWIEZ, S Sara. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto & Contexto Enf.**, Florianópolis, v.12, n.3, p. 394-399, 2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011.

MILANI, Maria Luiza, et al. A Gestão e o Plano Municipal de Saúde do Município de Caçador, Santa Catarina **Revista Desenvolvimento em Questão Editora Unijuí**. Ano 16 n. 45 out./dez. 2018. disponível em [file:///C:/Users/guifo/Downloads/10574-Texto%20do%20artigo-49563-1-10-20201106%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/guifo/Downloads/10574-Texto%20do%20artigo-49563-1-10-20201106%20(2).pdf). Acesso em: 6 julho 2021.

MINAYO, Maria Cecilia Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, Método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINTZBERG, Henry. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman; 2004.

MORGAN, David. Grupos de foco. **Revista Anual de Sociologia**, (1996). 22, 129-152. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.129>. Acesso em: 20 de out 2022.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matodos de. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1,p. 627 – 40, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WYg3p3JmqSSBV7QrdPw6Bbx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jul 2022.

NASCIMENTO, Alexandra Bulgarelli do e EGRY, Emiko Yoshikawa. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. **Saúde e Sociedade**. 2017, v. 26, n. 4 p. 861-871. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170046>>. Acesso em: 3 Nov 2022.

OMS. Diretriz da OMS sobre o desenvolvimento, atração, recrutamento e retenção da força de trabalho em saúde em áreas rurais e remotas. Genebra: **OMS**; 2021.

ORTIGA, Ângela Maria Blatt; THIELE, André Borges; SILVA, Viviane de Souza Brito. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina Gerência de Planejamento do SUS. **Guia para elaboração do Plano Municipal de Saúde**: Baseado no Livro 2 dos Cadernos de Planejamento do PLANEJASUS. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-emsaude/instrumentos-de-gestao-municipal/guia-elaboracao-plano-municipal/3301-guia-paraelaboracao-do-plano-municipal-de-saude/file>. Acesso em 03 dez. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Aspectos críticos da institucionalização da planificação em organizações públicas de saúde. In: _____ (Org.). **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: Centro de Estudos e Projetos em Saúde/ Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, 2002. p. 407-33.

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em Saúde para não especialistas. In: Tratado de Saúde Coletiva (Hucitec - Fiocruz, 2006, São Paulo-Rio de Janeiro).

PARES, Ariel; VALLE, Beatrice. Retomada do Planejamento Governamental no Brasil e seus Desafios. In: Giacomoni, J.; Pagnussat, J. L. Planejamento e Orçamento Governamental, Brasília, ENAP, 2007, v.1, p. 229 - 270.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. 2008. **BIS Humanização em perspectiva**. Edição especial. P 7-13 Disponível em: [esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view.File/18/30](http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/File/18/30). Acesso em: 17 abr.2017.

PEIRÓ, R. et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. **Gaceta Sanitaria**. Barcelona, v.18, n.Suppl 2, p.36-46, 2004.

PESSOA, Vanira Matos, ALMEIDA, Magda Moura e CARNEIRO, Fernando Ferreira: Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?

Saúde em Debate. 2018, v. 42, n. pp. 302-314. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120>>. ISSN 2358-2898 Acessado 6 Ago 2021.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 25 de mar. 2023.

PRESTA Antoniuk, et al . A Saúde Bucal Nos Planos Municipais De Saúde - Análise Da 8ª Regional De Saúde Do Estado Do Paraná. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF** 12, no. 1 (agosto 12, 2010). Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/1094>. Acesso em: 8 nov, 2022.

PUCCI. Vanessa Rodrigues, et al. Prevalência de integralidade em serviços de Atenção Primária à Saúde de municípios do sul do Brasil: estudo multinível. **Rev. APS.** 2020; jan./mar.; 23. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16895/22843>. Acesso em 22 out 2023.

RESSEL, Lúcia Beatriz *et al.* O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto - Enfermagem.** 2008, v. 17, n. 4 , pp. 779-786. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>>. Acesso em: 8 nov 2022.

ROCHA, Ana Angélica Ribeiro de Meneses, SOUZA Mariluce Karla Bomfim de. Planejamento em saúde: concepções, “tentativas” e desafios para a prática. In: SOUZA, M.K.B., comp. **Planejamento e gestão em saúde: caminhos para o fortalecimento das hemorredes.** Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 15-43.

RODRIGUES, Mariana Ramos; SOUSA, Maria Fátima de. Integralidade das práticas em saúde na atenção primária: análise comparada entre Brasil e Portugal por meio de revisão de escopo. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 136, p. 242–252, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/6CsGdyBDKnPnJ8DxTwQFjPB/#>. Acesso em: 10 out 2023.

SANT’ANA Ferreira, Taysa, DE FREITAS Campos Luciana. O Conhecimento Veiculado Em Literatura Nacional Sobre Integralidade Em Saúde. **Cogitare Enfermagem.** 2009, 14(2), 368-373. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648975021>. Acesso em: 06 nov 2022.

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. Integração Entre Dados Quantitativos E Qualitativos Em Uma Pesquisa De Métodos Mistos. **Texto & Contexto - Enfermagem.** 2017, v. 26, n. 3, e1590016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>>. Acesso em: 8 Nov 2022.

SAKAMOTO, Camila Strobl. MAIA, Alexandre Gori., 2013. *Os impactos das mudanças na estrutura das famílias sobre a distribuição de renda: uma comparação entre áreas urbanas e rurais no Brasil.* Belém, **Anais eletrônicos.** 51 Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural. Disponível em: » <http://icongresso.itarget.com.br/useradm/anais/?cIt=ser.3>. Acesso em 10 jun 2021.

SALM, J. F.; MENEGASSO, M. E. Proposta de modelos para a coprodução do bem público a partir das tipologias de participação. In: **Encontro Científico de Administração da**

Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 24. 2010, Rio de Janeiro, Anais do Enanpad, Rio de Janeiro: Anpad, 2010. CD-Rom.Saraiva, p. 115-146, 2006.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. da C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p.757-776, 2002.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999, v. 4, n. 2, pp. 221-242. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200002>>. Acesso em: 8 Novembro 2022.

SOARES, Amanda Nathale. et al.. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. e300332, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/HmLCdCPxhqRMT4RX3kwf6Xt/#ModalHowcite>. Acesso em: 6 jun, 2023.

SOUSA, Maria Fátima de et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde em Debate**. 2020 v. 43, pp. 82-93. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S507>>. Acesso em 2 out. 2023.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STURMER, Giovani. et al. Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família una-sus no rio grande do sul. **Revista Conhecimento, [S. l.]**, v. 1, p. 04–26, 2020. Disponível em: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/1639>. Acesso em: 6 jul. 2023.

SILVA, Alessandra Pereira da.; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Planejamento estratégico em uma instituição pública de saúde de 2012 a 2022: implicação das percepções da força de trabalho e decisões gerenciais. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. 1, p. e200871pt, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/pBfpyp5GSzL4YXtd8gTK66j/#ModalTutors>. Acesso em: 02 de nov 2023.

TEIXEIRA, C. F. et al. Produção científica sobre política, planejamento e gestão no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 585-594

Teixeira CF, organizadora. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: **Edufba**; 2010. 161 Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%2C%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>. Acesso em: 5 jun 2023.

TRAD, Leny A. Bomfim Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva** 2009, v. 19, n. 3, pp. 777-796. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>. Acesso em. 8 Out 2022.

TOLAZZI, Julia da Rosa ., GRENDENE, Gabriela Monteiro ., VINHOLES, Daniele. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde através da Primary Care Assessment

Tool: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica.** v.46; 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8856997/>. Acesso em: 8 out 2023.

VIEIRA F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Brasília, v.14, n.1, p.1565-1577, 2009.

VIEIRA, Wilson Rodrigues et al. Disparidade urbano-rural na utilização de serviços de saúde em município de pequeno porte. **Rev Rene.** 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8081423.pdf> . Acesso em: 5 jun 2023.

WOOD, G. L.; HABER, J. Desenhos não experimentais. *In*: WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem- métodos, avaliação crítica e utilização.** 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ANEXO

ANEXO A

Integralidade - Serviços Disponíveis

Entrevistador(a): Se um(a) paciente necessita de qualquer dos seguintes serviços, poderia obtê-los no seu serviço de saúde?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

E1. Aconselhamento sobre nutrição ou dieta

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E2. Vacinas (imunizações)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E3. Verificar se a família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E4. Avaliação da saúde bucal (exame dentário)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E5. Tratamento dentário

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)

(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	(9) Não sei/Não lembro
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	------------------------------

E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E9. Sutura de um corte que necessite de pontos

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E11. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E13. Colocação de tala (ex.: para tornozelo torcido)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E14. Remoção de verrugas

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro
--------------------	----------------------	----------------------	--------------------	-----------------------

E22. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro

E15. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Teste Papanicolaou)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

E16. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

E17. Cuidados pré-natais

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

E18. Remoção de unha encravada

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

E19. Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

E20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

curativos, troca de sondas, banho na cama)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

E22. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos)

(4)	(3)	(2)	(1)	(9)
Com certeza	Provavelmente	Provavelmente	Com certeza	Não sei/Não
sim	sim	não	não	lembro

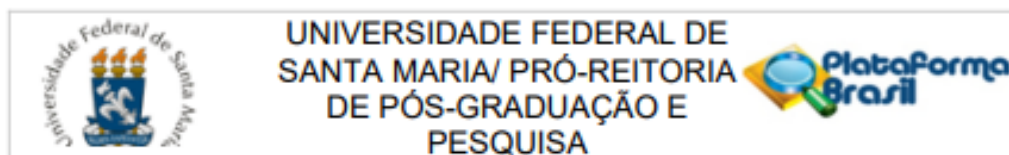
ANEXO B

Roteiro de leitura utilizado para sistematização e análise dos dados, foco na saúde da População do Rural.

METAS	Número/Menções			
	0	1	2	3
1 Introdução e análise da situação				
1.1 Entre os valores e princípios do Plano existem referências à Saúde da População Rural?				
1.2 Na descrição situação municipal de saúde é mencionada A situação das pessoas que vivem no meio Rural?				
1.3 Na análise da situação de saúde é mencionada a saúde da população Rural?				
2 Objetivos e metas				
2.1 Mencionam saúde da população Rural?				
2.2 Sugerem formas de atuação para qualificar a saúde da População Rural?				
2.3 Propõem metas dirigidas a saúde da População Rural?				
3 Propostas de intervenção				
3.1 Descrevem ações de Promoção, prevenção e reabilitação voltadas para a população Rural?				
3.2 Propõem linhas de ação de promoção a saúde da População Rural?				
3.3 Incluem mecanismos institucionais que garantam a atuação No sentido de qualificar as ações voltadas para a saúde da População?				

Fonte: Tabela adaptada dos estudos de Peiró et al, 2004; Borrell et al.,2005 e Ferreira; Veras; Silva, 2009

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE, GESTÃO E PRÁTICAS DE HUMANIZAÇÃO & OLHARES E INTERVENÇÕES INTERPROFISSIONAIS.

Pesquisador: Isabel Cristina dos Santos Colomé

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43093320.0.0000.5346

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

DADOS DO PARECER

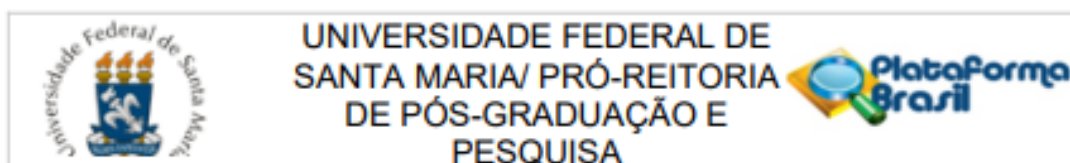
Número do Parecer: 4.594.476

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal de método misto. Serão participantes da pesquisa profissionais de saúde que atuam na rede de atenção primária nos municípios da CRS. A geração dos dados quantitativos utilizará o instrumento de avaliação da atenção primária proposto por Starfield (2002). A fase qualitativa inicia-se a partir da análise dos dados da primeira etapa, quando será utilizada a técnica de Grupo Focal. Os dados quantitativos serão submetidos à análise estatística. Para interpretação dos dados qualitativos será utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Os preceitos éticos e legais da pesquisa serão respeitados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Estudo transversal, que a partir da vinculação entre dados quantitativos e qualitativos, configura-se de método misto na busca por promover o entendimento sobre o fenômeno. Os dados serão combinados e associados estando interligados pela fase quantitativa e qualitativa de forma que produzam informação que se fundam, que se apóiem e que se fidelizem. Serão abordados os 26 municípios que compõe a 15ª CRS. Os participantes do estudo serão profissionais de saúde que atuam na atenção primária nos municípios da 15ªCRS. Na primeira fase (QUAN) será utilizado o PCATool-Brasil Versão Profissionais, serão participantes desta pesquisa os profissionais de saúde lotados nos serviços de saúde que integram a atenção primária do SUS pertencentes ao território

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.594.476

do estudo. Para segunda fase (qual), a partir dos escores do instrumento serão selecionados os municípios que apresentarem maior e menor escore diante dos atributos essenciais e derivados para compor o Grupo Focal (GF).

Objetivo da Pesquisa:

Primário: analisar e avaliar as estratégias e ações implementadas pelos programas de humanização nos 26 municípios pertencentes à 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com o propósito de qualificar os atributos da rede de atenção primária em saúde pelo olhar da interprofissionalidade, com foco nos cenários e grupos vulneráveis.

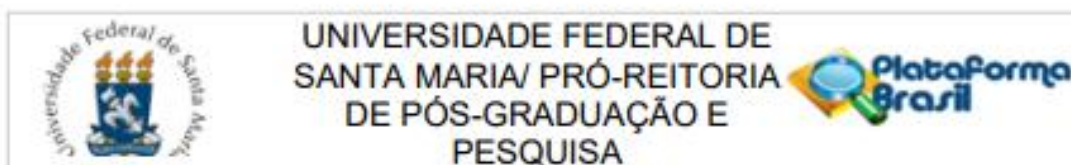
Secundários:

- Identificar o escore geral dos atributos dos municípios integrantes do estudo;
- Identificar e discutir o atributo essencial acesso de primeiro contato com a equipe de saúde;
- Identificar e discutir o atributo essencial coordenação da atenção à saúde com a equipe de saúde;
- Identificar e discutir o atributo essencial longitudinalidade na assistência à saúde com a equipe de saúde;
- Identificar e discutir o atributo essencial integralidade à saúde com a equipe de saúde; Correlacionar os atributos essenciais de maior e menor escore entre os municípios do estudo;
- Identificar e discutir o atributo derivado orientação familiar com a equipe de saúde;
- Identificar e discutir o atributo derivado orientação comunitária com a equipe de saúde;
- Identificar e discutir o atributo derivado competência cultura com a equipe de saúde; Conhecer a partir dos escores dos atributos o modelo de gestão da prática dos programas de humanização na rede de atenção à saúde;
- Validar pautas educativas para agenda de educação permanente locoregional, com base na política nacional de humanização;
- Criar e desenvolver uma plataforma digital para educação permanente dos profissionais de saúde com base na política nacional de humanização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a pesquisa não representará riscos potenciais ou reais à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos participantes, em qualquer fase. No entanto, poderá causar algum desconforto, em caso de desconhecimento do assunto ou algo que seja despertado por ele. Caso isso aconteça, a qualquer instante, o indivíduo poderá interromper a sua participação na mesma.

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.594.476

Benefícios: entre os benefícios do estudo tem-se:- a reorganização dos programas e políticas de humanização no território, a partir dos desenvolvimento e/ou aprimoramento de programas concernentes com as características e perfil de cada município.

- o fomento de estratégias individualizadas por cenários e grupos populacionais, construindo possibilidades de incorporação e implementação de programas de humanização, a partir de um modelo de gestão com maior eficiência e efetividade nas ações.

- a consolidação das estratégias e ações humanizadoras a partir da formação

interprofissional, geradoras de mudanças sociais loco-regional em curto e médio prazo; e aumento da qualidade e eficiência interprofissional a partir do processo de educação permanente por meio da plataforma digital com base na Política Nacional de Humanização.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão bem apresentados, claros e legíveis e de fácil entendimento.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <https://www.ufsm.br/pro-reitorias/prpgp/cep/> - modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

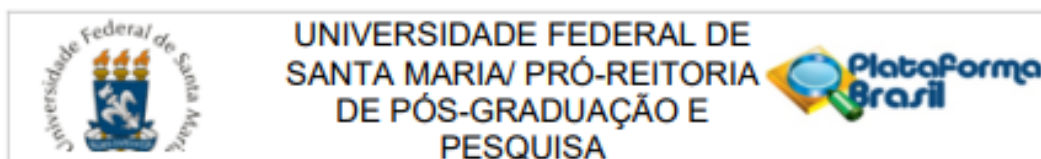
.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1645725.pdf	10/02/2021 14:47:55		Aceito
Outros	gap.pdf	10/02/2021 14:46:29	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	10/02/2021	Isabel Cristina dos	Aceito

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.594.476

Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	14:43:39	Santos Colomé	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	10/02/2021 14:42:52	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/02/2021 14:41:29	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/02/2021 14:40:37	Isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/10/2020 08:01:35	isabel Cristina dos Santos Colomé	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 16 de Março de 2021

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com