



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE  
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**JÉSSICA DE OLIVEIRA SOUSA**

**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS  
REMOTOS DO SEMIÁRIDO: UMA ANÁLISE A PARTIR DE MÚLTIPLOS  
OLHARES**

**VITÓRIA DA CONQUISTA – BAHIA**

2021

JÉSSICA DE OLIVEIRA SOUSA

**ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS RURAIS  
REMOTOS DO SEMIÁRIDO: UMA ANÁLISE A PARTIR DE MÚLTIPLOS  
OLHARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de mestre.

Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patty Fidelis de Almeida

VITÓRIA DA CONQUISTA – BAHIA

2021

Jéssica de Oliveira Sousa

**"Atuação do Agente Comunitário de Saúde de Municípios Rurais Remotos do  
Semiárido: Uma Análise a partir de Múltiplos Olhares"**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em 05/08/2021

BANCA EXAMINADORA



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patty Fidelis de Almeida (Orientadora)  
Universidade Federal Fluminense – UFF



Prof. Dr. Adriano Maia dos Santos (Examinador)  
Universidade Federal da Bahia – UFBA/IMS



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Cristina Rodrigues Fausto (Examinadora)  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – UFBA

S725

Sousa, Jéssica de Oliveira.

Atuação do Agente Comunitário de Saúde em municípios rurais remotos do semiárido: uma análise a partir de múltiplos olhares / . -- 2021  
172 f.: il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patty Fidelis de Almeida

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde, 2021.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da população rural. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Universidade Federal da Bahia. II. Almeida, Patty Fidelis de. III. Título.

CDU 614.2-051 (813.8)

À minha mãe e à minha avó (*in memoriam*), vítima da covid-19, mulheres fortes, aguerridas, principais incentivadoras e apoiadoras da minha formação pessoal e educacional.

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe Luzinete, o meu exemplo de mulher, que, nesta sociedade machista, criou-me sem a presença da figura masculina que denominam de “pai”; e, com muito trabalho e várias dificuldades, trouxe-me até aqui. Obrigada, minha mãe! É por você, é por minha avó, meus eternos amores!

Ao meu companheiro Alexandre Xandó, que desvendou meus olhos para as grandes desigualdades e hipocrisias que nos rodeiam diariamente, tornando-me uma pessoa um pouco melhor a cada dia, pelo constante incentivo a ir mais além, por vezes, por acreditar mais em mim do que eu própria, por me tranquilizar e dizer: “vai dar tudo certo”!

Aos meus sogros Alexandrina e Roberto, família que ganhei quando encontrei meu companheiro Xandó. Obrigada pela acolhida e carinho!

À minha querida orientadora Patty Fidelis por ser tão presente mesmo distante fisicamente, por não desistir de mim nos momentos mais difíceis, por desempenhar seu papel com tanta excelência – quero ser algum dia um terço da mulher que você é! Obrigada!

Aos profissionais e usuários do SUS, participantes centrais deste estudo, por me permitirem entrar em seus espaços e aceitarem ser entrevistados (as) sem nenhum tipo de barreira. A vocês, dedico esta pesquisa.

Aos membros da banca de qualificação e defesa pelas excelentes contribuições para este estudo.

Aos mestres pelos valiosos ensinamentos, discussões e reflexões repercutidas. Tenham certeza de que vocês contribuíram para a formação de sujeitos críticos e questionadores.

Ao encantador Adriano, muito mais que um professor, mas um exemplo de ser humano, que não mede esforços para ajudar o próximo. Obrigada pelos incentivos, pela sensibilidade e por me permitir compartilhar de seus ensinamentos.

À querida Danielle Medeiros, tão carinhosa e compreensiva comigo durante todo o período da pós-graduação. Você conheceu de perto os percursos e percalços que passei nessa trajetória. Obrigada, Dani!

À minha turma pelo apoio mútuo e por tornar os meus dias mais leves e prazerosos. Vocês são inesquecíveis! Já sinto falta!

À colega e amiga Fabiely, companheira desde o início dessa empreitada – com ela compartilhava todas as minhas angústias.

À equipe de Saúde da Família e à população de Cercadinho, tão queridos, com os quais tive que abrir mão do convívio diário para ingressar neste sonho.

À equipe de Saúde da Família da Urbis VI por me acolherem e compreenderem as minhas ausências.

Aos meus amados ACS, Cecília, Ana Nere, Nilza, Ana Meire, Kátia, Givaldo, Gislaine, Cristiniana e Urânia, mais do que colegas de trabalho, amigos, que sempre cuidaram de mim com o carinho de verdadeiros pais. Vocês foram minha expiração diária no processo de escrita deste trabalho.

Às colegas de trabalho Jessika Gabriely e Camila Moreira, que me auxiliaram muito no trabalho na UBS para que eu pudesse concluir mais esta etapa.

Às amigas Jersyca e Carolinny, sempre prontas a me acolher a qualquer momento e por qualquer motivo.

Ao amigo Rodrigo, um grande coração, que está comigo desde o ensino médio e nunca me deixou esmorecer. Você é meu exemplo de coragem meu amigo!

Todos vocês foram facilitadores de minha trajetória pelo Mestrado em Saúde Coletiva, esta que foi muito intensa e, por vezes dolorosa, não só pela bagagem de estudos, atrelada ao trabalho na Unidade de Saúde Família e hospital, mas, principalmente, pelo caos instalado não apenas por um vírus, mas principalmente pela incompetência e negligência do chefe de Estado brasileiro, que vitimou milhares de brasileiros.

Vocês foram, vocês são esperança! E que nessa “balbúrdia”, sejamos resistência!

“Os poderosos podem matar uma, duas ou três  
rosas, mas jamais conseguirão deter a  
primavera inteira.”

*Che Guevara*



## RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em Municípios Rurais Remotos (MRR) a partir dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS), e na perspectiva de enfermeiras e usuários da APS. Para identificação e análise da prática dos ACS, foram analisadas 40 entrevistas semiestruturadas realizadas com os próprios ACS, enfermeiras e usuários, segundo eventos traçadores, vinculados às Equipes de Saúde da Família (EqSF) de Unidades Básicas de Saúde localizadas na sede de quatro municípios e em suas respectivas zonas rurais, no semiárido nordestino do estado da Bahia (3) e do Piauí (1). Os resultados mostram forte atuação dos ACS em relação aos atributos primeiro contato e integralidade, com escopo ampliado, sobretudo nas zonas rurais dos MRR. A intermediação e a facilitação do acesso ocorrem por meio do forte vínculo com os territórios e famílias e na ausência de outros recursos assistenciais. As ações individuais mediante visitas domiciliares foram mais prevalentes em detrimento de ações coletivas e comunitárias. Foi identificada a realização de procedimentos domiciliares por ACS rurais, como aferição de pressão arterial e curativos. Na ausência de sistemas de informação integrados, os ACS atuavam também em ações de coordenação horizontal. Sobre as práticas desenvolvidas com os usuários, segundo eventos traçadores, foram identificadas ações direcionadas a todos os grupos, com maior ênfase nas gestantes. Os ACS garantem a visita domiciliar com periodicidade mensal para todas as gestantes, mesmo as residentes em áreas descobertas e de difícil acesso, são os principais responsáveis pelo agendamento do papanicolau e utilizam estratégias para possibilitar o uso correto e racional dos medicamentos por usuários hipertensos. As populações rurais apresentam barreiras mais severas de acesso aos cuidados em saúde, em sentido estrito e ampliado, sendo legítimo e desejado que as práticas dos ACS e EqSF sejam forjadas a partir das necessidades reais identificadas nos territórios. Reconhecer tais especificidades e valorá-las por meio de estratégias de educação permanente, reconhecimento simbólico e financeiro, provisão dos meios adequados para seu desenvolvimento em sincronia às demais ações das equipes, da qual o ACS é componente essencial, pode ser um caminho, inclusive, para potencializar outros componentes da APS reconhecidamente estratégicos para o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da população rural; Estratégia Saúde da Família; Ruralidade; Enfermagem.

## **ABSTRACT**

This study aims to analyze the performance of Community Health Workers (CHW) in Remote Rural Municipalities (MRR) from the essential and derivative attributes of Primary Health Care (PHC) and from the perspective of nurses and PHC users. For identification and analysis of the practice of CHW, 40 semi-structured interviews were analyzed with CHAs, nurses, and users linked to Family Health Teams (EqSF) of Basic Health Units located in the headquarters of four municipalities and in their respective rural areas, in the semi-arid Northeast of the state of Bahia (3) and Piauí (1). The results show a strong performance of CHW in relation to the attributes of first contact and integrality, with a broader scope, especially in rural areas of the MRR. The intermediation and facilitation of access occurs through the CHW's strong bond with the territories and families and in the absence of other assistance resources. Individual actions through home visits were more prevalent at the expense of collective and community actions. The performance of home procedures by rural CHW was identified, such as blood pressure measurement and bandages. In the absence of integrated information systems, the CHW also acted in horizontal coordination actions. Regarding the practices developed for each line of care studied, they all develop effective practices in the care of each group, with greater emphasis on pregnant women. They are primarily responsible for scheduling the Pap smear and use strategies to enable the correct and rational use of medication by hypertensive users. Rural populations have more severe barriers to accessing health care, in a strict and expanded sense, and it is legitimate and desired that the practices of CHW and Family Health Teams are forged based on the real needs identified in the territories. Recognizing such specificities and valuing them through permanent education strategies, symbolic and financial recognition, provision of adequate means for their development in synchrony with the other actions of the teams, of which it is an essential component, can even be a way to enhance other components of PHC recognized as strategic for facing social inequalities in health.

**Keywords:** Community Health Agent; Primary Health Care; Rural population health; Family Health Strategy; Rurality; Nursing.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantidade de Municípios Rurais Remotos selecionados por tipo de região, Semiárido, Brasil, 2019 .....	38
Quadro 2 – Características dos Municípios Rurais Remotos selecionados, Semiárido, 2019 .	39
Quadro 3 – Perfil dos participantes da pesquisa, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019 .....	40
Quadro 4 – Código das entrevistas segundo tipo de participante, localidade (sede ou rural) e Município Rural Remoto, Semiárido, 2020 .....	41
Quadro 5 – Matriz de análise da atuação do ACS a partir dos atributos da APS.....	44
Quadro 6 – Matriz de análise para atuação do ACS a partir de cada evento traçador .....	45

### ARTIGO 1

Quadro 1. Agentes Comunitários de Saúde participantes do estudo, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019 .....	50
Quadro 2. Usuários participantes do estudo, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019 .....	50
Quadro 3. Falas expressivas de Agentes Comunitários de Saúde e usuários, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019 .....	59
Quadro 4. Práticas desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019 .....	62

### ARTIGO 2

Quadro 1 – Características dos Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2020 .....	74
Quadro 2 – Recursos e equipamentos em saúde dos Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2020.....	74
Quadro 3 – Enfermeiros(as) participantes do estudo, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019.....	76
Quadro 4 – Usuários participantes do estudo, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019 .....	77
Quadro 5 – Práticas desenvolvidas pelos ACS, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019 .....	86

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CCU	Câncer de Colo de Útero
CMS	Conselho Municipal de Saúde
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MRR	Municípios Rurais Remotos
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PACS	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família

PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PPP	Pré-Natal, Parto e Puerpério
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDENE	Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
2.1 O CONTEXTO RURAL NO BRASIL .....	19
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CONTEXTO DE RURALIDADE .....	21
2.3 ATRIBUTOS DA APS.....	25
<b>2.3.1 Primeiro Contato</b> .....	<b>25</b>
<b>2.3.2 Longitudinalidade</b> .....	<b>26</b>
<b>2.3.3 Integralidade</b> .....	<b>27</b>
<b>2.3.4 Coordenação do cuidado</b> .....	<b>29</b>
<b>2.3.5 Orientação familiar e comunitária e Competência cultural</b> .....	<b>30</b>
2.4 O ACS: UM PROFISSIONAL DE MUITOS ATRIBUTOS.....	31
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>36</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	36
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	36
<b>4 ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>37</b>
4.1 CENÁRIO DO ESTUDO .....	38
4.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	39
4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS.....	40
4.4 O TRABALHO DE CAMPO: DESBRAVANDO OS MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS ...	42
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	43
4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	46
4.7 APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO .....	46
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>47</b>
5.1 ARTIGO 1 .....	47
5.2 ARTIGO 2 .....	70
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>98</b>
<b>7 PERSPECTIVAS DE ESTUDOS</b> .....	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>102</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>112</b>
<b>ANEXO A – Roteiro de Entrevista – ACS</b> .....	<b>112</b>

<b>ANEXO B – Roteiro de Entrevista – Usuários/Usuárias HAS, PPP e CCU .....</b>	<b>128</b>
<b>ANEXO C – Roteiro de Entrevista – Profissionais de Saúde .....</b>	<b>155</b>

## APRESENTAÇÃO

Natural do interior da Bahia, de família humilde, filha de mãe solteira e em decorrência de seu trabalho e de políticas públicas de proteção social implantadas em governos de esquerda, contrariei as expectativas de políticos conservadores e de ideias neoliberais vigente no País – sobretudo neste momento – e não me tornei um ser humano “desviado”, por ter crescido em um lar sem a presença da figura masculina. Estudante de escola pública desde o ensino fundamental, além de beneficiária de programas de distribuição de renda, como “Bolsa Escola” e “Bolsa Família”, o desejo por cursar enfermagem surgiu desde o último ano do ensino fundamental, que só pôde se concretizar com a interiorização das universidades públicas e com a vinda de um *campus* da Universidade Federal da Bahia para Vitória da Conquista.

Em 2013, graduei-me em enfermagem. Desde então, sou servidora pública do município de Vitória da Conquista. Nos meus poucos anos de graduada, atuei exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS), transitando por vários serviços e setores, porém, com maior permanência e afeto pela Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse percurso, em 2014, iniciei minha trajetória como enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional do município; e a partir de então, comecei a perceber a grandeza, a complexidade e a onipresença do SUS. Passei a conhecer e a conviver com pessoas que dependem totalmente desse sistema e a entender que, apesar disso, suas necessidades de saúde não estão circunscritas exclusivamente ao setor saúde, visto que cidadãos têm o direito à alimentação saudável, uma fonte de trabalho e renda, à educação pública em diferentes níveis, ao lazer, ao transporte público, ao saneamento básico e, também, a um sistema de serviços de saúde público, em uma perspectiva universal, integral e de qualidade.

Além do PACS, em 2016, tive uma experiência curta – porém desafiadora na área hospitalar – em um pronto-socorro do SUS. Fiz parte da coordenação da APS como apoiadora institucional, experiência ímpar em minha trajetória, pois compreendi melhor o funcionamento do aparato estatal e de suas amarras burocráticas, por vezes perversas. Além disso, atuei em um serviço especializado na atenção a pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/HIV). Tal vivência, contraditoriamente, produziu em mim adoecimento mental, parte em decorrência da minha inexperiência em lidar com o grande sofrimento



gerado pelos novos diagnósticos de HIV, parte pela insuficiência de suporte técnico-pedagógico com a qual os profissionais se deparam no cotidiano do trabalho em saúde.

Com a saída do serviço especializado, em 2017, comecei a trabalhar em uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) da zona rural, localizada a, aproximadamente, 96 km da sede. Nessa experiência, cuidava de assentados da reforma agrária, em área vinculada ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e de comunidades quilombolas. Achava que, enfim, havia encontrado meu lugar; porém, com o cotidiano alienador do trabalho, comecei a perceber a perda da minha criticidade e a reprodução de práticas que tanto reprovei na graduação. Assim, fui inquietada por meu comodismo, “patologia” muito prevalente no trabalho em saúde. Diante desse cenário, o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva surgiu como oportunidade para repensar minha prática e me renovar enquanto militante do SUS. Era hora de voltar à Academia! Com isso, abdiquei do trabalho direto com a população rural e, atualmente, estou em uma ESF da zona urbana, embora a dissertação volte-se aos territórios rurais e remotos do País.

As disciplinas e as discussões do Programa foram extremamente ricas e profundas, superaram todas as minhas expectativas e contribuíram não só para o meu crescimento profissional como também para ampliação da minha visão e compreensão de mundo. No início, a ideia de ter uma orientadora externa me assustava. No entanto, com o tempo, percebi que a distância física não era sinônimo de desamparo, e o quanto era privilegiada pela orientadora que tinha, não só por sua competência incontestável, mas pelas oportunidades proporcionadas por ela. Entre estas, a participação em uma pesquisa de abrangência nacional; e, com isso, a aproximação com distintas realidades de vida e trabalho em saúde espalhadas pelo Brasil e o conhecimento de grandes nomes da Saúde Coletiva.

Desse projeto tão vasto, pude escolher meu objeto de pesquisa, tarefa nada fácil, justamente pelas inúmeras possibilidades de caminhos a seguir. Com o auxílio e o direcionamento da orientadora, chegamos ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como objeto de estudo, entre outras coisas, por ser um sujeito pelo qual tenho muito carinho e proximidade prática, e que estão comigo desde o começo da minha trajetória até hoje. Os ACS são a linha de frente de qualquer batalha do SUS. Na atual, contra a covid-19, representam mais uma vez peça-chave para o controle da epidemia, por isso, esses sujeitos são merecedores de todo tipo de reconhecimento: o social e o científico, especialmente no atual momento político de descredibilização da ciência e desmonte do SUS.

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a oferta de serviços de saúde no Brasil se concentrou nos grandes centros urbanos (TAQUETTE *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2017), situação amenizada, nos últimos 20 anos, especialmente pela importante expansão dos serviços de APS em todo território nacional (SANTOS; JACINTO, 2017).

Desde o final dos anos de 1990, o Ministério da Saúde (MS), por meio de mecanismos de indução financeira, vem incentivando a adesão municipal à proposta de ampliação da oferta de serviços de APS. Giovanella *et al.* (2021), ao analisarem a evolução da cobertura da ESF entre 2013 e 2019, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, identificaram que 77% dos residentes em área rural eram cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USF), cobertura superior à encontrada na zona urbana (57,3%). Porém, os números não se traduzem, necessariamente, em melhores condições de saúde para essa população (PESSOA *et al.*, 2013; MALTA *et al.*, 2016; SANTOS; JACINTO, 2017). Nesse sentido, os avanços conquistados pela APS na zona rural são menos expressivos quando comparados às áreas urbanas (FAUSTO; FONSECA, 2013).

Os maiores desafios da APS rural estão relacionados com o contexto particular de organização desses territórios, como as características geográficas, sociais, econômicas, políticas, históricas e culturais singulares (BOUSQUAT *et al.*, 2017). Para Pessoa *et al.* (2018), o acesso e a acessibilidade da população do campo à APS extrapolam a existência de UBS e/ou ESF no território, e estão vinculados a condicionalidades como: distância das localidades rurais até as unidades; más condições das estradas no meio rural, muitas sem pavimentação; presença de barreiras geográficas; escassez de transporte para a locomoção das equipes de saúde; falta de transporte público para a população, que tem de percorrer grandes distâncias a pé; falta de acesso a meios de comunicação; ausência de ponto de apoio adequado para o atendimento em saúde nessas localidades; falta de acolhimento ao usuário; e interrupção frequente do cuidado longitudinal, pela alta rotatividade de profissionais da saúde.

Pessoa (2015) afirma que a ESF não foi implantada adequadamente e de forma suficiente para atender às necessidades de saúde da população do campo, da floresta e das águas, não só devido à falta de profissionais e dificuldade de acesso às UBS, mas também em função da baixa resolutividade ante os principais problemas de saúde dessa população, em sua maioria, relacionados com os trabalhos no campo, agravados por determinantes sociais como

má alimentação, indisponibilidade de água apropriada para o consumo e falta de saneamento básico.

Essa situação é extremamente grave em um país com as características territoriais do Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017), 60,4% dos municípios brasileiros são predominantemente rurais, classificados como rural adjacente ou rural remoto a depender do seu índice de isolamento em relação às áreas urbanas que concentram bens e serviços. A Região Nordeste concentra o maior número de municípios rurais adjacentes (37,3%) no País. É a segunda região em quantidade de Municípios Rurais Remotos (MRR) (31,6%), ficando atrás apenas da Região Norte, somando, assim, a região com o maior número de municípios predominantemente rurais do Brasil (IBGE, 2017).

A oferta de cuidados de uma equipe de APS pode ser mais ou menos acessível, resolutiva, abrangente e integrada, a depender do local no qual as equipes atuam. Essas disparidades, em parte, espelham as condições de desigualdade social do País, com repercussões importantes no acesso e uso dos serviços de saúde (FAUSTO; FONSECA, 2013). O mais grave é que as desigualdades percebidas decorrem de iniquidades, ou seja, da distribuição desigual e injusta de oportunidades (BARATA, 2009).

No cenário dos municípios rurais e remotos, garantir não apenas a disponibilidade de serviços, mas também a oferta de APS abrangente coloca desafios adicionais aos níveis macro, meso e micro do sistema de saúde. Para que a APS seja abrangente, deve ser capaz de desenvolver atributos essenciais e derivados (STARFIELD, 2002). No Brasil, a concepção e a política nacional de APS, desde os anos 2000, são fortemente influenciadas pelos atributos definidos pela autora, embora agreguem também elementos como participação social e intersetorialidade (ALMEIDA, 2015).

A APS abrangente é caracterizada pelos atributos essenciais, como: ser porta de entrada do sistema, coordenar o cuidado, a integralidade e longitudinalidade da atenção. Além desses, há os atributos derivados, por serem originados dos atributos essenciais: atenção focalizada na família e comunidade e a competência cultural. Desempenhá-los em seu mais alto nível qualifica a APS e a possibilita exercer a integração permanente dos processos de atenção à saúde, que incluem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação em uma concepção ampliada de saúde (GIOVANELLA, 2008).

Para que a APS exerça seus atributos de porta de entrada, coordenadora do cuidado e preste uma atenção integral, longitudinal, centrada no contexto familiar e comunitário, levando em consideração as especificidades culturais de sua população, as equipes de APS devem, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2017), responsabilizar-se pelo cuidado integral de toda a população adscrita ao longo do tempo. Devem ainda regular o acesso à Rede de Atenção à Saúde (RAS), a partir de fluxos assistenciais e protocolos clínicos definidos. Especificamente ao ACS, de acordo com a PNAB, compete trabalhar com adscrição da clientela a partir da realização de cadastros individuais e familiares em território geográfico definindo, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, por meio de visitas domiciliares regulares, buscando a integração entre a equipe de saúde e a população (BRASIL, 2017).

As atribuições do ACS definidas na política nacional não apresentam distinções baseadas no contexto em que atuam as Equipes de Saúde da Família (EqSF), ou seja, as diretrizes nacionais não contemplam especificidades em função dos territórios, embora prevejam que o planejamento e a execução das ações devam estar em sintonia com as diversas realidades (MOROSINI; FONSECA, 2018; SOARES *et al.*, 2020). Nesse sentido, é pertinente argumentar que a organização da APS e as práticas dos diversos profissionais se desenvolvam tendo como norte as distintas necessidades em saúde das populações e territórios.

Por esse motivo, este estudo partiu do pressuposto que, sobretudo em contextos com maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, como os MRR, o ACS pode representar um sujeito-chave no alcance de uma APS abrangente por meio de uma atuação ampliada. Mais que o “elo” entre a comunidade e a equipe de saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2011; SAMUDIO *et al.*, 2017), é o responsável pela tradução em via dupla do saber popular e do saber técnico-científico (NUNES *et al.*, 2002), o ACS da zona rural, por meio do seu instrumento principal de trabalho, a visita domiciliar, alcança territórios desfavorecidos geográfica, econômica e socialmente, constituindo-se, em muitas situações, a principal referência de saúde nesses territórios (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014). Nesse sentido, o pressuposto do estudo foi o de que sua atuação fortalece também os atributos essenciais da APS como porta de entrada, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade.

A partir do exposto, interessou-nos, na presente dissertação, caracterizar e analisar as ações desenvolvidas pelo ACS, à luz dos atributos da APS e na perspectiva de enfermeiros e

usuários da APS no contexto de MRR, tendo como cenário de pesquisa o semiárido nordestino.

A dissertação está organizada a partir de dois artigos, que apresentam os principais resultados do estudo. O primeiro, intitulado “Atuação do Agente Comunitário de Saúde em municípios rurais remotos do semiárido: um olhar a partir dos atributos da atenção primária à saúde”, traz a análise das práticas desse profissional a partir dos atributos da APS. Já o segundo, intitulado “Perspectivas de enfermeiros e usuários sobre práticas do Agente Comunitário de Saúde em contexto rural”, faz essa análise a partir da percepção de enfermeiras e usuários da APS, tendo como referências as linhas de cuidado ao Câncer do Colo do Útero (CCU), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Pré-Natal, Parto e Puerpério (PPP).

Este estudo justificou-se pela necessidade de produções científicas que analisem a manutenção de um modelo de atenção que, ao longo do tempo, vem se mostrando necessário ao alcance das diretrizes do SUS, fortemente ameaçadas pela restrição de investimentos e desmonte das políticas sociais, especialmente as de APS, relativizando a prioridade da ESF e a presença dos ACS nas equipes.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O CONTEXTO RURAL NO BRASIL

Segundo o IBGE (2017), a maior parte dos municípios brasileiros é predominantemente rural (60,4%), embora sua população residente corresponda a apenas 17% da população total. Especificamente na Região Nordeste, um terço de sua população vive em municípios rurais, possuindo a menor porcentagem de população em municípios urbanos em relação às outras regiões do País (BRASIL, 2017).

Tais localidades apresentam características singulares, com organização própria dos modos de vida, muitos com presença de populações tradicionais, como ribeirinhos, quilombolas, assentados da reforma agrária, pantaneiros e indígenas, desenvolvendo atividades como a agricultura familiar, o extrativismo e a pesca como principais fontes de renda (GONÇALVES *et al.*, 2017). Essas populações ocupam tais territórios e utilizam seus recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica (BRASIL, 2007).

Outra característica predominante da área rural brasileira é sua alta vulnerabilidade socioeconômica. A pobreza é um fenômeno presente em diferentes realidades no País, porém, sua distribuição tem forte relação espacial, estando fortemente presente no meio rural (BATISTA, 2006). Segundo o IBGE, 53% dos domicílios rurais não estão ligados à rede geral de esgoto pluvial, e 72% não estão ligados à rede geral de distribuição de água, cujo acesso acontece por meio de poço artesiano, açudes, barreiros ou nascente na propriedade (BRASIL, 2010). O analfabetismo é predominante, seguido do fundamental incompleto (GONÇALVES *et al.*, 2017; BRASIL, 2010). O *deficit* de políticas sociais é presente em todas as áreas: educação, transporte público, comunicação, saneamento básico e saúde em todos os seus níveis de atenção, realidade que desvela iniquidades na distribuição de recursos públicos no Brasil (IBGE, 2017; MALTA *et al.*, 2006).

Apesar desse contexto tão específico, a definição de ruralidade não é bem estabelecida, sua concepção gira em torno de uma perspectiva residual, ou seja, do que não é urbano (PESSOA *et al.*, 2018). O Decreto-Lei nº 311, de 1938, estabelece que as sedes dos municípios e dos seus distritos são os espaços urbanos, sendo área rural o que está fora desse espaço. Essa delimitação das áreas urbanas e rurais (por exclusão) é baseada em critérios não

apenas legais, mas político-administrativos, ficando a cargo dos municípios realizar a demarcação. Miranda e Silva (2013) criticam a concepção do rural como subproduto do urbano, pois invisibiliza a diversidade dos contextos rurais, refletindo a forma inapropriada como o País lida com esses territórios.

Para Wakerman *et al.* (2017), em diversos contextos, precisa-se avançar na definição de critérios que possam particularizar realidades distintas dentro do contexto rural, como é o caso dos territórios remotos, caracterizados pela baixa ocupação, isolamento e dificuldades de acesso, o que também se observa no Brasil.

Tentativas de imprimir ao contexto rural e suas particularidades demarcações mais apropriadas são mais exploradas internacionalmente. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) tem proposto a definição de uma tipologia cujo principal critério é a densidade demográfica, mas também considera o tamanho dos centros urbanos e a influência da distância da área rural em relação ao centro urbano, classificando as regiões isoladas e próximas a este e admitindo o critério de acessibilidade (OCDE, 2011). A partir desses critérios, a OCDE propôs a seguinte classificação: áreas predominantemente urbanas; intermediárias próximas de uma cidade; intermediárias isoladas; predominantemente rurais próximas de uma cidade e predominantemente rurais isoladas (OCDE, 2011).

Em 2017, o IBGE, com base na classificação da OCDE, publicou uma proposta de classificação territorial – urbano e rural – para os municípios brasileiros. Para essa classificação, foram consideradas as variáveis: localização do município em relação a um grande centro econômico, dando origem a um índice de isolamento; densidade populacional e dispersão territorial. A partir do cruzamento dessas variáveis, os municípios brasileiros foram classificados em municípios predominantemente urbanos, intermediários e predominantemente rurais.

Os municípios predominantemente rurais representam 60,4% dos municípios brasileiros e dividem-se em rurais adjacentes e rurais remotos a partir das mesmas variáveis. Destes, 90,4% (3.040 municípios) são classificados como rurais adjacentes; e 9,6% (323 municípios), como rurais remotos. A maior proporção de áreas rurais remotas situa-se na Região Norte (37,5%), seguida das Regiões Nordeste (31,6%) e Centro-Oeste (22,9%). A região do País com a maior concentração de áreas rurais adjacentes é o Nordeste, que concentra 37,3% desses municípios, seguido das Regiões Sudeste (25,3%) e Sul (25,2%) – nesta última, são quase inexistentes áreas rurais com características remotas (0,6%) (IBGE,

2017). A partir dessa classificação, somam-se 32.214.417 milhões de brasileiros, o que equivale a 17,6% da população total vivendo em territórios rurais no País – 28.689.820 em municípios classificados como rurais adjacentes; e 3.524.597, nos rurais remotos (IBGE, 2017).

Tais características do território brasileiro trazem ao Estado e à sociedade o desafio do provimento de políticas públicas sociais – entre as quais a saúde – capazes de responder às necessidades das populações residentes nas áreas rurais remotas do País. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) (BRASIL, 2011) representa iniciativa de política pública nessa direção. Embora o objetivo da PNSIPCFA seja promover a saúde das populações do campo, da floresta e das águas, por meio de ações e iniciativas que reconheçam suas especificidades, tendo em vista o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida, com garantia do acesso aos serviços de saúde resolutivos, entre os quais a APS; sua implantação é ainda incipiente (FAUSTO; FONSECA; GOULART, 2020).

Ainda assim, alguns avanços no acesso às políticas sociais na área rural, que contribuíram para a diminuição de iniquidades, foram observados nos últimos anos, com impactos nos indicadores de saúde e nas condições de vida, principalmente, com o Programa Bolsa Família (PBF), o Programa Um Milhão de Cisternas, a Aposentadoria Rural, e, relacionada com o setor saúde, o Programa Mais Médicos (PMM), todas elas implementadas nas gestões de governos de esquerda (MALTA *et al.*, 2016; SILVA, 2017).

## 2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CONTEXTO DE RURALIDADE

Giovanella e Mendonça (2012) definem APS como um conjunto de práticas integrais em saúde direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas, constituindo-se como porta de entrada e primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada.

Desde a década de 1920, foram instituídos ações e serviços de APS no Brasil, esses inicialmente mais voltados à execução de atividades de caráter campanhista, de atendimentos restritos, focalizados em grupos específicos e sem garantia da integralidade (MATTA; MOROSINI, 2004). Com a implementação do SUS, nos anos de 1990, políticas nacionais, acompanhadas de incentivos financeiros, passaram a induzir a ampliação da APS sob a



regência dos municípios. Na mesma década, agências internacionais ditavam agendas de políticas seletivas e disseminavam a não possibilidade de o Estado ofertar saúde para todos, devendo apenas garantir uma cesta restrita de serviços para a população de baixa renda (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

No esteio dos programas focalizados na população de baixa renda, ditados pelos organismos internacionais, em 1991, o MS criou o PACS, no qual agentes de saúde vinculados a um serviço e supervisionados por um enfermeiro, desempenhavam atividades sanitárias de baixa complexidade, porém de alto impacto, voltadas principalmente para o público materno-infantil (MOROSINI; FONSECA, 2018). Três anos depois, em 1994, o PACS foi incorporado ao Programa Saúde da Família (PSF), também de caráter seletivo inicialmente, direcionado a populações de risco, com a oferta de ações básicas. A criação do PSF acelerou a descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios brasileiros, representando o início de uma importante estratégia para ampliação da APS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A partir dos resultados alcançados e com o intuito de se desvincular da concepção de programa focalizado e seletivo, a Saúde da Família passou a ser considerada a principal estratégia para reorientação do modelo de atenção à saúde brasileiro, baseado na integralidade da atenção, passando a ser denominada ESF (BRASIL, 2006).

Com a expansão da cobertura pela ESF, observaram-se melhoras significativas em vários indicadores de saúde, como queda na mortalidade infantil por diversas causas, na mortalidade materna, nos índices de desnutrição infantil, erradicação de doenças imunopreveníveis a partir do aumento da cobertura vacinal e melhora das condições socioeconômicas gerais da população (MACINKO *et al.*, 2006; LAVOR, 2010).

De acordo com Giovanella *et al.* (2021), a cobertura da ESF tem avançado, principalmente nas áreas rurais. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 60% dos domicílios estavam cadastrados em UBS em todo o território, sendo a maior proporção na zona rural (77%). Na zona urbana, apenas 57,3% dos domicílios tinham cadastro. Esse estudo também revelou que o processo de implantação da ESF ocorreu em diferentes velocidades e intensidades nas diversas regiões do País. O Nordeste apresentou o maior percentual de cobertura (71,1%), seguido do Sul; o Sudeste apresentou a menor proporção de cobertura.

Apesar das zonas rurais do País apresentarem maiores coberturas pela ESF quando comparadas à zona urbana, isso não se traduz, necessariamente, em melhores condições de saúde (PESSOA *et al.*, 2013; MALTA *et al.*, 2016; SANTOS; JACINTO, 2017). A taxa de mortalidade infantil na zona rural, por exemplo, é superior à urbana. O grupo de menores de 1 ano concentra 3,1% do total de óbitos na zona urbana, enquanto na rural, esse percentual é significativamente maior (5,4%) (IBGE, 2013).

Em um inquérito global realizado em 174 países, inclusive no Brasil, sobre as desigualdades na proteção à saúde da população rural, Scheil-Adlung (2015) revela grandes disparidades no acesso à saúde entre áreas rurais e urbanas em todo o mundo, principalmente nos países em desenvolvimento. Além disso, denuncia a forma negligente na qual os governantes lidam com essas áreas, que sofrem com o subfinanciamento crônico na saúde e falta de profissionais. Embora 50% da população mundial viva em áreas rurais, apenas 23% da força de trabalho em saúde localiza-se nessas regiões (SCHEIL-ADLUNG, 2015).

No Brasil, a escassez de recursos humanos na saúde atinge todas as categorias profissionais, porém o maior problema está no *deficit* de médicos. Segundo Scheffer (2020), o País apresenta uma melhora discreta na razão de médicos para cada mil habitantes, que passou de 2,18 em 2018 para 2,4 em 2020, razão ainda inferior à de países da OCDE, com 3,3 médicos por mil habitantes. Apesar do incremento, isso não representou a chegada desse profissional no meio rural, pois, somado à insuficiência quantitativa, permanecem as desigualdades na sua distribuição, dentro do País, estados e regiões, com concentração nos centros urbanos de maior porte, em detrimento dos pequenos municípios e das zonas rurais (SCHEFFER, 2020; LUCIO-GARCÍA, RECAMAM, ARREDONDO, 2018).

Como resposta a essa problemática no âmbito da APS, em 2013, o governo brasileiro criou o PMM, estruturado a partir de três eixos que envolveram mudanças na formação médica, melhoria na infraestrutura das UBS e provimento emergencial de médicos para áreas mais vulneráveis do País (BRASIL, 2013). Os impactos do PMM foram diversos, como: alocação de profissionais em locais desassistidos, principalmente nas áreas rurais e remotas; redução de internamentos por causas evitáveis; atendimento mais humanizado; e fortalecimento e aumento da cobertura da APS no território nacional (SANTOS *et al.*, 2019; OLIVEIRA; SANTOS; SHIMIZU *et al.*, 2018; FRANCO; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2018).

Outro problema é a distribuição geográfica desigual dos estabelecimentos de saúde, concentrados nas sedes dos municípios, não apenas os especializados ou hospitalares, mas também UBS responsáveis por populações rurais, em geral, localizadas nas sedes dos municípios. Mesmo quando existem unidades na própria zona rural, o problema do acesso persiste devido à dispersão populacional, fazendo com que a população tenha que percorrer grandes distâncias na busca por cuidados em saúde (GARNELO *et al.*, 2018). Essas distâncias geralmente são percorridas em estradas em péssimo estado de conservação, o que dificulta ainda mais o acesso (PITILIN; LENTSCK, 2015).

Além das barreiras geográficas, a população rural enfrenta barreiras organizacionais de acesso à APS. Garnelo *et al.* (2018), em seu estudo sobre acesso e cobertura da APS em zonas rurais e urbanas dos sete estados do Norte, evidenciam que os municípios de menor porte populacional e maior proporção de áreas rurais apresentam coberturas de APS superiores, aproximando-se, em alguns, a 100%. Porém, essa elevada cobertura não se traduz em melhores indicadores de saúde e satisfação dos usuários. Foi observado que a população rural não tem suas necessidades atendidas, não só por dificuldade de acessar a UBS, mas também no que diz respeito ao horário de funcionamento, ao tempo de espera e oferta de visitas domiciliares, à marcação de consultas e ao atendimento da demanda espontânea.

Shimizu *et al.* (2018) também evidenciam barreiras organizacionais para acesso à ESF rural por meio do Índice de Responsividade da ESF em zona rural. Verificaram-se falta de agilidade no atendimento, dificuldade para marcação de consultas, tempo prolongado de espera para realização de consultas agendadas, dias específicos de atendimento de cada grupo populacional e pouco acolhimento à demanda espontânea (SHIMIZU *et al.*, 2018).

Embora esses problemas apresentem-se em UBS localizadas em municípios urbanos, são mais graves quando ocorrem em zonas rurais remotas pelo conjunto de vulnerabilidades presentes nesses territórios. Além disso, usualmente, a ESF é o único serviço de saúde disponível, não tendo a população acesso a outras portas de entrada, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou serviços de urgência hospitalares (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

Nesse contexto de rarefação de serviços de saúde vivido pelas populações da zona rural, com a inexistência ou inacessibilidade a portas de entrada alternativas, os serviços de APS precisam desempenhar seus atributos em mais alto nível para alcance de uma APS

robusta e resolutiva, capaz de efetivamente solucionar 80% dos problemas de saúde da população (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

### 2.3 ATRIBUTOS DA APS

O termo atributo significa tudo o que é próprio de algo ou alguém, o que lhe é particular, características que conferem distinção, exclusividade (ATRIBUTO, 2021). Esse termo é adotado por Starfield (2002) para caracterizar uma APS abrangente, que deve estar estruturada em dois tipos de atributos: os essenciais e os derivados. Os atributos essenciais da APS compreendem acesso ou atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; e os derivados, orientação familiar e comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

O alcance desses atributos, essenciais e derivados, permite avaliar a qualidade da APS e sua efetividade diante das necessidades de saúde do indivíduo e da população (HARZHEIM *et al.*, 2013). Por essa capacidade de qualificar as ações e serviços da APS e elucidar a sua efetividade, esses atributos foram guia para análise da atuação do ACS. Sabe-se que os atributos são da APS, porém, entende-se que sua materialização só pode ser efetivada na prática de seus profissionais. Diante disso, faz-se necessária a compreensão de cada atributo para a identificação na atuação do ACS nas áreas rurais remotas.

#### 2.3.1 Primeiro Contato

Atenção de primeiro contato refere-se à acessibilidade e ao uso do serviço de saúde para resolução de um problema, o qual motiva as pessoas a buscarem atenção à saúde. Para que o serviço ofereça atenção ao primeiro contato, seus usuários em potencial precisam percebê-lo como acessível, o que refletirá diretamente na sua utilização como serviço de procura regular. Ou seja, não basta o serviço se definir como de primeiro contato se seus usuários não o reconhecem nem o utilizam como tal (STARFIELD, 2002).

Por sua vez, ser porta de entrada tem relação direta com dois conceitos complementares, porém distintos – o acesso e a acessibilidade. O acesso é o ato de ingressar, adentrar o serviço de saúde, sem restrições. Já a acessibilidade é muito mais abrangente, vai além da disponibilidade de recursos em determinado momento e lugar e refere-se às características dos serviços e de seus recursos que facilitam ou limitam seu uso pelos usuários.

A acessibilidade corresponde ao significado que as características dos serviços assumem quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população utilizá-los (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Resumindo, a acessibilidade pode ser definida como a capacidade de o usuário obter cuidados de saúde sempre que necessitar, de maneira fácil e oportuna (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Para Donabedian (1973), existem duas dimensões da acessibilidade que se relacionam: a sócio-organizacional e a geográfica. A acessibilidade sócio-organizacional é referente à forma de organização da oferta, às características presentes na rotina do serviço que facilitam ou dificultam o seu uso pelos usuários, como, por exemplo, formas de agendamento, dias e horários de atendimentos, entre outros. Na acessibilidade geográfica, o que se leva em conta são as distâncias a serem percorridas até os serviços, as condições do trajeto e a forma como é realizado.

A PNAB (2011) define que o primeiro contato com a RAS pode acontecer por quatro tipos de portas de entrada: APS, serviços de urgência e emergência, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou pelos serviços especiais de acesso aberto (serviços específicos para o atendimento de pessoas que em razão do agravo ou situação laboral necessitam de atendimento especial) (BRASIL, 2011). Entretanto, a APS deve ser a porta de entrada preferencial e o centro de comunicação da RAS, coordenando o cuidado e ordenando as ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017).

A APS enquanto porta de entrada preferencial precisa ter seus serviços acessíveis e resolutivos ante as principais necessidades de saúde da população. A adoção de ferramentas adequadas de trabalho gerencial, tais como a abordagem interdisciplinar, o planejamento das ações, a organização horizontal do trabalho, o compartilhamento do processo decisório e trabalho baseado no diagnóstico territorial, levando em consideração as especificidades da população onde a APS está inserida, pode contribuir significativamente para oferecer atenção ao primeiro contato (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

### **2.3.2 Longitudinalidade**

A definição de longitudinalidade é comumente associada, principalmente, pela literatura internacional ao termo continuidade do cuidado (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Starfield (2002) compreende esses termos como práticas distintas. Para a autora,

longitudinalidade é relacional; sua essência é a relação duradoura estabelecida entre profissional e usuário. Continuidade da atenção é a sucessão de vezes que esses usuários são atendidos pelo mesmo ou por diferentes profissionais, não existindo necessariamente, para isso, uma relação duradoura entre eles; e mesmo que exista, a relação (longitudinalidade) não é perdida caso a continuidade seja interrompida por algum motivo. Vale salientar que a autora, apesar de distinguir os conceitos, enfatiza a necessidade de coexistirem no cuidado prestado.

A partir de uma revisão sobre as definições e dimensões da longitudinalidade, Cunha e Giovanella (2011) julgam mais adequado, no contexto da APS brasileira, o uso do termo vínculo longitudinal, definido como a relação terapêutica estabelecida entre profissionais e pacientes, traduzida no reconhecimento e utilização das unidades de saúde como fonte regular de busca por cuidado ao longo do tempo. Essas autoras estabelecem três dimensões indispensáveis para composição do atributo: existência e reconhecimento da APS como serviço de busca contínua por cuidado; estabelecimento de vínculo duradouro entre profissionais e pacientes; e continuidade informacional, que diz respeito à quantidade e à qualidade das informações que são acumuladas sobre o paciente (qualidade dos registros, manuseio e distribuição), visando permitir o conhecimento desse paciente pela equipe de saúde.

Assim como todos os atributos da APS, a longitudinalidade é indispensável para o alcance de respostas aos problemas de saúde mais prevalentes, pois, com a premissa do vínculo duradouro, permite respostas concretas, com diagnósticos e tratamentos mais assertivos e conseqüente redução dos encaminhamentos desnecessários. Nesse sentido, as práticas na APS precisam estar conectadas à realidade das condições de vida e saúde da população, caso contrário, se constituirão como obstáculos ao alcance da longitudinalidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

### **2.3.3 Integralidade**

A integralidade é um atributo que está presente na história do SUS, desde sua criação pela Constituição Federal de 1988, como um princípio para organização do sistema de saúde público brasileiro (BRASIL, 1988). Posteriormente, com a edição das Leis Orgânicas da Saúde, que regulamentam o SUS, a integralidade é trazida pela Lei nº 8.080/1990 como um princípio doutrinário, definida como um conjunto de ações e serviços preventivos e curativos

articulados entre si, de caráter individual e coletivo, exigidos para cada situação específica em todos os níveis de complexidade do sistema.

Na definição trazida pela PNAB (2017), o conjunto de serviços que devem ser ofertados pelas equipes de saúde para alcance do cuidado integral foi ampliado, entendendo integralidade como o atendimento das necessidades da população adscrita, nos campos da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças, da cura, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos. Responsabiliza todos os pontos da RAS pela provisão desses serviços, pois a totalidade deles não poderá ser ofertada por um ponto apenas, e reconhece a multiplicidade das necessidades de saúde que perpassam o âmbito biológico, psicológico, ambiental, social, entre outros (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, para Oliveira e Cutolo (2018), praticar a integralidade é recusar a visão fragmentada e reducionista dos sujeitos, devendo os profissionais de saúde ampliar sua clínica e compreendê-los como seres sociais, biológicos, familiares e emocionais. Nessa perspectiva, para os autores, integralidade é o reconhecimento e a ação sobre a necessidade do sujeito.

Por ser porta de entrada do sistema, o reconhecimento dos problemas de saúde, em sua grande maioria, fica a cargo da APS, devendo ela estar preparada para reconhecer adequadamente a complexidade das necessidades de saúde de sua população, dispondo dos recursos disponíveis para abordagem de problemas dentro de sua capacidade resolutiva e de articulação com a rede quando a resolução do problema em seu interior não for possível (STARFIELD, 2002).

Operacionalmente, a integralidade é composta por quatro dimensões. Segundo Giovanella *et al.* (2002), são elas: prioridade das ações de prevenção e promoção, garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência, articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação e abordagem integral do indivíduo e família. Cada dimensão está relacionada com um campo específico de intervenção: a primeira, com a definição de prioridades pelo campo político; a segunda, com a forma de organização do sistema; a terceira, com a gestão do sistema; e a quarta, com o cuidado direto prestado ao indivíduo.

Para Hartz e Contandriopoulos (2004), o alcance da integralidade depende necessariamente da integração de atores e serviços por meio de redes assistenciais interdependentes. Diante da impossibilidade de qualquer ponto de uma rede dispor da totalidade dos recursos e competências para a solução dos problemas de saúde, é

indispensável o desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação para que as necessidades de saúde individuais e coletivas sejam respondidas integralmente.

### **2.3.4 Coordenação do cuidado**

Para Starfield (2002), a essência da coordenação está relacionada com a disponibilidade de informações a respeito do paciente, informações que vão desde seus problemas de saúde até os serviços percorridos e acessados por ele, e com o uso e o reconhecimento dessas informações à medida que se relacionam com as necessidades atuais do paciente, indispensáveis para um atendimento resolutivo.

A importância da coordenação para os sistemas de saúde é consensual, porém, isso não acontece em torno do seu conceito, existindo discordância até sobre sua nomeação, podendo ser encontrada como coordenação entre níveis assistenciais ou coordenação dos cuidados (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

Perante diferentes entendimentos do que é coordenação, Almeida *et al.* (2010) adotam o termo “coordenação dos cuidados”, e a compreendem como a articulação entre diferentes serviços e ações de saúde que visam ao alcance de um objetivo comum.

Esse objetivo comum é o atendimento das necessidades de saúde dos indivíduos, o que coloca a coordenação do cuidado como condição fundamental para o alcance de uma resposta integral, que envolve, necessariamente, a integração entre os níveis do sistema de saúde e ao interior da própria APS (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012). Para coordenar o cuidado, os profissionais utilizam-se de instrumentos específicos visando planejar a assistência, definir fluxos, trocar informações e acompanhar seus pacientes, a fim de prestar um cuidado contínuo e integral (ALELUIA *et al.*, 2017).

A coordenação, segundo Contandriopoulos *et al.* (2001), diferencia-se em horizontal e vertical a partir do nível de integração do sistema de saúde. Quando as relações que são estabelecidas entre pessoas, instituições, serviços ou organizações acontecem em um mesmo nível de atenção, temos a coordenação horizontal; quando essa relação é estabelecida entre níveis de atenção distintos, temos a coordenação vertical.

Ser coordenadora do cuidado é um desafio enorme enfrentado pela APS brasileira, que esbarra em dificuldades que vão desde problemas relacionados com o processo de trabalho



das equipes até questões vinculadas à organização e oferta na rede de serviços e apoio da gestão municipal, como: ausência de protocolos clínicos e padronização de condutas, inexistência de canais formais de comunicação, falta de integração com outros níveis de atenção, insuficiência na oferta de procedimentos/consultas especializadas e ausência de reconhecimento da APS como porta de entrada preferencial (ALELUIA *et al.*, 2017).

Bousquat *et al.* (2017) ponderam a necessidade do estabelecimento de uma relação de via dupla entre toda a RAS, não se devendo exigir apenas que a APS exerça uma função central sem que ela seja solidamente estruturada e articulada entre os três níveis do sistema. Nesse sentido, a APS precisa estar inserida em uma rede bem construída, com responsabilidades claramente definidas e com alto grau de articulação para que efetivamente consiga coordenar o cuidado.

### **2.3.5 Orientação familiar e comunitária e Competência cultural**

Não menos importantes, os atributos derivados levam esse nome por serem resultantes, ou seja, derivados do êxito da APS em desempenhar seus atributos essenciais (DAMASCENO; SILVA, 2016). Quando a APS é acessível como serviço de primeiro contato, atua baseada nos preceitos da integralidade e longitudinalidade e coordena o cuidado, ela alcança a instituição foco de sua atenção: a família. Por isso, os atributos derivados são elementos qualificadores da APS, pois evidenciam se a prioridade da sua atenção está sendo alcançada (DAMASCENO; SILVA, 2016; AGUIAR; MARTINS, 2012).

Os atributos derivados, segundo Starfield (2002), são a orientação ou centralização na família e comunidade e a competência cultural. A orientação familiar considera tanto o contexto familiar e os seus recursos para o cuidado como as ameaças à saúde presentes nesse ambiente. Esse reconhecimento possibilita uma abordagem mais resolutiva, pois é direcionada para contexto específico e utiliza as potencialidades das ferramentas intrafamiliares para resolução dos problemas de saúde (SILVA; FRACOLLI, 2015).

Assim como o indivíduo está inserido no contexto familiar, a família faz parte de um contexto mais amplo, o social. Esse contexto apresenta riscos à saúde e recursos potenciais para o seu cuidado. Essas potencialidades comunitárias também precisam ser reconhecidas para o atendimento das necessidades de saúde da população (STARFIELD, 2002). Outrossim, reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade diz respeito ao atributo orientação

comunitária, e tem como característica o uso de dados epidemiológicos e da relação direta com a comunidade para planejamento das ações e avaliação conjunta dos serviços (SILVA; FRACOLLI, 2015).

Os significados do adoecer, a percepção da doença e seus impactos variam de pessoa para pessoa e são influenciados por diversos fatores, entre eles, a cultura. Para além da competência técnica, as crenças e as singularidades de vida precisam ser reconhecidas nas práticas do cuidado. Para resolução dos problemas em saúde, é imprescindível a consideração do contexto sociocultural das famílias e das comunidades em que eles ocorrem. Para isso, é necessário o aumento da competência cultural dos profissionais de saúde que atuam na APS (DAMASCENO; SILVA, 2016).

A competência cultural é o atributo que propõe a adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população atendida (SILVA; FRACOLLI, 2015). Envolve o reconhecimento das necessidades de saúde a partir de características étnicas, raciais, comportamentais, entre outras, que influenciam diretamente no perfil de saúde/doença (STARFIELD, 2002).

Os serviços de APS, quando apresentam os quatro atributos essenciais, aumentam seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados, tornando-se capaz de prover atenção integral à sua comunidade adscrita. A identificação da presença e da extensão dos atributos citados é fundamental para definir um serviço como realmente orientado para a APS.

A identificação dos atributos pode ser realizada separadamente, mas sempre de forma imprecisa. Portanto, não é uma tarefa fácil estabelecer um dos atributos, uma vez que estão intimamente relacionados na prática individual e coletiva da APS, o que dificulta uma análise isolada (BRASIL, 2010), sendo esta uma observação importante ao buscar compreender as práticas dos ACS à luz dos mencionados atributos.

#### 2.4 O ACS: UM PROFISSIONAL DE MUITOS ATRIBUTOS

Samudio *et al.* (2017), em revisão integrativa sobre as atividades desempenhadas pelos ACS, trazem o elo comunitário como sua função central por captarem as demandas de saúde da população a partir do conhecimento, convívio e vínculo e compartilhar com demais profissionais da equipe de saúde. Para Filgueiras e Silva (2011), o ACS estabelece o elo entre

o usuário e a equipe de saúde a partir do seu trânsito livre nos dois ambientes: o comunitário, que, mais do que seu ambiente de trabalho, corresponde a seu contexto de vida; e o científico, representado pelos serviços e profissionais de saúde. Nesse cenário, o ACS passa a atuar como um mediador social, um tradutor em via dupla entre o saber popular e o científico.

Para além da figura de “elo” surgida após a integração do PACS ao PSF, o ACS teve seu escopo de práticas ampliado, deslocando seu foco restrito das ações materno-infantis para abordar a família e a comunidade, além de desenvolver novas competências no campo político e social (BARRETO *et al.*, 2018; TOMAZ, 2002).

O leque de atribuições dos ACS foi ampliado de tal modo que vários estudos têm se debruçado na sua definição e delimitação (COSTA; ARAÚJO, 2013; GOMES *et al.*, 2009; ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006; SAMUDIO *et al.*, 2017; RIQUINHO *et al.*, 2018). Tais atribuições sempre foram atravessadas por conflitos e incertezas (GOMES *et al.*, 2009); e embora o PACS tenha sido criado em 1991, só foram definidas em 1997, pela Portaria nº 1.886 (BRASIL, 1997), que aprovou as normas e diretrizes do PACS/PSF. Em seguida, o Decreto nº 3.189/1999 fixou as diretrizes para o exercício das atividades do ACS (BRASIL, 1999).

Embora já houvesse regulamentação da prática, a profissão de ACS foi reconhecida no ano de 2002, com a promulgação da Lei nº 10.507, a ser exercida exclusivamente no âmbito do SUS (BRASIL, 2002). Em 2009, o MS criou o *Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde*, a fim de subsidiar seu trabalho (BRASIL, 2009). Outro documento que discorre sobre as atribuições desse profissional é a PNAB, nas suas três edições (BRASIL, 2006, 2011, 2017), não existindo mudanças significativas da primeira para segunda edição.

Em linhas gerais, todos os documentos que tratam das atribuições do ACS caracterizam a profissão pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares e comunitárias, individuais e coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS (BRASIL, 1997, 1999, 2002, 2006, 2009, 2017).

Diversos autores reconhecem a visita domiciliar como principal instrumento de trabalho do ACS. Por meio das visitas, são realizadas as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como o acompanhamento integral dos indivíduos e famílias do território adscrito (SANTANA; BURLANDY; MATTOS, 2019; NUNES *et al.*, 2018; BARRETO *et al.*, 2018; MOROSINI; FONSECA, 2018; CAZOLA *et al.*, 2014; COSTA;

ARAÚJO, 2013; FILGUEIRAS; SILVA, 2011; CRISPIM *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2012; MOREIRA *et al.*, 2014; LANZONI; CECHINEL; MEIRELLES, 2014; DANTAS *et al.*, 2011; RODRIGUES; SANTOS; ASSIS, 2010). Ferramenta basilar do trabalho desse profissional permite o reconhecimento das condições de vida e saúde da população (TAKAHASHI, OLIVEIRA, 2001).

No entanto, Lima, Silva e Bousso (2010) ressaltam que, para a visita domiciliar atinja seu objetivo e seja bem-sucedida, é fundamental ser devidamente planejada. Segundo a PNAB (2017), o ACS deve realizar ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e acompanhamento das pessoas cadastradas por meio de visitas mensais, com enfoque nos grupos prioritários, como portadores de doenças crônicas, crianças e gestantes. Nunes *et al.* (2018) evidenciaram que esses profissionais conseguem realizar visitas periódicas, até mesmo com intervalo inferior a 30 dias aos grupos prioritários, em detrimento de outros. Em estudo semelhante, Santana, Burlandy e Mattos (2019) identificaram que o ACS organiza seu trabalho a partir da classificação dos tipos de visita, como visita de rotina a hipertensos e diabéticos, visita de rotina para gestante, visita para conferir cartão de vacina, busca ativa, visita para cadastro de usuários, entre outras.

Assim como os autores citados, todos os documentos que regulamentam a prática do ACS convergem quanto à importância dessa ferramenta para o desenvolvimento do seu trabalho; porém, a PNAB (2017) amplia as ações a serem realizadas nessas visitas e traz algumas mudanças nas diretrizes operacionais do trabalho do ACS.

Na PNAB 2006 (BRASIL, 2006), a presença do ACS é obrigatória nas EqSF, cada um devendo ser responsável por, no máximo, 750 pessoas e estar presente em quantidade suficiente para cobrir 100% da área de abrangência, não devendo ultrapassar a quantidade de 12 ACS por equipe (BRASIL, 2006). Já a PNAB 2017 flexibiliza a necessidade de cobertura de 100%, não estipulando número mínimo de ACS por equipe, apenas recomendando, a depender do perfil epidemiológico local, que em áreas de vulnerabilidade haja ACS suficientes para cobrir 100% da população. Adiciona a possibilidade de uma nova categoria profissional integrar à EqSF – o Agente de Combate a Endemias (ACE) – e propõe a fusão das funções de ACS e ACE em um mesmo profissional (BRASIL, 2017).

Sobre as atribuições do ACS dispostas na PNAB 2017, além de atualizadas, foram ampliadas, com destaque para a possibilidade de realização de procedimentos como aferição de pressão arterial, medição de glicemia capilar e prática de curativos limpo a serem

executados em caráter excepcional, sob a supervisão de profissional de saúde de nível superior, e a realização de encaminhamentos para serviços hospitalares (BRASIL, 2017).

Essas e outras mudanças trazidas pela nova PNAB, desde seu processo de edição, vêm sendo questionadas por movimentos sociais, estudiosos e trabalhadores da saúde devido à ameaça que pode representar à prioridade da ESF (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; ALMEIDA *et al.*, 2018). Especificamente sobre os ACS, Morosini, Fonseca e Lima (2018) debatem que a indefinição quanto ao número de ACS por equipe associado à flexibilização dos parâmetros de cobertura criarão barreiras ao acesso à saúde para parte da população. Compreendem que a nova PNAB descaracteriza o trabalho do ACS, esvaziando suas ações de educação em saúde, em virtude da priorização de atividades pontuais com foco na prevenção de doenças. Analisam que a integração das funções de ACS e ACE tem como finalidade principal a diminuição dos custos, pela diminuição de postos de trabalho, e não o aprimoramento do processo de trabalho e o aumento da eficiência das EqSF como parece dispor a nova política (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018)

Almeida *et al.* (2018) apresentam uma reflexão sobre essa “descaracterização” do trabalho do ACS que tem sido apontada por pesquisadores e entidades da saúde coletiva, devido, principalmente, às novas atividades de cunho clínico. Embora considerem válido o posicionamento das instituições, ponderam que a ampliação das atribuições dos ACS é uma agenda da própria categoria, já pleiteada no Congresso Nacional por meio do Projeto de Lei nº 6.437/2016.

Ademais, essas ações de cunho mais clínico – mesmo antes de regulamentadas pela nova PNAB – a serem realizadas apenas sob supervisão competente e após qualificação específica, já foram documentadas como práticas desenvolvidas por ACS. Barreto *et al.* (2018) apresentaram uma relação de ações, comparando o seu desenvolvimento entre ACS da zona rural e urbana, evidenciando que 22% dos ACS da zona rural realizavam encaminhamentos para serviços hospitalares de urgência, sendo apenas 1% na zona urbana. Procedimentos como verificação de glicemia e pressão arterial eram realizados por 14% dos ACS em áreas rurais, e por apenas 6% nas urbanas (BARRETO *et al.*, 2018).

A presença de práticas até então não instituídas como atribuição formal dos ACS em maior proporção na zona rural pode ser justificada pela dinâmica própria de vida nesse contexto, caracterizada pela dificuldade de acesso a serviços de saúde, com existência de populações em condições de isolamento geográfico, situação encontrada no Semiárido, por

exemplo, onde muitas vezes a figura do ACS representa a única referência de saúde no território (PESSOA; RIGOTTO; CARNEIRO, 2013). Por esse motivo, percebe-se que, em determinados cenários, o ACS da zona rural, corriqueiramente, desenvolve um conjunto de práticas afeitas ao conjunto de atributos da APS no SUS.

Diante do exposto, compreende-se que a atuação do ACS na zona rural ultrapassa a concepção amplamente difundida de “elo”, que, apesar de entendida como real, importante e necessária, é insuficiente para traduzir a amplitude de seu escopo de práticas em territórios rurais e remotos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar e analisar as práticas dos ACS em MRR do semiárido nordestino.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Analisar o escopo de práticas dos ACS a partir dos atributos essenciais e derivados da APS em MRR do semiárido nordestino.
2. Discutir quais atributos da APS estão mais presentes e podem ser potencializados nas ações desenvolvidas pelo ACS em MRR.
3. Analisar o escopo de práticas dos ACS a partir da percepção de enfermeiras e de usuários (as) da APS, segundo eventos traçadores.

## 4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tratou-se de estudo de caso de natureza qualitativa. Este trabalho é parte de uma pesquisa mais ampla denominada “Atenção Primária à Saúde em áreas rurais remotas no Brasil”, coordenada pela pesquisadora Dr.<sup>a</sup> Márcia Fausto, no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Osvaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), financiada pelo MS/Departamento de Atenção Básica/Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica.

O objetivo do estudo maior foi compreender as singularidades e as especificidades da organização e do uso dos serviços de APS e de sua relação com a rede para garantia de atenção integral e integrada, nos territórios rurais remotos do Brasil, segundo classificação do IBGE (IBGE, 2017; FAUSTO; FONSECA; GOULART, 2020). Apresentou como unidade de análise os MRR distribuídos nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste, ficando a região Sul de fora devido à sua inexpressiva quantidade de municípios nessa condição.

O Brasil possui 323 municípios classificados como rurais remotos. Para escolha da amostra do estudo, inicialmente, foi realizada uma caracterização desses municípios baseada em dados sociodemográficos e econômicos e na lógica de ocupação do território. Com o auxílio dessas informações e de análises cartográficas, foram identificadas seis áreas homogêneas, cada uma com lógicas espaciais distintas, que englobaram 97,2% (307) dos MRR, sendo elas: Matopiba; Norte de Minas; Expansão Vetor Centro-Oeste; Semiárido; Norte das Águas; e Norte das Estradas (FAUSTO; FONSECA; GOULART, 2020).

Após o agrupamento dos municípios com características semelhantes nessas seis grandes áreas, foram aplicados os seguintes critérios para definição dos municípios que integrariam a amostra da pesquisa:

- Serem classificados segundo tipologia do IBGE (2017) como rural remoto;
- Municípios com EqSF rurais que tivessem participado do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB);
- Terem recebido médicos do PMM para atuar nessas equipes;
- Municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) 2010, nas seguintes faixas: muito baixo (0,000 - 0,499), baixo (0,500 – 0,599) e IDH-M médio (0,600 – 0,650).



Ao final, chegou-se a uma amostra intencional de 27 MRR para a realização do estudo. Além destes, optou-se também por incluir o município de Manaus, no estado do Amazonas, por se tratar de uma capital com áreas rurais que apresentam características de rarefação populacional e de isolamento que implicam barreiras de acesso aos serviços de saúde. O Quadro 1 traz a amostra de municípios selecionados por tipo de região.

Quadro 1 – Quantidade de Municípios Rurais Remotos selecionados por tipo de região, Semiárido, Brasil, 2019

Região	Quantidade de municípios rurais remotos selecionados	Estados contemplados com municípios selecionados
Matopiba	07	Piauí; Tocantins; Maranhão.
Norte de Minas	03	Minas Gerais
Vetor Centro-Oeste	03	Mato Grosso
Norte das Estradas	07	Acre; Pará
Norte das Águas	03	Pará; Amapá; Amazonas.
Semiárido	04	Bahia; Piauí

Fonte: Fausto, Fonseca, Goulart (2020).

#### 4.1 CENÁRIO DO ESTUDO

Para esta dissertação, foi eleito o cenário do semiárido nordestino, representado por quatro municípios, entre eles, três localizados na Bahia e um no Piauí (Quadro 2).

O semiárido brasileiro é composto por 1.262 municípios, distribuídos nos nove estados da região Nordeste e norte de Minas Gerais. A classificação dessa região baseia-se na Resolução nº 107/2017, a qual define o semiárido como a região que tem precipitação pluviométrica média anual igual ou inferior a 800 mm, um Índice de Aridez de Thornthwaite igual ou inferior a 0,50 e um percentual diário de *deficit* hídrico igual ou superior a 60%, considerando todos os dias do ano (BRASIL, 2017).

É uma região delimitada pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), na qual as condições climáticas dominantes são de semiaridez. Como reflexo das condições climáticas, a hidrografia é frágil, sendo insuficiente para sustentar rios caudalosos que se mantenham perenes nos longos períodos de ausência de chuvas. Exceção a essa regra, constitui-se apenas o Rio São Francisco, que, devido às suas características hidrológicas, permite a sustentação durante o ano todo (IBGE, 2010).

Outra característica da região do semiárido é o alto índice de vulnerabilidade socioeconômica, característica agravada nas regiões rurais remotas da região. Uma situação

que exemplifica essa realidade é a quase inexistência de esgotamento sanitário, sendo utilizada como alternativa a fossa rudimentar, além da falta de rede de abastecimento de água tratada, com utilização pela população de água de poços e cisternas abastecidas por água da chuva ou caminhões-pipa. A renda mensal domiciliar é inferior a um salário mínimo, sendo muito comum famílias terem como única fonte de renda o PBF (SILVA *et al.*, 2014).

Quadro 2 – Características dos Municípios Rurais Remotos selecionados, Semiárido, 2019

UF	Município	Região de Saúde	População	Área km <sup>2</sup>	Densidade Demográfica	IDH	PIB per capita	% PBF
BA	Pilão Arcado	Juazeiro	35.429	11.732	3,02	0,506	4.493	62,03
BA	Morpará	Ibotirama	8.969	1.696	5,29	0,558	5.010	67,98
BA	Ipupiara	Ibotirama	10.118	1.061	9,54	0,59	5.119	52,26
PI	Rio Grande do Piauí	Florianópolis	6.325	635	9,96	0,572	5.085	70,76

Fonte: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; PNUD – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Censo Demográfico; MDS – Ministério do Desenvolvimento Social, painel do Bolsa Família e Cadastro Único, competência novembro de 2020.

#### 4.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Em cada município, foram realizadas entrevistas com gestores, profissionais e usuários da APS. Os gestores participantes foram: secretário municipal de saúde e coordenador de atenção básica ou cargo correspondente. Os profissionais foram: médicos, enfermeiros e ACS de EqSF da zona urbana e rural, e usuários vinculados a essas mesmas EqSF. Os usuários foram eleitos a partir de três eventos traçadores: gestação, parto e puerpério, doenças crônicas não transmissíveis e câncer do colo do útero. Foi entrevistado ainda o gestor da regional de saúde da qual o município fazia parte e o coordenador estadual da atenção básica.

As UBS participantes foram indicadas pelo gestor municipal; e os usuários, pelos profissionais dessas unidades, respeitando-se os eventos traçadores propostos.

Foi realizado um total de 61 entrevistas nos quatro municípios do semiárido; porém, para análise da atuação do ACS, objeto desta dissertação, foram analisadas 40 entrevistas referentes aos participantes ACS, enfermeiras e usuários, com vistas a compreender a atuação do ACS na perspectiva dos profissionais da EqSF e da população. Isso permitiu o confronto e a complementariedade de experiências e pontos de vista. O Quadro 3 apresenta o quantitativo de participantes e de entrevistas analisadas neste estudo.

Quadro 3 – Perfil dos participantes da pesquisa, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019

<b>Código do entrevistado</b>	<b>Entrevistado</b>	<b>Perfil do entrevistado</b>	<b>Número de entrevistas analisadas</b>
ENF1	Enfermeiro	Enfermeiro da EqSF da sede	04
ENF2	Enfermeiro	Enfermeiro da EqSF da zona rural	04
ACS1	ACS	ACS da EqSF da sede	04
ACS2	ACS	ACS da EqSF da zona rural	04
PPP1	Usuário evento traçador gestação, parto puerpério	Mulher que teve gestação nos últimos 12 meses vinculada à EqSF da sede	04
PPP2	Usuário evento traçador gestação, parto puerpério	Mulher que teve gestação nos últimos 12 meses vinculada à EqSF da zona rural	04
HAS1	Usuário evento traçador doença crônica	Hipertenso vinculado à EqSF da sede que realizou consulta ou procedimento especializado nos últimos 12 meses	04
HAS2	Usuário evento traçador doença crônica	Hipertenso vinculado à EqSF da zona rural que realizou consulta ou procedimento especializado nos últimos 12 meses	04
CCU1	Usuário evento traçador câncer do colo do útero	Mulher vinculada à EqSF da sede com exame de Papanicolau alterado nos últimos 12 meses	04
CCU2	Usuário evento traçador câncer do colo do útero	Mulher vinculada à EqSF da zona rural com exame de Papanicolau alterado nos últimos 12 meses	04
<b>Total</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>40</b>

Fonte: Fausto, Fonseca, Goulart (2020).

#### 4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas que permitiram aos informantes explanarem sobre o tema proposto, a partir de roteiros previamente construídos. Esse tipo de entrevista possibilitou o aprofundamento das questões estudadas, visto que os roteiros construídos não conferiram rigidez à entrevista, apenas as guiaram (MINAYO, 2001).

Os roteiros que guiaram as entrevistas do ACS (Anexo A) abordaram os seguintes temas: características do território e população atendida; acesso à UBS; estrutura da UBS; processo de trabalho (escopo de práticas, grupos educativos e articulação com outros profissionais); formação e qualificação; interculturalidade; relação da APS com a rede especializada; transporte sanitário e de urgência; participação da comunidade e intersetorialidade; força e trabalho em áreas rurais; prevenção do CCU; HAS; PPP. As entrevistas tiveram duração média de duas horas.

Para entrevista dos usuários, foram utilizados três roteiros distintos, um para cada evento traçador (PPP; HAS; CCU) (Anexo B). No roteiro do PPP, as questões direcionadas à atuação do ACS estavam no bloco cuidado no pré-natal e ações do ACS; no de hipertenso, no bloco cuidado da HAS e promoção da saúde; e no de CCU, no bloco papel do ACS na prevenção do CCU. É importante salientar que cada roteiro de usuário tinha, em média, de 7 a 12 blocos de perguntas, sendo que falas referentes ao ACS surgiram em blocos não específicos à sua atuação. A duração média das entrevistas com os usuários foi de uma hora.

O roteiro das enfermeiras (Anexo C) abordou características do território e população atendida, estrutura das USB, acesso à APS, processo de trabalho, interculturalidade, relação de APS com a atenção especializada, participação da comunidade, assim como as ações dos ACS no cuidado a cada tipo de usuário (CCU/PPP/HAS). A duração média das entrevistas com enfermeiras foi de duas horas.

Todas as entrevistas foram gravadas após autorização dos participantes e transcritas de modo literal para a produção de narrativas. As transcrições foram identificadas pelo código que cada uma das entrevistadas recebeu (Quadro 4). Ao final, o pesquisador responsável pela condução da entrevista respondeu a um *checklist* próprio de cada roteiro que continha questões-chave da entrevista.

Quadro 4 – Código das entrevistas segundo tipo de participante, localidade (sede ou rural) e Município Rural Remoto, Semiárido, 2020

<b>Municípios</b>	<b>M1 (BA)</b>	<b>M2 (BA)</b>	<b>M3 (BA)</b>	<b>M4 (PI)</b>
<b>Participantes</b>				
ACS sede	ACS1M1	ACS1M2	ACS1M3	ACS1M4
ACS rural	ACS2M1	ACS2M2	ACS2M3	ACS2M4
Enfermeira sede	ENF1M1	ENF1M2	ENF1M3	ENFM4
Enfermeira rural	ENF2M1	ENF2M2	ENF2M3	ENF2M4
Usuária evento traçador PPP sede	PPP1M1	PPP1M2	PPP1M3	PPP1M4
Usuária evento traçador PPP rural	PPP2M1	PPP2M2	PPP2M3	PPP2M4
Usuária evento traçador CCU sede	CCU1M1	CCU1M2	CCU1M3	CCU1M4
Usuária evento traçador CCU rural	CCU2M1	CCU2M2	CCU2M3	CCU2M4
Usuário (a) com HAS sede	HAS1M1	HAS1M2	HAS1M3	HAS1M4

Usuário (a) com HAS rural	HAS2M1	HAS2M2	HAS2M3	HAS2M4
---------------------------	--------	--------	--------	--------

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.4 O TRABALHO DE CAMPO: DESBRAVANDO OS MUNICÍPIOS RURAIS REMOTOS

Um dos municípios baianos foi o escolhido para realização do piloto da pesquisa, sendo assim o primeiro campo a ser explorado, o qual ocorreu entre os dias 18 e 20 de fevereiro de 2019. O trajeto terrestre com saída se deu pelas BR 122 e BR 235, ambas asfaltadas, com boas condições de trafegabilidade. O município-piloto foi o único campo do semiárido em que não houve participação dessa pesquisadora. Nos três outros municípios, a rica experiência do campo foi vivenciada.

O segundo campo na Bahia foi realizado nos dias 27 e 28 de maio de 2019. No dia 26 de maio de 2019 a equipe deslocou-se do município de Vitória da Conquista (BA) pela Rodovia BA 156 em veículo alugado. Boa parte do trajeto foi realizado em estrada de asfalto em bom estado de conservação; e os últimos 30 km, em estrada de terra em más condições de trafegabilidade, que se acentuaram devido à presença de máquinas que faziam melhorias na estrada com o início das obras para asfaltamento. Essa estrada era o único acesso terrestre à cidade, existindo um segundo via fluvial. As primeiras entrevistas foram realizadas na UBS localizada na sede do município; e no segundo dia de trabalho, na UBS no povoado rural. Esse povoado ficava a 40 km da sede, sua estrada de acesso era de terra em más condições e com muitos trechos de serras, o tempo de deslocamento da equipe de pesquisadores até a localidade foi de uma hora e dez minutos. Após o fim da coleta na UBS rural, a equipe seguiu viagem para o próximo campo.

No dia 28 de maio, às 15h, após conclusão das entrevistas da UBS rural do segundo município, a equipe seguiu para o próximo campo por percurso mais rápido entre os municípios baianos, por meio de estrada de terra em péssimas condições, passando por um trecho de subida íngreme, com passagem de um carro por vez, o que causou apreensão na equipe pela possibilidade do encontro com o ônibus escolar retornando em direção contrária, visto que estávamos sempre subindo. Esse trajeto foi permeado por um misto de emoções, medo e, ao mesmo tempo, encantamento pela paisagem contemplada. O trabalho no município foi realizado de 29 a 31 de maio de 2019. A UBS responsável pela população rural localizava-se a apenas oito minutos da sede, a uma distância de 4,6 km em estrada asfaltada,

entretanto, a UBS era responsável pelo atendimento de localidades que ficavam a uma distância de aproximadamente 40 km da unidade.

O último campo foi o município localizado no estado do Piauí, realizado entre os dias 15 e 19 de maio de 2019, também com a participação da mestrandia. O deslocamento para Juazeiro (BA) deu-se por via aérea, depois foram percorridos 473 km em carro de passeio em estrada asfaltada para acesso ao município no Piauí. Viagem perigosa devido à intensa presença de animais (bodes) na pista e trechos de ausência de acostamento.

Em todos os municípios selecionados, houve o consentimento da instância gestora da saúde e emissão da carta de anuência. Todas as datas e horários para realização das entrevistas foram previamente agendadas com o gestor local. As entrevistas foram realizadas nas UBS de referência dos profissionais e usuários; em algumas localidades rurais, a entrevista com o usuário foi realizada em sua residência, com o intuito de minimizar desconfortos e tornar a interlocução mais cômoda. Além da realização das entrevistas, foram feitos registros visuais (fotos e vídeos pílula) de todo o trabalho de campo com intuito de captar a singularidade dos MRR.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para tratamento dos dados, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo Temática de Bardin (1977). Esse tipo de análise oscila entre os polos do rigor da objetividade, por meio da quantificação/sistematização da frequência do surgimento de determinados discursos, e da fecundidade da subjetividade, por intermédio da busca pelo latente, o não aparente, o não dito retido em qualquer mensagem (BARDIN, 1977).

A análise dos dados seguiu as etapas básicas da técnica escolhida: pré-análise, para a organização dos dados a partir da leitura flutuante de todo material de modo a explicitar as dimensões e direcionar a análise; exploração do material, que consistiu na codificação e construção das categorias; e tratamento dos resultados, por meio da análise comparativa que levou à interpretação dos dados e às conclusões da pesquisa.

A análise dos dados para construção do primeiro artigo foi guiada por matriz preliminarmente construída a partir de vários estudos, políticas e instrumentos de avaliação dos atributos da APS (GOLVEIA; SILVA; PESSOA, 2019; ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017; BOUSQUAT *et al.*, 2017; ALELUIA *et al.*, 2017; ALONSO; BÉGUIN; DUARTE,

2018; PNAB, 2017; ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012; HARZHEIM *et al.*, 2013; STARFIELD, 2002) (Quadro 5). Cabe ressaltar que a matriz apresentou os atributos e as dimensões para identificação e análise das práticas do ACS em municípios rurais e remotos, que foram complementadas a partir das evidências produzidas no campo.

Quadro 5 – Matriz de análise da atuação do ACS a partir dos atributos da APS

<b>Atributos</b>	<b>Dimensões</b>
Primeiro contato/Porta de entrada	Definição de área adscrita para atuação do ACS Acessibilidade Organização da porta de entrada Acolhimento Disponibilidade Fonte de busca regular Visita domiciliar regular
Longitudinalidade	Continuidade profissional Fonte habitual de atenção ao longo do tempo Definição da população atendida Conhecimento das características da população atendida Identificação dos grupos e usuários sob maior risco Vínculo com a população
Coordenação do cuidado	Resolutividade (garantia da continuidade da atenção para resolução dos problemas de saúde, sem interrupções no cuidado) Integração horizontal (interdisciplinaridade; planejamento das ações em equipe; intersectorialidade; participação nas reuniões de equipe) Integração vertical (acompanhamento do trânsito do usuário na RAS) Comunicação (uso de instrumentos de registro que permitam a continuidade informacional; fluxos e canais de comunicação institucionalizados ou não para troca de informações entre profissionais e serviços)
Integralidade	Escopo e natureza das ações desenvolvidas
Orientação familiar/comunitária	Ações direcionadas ao contexto familiar e comunitário Uso dos recursos intrafamiliares e comunitários para solução de problemas Mobilização social Participação em ações intersectoriais
Competência cultural	Integração da equipe de saúde e comunidade (“elo”) Abertura ao conhecimento de diferentes culturas Consciência cultural (neutraliza preconceitos para entender a cultura do outro; sensibilidade às necessidades culturais alheias) Habilidade cultural (boa comunicação e interação com diferentes culturas) Encontros culturais (interculturalidade; ações específicas destinadas a subpopulações; cuidado efetivo, compreensivo e respeitoso, compatível com as crenças e práticas culturais de saúde do usuário) Uso de linguagem acessível

Fonte: Elaboração própria com base em Golveia, Silva e Pessoa (2019); Almeida, Marin e Casotti (2017); Bousquat *et al.* (2017); Aleluia *et al.* (2017); Alonso, Béguin e Duarte (2017); PNAB (2017); Almeida, Giovanella e Nunan (2012); Harzheim *et al.* (2013); Starfield (2002).

A análise dos dados para a construção do segundo artigo também foi guiada por uma matriz previamente construída a partir de estudos e documentos oficiais (BRASIL, 2017;

BAPTISTINI; TULLIO, 2014; GOMES *et al.*, 2009; LEVY; MATOS; TOMITA, 2004; SILVA; DALMASO, 2002; NUNES *et al.*, 2002) que tratam das principais atribuições dos ACS voltadas para cada evento traçador (Quadro 6).

Quadro 6 – Matriz de análise para atuação do ACS a partir de cada evento traçador

Evento traçador	Ações
Ações para o controle do câncer de colo do útero	Realizar cadastro de mulheres e atualizá-lo Realizar o registro sistemático de mulheres elegíveis a realização do papanicolau Realizar visita domiciliar Informar mulheres na faixa etária sobre a necessidade e importância da realização do papanicolau Fazer busca ativa de mulheres elegíveis para realização do exame Realizar agendamento da coleta de papanicolau Realizar entrega de resultado Agendar consulta com profissional da APS Realizar atividades coletivas sobre o tema Realizar busca ativa de mulheres faltosas ao papanicolau Acompanhar mulheres com lesão precursora/câncer de colo do útero encaminhadas para outros níveis de atenção
Ações para o cuidado à gestante no pré-natal, parto e puerpério	Realizar cadastro das gestantes e atualizá-lo Captar as gestantes no primeiro trimestre de gestação Agendar consultas de pré-natal Realizar busca ativa de faltosas às consultas/exames Realizar visita domiciliar com periodicidade mensal Verificar situação vacinal das gestantes Realizar orientações individuais nas visitas sobre a importância do pré-natal Indicar a necessidade avaliação com profissional da APS ou de outro nível da RAS Acompanhar gestantes encaminhadas para outros níveis de atenção Informar a equipe de APS sobre parto e condições de saúde da puérpera e recém-nascido Realizar visita puerperal na primeira semana de vida do recém-nascido Realizar orientações sobre cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar Realizar atividades coletivas sobre o tema
Ações para o cuidado do usuário hipertenso	Realizar cadastro de hipertensos e atualizá-lo Realizar visita domiciliar com periodicidade mensal Orientar sobre uso correto de medicamentos e práticas para uma vida saudável (alimentação, exercícios físicos) Realizar controle sistemático da pressão arterial Aferir pressão arterial no domicílio Indicar necessidade consulta com profissional da APS ou em outro nível de atenção Realizar marcação de consultas com profissional da APS Realizar busca de usuários faltosos as consultas/exames Acompanhar usuário encaminhado para outro nível de atenção Realizar atividades educativas sobre o tema

Fonte: Elaboração própria a partir de: Brasil (2017); Baptistini e Tulio (2014); Gomes *et al.* (2009); Levy, Matos e Tomita (2004); Silva e Dalmaso (2002); Nunes *et al.* (2002).



#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da ENSP/Fiocruz, CAAE 92280918.3.0000.5240, parecer de aprovação nº 2.832.559. A coleta e análise dos dados obedeceram à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que apresenta as normas éticas para a realização de pesquisas com seres humanos, e à Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Os riscos oferecidos pela pesquisa foram mínimos, estando relacionados apenas com o desconforto ou constrangimento que poderia ser gerado por perguntas sobre algum assunto a que o sujeito não se sentisse confortável em responder. Para diminuir esse risco, os participantes foram esclarecidos que poderiam, a qualquer momento, negar-se a responder a qualquer questão ou até mesmo a se retirar da pesquisa, sem nenhuma repercussão para si, bem como indicar o local para entrevista de sua melhor conveniência.

#### 4.7 APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Os principais resultados desta dissertação estão apresentados em dois artigos:

1. “Atuação do agente comunitário de saúde em municípios rurais remotos do semiárido: um olhar a partir dos atributos da atenção primária à saúde”. Nesse artigo, as práticas desenvolvidas por ACS em MMR são analisadas à luz dos atributos essenciais e derivados da APS.
2. “Perspectivas de enfermeiros e usuários sobre práticas do Agente Comunitário de Saúde em territórios rurais”. Esse artigo caracteriza e analisa as práticas dos ACS dos MRR a partir da perspectiva de enfermeiras e usuários de três tipos de eventos traçadores.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 ARTIGO 1

#### **Atuação do Agente Comunitário de saúde em Municípios Rurais Remotos do Semiárido: um olhar a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde<sup>1</sup>**

##### **RESUMO**

O objetivo do artigo foi mapear e analisar as práticas desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Municípios Rurais Remotos (MRR) à luz dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde. Foi realizado estudo em quatro MRR do semiárido nordestino por meio de entrevistas com ACS e usuários da Estratégia Saúde da Família. Os resultados mostram forte atuação dos ACS em ações vinculadas à porta de entrada e integralidade, com escopo ampliado, sobretudo nas zonas rurais dos MRR. A intermediação e facilitação do acesso ocorre por meio do forte vínculo dos ACS com os territórios e famílias e na ausência de outros recursos assistenciais. As ações individuais mediante visitas domiciliares foram mais prevalentes em detrimento de ações coletivas mais relacionadas com os atributos derivados. Foi identificada a realização de procedimentos domiciliares por ACS rurais, como aferição de pressão arterial e curativos.

**Palavras-chave:** Agente Comunitário de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da população rural.

##### **INTRODUÇÃO**

As políticas nacionais para a atenção básica reforçam uma certa concepção baseada nos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS), segundo as proposições de Starfield (2002). Mesmo com o avanço da cobertura, principalmente com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todo o território nacional, principal modelagem de APS no País, o desafio de garantir o direito e o acesso à saúde às populações rurais permanece (SOARES *et al.*, 2020; ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

Elevadas coberturas pela ESF não são suficientes para garantir melhores condições de vida e saúde para estas populações (PESSOA *et al.*, 2013; SANTOS; JACINTO, 2017). O

---

<sup>1</sup> Artigo submetido à Physis: Revista de Saúde Coletiva, estando formatado segundo suas normas.

acesso e a acessibilidade da população rural à APS extrapolam a existência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e estão vinculados a condicionalidades, como: características socioeconômicas da população; distância das UBS; barreiras geográficas; falta de transporte público; insuficiente acesso aos meios de comunicação; interrupção frequente do cuidado longitudinal; alta rotatividade de profissionais de saúde, entre outros (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

No contexto de ruralidade, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é, potencialmente, um profissional capaz de reduzir as distâncias entre a comunidade e o serviço de saúde, identificar as necessidades de saúde da população e traçar atalhos para acesso aos serviços, como sugerem estudos nacionais (SOARES *et al.*, 2020; PESSOA *et al.*, 2013). Em outros países, os geralmente nomeados *Community Health Workers* (CHW) desempenham funções variadas, mais ou menos abrangentes, a depender da configuração do sistema de saúde e das necessidades e oportunidades do contexto de atuação (SOUTH *et al.*, 2013), funções que passam por transformações constantes (PERRY *et al.*, 2017). Independentemente da natureza ou da complexidade das ações desenvolvidas pelos CHW, estudos evidenciam que esses profissionais são efetivos para melhoria das condições de saúde da população em países de baixa, média ou alta renda (PERRY; ZULLIGER; ROGERS, 2014).

No Brasil, 257.545 ACS estão distribuídos em 98% dos municípios, o que representa cobertura de 61% da população brasileira (BRASIL, 2020). Essa profissão, regulamentada em 2002, é caracterizada em todo território nacional pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares e comunitárias, individuais e coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente, por meio das visitas domiciliares (BRASIL, 2021; GUEVARA; SOLIS, 2018).

Com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2017, novas funções foram colocadas ao ACS, provocando intenso debate sobre possível descaracterização de seu papel na ESF (SILVA *et al.*, 2020; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020). Para Silva *et al.* (2020), a descaracterização da natureza educativa do trabalho do ACS está relacionada com o estabelecimento de uma relação conflituosa entre ações de prevenção e promoção da saúde já existentes em seu escopo de ações, com as ações de caráter mais curativo incluídas pela PNAB 2017. Em alguns países, como Nepal e Malawi, em contexto de ruralidade, pela extrema dificuldade de acesso aos serviços, os CHW estão aptos a realizar um amplo espectro de atividades, que vão desde as mais simples, como a oferta de uma orientação, até as mais complexas, como a realização de partos (KOK *et al.*, 2015).

No Brasil, tendo em vista que a ESF caracteriza-se por uma concepção abrangente de APS e que Municípios Rurais Remotos (MRR) apresentam necessidades em saúde distintas de contextos urbanos, argumenta-se que as práticas dos ACS são forjadas a partir das características singulares desses territórios “opacos” (SANTOS, 1994) e, portanto, podem se aproximar mais fortemente dos atributos essenciais (STARFIELD, 2002), em que pese a corrente associação de suas práticas à função de educador comunitário (SILVA *et al.*, 2020). Dessa forma, o objetivo deste artigo é mapear e analisar as práticas desenvolvidas por ACS no contexto de MRR do semiárido nordestino à luz dos atributos essenciais e derivados da APS (STARFIELD, 2002), identificando não só desafios, mas também contribuições desses profissionais para o alcance de cuidados mais abrangentes e integrais no SUS.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo de caso, exploratório, de natureza qualitativa, realizado em MMR (IBGE, 2017), recorte do estudo “Atenção Primária à Saúde em áreas rurais remotas no Brasil” (FAUSTO; FONSECA; GOULART, 2020).

Para a definição da amostra intencional do estudo, inicialmente, os 323 MRR foram caracterizados segundo um conjunto de indicadores socioeconômicos, demográficos e de saúde; e, a partir disso, identificadas seis áreas homogêneas, cada uma com lógicas espaciais distintas: Matopiba, Norte de Minas, Expansão Vetor Centro-Oeste, Norte das Águas, Norte das Estradas e Semiárido, sendo a última foco deste estudo. Posteriormente, adotou-se como critério selecionar três municípios que apresentassem características semelhantes na área (Município 1 e 2 no estado da Bahia, e o 4 no estado do Piauí) e 1 município com características incomuns (Município 3, *outlier* na área, por ter uma população acima da média, no estado da Bahia). Cabe destacar que, mesmo se tratando de uma “unidade”, ou seja, um MRR, nos quatro casos, havia uma classificação do território em duas áreas: a sede, identificada como o espaço urbano, e a zona rural/interior do município, espaço distante da sede, com piores condições de vida e acesso aos equipamentos sociais, como se analisará adiante.

Em cada município, foram selecionadas 2 UBS (sede e zona rural). Em cada unidade, foi entrevistado 1 ACS, totalizando 8 entrevistas (4 na UBS rural e 4 na UBS da sede), e 6 usuários indicados pelas próprias equipes (3 na UBS rural e 3 na UBS da sede), totalizando 24 entrevistas. A escolha dos usuários respeitou os seguintes critérios: mulher com uma gestação nos últimos 12 meses (PPP); mulher que apresentou alguma lesão no colo do útero nos últimos 12 meses (CCU), e usuário com doença crônica que tivesse tido uma consulta com

um especialista nos últimos 12 meses (HAS). O perfil dos 32 entrevistados é apresentado nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1. Agentes Comunitários de Saúde participantes do estudo, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019

<b>Características</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>
<b>Sexo</b>				
Feminino	1	1	2	2
Masculino	1	1		
<b>Idade</b>				
20-29				
30-39	1		1	
40-49	1	2	1	1
50-59				1
60 +				
<b>Escolaridade</b>				
Fundamental completo			1	
Médio completo	1	2	1	2
Superior incompleto	1			
<b>Tempo na função</b>				
Até 5 anos				
De 5 a 10 anos	1			
De 10 a 20 anos	1	2	2	1
Mais de 20 anos				1
<b>Vínculo trabalhista</b>				
Estatutário	2	2	2	2
<b>Representação em órgão colegiado</b>				
Sim	2			
Não		2	2	2
<b>Trabalho anterior</b>				
Digitador (a)			1	
Professor (a)	2			
Trabalhador rural		1		
Desempregado (a)		1	1	2

Fonte: Fausto, Fonseca e Goulart (2020).

Quadro 2. Usuários participantes do estudo, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019

<b>Características</b>	<b>M1</b>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>M4</b>
<b>Sexo</b>				
Feminino	4	3	5	4
Masculino	2	3	1	2
<b>Idade</b>				
20-29	2	1	1	2
30-39	1	3	3	1
40-49	1			1
50-59		1	2	
60 +	2	1		2
<b>Ocupação</b>				
Desempregado(a)	1	2	3	1
Aposentado(a)	2	1	2	2

Doméstica	1	2	1	2
Agricultor(a)	2	1		1
Apicultor(a)				
Pescador(a)				
<b>Benefício social</b>				
Sim	4	6	4	5
Não	2		2	1
<b>Cor (autorreferida)</b>				
Branca	1		1	
Preta	1	1	2	1
Parda	4	5	3	4
Amarela				1
<b>Filhos(as)</b>				
Sim	6	5	6	6
Não		1		
<b>Rendimento mensal lar</b>				
Sem rendimento	2		1	1
Até 1 salário mínimo	4	5	4	3
1 a 2		1	1	2
2 a 3				
+ 3				
<b>Possui plano de saúde</b>				
Sim				
Não	6	6	6	6

Fonte: Fausto, Fonseca e Goulart (2020).

Os roteiros que guiaram as entrevistas do ACS abordaram características do território e população atendida, assim como as ações desenvolvidas com os indivíduos, as famílias e as comunidades. Para as entrevistas dos usuários, foram utilizados três roteiros distintos, um para cada evento traçador. Neste artigo, foram analisados os conteúdos relativos à atuação e às ações desenvolvidas pelo ACS no acompanhamento geral e específico (segundo evento traçador) dos usuários. Cada entrevista recebeu um código construído a partir da categoria do entrevistado, ACS ou usuários (PPP/CCU/HAS), com o local de atuação sede (A) ou zona rural (B), e o município correspondente (M1, M2, M3, M4).

Todas as entrevistas, com duração média de 2 horas (ACS) e 1 hora (usuários), foram gravadas e transcritas de modo literal para a produção de narrativas. Para tratamento dos dados, optou-se pelo método de análise de conteúdo com os respectivos passos de pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados. A definição dos atributos essenciais e derivados da APS, segundo conceituação de Starfield (2002), guiou a análise das entrevistas e a apresentação dos resultados. Logo, a partir de um conceito geral, procedeu-se à identificação e classificação das ações e práticas (categorias) desenvolvidas pelo ACS segundo cada atributo. Embora seja reconhecido que algumas categorias possam compor mais de um atributo, estudos sobre avaliação da APS serviram como base conceitual para a classificação do material empírico (ALMEIDA *et al.*, 2018; HARZHEIM *et al.*, 2013).

A intenção não foi o julgamento de cada município, mas a identificação e a compreensão das práticas desenvolvidas pelos ACS nos territórios rurais remotos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da ENSP/Fiocruz, sob parecer nº 2.832.559 e CAAE 92280918.3.0000.5240, com anuência dos municípios.

## **RESULTADOS**

### **Porta de entrada**

Nos quatro casos, o ACS se percebia como o primeiro recurso procurado pela população diante de uma necessidade de saúde em função do vínculo com a comunidade e pela inexistência de outros recursos assistenciais no território, configurando-se como a principal porta de entrada para acesso ao SUS. Tal função foi ratificada por usuários como mais forte na zona rural (interior). Agentes que atuavam na sede reconheciam que, apesar de também desenvolverem ações que configuravam o primeiro contato, a população fazia uso de outros recursos assistenciais, como pequenos hospitais/unidades mistas, cujo acesso era mais difícil para os moradores dos interiores.

Embora no interior de todos os municípios houvesse UBS, o serviço era responsável pelo atendimento de diversos povoados, dispersos e distantes, sem transporte público ou com oferta muito limitada, sem opções para o período noturno ou finais de semana. Por esse motivo, os ACS das UBS rurais mencionaram estar sempre disponíveis, fornecendo seus números de telefone/WhatsApp, para que os usuários entrassem em contato a qualquer momento ou até mesmo permitindo a procura em suas residências.

Em situações de urgência/emergência que aconteciam fora do horário de funcionamento da UBS ou mesmo quando era mais viável o deslocamento até a sede (em casos de menor distância e viabilidade de transporte), ainda assim a população contactava o ACS, pessoalmente ou via telefone. Gestantes, quando entravam em trabalho de parto na zona rural, procuravam os ACS que, na maioria das vezes, relataram acompanhá-las, juntamente com os familiares, até o hospital da sede do município. Por sua vez, em muitos casos, responsabilizavam-se pelo contato com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e, a depender da gravidade do quadro, providenciavam um carro e levavam o usuário até um ponto da estrada para transferi-lo para a ambulância. Nos casos em que não houvesse possibilidade de remoção em carro particular, aguardavam a chegada do resgate. Os

ACS relataram, ainda, que conduziam os usuários até o hospital na sede com meios próprios, na indisponibilidade do SAMU.

Todos os ACS elencaram a visita domiciliar como sua principal atividade, na qual, além de detectarem novas necessidades de saúde, realizavam o acompanhamento da população adscrita, principalmente dos grupos prioritários. Quando detectava necessidade de uma consulta médica ou de enfermagem, o ACS realizava o agendamento. Aliás, na zona rural, era o responsável por todos os tipos de agendamento: consultas médicas e de enfermagem, coleta de Papanicolau, entre outros. Os ACS rurais agendavam os exames laboratoriais, informando aos seus usuários o dia da coleta na UBS ou no laboratório. Segundo usuárias, o agendamento do preventivo estava centralizado na figura do ACS que, a partir do número de vagas e dias, fazia busca ativa das mulheres elegíveis.

Já na sede, foi relatado por usuários e ratificado pelos ACS que os agendamentos para consultas médicas eram realizados na UBS, pelos usuários, mediante distribuição de fichas. Em geral, os agentes realizavam marcação de consultas de enfermagem para ações programáticas. Mencionou-se que usuários com hipertensão e diabetes poderiam ir à UBS nos dias das ações programáticas, sem agendamento prévio, contudo, não havia garantia de atendimento no próprio dia, pois a quantidade de “fichas” era limitada.

Os usuários relataram que consultas médicas poderiam ser agendadas pelo ACS quando identificavam alguma necessidade específica durante a visita domiciliar. No caso de acamados, o ACS buscava garantir a ida do médico ao domicílio.

Nas zonas rurais, de difícil acesso, mesmo identificando usuários acamados ou pessoas com dificuldades de locomoção com necessidade de atendimento médico ou de enfermagem, nem sempre o ACS conseguia garantir o cuidado, por falta de transporte para as equipes. Nesses casos, só quem realizava a visita era o ACS com meios de locomoção próprios. Quando o atendimento era imprescindível, os familiares providenciavam transporte até a UBS ou hospital.

O acesso às consultas odontológicas, na zona rural e na sede, dava-se via agendamento realizado pelos ACS, que recebiam dos dentistas o “seu dia” de atendimento e a quantidade de vagas. Como nem sempre a UBS rural possuía equipe de saúde bucal, o atendimento odontológico acontecia na sede, sendo que alguns ACS rurais se deslocavam com os usuários no dia destinado ao atendimento para organizá-lo e garantir o acesso de todos.

Em um município, esse tipo de agendamento, segundo um ACS, havia sido transferido para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em função do surgimento de queixas sobre o beneficiamento de determinados usuários.



### **Coordenação do cuidado**

Foi unânime o relato de reuniões entre ACS e enfermeiras, das UBS rurais e urbanas, para entrega da “produção” mensal na qual constava o número de visitas realizadas, quantitativo de gestantes, hipertensos/diabéticos, de internações, óbitos, entre outras informações. Todos os ACS referiram que, mesmo sendo uma forma de “fiscalizar” o trabalho, o momento de entrega da produção, a partir das intervenções das enfermeiras, tornava-se uma oportunidade de reavaliação das ações, das atividades que precisavam ser intensificadas ou desenvolvidas, além da identificação de usuários com necessidade de acompanhamento mais intensivo. A maioria relatou que só realizava um planejamento mais formal nesse momento, no qual tinham suas “orelhas puxadas”. Foi mencionada a importância dessas reuniões para alcance de uma solução compartilhada. Outras reuniões, com a participação dos demais profissionais da equipe, foram referidas por poucos.

Todos os ACS da sede relataram que, diariamente, no início do turno de trabalho, reuniam-se com a enfermeira para informar algum acontecimento do dia anterior e para receber orientações e informes. Isso não acontecia com os ACS da zona rural, que, por trabalharem em localidades distantes, só encontravam a enfermeira/equipe em dias previamente estabelecidos, o que não possibilitava o planejamento diário e orientações.

Em relação às ações intersetoriais, dois ACS citaram desenvolvê-las na pastoral da criança no combate à desnutrição infantil, por meio da distribuição de multimistura. O conselho tutelar também foi citado por uma ACS da zona rural para intervir em casos nos quais os responsáveis se recusavam a vacinar as crianças.

Na equipe multiprofissional, o primeiro profissional buscado por todos os ACS ante algum problema de saúde da população era a enfermeira; e, a seguir, o médico. Principalmente os ACS da zona rural demonstraram ter relações extremamente próximas com esses profissionais, permitindo-lhes o contato mesmo fora do horário de trabalho.

Não foram relatadas ações dos ACS em parceria com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Uma ACS da sede, quando perguntada sobre a existência do NASF, relatou não saber o que era. Após esclarecimentos, referiu que havia um educador físico e UM psicólogo, porém não desenvolvia nenhuma atividade conjunta com esses profissionais. Todos os ACS relataram desenvolver ações conjuntas com os Agentes de Combate a Endemias (ACE), mesmo que de forma pontual, como mutirões.

Ser “ponte” entre o território e a UBS foi uma característica muito citada pela maioria dos ACS. Para eles, o seu trabalho é “ligar” a comunidade à equipe e vice-versa, facilitando o acesso com a captação de demandas e o retorno com possíveis soluções/orientações.

Sobre o agendamento de consultas/exames especializados, o fluxo era o mesmo para residentes da sede e da zona rural: a solicitação era entregue ao paciente para que levasse até a SMS. Ao reconhecerem a grande barreira que representava para os moradores do interior, muitos ACS das zonas rurais reuniam todas as referências para agendamento. Da mesma forma, quando agendados, a SMS entrava em contato com o ACS, que se responsabilizava por informar ao usuário. Os ACS reconheciam que tal ação não era “cobrada” como parte de suas atividades, contudo, a maioria a realizava para facilitar a vida da população e possibilitar o acesso aos cuidados especializados. Também houve relato de intermediação de uma ACS no agendamento de consultas oftalmológicas em uma ótica privada, para o qual recebia valores em dinheiro.

Esse tipo de agendamento foi confirmado por uma usuária de outro município, o que evidencia que essa era uma prática corriqueira. Embora os usuários não pagassem pela consulta, recebiam a prescrição de óculos com valores elevados e não tinham a garantia de nenhum tipo de acompanhamento.

Outra situação relatada foi o agendamento de consultas/procedimentos em serviços privados realizado pelos ACS, indicados pela gestão. Também foi mencionada a intermediação do ACS para a consecução de transporte ou passagens para usuários com procedimentos especializados agendados em outros municípios.

Não foi identificado acompanhamento formal e sistemático dos usuários referenciados para a atenção especializada pela equipe de Saúde da Família. Porém, esse acompanhamento, mesmo que informal, só acontecia por meio dos ACS, que, em suas visitas ou por meio de algum morador da comunidade, eram informados sobre o encaminhamento/realização de consultas/procedimentos especializados ou hospitalizações.

De todo modo, o modelo de agendamento dos procedimentos especializados, realizados diretamente pelos usuários, dificultava o acompanhamento pela equipe. Não existia intermediação pela ESF, e o ACS só era contatado pela SMS caso o primeiro contato com o usuário, via telefone, não fosse bem-sucedido.

Dois ACS da zona rural referiram, por vezes, acompanhar seus usuários em consultas/procedimentos realizados na sede, em outros municípios ou mesmo na capital, por iniciativa própria ou por solicitação da gestão.

## **Integralidade**

Os ACS referiram frequência mensal de visitas para famílias com crianças, gestantes, pessoas com doenças crônicas e idosos. Em algumas localidades da zona rural, também mencionaram visitas mensais, possíveis em função do menor número de famílias acompanhadas, exceto para algumas que viviam em locais de muito difícil acesso. Na zona urbana, em domicílios nos quais só residiam adultos sem nenhuma comorbidade, referiram visitas a cada dois meses. Ainda assim, a depender da necessidade, realizavam visitas semanais.

Dos oito ACS entrevistados, seis tinham o curso de técnico/auxiliar de enfermagem e um estava cursando, com estágio prático na UBS de atuação. A realização do curso tinha como objetivo melhorar o trabalho como ACS e habilitá-los a ofertar mais serviços.

Dos ACS que possuíam o curso, todos referiram realizar procedimentos no domicílio, sendo os mais comuns a aferição de pressão arterial e a realização de curativo limpo. Contudo, apenas um usuário hipertenso da zona rural do M1 referiu que sua ACS aferia sua pressão em casa. Essa mesma ACS realizava outros procedimentos, como curativos, administração de medicação e nebulização com soro fisiológico em crianças com crise asmática.

Durante as visitas domiciliares, todos os ACS relataram orientação sobre o uso dos medicamentos, lançando mão de estratégias como fazer desenhos nas caixas dos medicamentos para organizar os horários; e sobre alimentação saudável com diminuição da ingestão de sódio, açúcar e gordura, prática regular de exercícios físicos, sobre tabagismo e campanhas vacinais.

Os ACS referiram captar as gestantes para realização do pré-natal e dar orientações sobre as consultas, assim como verificação da situação vacinal das crianças. Todos informaram acompanhar as condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF).

A visita puerperal era realizada com ou sem um profissional de nível superior. De maneira geral, os ACS orientavam sobre amamentação, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar nessas visitas.

Todos os ACS mencionaram ter um olhar ampliado em suas visitas, atento ao controle de vetores, principalmente do *aedes aegypti*. Outra ação citada pelos ACS foi à orientação sobre o uso da água potável e entrega do hipoclorito, atividade mais intensa na zona rural pela falta de água tratada e saneamento básico. Os ACS da sede orientavam sobre o uso correto da água e disponibilidade de hipoclorito na UBS, porém não realizavam a entrega nas residências. Poucos usuários referiram que seu ACS os orientava sobre o uso da água e que recebiam hipoclorito na residência.

A oferta regular de cursos, atualizações ou capacitações para qualificação das práticas, realizadas pela equipe ou pela gestão municipal, não foi mencionada pelos ACS, embora tenham referido interesse. Em momentos pontuais, a enfermeira, durante o encontro diário ou na reunião para entrega da produção, às vezes, transmitia algum tipo de informação, não caracterizada como educação permanente. As falas dos ACS expressavam o desejo por momentos de aprendizagem com alguma regularidade, na equipe, ainda que reconhecessem a importância da enfermeira na qualificação de seu processo de trabalho.

O registro do trabalho dos ACS não era informatizado por meio de *tablets*. Todos os registros eram realizados manualmente nos formulários do e-SUS. Em alguns municípios, o próprio ACS digitava suas fichas, destinando um turno semanal para esse trabalho. Todos os ACS referiram que desejavam a informatização do seu trabalho para diminuir o uso de fichas e melhorar a qualidade dos registros.

### **Longitudinalidade**

Nenhum ACS tinha menos de 10 anos de trabalho na microárea, sendo que alguns atuavam na mesma comunidade havia mais de 20 anos. Relataram muita dedicação à função e acreditavam que seu trabalho, ao longo do tempo, havia melhorado a vida das pessoas.

A maioria dos ACS sabia informar com exatidão o número de pessoas/famílias acompanhadas e quem eram essas pessoas. Relataram boa relação com sua comunidade e, pelo longo período de atuação, haviam estabelecido fortes vínculos de amizade e confiança, sobretudo na zona rural. Muitas vezes, os ACS eram confidentes, para os quais eram contados “segredos”.

Em casos de usuários que estão em outro ponto da RAS, conforme mencionado, a única forma de acompanhamento era por intermédio do ACS, pois o fluxo de informações entre níveis assistenciais era praticamente inexistente. A APS, por vezes, realizava a referência, porém, na maioria das vezes, não recebia a contrarreferência dos outros níveis de atenção.

### **Orientação familiar e comunitária**

Os ACS afirmaram conhecer os principais problemas de saúde da população – hipertensão e diabetes. Na zona rural, adicionavam-se outros relacionados com a qualidade da água, como verminoses, e doenças respiratórias devido à poeira das estradas. Ainda assim, não foram mencionadas ações coletivas e comunitárias para seu enfrentamento.

Os ACS também conheciam as condições de vida de suas comunidades. De maneira geral, foi citada a grande vulnerabilidade socioeconômica das famílias, muitas dependentes do PBF, além de desempregados e idosos aposentados ou recebendo o Benefício de Prestação Continuada. Muitos moradores viviam do trabalho nas roças, da pesca, comércio, trabalho nas prefeituras e trabalho como domésticas ou diaristas.

Poucos mencionaram organizar atividades coletivas em sua área de atuação. A maioria realizava o convite e participava (como ouvintes) de grupos realizados pelas enfermeiras, de atividades nas escolas com os odontólogos (escovação) ou das atividades do NASF. Por vezes, tais atividades foram consideradas pouco prioritárias perante a necessidade de realização das visitas domiciliares.

Os meses temáticos, como “outubro rosa” e “novembro azul”, eram disparadores de atividades educativas, dentro e fora das UBS. Um único ACS da sede referiu realizar atividades comunitárias, como palestra nas igrejas, em função de seu pertencimento à pastoral da igreja católica.

Nas UBS, não havia Conselho Local de Saúde, apenas as reuniões mensais do Conselho Municipal de Saúde (CMS), das quais os ACS não participavam. Os CMS só existiam, segundo avaliação, por obrigatoriedade para repasse de recursos, mas não como meio de controle social. Em alguns municípios, as reuniões aconteciam à noite, o que dificultava a participação de pessoas da zona rural.

Os ACS foram unânimes em avaliar que a população também não participava das reuniões do CMS, e utilizavam espaços considerados inadequados para “exigir os direitos e brigar”, como dentro das próprias UBS e bares.

Apenas dois ACS referiram participar da associação de moradores. Todos eram filiados aos sindicatos dos ACS e ACE e participavam ativamente das reuniões.

### **Competência cultural**

Alguns ACS acompanhavam consultas de médicos cubanos do PMM, principalmente com idosos na zona rural, que apresentavam dificuldades de compreensão. Após a consulta, explicavam as orientações e condutas médicas.

Em todas as comunidades, existiam rezadeiras, benzedadeiras e curandeiras. Os ACS tinham conhecimento do uso de garrafadas e que a população buscava essas cuidadoras para retirada de “mau-olhado” e “quebranto”, principalmente na zona rural. Foi citada também a existência de parteiras, porém que não estavam mais em atividade. Os ACS não repreendiam

o uso de qualquer tipo de remédio ou conduta orientada pelo cuidador tradicional, mas orientavam os usuários a também seguirem as recomendações do médico ou da enfermeira.

A maioria dos ACS demonstrou muito respeito em relação aos cuidadores apesar de não realizarem nenhum tipo de atividade em parceria. Usuários utilizavam chás por conta própria, o que, por vezes, protelava a busca pelo serviço de saúde.

Outro relato muito comum entre os ACS relacionava-se à necessidade de desmistificar algumas crenças que dificultavam a realização de ações de saúde, principalmente entre os idosos.

O Quadro 3 apresenta falas expressivas de ACS e usuários que exemplificam os achados deste estudo. Já o Quadro 4 traz um inventário das práticas desenvolvidas e mencionadas pelos ACS a partir de suas percepções e de usuários, com diferentes intensidades a depender do município. Contudo, destaca-se que ACS das zonas rurais/interiores dos MRR apresentaram escopo mais ampliado de ações, compatíveis com a identificação das maiores necessidades em saúde e dificuldades de acesso aos serviços desses territórios.

Quadro 3. Falas expressivas de Agentes Comunitários de Saúde e usuários, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019

Atributos	Falas expressivas
Porta de entrada	<p><i>“A primeira pessoa que ele procura é o agente de saúde, na visita eles passam as informações e o agente encaminha para unidade. Na cidade o povo vai direto na unidade ou pro hospital, procura o agente deles também, mas aqui na roça procura mais...muito mais!” ACSAM1</i></p> <p><i>“Meu WhatsApp é liberado pra todo mundo, sempre estão entrando em contato comigo e eu com o posto para resolver as coisas. Com a internet graças a Deus melhorou bastante.” ACSBMI</i></p> <p><i>“Já cansei de pegar meu carro velho, quando tava sem gasolina, arrumava o de algum vizinho, e botar paciente em cima e “desembarstar” daqui até o hospital na cidade! Não é tudo que 192 vem pegar não! Uma chatice danada pra vir pegar gente aqui, se a gente for esperar, morre!” ACSBM3</i></p> <p><i>“Para agendar a enfermeira tem reunião com os agentes e aí eles passam pra gente o dia e a hora que a gente tem que ir à unidade fazer.” CCUBMI</i></p> <p><i>“Quando eu, ou alguém lá de casa precisa ir ao médico, a gente acorda cedo e vem aqui pro posto. Eu geralmente consigo passar, mas eu chego cedo porque tem uma quantidade de pessoas já certa que o médico atende, eu chego aqui umas 06h30minh, tem um povo preguiçoso que quer chegar aqui 10, 11h e quer ser atendido! Volta tudo pra trás!” CCUAM3</i></p> <p><i>“Quando é acamado, mas acamado mesmo, não é idoso que não sai de casa, é o idoso que não sai da cama, que os parentes não têm nem condições de colocar num carro e trazer aqui no posto pro médico atender... Esses assim, a gente conversa com o médico e</i></p>

	<p><i>leva na casa.” ACSAM1</i></p> <p><i>“A visita ao acamado é só do ACS. Quando ele tem alguma demanda médica ou de enfermagem, a família tem que dar seu jeito e levar na unidade, pois não tem transporte. A gente faz nossas visitas com transporte próprio (moto), sem nenhuma ajuda de custo da prefeitura.” ACSBM3</i></p> <p><i>“Eu vou junto para garantir que todos os meus pacientes vão ser atendidos, vocês sabem que o povo da roça é fácil de fazer de besta, idoso então! Garanto atendimento de todo mundo e ajudo na organização do atendimento.” ACSBM1</i></p> <p><i>“Antes era nós que marcava: ‘quero passar no dentista’, oh, segunda-feira, dia 17 é o seu dia, você tem 16 vagas...Fazia a lista né, vocês vão ser esse mês, no outro mês, se você quiser, é mais 15, entendeu? Mas o secretário entrou no meio, disse que estava ajudando muito as pessoas da família, estava tendo muito ajeitamento”. ACSAM2</i></p>
<p>Coordenação do cuidado</p>	<p><i>“Ah pra Maria (nome fictício, enfermeira) e Dra. Joana (nome fictício, médica) eu ligo até de madrugada, nunca me negaram uma orientação do que fazer, teve um dia que Maria até veio e a gente foi com a paciente pro hospital.” ACSBM2</i></p> <p><i>“Nós somos muito importantes, nós somos o tal “elo”! A equipe só sabe o que está acontecendo na comunidade através da gente, porque além de trabalhar, a gente mora na comunidade. E o povo só sabe o que acontece no posto e consegue as coisas através da gente também.” ACSBM3</i></p> <p><i>“Eu acho bom a minha agente de saúde porque às vezes ela informa muita coisa para nós, pelo menos lá em minha casa ela informa, às vezes chega uma coisa que eu nem sei que tem na cidade, sobre essas coisas de médico, algum exame, algum médico que vai vir de fora ela avisa, ela avisa.” HASBM1</i></p> <p><i>“A gente marca, eu era marcadora da ótica. A pessoa leva o papelzinho que nós entregamos na ótica, e ela não paga a consulta, só os óculos se precisar. Recebo R\$ 5,00 por pessoa que eu agendo. E marcando, você livra a pessoa de pagar 50 reais! Fala aí se não é bom?! Se for esperar marcar um oftalmologista pela prefeitura, só Deus...” ACSBM2</i></p> <p><i>“A pessoa que trabalha, tipo o agente de saúde, ele vai na minha casa e aí pergunta se eu quero fazer exame de vista. Aí quando é no dia eles mandam a gente ir, a gente vai, aí se depois o óculo não fica bem na gente, a gente fica reclamando para a ACS: ‘olha o óculos não ficou bem em mim’. Depois a ACS diz que volta para pegar tal dia e esse tal dia que não chega, aí passa e a gente perde, perde dinheiro, perde o óculos e a vista está do mesmo jeito.” HASAM1</i></p> <p><i>“Se for exame no particular, a secretaria tem o contato das clínicas, e aí já avisa a gente e nós ligamos para lá e agendamos e o usuário já procura no particular. Se for para ir para secretaria por meios públicos a demanda é maior e vai ter que esperar mais tempo.” ACSBM1</i></p> <p><i>“Tem que saber ajeitar as coisas, se não deixam de ir em uma consulta por falta de transporte. Tem gente mais esperta, mas tem outras que eu que corro atrás pra resolver.” ACSBM1</i></p> <p><i>“Por exemplo, quando eu levei minha mãe em Barreiras agora para o cardiologista, ela (ACS) foi acompanhando a gente, quando a gente foi em Ibotirama fazer ultrassom de abdome total, ela acompanhou também, e não é só com nós não, ela vai com quem precisar, ela ajuda mesmo!” HASBM1</i></p>

Integralidade	<p><i>“Ela sempre tá passando aqui, não fica mês sem passar não, às vezes nem tem nada pra ela fazer aqui, mas ela vem, até mais de uma vez no mês saber como a gente está...e tomar um café também! (risos).” HASBM3</i></p> <p><i>“Às vezes visita, outras vezes não. Tá com tempo que ela foi lá, ontem que ela foi lá me avisar dessa palestra. Aí eu digo na cara dela: agora que tu vem aqui, né, safada?” HASAM3</i></p> <p><i>“Só fiz técnico porque eu queria conhecimento, e para ajudar as pessoas. Por exemplo, na zona rural, quando a pessoa precisa de curativo, de injeção, sempre é eu que faço, aplico, tenho aparelho de pressão, que não é função do agente de saúde, mas como eu sei, eu fiz isso só pra ter o conhecimento, e fazer a coisa certa.” ACSAM2</i></p> <p><i>“Minha mãe é diabética, esses dias abriu uma ferida no pé dela, e a agente vinha aqui em casa limpar a ferida um dia sim, um dia não. Ela não vinha todo dia né! Até porque ela tem outras coisas para fazer, mas foi uma benção...era muito custoso arrumar carro para levar mainha no posto, e andando não tinha como ir, idosa e com a ferida no pé ainda...” PPPBM1</i></p> <p><i>“...caso esteja fora do horário de funcionamento da unidade e uma criança tenha falta de ar (asma), para não precisar ir para sede que fica há uma hora e meia, os pais levam em minha casa e eu faço nebulização, se não melhorar eu entro em contato com a enfermeira que mora aqui na localidade para ela vir fazer alguma medicação mais forte.” ACSBM1</i></p> <p><i>“...eu uso a técnica da caixinha de manteiga, que tem hora que tem dois idosos, que não sabem nem ler, eu pego a receita e explico: toma esse remédio de manhã, eu vou e boto aqui desse lado e boto outro à noite, do outro lado e falo. E quando eu faço a visita eu sempre confiro os comprimidos pra ver se tá batendo certo né.” ACSAM2</i></p> <p><i>“Ela fala assim: ‘João (nome fictício), hoje tem a vacina da gripe’, tal e tal, pergunta se eu tô tomando o remédio direitinho. Ela fala: ‘evita comer comida salgada, come mais fruta’, essas coisas, aqueles potinhos pra você lavar as frutas. Até meu fumo ela quer que eu largue, mas esse não largo não!” HASBM2</i></p> <p><i>“A orientação é na questão da amamentação da criança, que ela tem que tomar cuidado para amamentar, para pegar no peito, eu sempre oriento elas a questão do umbigo para limpar direito não deixar sujeira. Se foi cesariana ela sempre lavar com água e sabão, não deixar a sujeira, e do umbigo da criança também.” ACSAM3</i></p> <p><i>“Eu verifico assim ‘tudim’, verifico se tem alguma coisa de errado, vamos supor, se tem alguma caixa d’água destampada, com alguma sujeira...” ACSBM2</i></p> <p><i>“...olho também o cachorro para ver a questão da unha grande. A gente avisa da questão da leishmaniose...” ACSBM1</i></p> <p><i>“A gente fornece hipoclorito para colocar na água e faz também um manejo para coar água da chuva e colocar o hipoclorito que é fornecido pelo Ministério da Saúde, é o agente comunitário que entrega.” ACSBM1</i></p> <p><i>“Há muito tempo não tem curso nenhum pra gente. Eu só me lembro do curso introdutório de ACS e um curso aí que o pessoal da faculdade veio dar pra gente, acho que o nome da faculdade é UFOB. Está precisando mesmo ter mais curso, é tanta coisa nova, tanta mudança... mas nossa enfermeira ajuda muito nisso aí, tira nossas dúvidas, passa alguma coisa que a secretaria manda...” ACSAM2</i></p>
Longitudinalidade	<p><i>“...a gente faz um trabalho tão dedicado, muita gente não reconhece, mas se você for pesquisar, pelos 16 anos que eu trabalho, eu acho que quem mudou a saúde foi à gente, se a gente não tivesse lá na casa, muitos problemas não eram descobertos né.” ACSAM2</i></p> <p><i>“Ah! Tem coisa que só dá pra contar pra ela, até de meus problemas com meu marido ela sabe, e eu só conto porque eu sei que ela é de confiança, não vai sair espalhando pra todo mundo... Ela é como se fosse uma amiga sabe!” CCUBM1</i></p>



Orientação Familiar e comunitária	<p>“É na escola, acompanho o dentista quando ele chama, né? A gente avisa na escola o dia que ele vai, aí a gente acompanha ele. Ele que faz a atividade, que tem os instrumentos tudo. Mas eu mesmo nem sempre vou, porque eu sempre vou querer fazer minhas visitas, se a gente for, perde tempo.” ACSBM2</p> <p>“Eu participava, mas tem mais ou menos um ano que eu me desliguei do conselho. Pela dificuldade de ir à reunião, pois as reuniões são à noite e fica ruim para ir.” ACSBM1</p> <p>“Não cobram onde tem que cobrar. Eles ficam no boca a boca, é mais reclamação de porta de bar, não se organizam para fazer uma cobrança dos direitos deles.” ACSBM4</p>
Competência cultural	<p>“Todo mundo aqui gostava do cubano, ele era gente da gente, morava aqui na roça e tudo, o ruim só era a fala atrapalhada, eu não entendia nada (risos), a menina que vai lá em casa tinha que entrar na sala comigo.” HASBM1</p> <p>“Eles tomam, e fazem as duas coisas ao mesmo tempo. Eu ensino pra não parar o remédio do médico. Se você foi no médico, o médico falou, você tem que tomar esse medicamento pro resto da vida”... ACSBM2</p> <p>“Existe! São pessoas mais velhas, né! A gente não pode negar a sabedoria desses idosos, eles têm muita experiência de vida, já viram de tudo ou quase tudo né! O que eles falam a gente aqui da roça acredita muito”. ACSBM3</p> <p>“Ah minha filha, quando eu sinto que a pressão tá alta eu tomo um chazinho, rapidinho ela abaixa, para diabetes é bom a pata de vaca. Eu só vou no posto mesmo se não tiver jeito!” HASBM3</p> <p>“Mas aí você tem que ter uma conversa boa: ‘É que o governo vai matar todo mundo, eles não querem que ninguém fique aposentado’. Eu acho que vocês já escutaram essas histórias. Então são as dificuldades, aí eu vou conversando e tudo...” ACSAM2</p> <p>“Tomo não! Nunca tomei e nunca morri por isso! Essa vacina que dão aos ‘véi’ não presta, é tudo pra matar a gente e pararem de pagar aposentadoria. Todo ano eles vêm aqui pra eu tomar, mas dão viagem perdida.” HASBM2</p>

Fonte: Elaboração própria com base nas entrevistas.

#### Quadro 4. Práticas desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019

Atributos	Funções/ações desenvolvidas	UBS	
		Sede	Rural
Porta de entrada	Primeiro recurso de saúde buscado pela população em caso de necessidade		X
	Disponibilização de contato pessoal quando as UBS não estão em funcionamento		X
	Disponibilização de número de telefone/WhatsApp para contato dos usuários	X	X
	Acompanhamento de usuários em situação de urgência		X
	Intermediação do contato com o SAMU		X
	Utilização de transporte próprio para deslocamento de usuários		X
	Acompanhamento de gestantes em trabalho de parto		X
	Visita domiciliar	X	X
	Agendamento de consultas médicas		X
	Agendamento de consultas de enfermagem	X	X

	Agendamento de coleta laboratorial		X
	Agendamento de consulta para acamados	X	X
	Agendamento de consultas odontológicas	X	X
Coordenação do cuidado (horizontal e vertical)	Reuniões mensais de entrega da “produção” e supervisão com enfermeira	X	X
	Encontros informais com a enfermeira para orientações	X	
	Participação pontual em ações intersetoriais	X	X
	Parceria com a enfermeira para resolução de problemas identificados	X	X
	Desenvolvimento de ações pontuais com agentes de endemias	X	X
	“Ponte” entre comunidade e equipe	X	X
	Agendamento e comunicação sobre marcação de consultas/exames especializados SUS		X
	Intermediação e agendamento de consultas/exames especializados na rede privada	X	X
	Acompanhamento de usuários em consultas/procedimentos em outros municípios		X
	Transmissão de informações às equipes sobre usuários em outros pontos da rede	X	X
	Busca ativa para acompanhamento de usuários referenciados	X	X
	Integralidade	Visitas domiciliares	X
Acompanhamento dos grupos e usuários prioritários		X	X
Realização de procedimentos no domicílio: aferição de pressão arterial, curativos, nebulização			X
Orientação sobre uso de medicamentos		X	X
Orientação sobre promoção da saúde e prevenção de agravos: alimentação saudável, exercícios físicos, tabagismo e vacinação		X	X
Captação de gestantes para o pré-natal		X	X
Visita puerperal		X	X
Acompanhamento condicionalidades do PBF		X	X
Acompanhamento de situação vacinal		X	X
Controle de vetores		X	X
Orientações sobre uso da água		X	X
Distribuição de hipoclorito			X
Longitudinalidade	Vínculo longitudinal com famílias/usuários	X	X
	Estabelecimento de relação de confiança	X	X
	Acompanhamento em outros pontos da rede	X	X
Orientação familiar e comunitária	Convite para atividades educativas na comunidade	X	X
	Participação de atividades coletivas nas escolas, realizadas por outros profissionais da ESF	X	X
Competência Cultural	Acompanhamento de idoso em consultas com médicos cubanos		X
	Desmistificação de crenças	X	X
	Respeito aos cuidadores tradicionais	X	X

Fonte: Elaboração própria com base nas entrevistas.

## DISCUSSÃO

O pressuposto deste trabalho é que as intervenções dos ACS se aproximam fortemente de atributos que oportunizam e ampliam o acesso, o que pode ser verificado. Os resultados mostram forte atuação dos ACS em ações vinculadas aos atributos de porta de entrada e integralidade, sobretudo nas zonas rurais dos MRR. A intermediação e a facilitação do acesso

ocorrem por meio do forte vínculo dos ACS com as famílias e ausência de outros recursos assistenciais. A disponibilidade fora do horário de funcionamento das UBS e a intermediação do acesso ao pronto atendimento, utilizando-se de instrumentos informais de comunicação, cobre lacunas do sistema logístico e ratificam seu papel como talvez o mais importante mediador do contato com a RAS. Tais ações, na maioria das vezes, são desenvolvidas com recursos próprios dos ACS, como encontrado em outros estudos (BARRETO *et al.*, 2018; SIPS *et al.*, 2014).

A visita domiciliar se mostra o principal dispositivo de cuidado do ACS, sobretudo nas zonas rurais, onde o agendamento de consultas e procedimentos faz parte de suas funções. O que se observa é que quanto maior o isolamento, a dispersão territorial e a ausência de meios de transporte, mais forte é a atuação do ACS na mediação do acesso, como também encontrado nas experiências de ACS rurais, que se arriscam em transportes e estradas inseguras em condições climáticas severas para alcançarem domicílios de difícil acesso (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014). A falta de transporte se mostra um recurso crítico em vários sentidos: para os usuários de áreas dispersas com dificuldades para acessar a UBS, para os ACS que atuam nestes territórios e para oportunizar o cuidado domiciliar.

Nas sedes dos municípios, tais funções são mais circunscritas e esbarram em formas restritivas de organização do acesso às consultas médicas (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020). Para as consultas e ações de enfermagem e odontologia, parece haver maior permeabilidade à intermediação do ACS, o que pode refletir condição de maior rotatividade e vacância de médicos em áreas rurais (PORTELA *et al.*, 2017), que acabam por condicionar barreiras para acesso a esses profissionais.

O papel de principal intermediador do acesso aos serviços prestados nas UBS, por outro lado, corre o risco de submissão ao clientelismo local (SANTOS; RODRIGUES, 2014); e, se descoordenado do trabalho das equipes, pode privilegiar alguns usuários. Nesse sentido, argumenta-se que, embora o ACS tenha um papel imprescindível na facilitação do acesso em zonas rurais e remotas (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014), tais ações precisam estar articuladas ao planejamento e atuação das equipes, em uma perspectiva de coordenação horizontal do trabalho na APS (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

A “entrega da produção”, ainda que de caráter burocrática e fiscalizatória (NOGUEIRA, 2019), é a única estratégia de planejamento e avaliação das ações, sob liderança do enfermeiro, ratificando achados que apontam ser este profissional, muitas vezes, a única referência e responsável pela supervisão e educação permanente dos ACS (COELHO; VASCONCELLOS; DIAS, 2018). Nesse mesmo sentido, a residual articulação com as ações

desenvolvidas pelos NASF e com a equipe de saúde da família, de forma geral, determina um padrão de ação isolada do ACS, o que enfraquece as possibilidades de uma atuação mais ampliada.

Ainda em uma perspectiva de coordenação horizontal, identifica-se fraca atuação intersectorial dos ACS que, entre outras razões, também pode sofrer influência da baixa presença de outros equipamentos sociais em territórios rurais (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012), das dificuldades de articulação com as equipes e priorização das atividades individuais. Seria esta uma nova configuração do trabalho dos ACS ou uma característica predominante em zonas remotas, nas quais as dificuldades de acesso o tornam um atributo central? Para Samudio *et al.* (2017), facilitar o acesso à APS em zonas rurais é o pilar da atuação do ACS a partir de ações similares às encontradas neste estudo.

Análise de resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) mostram que o agendamento de consultas/exames especializados é realizado a partir de referência da APS; e a comunicação da data e local, pelo ACS (GARCIA *et al.*, 2018), também encontrado neste estudo. O fluxo de informações sobre atendimento em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (ALMEIDA *et al.*, 2018) e no acompanhamento de usuários em serviços de referência ratificam o papel do ACS na coordenação e acompanhamento longitudinal. Uma vez que tais ações são identificadas por um conjunto de investigações, cabe indagar se essa não poderia ser reconhecidamente uma das funções do ACS, para a qual poderia ser capacitado e estimulado. No mesmo sentido, mesmo as visitas para “entrega de referência” podem ser qualificadas de forma a superar um papel burocrático e a avançar na identificação de impossibilidades de comparecimento à consulta/exame de forma a diminuir o absentismo. A intermediação dos ACS também acontece para acesso a serviços privados. A insuficiência de atenção especializada no SUS leva profissionais de saúde a indicarem a rede privada pela expectativa do não acesso (ALMEIDA *et al.*, 2019), o que também se apresenta na atuação do ACS, inclusive com ganhos financeiros.

Para alcance da atenção integral, o principal vetor do cuidado são as visitas domiciliares. A realização de procedimentos, como aferição de pressão e curativos limpos, é comum nas zonas rurais (JEROME; IVERS, 2010; ROUX *et al.*, 2015) e justificada pelas reais barreiras de acesso, dificuldades de viabilizar visitas domiciliares de outros profissionais e formação técnica em enfermagem da maioria dos ACS. Estudos internacionais mostram que os CHW em países como Guatemala, países africanos e Alasca, por exemplo, apresentam atuação ampliada e resolutiva, como coleta de material para diagnóstico de tuberculose,

realização de testagem para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, administração de medicação oral e intramuscular, entre outros (RUANO *et al.*, 2012; ODENDAAL; LEWIN, 2014). A ampliação do escopo de práticas é claramente uma estratégia de ampliação do acesso em locais com escassez de recursos assistenciais (GARCIA *et al.*, 2018). Embora questionável por diversos argumentos (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), tais práticas não devem ser puramente interpretadas como uma descaracterização negativa do que é ser ACS, mas como uma necessidade de readaptação diante de novas demandas de saúde e como estratégia para ampliação do acesso à saúde.

Ações de orientação quanto ao uso de medicamentos são frequentes e reconhecidas, assim como outras no campo da promoção da saúde, realizadas, por vezes, mesmo sem o apoio de outros profissionais da equipe, mais intensas nos interiores, que convergem com diversos estudos que elencam as principais atividades realizadas pelos ACS (BARRETO *et al.*, 2018), a despeito das escassas iniciativas de educação permanente e informatização do trabalho do ACS (SAMUDIO *et al.*, 2017).

Não há rotatividade de ACS, o que explica, em parte, a fortaleza dos vínculos longitudinais. Nessa perspectiva, o ACS constitui-se a “memória viva” do território e do trabalho desenvolvido na ESF, o que é essencial em contexto de reconhecida rotatividade de outros profissionais e insuficiente registro das ações. Ao mesmo tempo, há um borramento das fronteiras entre atividades profissionais e vida pessoal, o que pode incorrer em sobrecarga laboral e até mesmo em problemas éticos no trato das informações (MARINHO; BISPO JÚNIOR, 2020), sendo esta uma pauta importante para ações de educação permanente.

Por fim, cabe destacar que, em relação aos atributos derivados da APS, são identificados/classificados menor número de ações e práticas. O papel de “elo” com a comunidade vincula-se a uma percepção de facilitação do acesso, e não, necessariamente, ao desenvolvimento de ações coletivas e comunitárias, dificultadas pela dispersão territorial (SAMUDIO *et al.*, 2017). Não se identifica participação em espaços de controle social. Inclusive, há uma certa posição de alteridade em relação ao CMS, como se não representasse um espaço de controle social dos diversos segmentos do SUS. Todos são filiados ao sindicato dos ACS, sugerindo que, para a defesa de interesses corporativos, há maior mobilização (NOGUEIRA, 2019). As ações de competência cultural limitam-se à mediação de linguagem à época dos médicos cubanos partícipes do PMM e reconhecimento de agentes seculares de cura, mais prestigiados pela população, e sem o estabelecimento de parcerias.

De forma geral, a percepção dos ACS sobre as próprias práticas é mais ampliada se comparada à dos usuários, o que pode ser justificado, em parte, por não ter sido realizado

inquérito com amostra representativa, o que poderia ser um campo de investigação a ser explorado em futuros estudos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos são os “Brasis” conformados a partir de uma imensa diversidade geográfica, cultural e econômica. No vasto e diverso território nacional, estão presentes e atuam mais de 250 mil ACS. As populações rurais apresentam mais severas barreiras de acesso aos cuidados em saúde, em sentido estrito e ampliado, sendo legítimo e desejado que as práticas dos ACS e equipes de saúde da família sejam forjadas a partir das necessidades reais identificadas nos territórios. Ainda que o escopo de práticas dos ACS em MRR seja mais direcionado para ações promotoras do acesso e curativas individuais, argumenta-se não se tratar de mera descaracterização do seu trabalho. Ao contrário, reconhecer tais especificidades e valorá-las por meio de estratégias de educação permanente, reconhecimento simbólico e financeiro, provisão dos meios adequados para seu desenvolvimento em sincronia com as demais ações das equipes, das quais é componente essencial, pode ser um caminho, inclusive, para potencializar outros componentes da APS reconhecidamente estratégicos para o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 244 – 260, 2018.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p. 4527 – 4540, 2019.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84 – 95, 2011.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 1-14, 2018.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012.

BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 127, n. 2, p. 53-70, 2014.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p.114-129, 2018. Número especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. [S. l.]: e-Gestor Atenção Básica, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso 18 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde**. [S. l.]: e-Gestor Atenção Básica, 2021. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>. Acesso em: 05 mar. de 2021.

COELHO, J. G.; VASCONCELLOS, L. C. F.; DIAS, E. C. A formação de agentes comunitários de saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. **Trabalho educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.234-260, 2018.

FAUSTO, M. C.; FONSECA, H. M. S; GOULART, V. M. P. Atenção primária à saúde em **territórios rurais e remotos no Brasil**. Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2020.

FIGUEIREDO, D. C. M. M.; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 288 – 301, 2020.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Melhorias do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.118, p.606 – 617, 2018.

GOMES, C. S. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327- 1338, 2020.

GUEVARA, G. F.; SOLIS, K. C. Visita domiciliar: un espacio para la adquisición y modificación de prácticas en salud. **Enfermería Actual de Costa Rica**, Costa Rica, v. 34, n.1, p. 82-95, 2018.

HARZHEIM, E. *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. 274-84, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

JEROME, G.; IVERS, L. C. Community Health Workers in Health Systems Strengthening: A qualitative evaluation from rural Haiti. **HHS Public Access**, Londres, v.24, n.1, p. 67-72, 2010.

- KOK, M. *et al.* Which intervention design factors influence performance of community health workers in low-and middle-income countries? **A systematic review**, Inglaterra, v. 30, n. 9, p. 1207-1227, 2015.
- MARINHO, C. S.; BISPO JÚNIOR, J. P. Supervisão de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: entre controle, apoio e formação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n.3, p. 1-13, 2020.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.
- NOGUEIRA, M. L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 28, n. 3, p. 309-323, 2019.
- ODENDAAL, W. A.; LEWIN, S. The provision of TB and HIV/Aids treatment support by lay health workers in South Africa: a time-and-motion study. **Human Resources for Health**, Bethesda MD, v.12, n.18, p. 1-35, 2014.
- PERRY, H. B. *et al.* Case Studies of Large-Scale Community Health Worker Programs: Examples from Afghanistan, Bangladesh, Brazil, Ethiopia, Niger, India, Indonesia, Iran, Nepal, Pakistan, Rwanda, Zambia, and Zimbabwe. **MSC Program**, Washington DC, v. 30, n. 4, p. 1-114, 2017.
- PERRY, H. B.; ZULLIGER, R.; ROGERS, M. M. Community Health Workers in Low-, Middle-, and High-Income Countries: An Overview of Their History, Recent Evolution, and Current Effectiveness. **Annu Rev Public Health**, Baltimore, v. 35, n.1, p. 399-421, 2014.
- PESSOA, V. M. *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013.
- PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 302-314, 2018.
- PORTELA, G. Z. *et al.* Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2237-2246, 2017.
- ROUX, K. L. E. *et al.* The role of community health workers in the reengineering of primary health care in rural Eastern Cape. **South African Family Practice**, África do Sul, v.57, n.1, p.16-120, 2015.
- RUANO, A. L. *et al.* 'It's the sense of responsibility that keeps you going': stories and experiences of participation from rural community health workers in Guatemala. **Archives of Public Health**, Bethesda MD, v.70, n.18, p.1-8, 2012.



SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Trabalho educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p.745-770, 2017.

SANTOS, A. M. A.; JACINTO, P. A. O Impacto do Programa Saúde da Família Sobre a Saúde das Crianças da Área Rural do Brasil. **Revista Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 227-246, 2017.

SANTOS, D. L.; RODRIGUES, P. H. A. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p.744 – 755, 2014.

SANTOS, M. **Técnica, espaço e tempo**: globalização e meio técnico-científico informacional. São Paulo: HUCITEC, 1994.

SILVA, T. L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p.58 – 69, 2020.

SIPS, I. *et al.* Community Care Workers, Poor Referral Networks and Consumption of Personal Resources in Rural South Africa. **Plos one**, São Francisco, v. 9, n. 4, p. 26-45, 2014.

SOARES, A. N. *et al.* Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-19, 2020.

SOUTH, J. *et al.* Dimensions of lay health worker programmes: results of a scoping study and production of a descriptive framework. **Glob Health Promot**, Reino Unido, v. 20, n.1, p. 5–15, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, p. 726, 2002.

## 5.2 ARTIGO 2

### **Perspectivas de enfermeiras e usuários sobre práticas do Agente Comunitário de Saúde em municípios rurais**

#### **Resumo**

Objetivo: analisar as práticas desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em municípios rurais remotos, a partir da percepção de enfermeiras/o e usuários da Estratégia

Saúde da Família (ESF). Método: trata-se de estudo de caso com abordagem qualitativa realizado em quatro municípios rurais remotos no semiárido nordestino com enfermeiras e usuários selecionados por eventos traçadores. Resultados: os ACS realizam a maioria das atribuições previstas nos documentos oficiais. Apresentam o escopo de práticas mais ampliado no que se refere a ações que viabilizam o acesso à ESF e a outros níveis de atenção. Desenvolvem práticas no cuidado a todos os grupos, com maior ênfase para as gestantes. Realizam visita domiciliar com periodicidade, no mínimo, mensal a todas as gestantes, inclusive às residentes em áreas descobertas e de difícil acesso. São os principais responsáveis pelo agendamento do papanicolau e utilizam estratégias para possibilitar o uso correto e racional dos medicamentos por usuários hipertensos. Conclusão: os ACS representam um importante promotor do acesso aos serviços de saúde. Em sua atuação nos municípios rurais remotos, fica evidente maior cuidado às gestantes, apesar de desenvolverem ações voltada aos demais grupos prioritários e usuários em geral, sobretudo para viabilização do acesso.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Saúde da População Rural; Estratégia Saúde da Família; Ruralidade.

Descriptors: Community Health Workers; Nursing; Primary Health Care; Rural Population Health; Family Health Strategy; Rurality.

Descriptores: Agentes Comunitarios de Salud; Enfermería; Primeros Auxilios; Salud de la Población Rural; Estrategia de Salud Familiar; Ruralidad.

## **Introdução**

Os *Community Health Workers* (CHW), nomenclatura frequentemente utilizada em diversos países, compõem um grupo diversificado de trabalhadores da saúde que possuem como característica comum o trabalho comunitário, próximos aos locais onde os processos de

adoecimento são produzidos<sup>(1)</sup>. São também conhecidos como profissionais de saúde leigos, por não possuírem diploma profissional<sup>(2)</sup>. Têm sua origem na China na década de 1920, onde foram precursores do “programa médicos descalços” e realizavam tarefas como o registro de nascimento e óbitos, vacinação contra varíola, orientações sobre higiene pessoal, entre outras<sup>(3)</sup>.

Os CHW estão em atuação em diversos países, desenvolvendo atividades que se diversificam a depender do modelo do sistema de saúde e dos variados contextos de práticas, realizando um vasto espectro de ações, das mais simples às de maior complexidade<sup>(4)</sup>. Países como Paquistão, Etiópia e Índia têm nos CHW uma pedra angular da ampliação da prestação de serviços de saúde à comunidade<sup>(2)</sup>.

No Brasil, criado em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi inicialmente implantado em áreas rurais e periurbanas, desenvolvendo atividades sanitárias consideradas de baixa complexidade e alto impacto que alcançaram resultados expressivos na redução da mortalidade materna e infantil<sup>(5)</sup>. O programa se expandiu por todo território nacional, com ingresso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em equipes de Saúde da Família (EqSF). Em 2021, são 257.545 ACS distribuídos em 98% dos municípios brasileiros<sup>(6)</sup>.

Esses profissionais têm suas funções regulamentadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reeditada em 2017<sup>(7)</sup>. A nova versão da PNAB vem sendo questionada por diversos movimentos sociais, pesquisadores e entidades de saúde coletiva, entre vários motivos, pela não priorização da Estratégia Saúde da Família (ESF) para organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no país e pela ameaça à presença do ACS, com a flexibilização da cobertura de 100%, e por uma possível descaracterização de seu trabalho devido à introdução de atividades de cunho clínico<sup>(8)</sup>.

Independentemente do espectro de ações desenvolvidas, mais ou menos abrangentes, os ACS são atores indispensáveis para o alcance dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e de uma APS forte e resolutiva<sup>(9)</sup>, com destaque para os cenários dos municípios rurais remotos, marcados pela ausência/ineficiência de inúmeras políticas públicas e pelo isolamento geográfico<sup>(10)</sup>.

Destarte, o presente artigo tem como objetivo analisar as práticas desenvolvidas pelos ACS em municípios classificados como rurais remotos pelo IBGE<sup>(11)</sup>, a partir da percepção de enfermeiros, cuja atuação ocorre de forma mais próxima aos agentes<sup>(12)</sup> e dos beneficiários de seus cuidados, os usuários da APS.

### **Método**

Trata-se de estudo de caso com abordagem qualitativa, parte de uma pesquisa mais ampla: “Atenção Primária em territórios rurais e remotos do Brasil”<sup>(13)</sup>.

Quatro municípios classificados segundo o IBGE<sup>(11)</sup> como rurais remotos no semiárido nordestino compuseram o cenário deste estudo. Para escolha desses municípios, adotou-se como critério selecionar três municípios que apresentassem características semelhantes na área (Município 1 e 2 no estado da Bahia, e o 4 no estado do Piauí) e um município com características incomuns (Município 3, *outlier* na área, por ter uma população acima da média, no estado da Bahia). É importante destacar que, mesmo se tratando de uma “unidade”, ou seja, um município rural remoto, nos quatro casos, havia uma divisão do território em duas áreas: a sede, identificada como o espaço urbano, e a zona rural/interior, espaço distante da sede, grande dispersão populacional, piores condições de vida e acesso a serviços<sup>(13)</sup>.

O semiárido brasileiro é composto por 1.262 municípios, distribuídos em nove estados da região Nordeste e norte de Minas Gerais. É uma região delimitada pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste, na qual as condições climáticas dominantes são de semiaridez. Outra característica da região é o alto índice de vulnerabilidade socioeconômica,

característica agravada nas áreas rurais remotas da região. Uma situação que exemplifica essa realidade é a quase inexistência de esgotamento sanitário, além da falta de rede de abastecimento de água tratada. A renda mensal domiciliar é inferior a um salário mínimo, sendo muito comum que famílias tenham como única fonte de renda os benefícios governamentais<sup>(14)</sup>. (Quadro 1).

Quadro 1 – Características dos Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2020

Municípios	População 2020	Renda per capita (R\$ e U\$)	Densidade demog. (hab./km <sup>2</sup> )	População extrema pobreza %	População beneficiária do PBF %
M1 (BA)	8.950	R\$ 224,53 (U\$ 44,89)	4,27	29,89	80,11%
M2 (BA)	10.157	R\$ 258,30 (U\$ 48,64)	9,62	23,79	76,14%
M3 (BA)	35.740	R\$ 195,98 (U\$ 36,90)	3,07	40,90	74,87%
M4 (PI)	6.331	R\$ 248,87 (U\$ 46,86)	9,95	31,13	75,78

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; PNUD – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Censo Demográfico; MDS – Ministério do Desenvolvimento Social, painel do Bolsa Família e Cadastro Único, competência novembro de 2020; Conversão de reais (R\$) para dólar (U\$) = R\$ 1,00 = U\$ 5,30.

Três municípios apresentavam cobertura de APS de 100%, e um, de 58%; todos possuíam cobertura pela ESF, principal modalidade de organização da APS. Recursos e equipamentos de saúde presentes nos quatro casos são listados no Quadro 2.

Quadro 2 – Recursos e equipamentos em saúde dos Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2020

Recursos em Saúde	M1(BA)	M2(BA)	M3(BA)	M4(P1)
% Cobertura potencial APS <sup>1</sup>	100	100	57,78	100
% da população cadastrada e vinculada às equipes APS <sup>2</sup>	58,01	65,60	46,48	87,13
Nº Equipes APS <sup>2</sup>	4	3	9	3
% da população beneficiária de plano de saúde <sup>3</sup>	0,28	0,37	0,34	1,97
Hospital Geral	-	1	1	-
Unidade Mista	1	-	-	1

Leitos	2	24	30	2
Clínica / Centro de Especialidade	-	-	2	-
Centro de Saúde / Unidade Básica	3	4	5	4
UBS em áreas rurais	2	1	3	1
UBS na sede	1	3	2	3
Posto de Saúde em áreas rurais	1	-	2	-
Equipe de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF	-	-	-	-
Centro de Atenção Psicossocial	-	-	1	1
Unidade móvel de suporte básico (SAMU)	1	1	1	1
Centro de Regulação do acesso	-	-	1	-
Farmácia	-	1	-	-
Academia da saúde	1	-	1	1

<sup>1</sup>SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, Painel de Cadastro – 2º quadrimestre de 2020; <sup>2</sup>E-Gestor AB – Informação Gestão da AB, Cobertura – junho de 2020; <sup>3</sup>ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, competência (10/2020); <sup>4</sup>SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / MS – Competência 10/2020.

Os sujeitos do estudo foram enfermeiros e usuários da ESF. Inicialmente, foram selecionadas em cada município duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (uma na sede e uma na zona rural) a partir da indicação do gestor local. Em cada unidade, foi entrevistado um enfermeiro, totalizando oito entrevistas (quatro na UBS rural e quatro na UBS da sede); e três usuários indicados pelas próprias equipes, totalizando 24 entrevistas (12 na UBS rural e 12 na UBS da sede).

A escolha dos usuários respeitou os seguintes critérios: mulher que apresentou alguma lesão no colo do útero (CCU) nos últimos 12 meses; mulher com uma gestação nos últimos 12 meses (PPP), e usuário com hipertensão arterial sistêmica (HAS) que tivesse tido uma consulta com um especialista nos últimos 12 meses.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas guiadas por roteiros distintos para cada tipo de participante. Os roteiros dos enfermeiros abordaram características do território e

população atendida, estrutura das USB, acesso à APS, processo de trabalho, interculturalidade, relação da APS com a atenção especializada, participação da comunidade, assim como as ações dos ACS no cuidado em saúde. Para as entrevistas dos usuários, foram analisados os conteúdos relativos à atuação e ações desenvolvidas pelo ACS no acompanhamento geral e específico segundo cada evento traçador. Cada entrevista recebeu um código construído a partir da categoria do entrevistado, enfermeiro (ENF) ou usuários (PPP/CCU/HAS), com o local de atuação sede (1) ou zona rural (2), e o município correspondente (M1, M2, M3, M4).

Cada entrevista, com duração média de três horas (enfermeiros) e uma hora (usuários), foi gravada e transcrita de modo literal para a produção de narrativas. Para tratamento dos dados, optou-se pelo método de análise de conteúdo temática com os respectivos passos de pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados<sup>(15)</sup>.

A análise de conteúdo foi realizada a partir das principais atribuições e práticas do ACS para cada evento traçador a partir de documentos oficiais e estudos sobre a temática<sup>(7,16-20)</sup> e, também, a partir de novas funções identificadas pelos sujeitos da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da ENSP/Fiocruz, sob parecer nº 2.832.559 e CAAE 92280918.3.0000.5240, com anuência dos municípios.

## **Resultados**

Das 8 profissionais entrevistadas, 7 eram enfermeiras (razão pela qual utilizaremos os pronomes a/o a partir de agora), com idades entre 30 e 39 anos, faziam parte da equipe de ESF há, no máximo, dois anos e eram contratadas por tempo determinado pela gestão municipal (Quadro 3).

Quadro 3 – Enfermeiros(as) participantes do estudo, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019

Características	M1(BA)	M2(BA)	M3(BA)	M4(PI)
-----------------	--------	--------	--------	--------

<i>Sexo</i>				
Feminino	2	2	2	1
Masculino				1
<i>Idade</i>				
20-29		1		1
30-39	2	1	1	1
40-49			1	
50-59				
60 +				
<i>Tempo de graduação</i>				
De 1 a 5 anos	1	1		1
De 6 a 10 anos		1	1	1
Mais de 10 anos	1		1	
<i>Possui pós-graduação</i>				
Sim	2	1	1	1
Não		1	1	1
<i>Tempo na atual EqSF</i>				
1 a 2 anos		2	1	2
2 a 5 anos	1			
6 a 10 anos			1	
+ de 10 anos	1			
<i>Experiência anterior em APS</i>				
Sim			1	1
Não	2	2	1	1
<i>Vínculo trabalhista</i>				
Estatutário				1
Contrato	2	2	2	1

Fonte: Fausto, Fonseca, Goulart<sup>(13)</sup>

Dos 24 usuários entrevistados, sete não possuíam renda, 22 eram negros (pretos ou pardos). A maioria (20) recebia algum benefício do governo federal, como o Programa Bolsa Família, e todos utilizavam exclusivamente o SUS, pois não possuíam planos de saúde (Quadro 4).

Quadro 4 – Usuários participantes do estudo, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019

Características	M1(BA)	M2(BA)	M3(BA)	M4(PI)
<i>Sexo</i>				
Feminino	4	3	5	4
Masculino	2	3	1	2
<i>Idade</i>				



20-29	2	1	1	2
30-39	1	3	3	1
40-49	1			1
50-59		1	2	
60 +	2	1		2
<i>Ocupação</i>				
Desempregado(a)	1	2	3	1
Aposentado(a)	2	1	2	2
Doméstica	1	2	1	2
Agricultor(a) Apicultor(a) Pescador(a)	2	1		1
<i>Benefício social</i>				
Sim	4	6	4	5
Não	2		2	1
<i>Cor (autorreferida)</i>				
Branca	1		1	
Preta	1	1	2	1
Parda	4	5	3	4
Amarela				1
<i>Filhos(as)</i>				
Sim	6	5	6	6
Não		1		
<i>Rendimento mensal lar</i>				
Sem rendimento	2		1	1
Até 1 salário mínimo	4	5	4	3
1 a 2		1	1	2
2 a 3				
+ 3				
<i>Possui plano de saúde</i>				
Sim				
Não	6	6	6	6

Fonte: Fausto, Fonseca, Goulart<sup>(13)</sup>.

De forma geral, todos os ACS trabalhavam com microáreas definidas, realizavam e atualizavam constantemente o cadastramento familiar, acompanhavam a população por meio das visitas domiciliares, geralmente com frequência mensal. Priorizavam cuidados e medidas preventivas individuais, como orientações e realização de procedimentos nas visitas domiciliares, em detrimento de atividades de cunho mais coletivo, segundo avaliação das/os enfermeiras(os).

Em três municípios, foi relatado o excesso de áreas descobertas, tanto nas sedes como nas zonas rurais. Realidade que impactava negativamente no cuidado à saúde da população e na sobrecarga do ACS:

*Além de dar conta da micro deles, dão assistência como podem a microáreas descobertas, que não são poucas!* (ENF2M1)

Outro quesito que, segundo as/o enfermeiras/o, também impactava negativamente no trabalho dos ACS, principalmente da zona rural, eram as distâncias que tinham que percorrer para acessar os domicílios, sem receber nenhum suporte da gestão para custeio do deslocamento. Apesar das dificuldades enfrentadas diariamente para acesso as famílias, avaliou-se que os ACS da zona rural conseguiam realizar suas visitas por meios próprios, que variavam de motos a animais e caronas:

*Aqui é tudo tão longe, de um domicílio para outro é uma vida, se viram para fazer as visitas por conta própria... receberam bicicletas um tempo atrás, mas foi desperdício de dinheiro público, como andar de bicicleta nessas estradas? Se viram com suas motos, animais, a pé e/ou pegando carona nas estradas, com o ônibus escolar, ou com carros de particulares.*  
(ENF2M3)

*Aqui só sobe de cavalo, e mesmo assim ele vem, todo mês está aqui, geralmente todo início de mês.* (PPP2M3)

Usuários residentes na sede dos quatro municípios referiram que seus ACS realizavam as visitas domiciliares geralmente a pé.

Outra atividade realizada pelos ACS, citada por enfermeiras/o e usuários, foi a orientação sobre o uso da água potável, aproveitamento da água da chuva e distribuição de hipoclorito, com maior prevalência nas zonas rurais devido à inexistência de rede de água tratada e esgotamento sanitário nesses territórios:

*Aqui na sede, a gente não tem muito problema com água, pois todas as casas são abastecidas pela rede de tratamento, mas os ACS orientam sim...* (ENF1M3)

*Minha agente entrega o hipoclorito todo mês, me ensina como usar e como aproveitar a água da chuva para o consumo também. (PPP2M1)*

Sobre o acompanhamento de usuários encaminhados para atenção especializada, todas as enfermeiras reconheceram o ACS como o único recurso que possibilitava algum acompanhamento:

*A gente faz através da busca ativa, através dos agentes de saúde. Só assim para a gente saber como está o andamento do tratamento. O que acontece muito é de o médico encaminhar para outro município e a gente fica sem saber. Se não for pelo agente de saúde não tem como saber através de outro profissional. (ENF1M3)*

Outro consenso entre as/o enfermeiras/o foi o relato da importância do ACS na composição das equipes de ESF, devido às inúmeras dificuldades enfrentadas pela população dos municípios rurais remotos:

*Não sei o que seria dessas pessoas se não fossem esses agentes, a unidade está aqui nessa localidade servindo de referência para tantas outras, na qual as pessoas não têm como nem chegar aqui, tem localidade que não tem como a pessoa vir aqui.... se não fosse esse agente lá? Como seria? O agente se vira pra vir aqui, é ele que nos conta tudo o que está acontecendo nesses lugares, é ele que dá o jeito de trazer alguém aqui, é ele que leva o medicamento daqui pra lá... (ENF2M1)*

A seguir, são apresentadas as ações específicas do ACS desenvolvidas para cada linha de cuidado. Em relação à atuação do ACS na linha de cuidado CCU, tanto enfermeiras/o como usuárias convergiram em apontar duas principais ações no controle do câncer do colo do útero: o agendamento da coleta de papanicolau, realizada pelos ACS da sede e da zona rural; e a busca ativa de mulheres que faltavam à coleta e em idade elegível para realização do exame:

*Quem faz o preventivo é o enfermeiro, eu dou todo mês uma quantidade de vagas por ACS e eles que agendam, tem dificuldade não. (ENF1M2)*

*Minha agente que marca pra mim, ela já chega aqui com a data na verdade, às vezes nem “tô” querendo fazer, mas ela marca né?! E o jeito é ir. (CCU2M2)*

Segundo as usuárias, quando faltavam à coleta no dia agendado, rapidamente, após justificativa, o ACS realizava um novo agendamento:

*Da última vez eu não fui porque minha menstruação desceu, não deu tempo pra eu avisar a Maria (nome fictício) pra ela passar a vaga pra alguém, porque sempre aviso, pra não perder a vaga, mas dessa última vez não deu mesmo. Quando ela me procurou, já veio com uma data nova. (CCU1M3)*

A busca ativa e o controle atualizado de mulheres elegíveis para realização do exame eram ações desenvolvidas quase exclusivamente pelos ACS, embora tenha havido relato de agendamentos sem indicação para realização do papanicolau e usuárias não atendidas:

*Como são os agentes que marcam o preventivo, eu sempre oriento quais são os critérios para realização desse exame, como a idade e o intervalo de um preventivo pra outro, mas mesmo assim eu canso de pegar mulheres que estão fazendo o segundo preventivo do ano sem necessidade alguma, e idosas com oitenta e tantos anos. Tem as figurinhas marcadas, tem as que fazem demais e as que nunca fazem. (ENF1M3)*

*Minha ACS tem tudo anotado, ela tem a data que fiz meu último preventivo, ela me encontra em algum lugar e já avisa: ‘oohh já está quase fazendo um ano, vou agendar para você e lhe aviso’. (CCU2M4)*

Perante resistências para a realização do exame, por inúmeros motivos, os ACS eram peça-chave na condução das estratégias de detecção precoce da lesão precursora do colo do útero. Todas as usuárias relataram que os ACS as orientavam sobre a importância de realizar o exame, sigilo e capacitação profissional da enfermeira responsável pela coleta:

*Sendo muito sincera com você, eu não gosto de fazer esse exame, cidade pequena todo mundo fala da vida de todo mundo, todo mundo conhece todo mundo. Eu só faço mesmo porque Joana (nome fictício da ACS) me coloca medo, se eu não for fazer e tiver com alguma coisa aí*

*no útero e não descobrir logo pode virar coisa ruim, e porque a enfermeira é muito correta, de confiança, se fosse outra, não sei se faria não. (CCU2M1)*

A chegada do resultado na UBS era informada pelos ACS. As usuárias da zona rural relataram que, embora tivessem que ir à unidade para buscá-lo, os ACS, antecipadamente, informavam a data e o horário para a consulta com a enfermeira ou com o médico, a fim de evitar duplo deslocamento, o que não ocorria na zona urbana:

*Minha agente me avisa que chegou, vou buscar e já mostro para enfermeira, se der alguma coisa, ela já passa a pomada. (CCU2M4)*

*O ACS não entrega, já teve confusão aqui por conta disso, tinha ACS que entregava, aí saía conversa que fulana estava sabendo do resultado da outra fulana, aí a culpa caía em cima do agente que entregou. Eles avisam que chegou, aí a mulher vem, pega com a moça da recepção e já vê um dia para passar comigo. (ENF1M2)*

Em relação à atuação do ACS na linha de cuidado PPP, todos realizavam captação das mulheres no primeiro trimestre da gravidez para início do pré-natal:

*Fazem a captação, o acompanhamento, dão todas as orientações. Marcam as consultas, a primeira é sempre comigo, depois intercalo as consultas com o médico. (ENF1M3)*

Segundo todas as enfermeiras, os ACS prestavam um cuidado muito próximo às gestantes e se empenhavam para conseguir captá-las no primeiro trimestre. Além disso, mantinham o controle da data da última visita, idade gestacional e data do último pré-natal sempre atualizadas. Em localidades de muito difícil acesso, nas quais em situação não prioritárias eram inviáveis visitas mensais, no caso de gestantes, tal periodicidade era garantida pelo ACS:

*Ele vai, quando tem gestante tem que ir. A gente tem uma que mora no alto de uma serra, é uma dificuldade pra chegar na casa dela, de carro não dá pra ir, é muito inclinado, quando está seco, derrapa, quando chove, atola. O agente dela sobe de animal. E se tem gestante em área descoberta os ACS vão também, faço uma escala entre eles e todo mês um sai de sua*

*microárea e vai até a área descoberta, não dá pra fazer isso com tudo, mas com gestante a gente tenta, e eles entendem. (ENF2M3)*

As principais ações realizadas pelos ACS no acompanhamento e visitas das gestantes, relatadas pelas/o enfermeiras/o e ratificadas por usuárias da zona rural, além da captação e agendamento de consultas, era a realização da busca ativa das faltosas, orientações sobre a importância do pré-natal, dos exames, atualização da caderneta vacinal, adoção de hábitos saudáveis de vida e sobre sintomas comuns da gestação e sinais de alerta:

*Ela fica em meu pé, se eu faltar a uma consulta Ave Maria! Mas ela está certa, não acho ruim não, ela é muito cuidadosa, explica tudo, porque é importante eu ir às consultas, fazer os exames, está sempre olhando minha caderneta da gestante e meu cartão de vacina. (PPP2M4)*

Porém, algumas usuárias, principalmente das zonas urbanas, não citaram praticamente nenhuma dessas atividades:

*Só pede pra ver meu cartão da gestante e mais nada. (PPP1M4)*

A visita puerperal na primeira semana de vida do recém-nascido era uma atividade realizada exclusivamente pelos ACS. A enfermagem responsabilizava-se pela consulta puerperal, oportunizada no momento em que os pais levavam o recém-nascido à UBS para a triagem neonatal, o que nem sempre acontecia na primeira semana de vida. Em apenas um município, a visita puerperal do ACS era realizada com a enfermeira. Nessas visitas, as principais orientações eram sobre a importância do aleitamento exclusivo até os seis meses, cuidados com o coto umbilical, vacinas e planejamento familiar:

*Elas vão nas casas. Conferem se estão dando de mamar direitinho, vê o cartão de vacina, faz o cadastro da criança...O agente de saúde é fundamental para uma equipe de saúde, ele nos ajuda muito... (ENF1M1)*

Em um município, a enfermeira criou para os ACS uma cartilha com orientações sobre a condução de cada tipo de visita (gestante, puérpera, criança, idoso), com informações sobre as principais orientações e condutas diante de determinadas situações:

*Percebi que alguns agentes desenvolviam seu trabalho de uma forma melhor, obtinham melhores resultados, faziam visitas mais completas, resolutivas, aí pensei: por que não padronizar? Aí fiz um material simples que tem o que eles não podem deixar de observar e fazer em cada tipo de visita. (ENF2M2)*

Na zona rural do M1, tanto enfermeira como usuárias relataram situações em que o ACS, a qualquer momento do dia ou noite, caso houvesse necessidade, atendia aos chamados da população, inclusive quando mulheres entravam em trabalho de parto e precisavam de assistência para o transporte até o hospital na sede do município:

*Nós trabalhamos de domingo a domingo, como eu moro aqui, eu sinto o que esses agentes passam. Se um paciente nos procurar a gente atende, vão primeiro nela (ACS), se ela não resolver, ela me chama. Já saímos daqui em cima de carro com homem enfartando e mulher parindo...Quando nos procuram, mandam mensagens ou ligam, estamos ligadas 24 horas! Fazemos uma boa dupla (risos). (ENF2M1)*

Sobre a atuação na linha de cuidado HAS, segundo as/o enfermeiras/o, apenas os ACS tinham o registro de todos os hipertensos da área, comorbidades e medicamentos utilizados. Os ACS das zonas rurais agendavam consultas para os usuários com hipertensão e mesmo quando estes compareciam à UBS rural por demanda espontânea com demandas consideradas não urgentes, eram atendidos no mesmo dia devido ao reconhecimento da dificuldade de acesso. Já na zona urbana, os ACS não realizavam agendamento para consultas médicas. O usuário deveria comparecer à UBS em dias destinados ao atendimento de grupo, nos quais eram distribuídas fichas para consulta. Porém, caso o ACS, em visita domiciliar, detectasse a necessidade de uma consulta médica para determinado usuário, poderia realizar o

agendamento. Em casos de acamados ou domiciliados, os ACS viabilizavam a ida do médico ou da enfermeira ao domicílio.

A busca ativa de faltosos era realizada pelos ACS, porém, segundo as/o enfermeiras/o, a captação de novos casos de hipertensão era falha, sobretudo em relação a usuários mais jovens:

*Eu faço as orientações para os agentes de saúde, mas eu percebo que não estão bem conscientes dessa busca ativa. Não está totalmente na rotina deles, as coisas não estão automáticas, eles não chegam na casa e fazem uma procura desse paciente para que a gente consiga captar ele primeiro. A gente tem muito paciente jovem de 20 a 27 anos com pressão alta, então para mim é grave. A gente está falhando, por que esse paciente com 23 anos tão jovem já tá precisando fazer uso dos medicamentos? O que a gente deixou de fazer?*  
(ENF2M1)

Usuários e enfermeiras/o relataram que as principais atividades realizadas nas visitas eram a orientação sobre como controlar a pressão arterial, a partir da alimentação, controle do peso, redução do uso do sal nos alimentos, prática de exercícios físicos e uso correto das medicações. Como a maioria dos usuários com hipertensão eram idosos e tomavam muitos medicamentos, apresentavam dificuldades em ministrá-los de forma correta. Nesse sentido, era comum que os ACS organizassem estratégias para orientá-los:

*Lá em casa sou eu e meu marido que tem essa tal de pressão alta, é muito remédio que a gente toma, um toma o do outro enganado às vezes (risos), só não toma mais, porque a menina que vai lá em casa pega a receita do médico e coloca nossos nomes nas caixas e quando a gente tem que tomar, quando ela desenha a xícara de café é pra tomar de manhã, o sol é pra tomar meio-dia, e a lua, à noite. E ela fiscaliza as cartelas pra ver se a gente está tomando, acho que é minha filha que manda ela fazer isso (risos).* (HAS2M3)

Segundo as/o enfermeiras/o, os ACS possuíam o curso de técnico em enfermagem. Uma usuária com hipertensão da zona rural referiu aferição de pressão durante a visita domiciliar e a realização de curativos, quando necessário:



*Ela mede lá em casa, o aparelho dela está até lá. Ela sempre está tirando a pressão dos “véi” daqui, dos novos ela também tira, mas não é sempre. Dos novos ela cuida mais assim quando tem um acidente, esses dias mesmo o menino caiu de moto, ficou todo ralado, ela vai lá limpar ele todo dia. (HAS2M1)*

O Quadro 5 apresenta um sumário das práticas desenvolvidas pelos ACS a partir das percepções das/o enfermeiras/o e usuários. Os ACS das zonas rurais/interiores dos municípios rurais remotos apresentaram escopo mais ampliado de ações, compatíveis com a identificação das maiores necessidades em saúde e dificuldades de acesso aos serviços nestes territórios.

Quadro 5 – Práticas desenvolvidas pelos ACS, Municípios Rurais Remotos, Semiárido, Brasil, 2019

Linha de cuidado	Ações	Território	
		Sede	Rural
Ações no controle do câncer de colo do útero	Registro sistemático de mulheres em idade elegível a realização do papanicolau	X	X
	Visita domiciliar	X	X
	Orientação sobre importância da coleta do papanicolau	X	X
	Marcação/remarcação da coleta do Papanicolau	X	X
	Busca ativa de faltosas	X	X
	Aviso sobre chegada do resultado	X	X
	Marcação de consulta para apresentar resultado		X
Ações no cuidado a gestante no pré-natal, parto e puerpério	Acompanhamento em outros pontos de atenção	X	X
	Captção das gestantes no primeiro trimestre	X	X
	Controle atualizado de gestantes da microárea	X	X
	Visita domiciliar mensal	X	X
	Orientações sobre importância do pré-natal		X
	Verificação de situação vacinal		X
	Busca ativa de faltosas	X	X
	Indicação da necessidade avaliação com profissional da APS ou de outro nível de atenção	X	X
	Acompanhamento de gestantes encaminhadas para outros níveis de atenção	X	X
	Comunicação à equipe de APS sobre parto e condições de saúde de puérpera e recém-nascido	X	X
	Visita puerperal na primeira semana de vida do recém-nascido	X	X
	Realização de orientações sobre cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar	X	X
Acompanhamento de gestantes em trabalho de parto		X	
Ações no cuidado	Controle atualizado de hipertensos da microárea	X	X

ao usuário hipertenso	Visita domiciliar	X	X
	Orientação sobre uso correto de medicamentos e práticas para uma vida saudável	X	X
	Aferição de pressão arterial no domicílio		X
	Indicação de necessidade consulta com profissional da APS ou em outro nível de atenção	X	X
	Realização de marcação de consultas com profissional da APS	X	X
	Busca ativa de usuários faltosos	X	X
	Acompanhamento de usuários encaminhados para outro nível de atenção	X	X
	Entrega de medicamento no domicílio		X
População geral	Cadastro e atualização cadastral	X	X
	Visita domiciliar	X	X
	Acompanhamento em outros níveis de atenção	X	X
	Orientações sobre uso da água	X	X
	Distribuição de hipoclorito		X
	Realização de curativo no domicílio		X

Fonte: Elaboração própria com base na análise das entrevistas.

## Discussão

Os resultados apontam que as práticas dos ACS nos municípios rurais remotos são forjadas pela premissa da facilitação do acesso aos serviços de saúde, especialmente no interior, onde as dificuldades são reconhecidamente maiores. As enfermeiras apontam o ACS como peça-chave na redução das iniquidades em saúde nesses territórios. Como considera Singh e Sachs<sup>(2)</sup>, esses profissionais são a pedra angular para ampliação da prestação de serviços à população.

A atuação mais ampliada nas zonas rurais/interiores é justificada por maiores dificuldades enfrentadas pelas populações dessas localidades e necessidade de diversificação de práticas que se tornam necessárias para minimizar os efeitos decorrentes da ausência/incipiência de outros recursos assistenciais nos territórios rurais remotos. Ademais, apesar de avanços da ESF na zona rural, há graves problemas referentes à efetividade/resolutividade das equipes de APS nessas localidades, barreiras geográficas de acesso, dispersão territorial e ausência de outros serviços necessários para alcance do cuidado integral<sup>(10)</sup>.

Frente às dificuldades de acesso às UBS, agravadas pela ausência de transporte público em todos os municípios estudados, os ACS rurais agendam, ao contrário daqueles que trabalham na zona urbana, os diferentes tipos de consultas para os usuários. Salienta-se também que os ACS rurais compartilham das mesmas dificuldades da população para acessar as UBS, ou seja, os mesmos não possuem transporte adequado para realizarem as visitas domiciliares e se locomoveram até as UBS<sup>(21)</sup>.

De maneira geral, segundo enfermeiras/o e usuários, os ACS realizam e atualizam o cadastro familiar e individual e a visita domiciliar com periodicidade regular a grupos prioritários, cumprindo as ações previstas como atribuição<sup>(7,22-23)</sup>.

Em relação às informações acerca de usuários que necessitassem de assistência fora da APS, as/o enfermeiras/o são unânimes quanto a definir o ACS como único recurso para acompanhamento de fluxos, devido à inexistência de canais formais de comunicação na rede, realidade que compromete a coordenação do cuidado. Embora não esteja circunscrita ao contexto rural, uma limitada coordenação da informação e da gestão clínica entre os níveis assistenciais compromete a articulação da atenção prestada na RAS e se expressa por experiências de insuficiente comunicação entre os níveis<sup>(24)</sup>.

Os ACS de zonas rurais responsabilizam-se por territórios extensos e com enormes vazios assistenciais, tornando-se, frequentemente, a única opção de cuidado frente à inexistência de aparatos assistenciais técnicos e tecnológicos necessários à população. Conseqüentemente, os ACS são tragados por mecanismos burocráticos e suas práticas comunitárias são substituídas por ações para viabilizar o acesso, ora às UBS, ora aos demais pontos de atenção fora dos municípios rurais remotos. Nesse sentido, as ações como a educação popular em saúde e a vigilância comunitária são secundarizadas e substituídas por mecanismos biomédicos. Segundo Sass *et al.*<sup>(25)</sup>, os ACS devem fortalecer a APS a partir de práticas mais ampliadas, resolutivas e que contribuam para viabilização do acesso, para a

coordenação do cuidado e de tantos outros atributos necessários à uma APS robusta. Porém, não devem perder sua matriz comunitária e a possibilidade de desempenhar o intercâmbio cultural entre o saber popular e os cuidados assistenciais biomédicos, ou seja, não podem ser incorporados, acriticamente, à lógica produtiva voltada prioritariamente ao acesso aos serviços médicos, sobretudo, sob pretexto de substituírem os mecanismo formais de comunicação.

Sobre as ações específicas desenvolvidas segundo as linhas de cuidado, evidencia-se uma atuação mais próxima com as gestantes, para as quais a captação precoce e a priorização da visita domiciliar, acontece mesmo sob enormes dificuldades de acesso ao domicílio. Ademais, não são observadas grandes diferenças nos cuidados às gestantes da sede ou zona rural. Os ACS, mesmo em áreas descobertas, realizam escala e se organizam para garantia de visita domiciliar às gestantes, muito embora não seja uma estratégia utilizada para outros agravos e condições de saúde.

A atuação mais próxima e responsável ao grupo de gestantes era esperada, visto que são, historicamente, um dos principais grupos prioritários da APS em decorrência da necessidade sanitária de redução da mortalidade materna e infantil<sup>(26,27)</sup>.

Na linha de cuidado para as ações no controle do câncer do colo do útero, os ACS se destacam como os principais, muitas vezes os únicos, responsáveis pelo agendamento da coleta do exame de papanicolau e, também, como incentivadores imprescindíveis para realização do exame. Esse tipo de prática, contudo, não é prevalente em outros cenários, especialmente nos grandes centros urbanos, nos quais as próprias mulheres são as responsáveis pelo agendamento do papanicolau, muitas vezes, sem nenhum tipo de controle e priorização sanitária<sup>(28)</sup>. Segundo os autores, na avaliação da adequação do conhecimento, atitude e prática das mulheres acerca da prevenção do câncer do colo do útero, evidenciou-se que apesar de 70% praticarem ações de prevenção ao câncer, apenas 35% apresentam

conhecimento adequado sobre o tema, evidenciando a escassez de atividades de educação em saúde, realidade também observada neste estudo. Este resultado aponta um espaço a ser ocupado nas práticas comunitárias dos ACS e que pode incidir na qualidade do cuidado, mesmo para populações com restrições de acesso assistencial.

Além disso, a responsabilização da mulher pelo agendamento do exame, bem como a necessidade de retorno à UBS para retirada do resultado e novo agendamento para consulta de retorno ampliam o leque de razões para descontinuidade ou não regularidade no controle do CCU<sup>(29)</sup>. Não entregar ou não informar sobre a chegada dos resultados está relacionado com a evolução de lesões precursoras, pois muitas mulheres desistem do cuidado em decorrência do longo intervalo entre a coleta e a chegada do resultado<sup>(29)</sup>.

Nos municípios rurais remotos, essa problemática pode ser evidenciada, em parte, nas sedes dos municípios, visto que os ACS não entregam os resultados, porém avisam sobre sua chegada, ficando a cargo da mulher retirá-los na recepção e agendar uma consulta com médico ou enfermeira. Nas zonas rurais, além de informar sobre a chegada do resultado, os ACS associam sua retirada ao comparecimento à consulta médica ou de enfermagem, o que, para Lopes e Ribeiro<sup>(29)</sup>, é uma estratégia facilitadora no controle do câncer do colo do útero.

Apesar de não realizarem ações educativas sobre o tema, os ACS conseguem que as mulheres elegíveis compareçam, rotineiramente, à coleta por, segundo enfermeiras/o, informarem sobre a importância do exame. Porém, percebe-se na fala das mulheres que o incentivo para a realização do papanicolau parte mais de uma perspectiva amedrontadora do que educacional. As condutas prescritivas, ainda estão muito presentes na APS, utilizadas não só por ACS, mas generalizadas entre os profissionais, as quais são seguidas pelos usuários, não por entendimento da importância de determinada conduta, mas pelo medo<sup>(30)</sup>. São ações e discursos ancorados na prescrição do que se deve ou não fazer, associando o seu descumprimento a desfechos negativos e de culpabilização da mulher<sup>(30)</sup>.

As práticas desenvolvidas no cuidado aos usuários com HAS são mais frágeis, não só do ponto de vista do trabalho do ACS como também de toda a equipe. Embora os ACS tenham o registro dos usuários com hipertensão de suas microáreas, a captação de possíveis novos casos foi considerado deficiente pela maioria das/o enfermeiras/o. Porém, a dificuldade do diagnóstico da hipertensão arterial, assim como de outras doenças crônicas não transmissíveis, deve ser considerada, uma vez que a falta de sinais e sintomas retardam esses diagnósticos. Em estudo realizado em 34 UBS em um município do Nordeste, concluiu-se que tanto a atenção ao indivíduo hipertenso por profissionais de nível superior, quanto o enfoque familiar e comunitário possuem fragilidades que necessitam ser reavaliadas para o estabelecimento do tratamento adequado e para a captação precoce<sup>(31)</sup>.

Todos os ACS realizam orientação individual sobre hábitos saudáveis de vida e verificam o uso de medicamentos. Apesar da orientação sobre o uso racional de medicamentos ser uma prática muito comum entre os ACS, muitos não sentem segurança em realizá-lo<sup>(32)</sup>.

Os ACS rurais realizavam a aferição da pressão arterial no domicílio de usuários com hipertensão, prática não muito comum nas sedes desses municípios e que nacionalmente provoca discordâncias da própria categoria<sup>(33)</sup>. Nos municípios do estudo, quase a totalidade dos ACS eram técnicas/o de enfermagem e realizam procedimentos no domicílio.

Mesmo sem a formação técnica em enfermagem, em 2017, com a reedição da PNAB, algumas ações de cunho clínico como, por exemplo, a aferição de pressão arterial e realização de curativos, foram adicionadas ao escopo de práticas do ACS, sob determinados critérios. Essa mudança causou muitas controvérsias no meio acadêmico e entre a própria categoria que se divide entre os que defendem e os que desencorajam tais práticas<sup>(33)</sup>.

Embora considerem legítimas as preocupações, Almeida *et al.*<sup>(34)</sup> ponderam que a ampliação das atribuições dos ACS é uma agenda da própria categoria, já pleiteada no

Congresso Nacional por meio do Projeto de Lei nº 6.437/2016. Ademais, essas ações de cunho mais clínico, mesmo antes de regulamentadas pela nova PNAB, já foram documentadas como práticas desenvolvidas por ACS, como evidenciado no presente estudo. Ademais, em contextos de ruralidade, caracterizados pela precarização dos serviços de saúde, dificuldade de acesso e existência de populações em condições de isolamento geográfico a diversificação de práticas pode ser um dispositivo para mitigar a desassistência<sup>(35)</sup>.

### **Conclusão**

O ACS está presente em quase 100% dos municípios brasileiros. Representa um importante promotor do acesso aos serviços de saúde, principalmente em contextos com escassa provisão de serviços de saúde. Em sua atuação nos municípios rurais remotos, fica evidente maior atenção às gestantes, apesar de desenvolverem ações no cuidado aos demais grupos prioritários e usuários em geral, sobretudo para viabilização do acesso.

Os ACS que atuam nas zonas rurais do país desenvolvem ações diferenciadas daqueles dos centros urbanos; e mesmo no interior dos municípios classificados como rurais, essas práticas se diferenciam. São profissionais necessários em contextos de rarefação de serviços e para materialização dos princípios do SUS, embora sua atuação tenha que se apoiar nas necessidades diversificadas dos diferentes territórios. Além disso, não devem ser considerados panaceia para todos os problemas, uma vez que, os limites de sua atuação refletem, em grande medida, as fragilidades da própria APS. Por fim, destaca-se que para que alcancem as expectativas depositadas sobre seu trabalho, os ACS precisam ser apoiados financeira, tecnicamente e estarem inseridos em sistemas de saúde estruturados e capazes de responderem, conjuntamente, às demandas de saúde das populações.

## Referências

1. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community Health Workers in Low-, Middle-, and High-Income Countries: An Overview of Their History, Recent Evolution, and Current Effectiveness. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:399-421. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182354
2. Singh P, Sachs JD. 1 million community health workers in sub-Saharan Africa by 2015. *Lancet*. 2013;382(9889):363-5. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62002-9
3. Taylor-Ide D, Taylor CE. Ding Xian: the first example of community-based development. In: Taylor-Ide D, Taylor CE. *Just and Lasting Change: When Communities Own Their Futures*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ. Press, Fut. Gener. 2002. p. 93-101
4. Scott K, Beckham SW, Gross M, Pariyo G, Rao KD, Cometto G, et al. What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Hum Resour Health*. 2018;16(1):39. doi: 10.1186/s12960-018-0304-x v
5. Morosini MVGC, Fonseca AF Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde Debate*. 2018;42(spe1):261-74. doi: 10.1590/0103-11042018S117
6. Brasil. Ministério da Saúde. Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde. e-Gestor Atenção Básica [Internet]. 2021 [citado 2021 mar. 5]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436. 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). *Diário Oficial da União*, 22 set. 2017.



8. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(116):11-24. doi: 10.1590/0103-1104201811601
9. Maciel FMB, Santos HLPC, Carneiro RAS, Souza EA, Prado NMBL, Teixeira CFS. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(suppl 2):4185-95. doi: 10.1590/1413-812320202510.2.28102020
10. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde debate*. 2018;42(1):302-314. doi: 10.1590/0103-11042018S120
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
12. Marinho CS, Bispo Júnior JP. Supervisão de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: entre controle, apoio e formação. *Physis*. 2020;30(3):1-13. doi: 10.1590/S0103-73312020300328
13. Fausto MCR, Fonseca HMS, Goulart VMP. Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil. Relatório de Pesquisa. Redeaps. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz;2020.Disponívelem:<https://redeaps.org.br/wpcontent/uploads/2019/09/Rural-ENSP.pdf>. Acesso em: 20 de outubro de 2020.
14. Silva ASS, SÁ IB, Brito LTLB. Perfil do semiárido rural brasileiro: Índice de Vulnerabilidade socioeconômica e ecológica dos estabelecimentos Agrários – IVA. In: Anais do 9. Simpósio Brasileiro de Captação e Manejo de Água de Chuva; 2014, Feira de Santana, BA. Feira de Santana; 2014.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª reimpressão. Lisboa: Edições 70; 2016.

16. Baptistini RA, Figueiredo TAM. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. *Ambiente Soc.* 2014;17(2):53-70. doi: 10.1590/S1414-753X2014000200005
17. Gomes KO, Rosângela Minardi Mitre Cotta, Mariângela Leal Cherchiglia, Sandra Minardi Mitre, Rodrigo Siqueira Batista. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saude soc.* 2009;18(4):744-55. doi: 10.1590/S0104-12902009000400017
18. Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(1):197-203. doi: 10.1590/S0102-311X2004000100036
19. Silva JA, Dalmaso ASW. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
20. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(6):1639-46. doi: 10.1590/S0102-311X2002000600018
21. Riquinho DL, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. *Trab Educ Saúde.* 2018;16(1):163-82. doi: 10.1590/1981-7746-sol00086
22. Garcia ACP, Andrade MAC, Lima EFA, Rocha EMS, Lima RCD. Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde Debate.* 2018;42(118):606-17. doi: 10.1590/0103-1104201811805
23. Barreto ICHC, Pessoa VM, Sousa MFA, Nuto SAS, Freitas RWJF, Ribeiro KG. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. *Saúde Debate.* 2018;42(spe1):114-29. doi: 10.1590/0103-11042018S108

24. Mendes LS, Almeida PF, Santos AM, Samico IC, Porto JP, Vázquez M-L. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(5):e00149520. doi: 10.1590/0102-311X00149520
25. Sass AL, Hugo FN, Silva AH, Corralo DJ, Trentin MS. Construção de atribuições em saúde bucal para Agentes Comunitários de Saúde através da técnica de Delphi. *Ciênc e Saúd Coletiva*. 2021;26(3): <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.04232019>.
26. Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):349-360. doi: 10.1590/S1413-81232011000100037.
27. Marques LB, Tomasi YT, Saraiva SS, Bonig AF, Geremia DS. Orientações a gestantes no pré natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária à saúde. *Esc. Anna Nery*. 2021;25(1): <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>.
28. Melo EMF, Linhares FMP, Silva TM, Pontes CM, Santos AHS, Oliveira SC. Câncer cervico-uterino: conhecimento, atitude e prática sobre o exame de prevenção. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 3):30-6. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0645
29. Lopes VAS, Ribeiro JM. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(9):3431-42. doi: 10.1590/1413-81232018249.32592017
30. Lima AF, Machado FIS. Médico como arquiteto da escolha: paternalismo e respeito à autonomia. *Rev Bioét*. 2021;29(1):44-54. doi: 10.1590/1983-80422021291445
31. Santos FGT, Mezzavila VAM, Rêgo AS, Salci MA, Radovanovic CAT. Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. *Saúde Debate*. 2019;43(121):489-502. doi: 10.1590/0103-1104201912116

32. Guimarães MSA, Tavares NUL, Naves JOS, Sousa MF. Estratégia saúde da família e uso racional de medicamentos: o trabalho dos agentes comunitários em palmas (TO). *Trab Educ Saúde*. 2017;15(1): 183-203. doi: 10.1590/1981-7746-sol00037.
33. Silva TL, Soares AN, Lacerda GA, Mesquita JFO, Silveira DC. Pol[ítica Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Saúde Debate*. 2020;44(124): <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012404>.
34. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e180. doi: 10.26633/RPSP.2018.180
35. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro F, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(8):2253-62. doi: 10.1590/S1413-81232013000800009

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a atuação do ACS no contexto dos MRR do semiárido nordestino ratifica a importância desse ator para a construção de um SUS verdadeiramente universal e integral. Enormes são os abismos entre as condições de vida e saúde das populações que vivem no campo e nos centros urbanos. A lógica de ocupação dos territórios rurais, aliada às barreiras geográficas impostas, é incontestavelmente um desafio a ser superado para o alcance de melhores condições de saúde da população rural. Porém, a essa característica inerente ao contexto rural, não pode ser imputada a responsabilidade de todos os problemas existentes nesses locais, visto que, mesmo em localidades próximas a centros urbanos e com acesso razoável ou bom, as desigualdades são absurdas.

Os municípios de pequeno porte sofrem pelo crônico subfinanciamento estadual e federal, não conseguindo implantar políticas públicas – dessas, principalmente as sociais, de forma efetiva, visto que, a arrecadação municipal não supre as enormes necessidades. A APS, que deveria coordenar e ordenar o cuidado na rede de atenção, não consegue fazê-lo, em grande parte porque essa rede não existe, ou é tão fragilizada que a APS, principalmente no interior desses municípios, é único serviço disponível e faz o enfrentamento sozinha dos principais problemas de saúde da população.

No enfrentamento desses problemas, o ACS se destaca como o promotor do acesso e redutor de iniquidades. Esses profissionais vivenciam as mesmas dificuldades das populações que atendem, talvez por isso estejam sempre dispostos a ir além do que a profissão exige, estão disponíveis 24 horas, por toda a semana, situação que inevitavelmente impacta em sua saúde, principalmente no desgaste físico e mental.

Apesar da classificação de municípios rurais, a lógica de vida no interior se distingue entre sede e localidades rurais, e a mesma lógica segue o trabalho do ACS. Nas sedes, as UBS são próximas às residências, os usuários vão a pé buscar atendimento, seja nas unidades ou nos hospitais de pequeno porte. O mesmo não acontece com os residentes nas zonas rurais, que têm como referência UBS muitas vezes localizadas a quilômetros de distância, não possuindo transporte público, o que também exige estratégias de locomoção diferenciadas para que o ACS realize seu trabalho.

A figura do educador, mobilizador social e líder comunitário tão associada à pessoa do ACS não é percebida no contexto deste estudo. A atuação em ações coletivas de educação em saúde é praticamente inexistente, sendo absorvida por práticas que buscam viabilizar principalmente o acesso, seja a consultas na APS, na atenção especializada, a medicamentos, exames, dentre outros.

O ACS destaca-se ainda como o principal coordenador do cuidado, visto que, para além de fazer agendamentos de consultas/exames, muitos viabilizam o transporte e até acompanham os usuários em atendimentos na atenção especializada. Além disso, são os únicos que conseguem acompanhar e informar a APS sobre o tratamento de usuários encaminhados para outros pontos da rede, pois os canais de troca de informação entre a rede são inexistentes.

Quando analisadas a partir de cada linha de cuidado, a atuação dos ACS, principalmente no que se refere às gestantes, é esperada, visto que, entre os grupos prioritários da APS, as gestantes são as “meninas dos olhos” da ESF, e a elas tenta-se prestar uma atenção mais próxima possível do que é preconizado. Muitos são os esforços para alcançar esse grupo; mesmo em áreas de difícil acesso e em regiões descobertas, a visita do ACS é garantida, o que não acontece com outros grupos.

Apesar dessa diferença do cuidado entre os grupos, os ACS desenvolvem ações fundamentais no controle do CCU, principalmente a marcação do papanicolau e a busca ativa de mulheres para realização do exame. Entretanto, não entregar o resultado pode acarretar desfechos negativos, como a evolução de lesões precursoras, visto que, devido à morosidade na chegada desses resultados, muitas mulheres acabam por não os buscar. Na zona rural, esse problema é minimizado pelo agendamento de consulta prévia realizada pelo ACS antes de informar à mulher sobre a chegada do resultado.

Sobre o cuidado com o usuário hipertenso, muitas enfermeiras consideram hipossuficiente, principalmente no que se refere à captação de novos casos de hipertensos jovens, porém, a fragilidade do cuidado a esse usuário perpassa por toda equipe, que não possui registro sistematizado dos hipertensos da área, não realizam estratificação de risco cardiovascular, não realizam ações de educação em saúde para o grupo e atendem a esses usuários ainda na lógica da queixa-conduta, não garantindo atendimento continuado para acompanhamento da efetividade do tratamento. Apesar de todas as deficiências referidas no cuidado a esse grupo, parte dos ACS rurais realizam aferição da pressão arterial no domicílio,

impedindo que o usuário precise se deslocar por longas distâncias apenas para aferir a pressão arterial. Com isso, ainda realizam encaminhamentos mais direcionados, por exemplo, quando um usuário está com a pressão alta, com queixa de cefaleia ou dor precordial. Muitos ACS rurais também retiram anti-hipertensivos da UBS e levam até o domicílio para evitar deslocamento desnecessário.

Apesar de reconhecermos as limitações do presente estudo, uma vez que não foi realizada investigação que pudesse identificar as práticas desenvolvidas pelo ACS a partir de amostra representativa de usuários, parece possível concluir a indispensabilidade do ACS nas equipes de APS, não só em contextos rurais, mas nos diversos contextos encontrados no País com necessidades diversas.

Ter ou não o ACS como integrante das equipes de APS não deve ser uma opção. As atuais políticas públicas que, entre os vários retrocessos e ataques ao SUS, relativizam a presença dos ACS nas equipes precisam ser questionadas, bem como ser objeto de luta pela garantia do direito integral à saúde no SUS.

Por fim, assim como a APS não consegue desempenhar suas funções em seu mais alto nível de resolutividade sem estar fortalecida dentro de uma rede bem estruturada, o ACS sozinho também não consegue desenvolver suas funções. Para tal, necessita-se de apoio financeiro, técnico e estrutural das gestões e equipes, que permitam o desenvolvimento pleno e ampliado de suas funções.

## **7 PERSPECTIVAS DE ESTUDOS**

A partir dos achados deste estudo, podem ser desenvolvidas novas pesquisas que avaliem as práticas do ACS na perspectiva de outros sujeitos, a fim de identificar as principais funções desse profissional. Este estudo apresenta resultados que podem apoiar o desenvolvimento de documentos norteadores da função do ACS a partir do contexto de atuação, seja em territórios rurais ou urbanos, objetivando, assim, melhorias na assistência à saúde e aumento da resolutividade e potencialidade desse ator tão importante e necessário para o fortalecimento do SUS.



## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. S. W.; MARTINS, P. Atributos essenciais e qualificadores da atenção primária a saúde. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 1-2, 2012. Suplemento.
- ALELUIA, I. R. S. *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1845-1856, 2017.
- ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panam Salud Publica**, Washington, DC, v. 42, 2018.
- ALMEIDA, P. F. Atención primaria de salud en un sistema universal: El caso de Brasil. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Atención Primaria de Salud en Sulamérica**. Rio de Janeiro: Isags: Unasur, 2015. p. 155-194.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.
- ALMEIDA, P. F.; MARIN, J.; CASOTTI, E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 373-398, 2017.
- ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 80, 2016.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 19, , p. 375-391, 2012.
- ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, D. P.; DUARTE, F. J. C. M. Trabalho de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: meta-síntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 14, 2018.
- AQUINO, R. *et al.* Estratégia Saúde da Família e reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 353-371.
- ARBOIT, J. *et al.* Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 506-517, 2018.
- ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00213816, 2018.
- ÁVILA, M. M. M. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, 2011.

BAPTISTINI, R. A.; FIGUEIREDO, T. A. M. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 53-70, 2014.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. Temas em Saúde collection.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70 Lida, 1977. p. 09.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 114-129, 2018. Número especial.

BATISTA, E. H. A. **Entre trânsitos permanentes e permanências transitórias**: estudo sobre a reprodução social de famílias rurais pobres em Itinga, Minas Gerais, Brasil. 2016. 374 f. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista (FCT/UNESP), Presidente Prudente, 2016.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. **Revista Cadernos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, e00037316, 2017.

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

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 316, 8 fev. 2007.

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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 28 jun. 2011.

BRASIL. Decreto-Lei nº 311 de 2 de março de 1938. Dispõe sobre a divisão territorial do país, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2 mar. 1938.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1-4, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Brasília, 1999. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 5 out. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 71-76, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.886, de 18 nov. 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 11-13, 22 dez. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 11 jul. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa “Saúde na Hora”, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 122, 17 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 48-54, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 97, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

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. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1509-1520, 2010. Suplemento.

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M.; TEIXEIRA, A. C. A. **Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde**. Brasília, DF: UNB, 2017.

CARVALHO, F. C. D.; VASCONCELOS, T. B. Modificações nos indicadores sociais da região nordeste após a implementação da atenção primária. **Trabalho educação e saúde**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019.

CAZOLA, L. H. O. *et al.* Incorporação das atividades de controle da dengue pelo agente comunitário de saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 113-122, 2014.

CERQUEIRA, J. P.; ALVES, S. M. C. A Constitucionalidade do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**. Brasília, v. 5, n. 2, p. 91-107, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: Conass, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Integration de soins: dimensions et mise en oeuvre. **Ruptures, revue transdisciplinaire en santé**, Montreal, v. 8, n. 2, p. 38-52, 2001.

COSTA, S. M.; ARAÚJO, F. F. Auxiliares odontológicos contra agentes comunitários de saúde: semelhanças e contrastes. **Revista de Odontologia da UNESP**. Araraquara, v. 42, n. 5, p. 350-356, 2013.

COSTA, S. M.; ARAÚJO, F. F.; MARTINS, L. V. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

COUTO, M. P. **O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil**. 2015. 198 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

CRISPIM, J. A. *et al.* Agente comunitário de saúde no controle da tuberculose na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 25, n. 5, p. 721-727 2012.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1029-1042, 2011. Suplemento.

DAMASCENO, R. F.; SILVA, P. L. N. Competência cultural na atenção primária: algumas considerações. **Journal of Management & Primary Health Care**, Uberlândia, v. 9, 2018.

DANTAS, D. N. A. *et al.* Ações do agente comunitário de saúde no diagnóstico da tuberculose pulmonar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v. 12, p. 980-994, 2011. Número especial.

DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 13-33, 2014. Número especial.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S.; GOULART, V. M. P. **Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil**. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47633>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, M. H. S. **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Editora Saberes, 2013.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente comunitário de saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011.

FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. A integralidade das práticas dos médicos cubanos no Programa Mais Médicos na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, 2018.

GARNELO, L. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 8199, 2018. Número especial.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 21-23, 2008. Suplemento.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 2543-2556, 2021. Suplemento.

GIOVANELLA, L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária a Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 516-518.

GOMES, K. O. *et al.* Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1473-1482, 2009. Suplemento.

GONÇALVES, H. *et al.* Estudo de base populacional na zona rural: metodologia e desafios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 1, 3s, 2018. Suplemento.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S331-S336, 2004. Suplemento.

HARZHEIM, E. *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. 274-84, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: resultados do universo. [S. l.: s. n.], 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>. Acesso em: 17 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

KLUTHCOVSKY, A. C. G.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 23–29, 2006.

LANZONI, G. M. M.; CECHINEL, C.; MEIRELLES, B. H. S. Agente comunitário de saúde: estratégias e consequências da sua rede de relações e interações. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 123-131, 2014.

LAVOR, A. C. H. O agente comunitário: um novo profissional da saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 16-19.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, jan.-fev. 2004

LIMA, A. N.; SILVA, L.; BOUSSO, A. Visita Domiciliária Realizada pelo Agente Comunitário de Saúde sob a Ótica de Adultos e Idosos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 889-897, 2010.

LÚCIO-GARCÍA, C. A.; RECAMAM, A. L.; ARREDONDO, A. Evidencias sobre la inequidad en la distribución de recursos humanos en salud. **Horizonte sanitario**, Villahermosa, v. 17, n. 1, 77-82, 2018.

MACINKO, J. *et al.* Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MALTA, D. C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária a Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 18 mar. 2020.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, 2018. Número especial.

MENDES, A. C. G. *et al.* Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.

MENDES, E. V. **A construção Social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Opas, 2011.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIRANDA, C.; SILVA, H. (org.). **Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras**. Brasília: IICA, 2013. (Série Desenvolvimento Rural Sustentável; v. 21).

MOREIRA, T. N. F. *et al.* A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de saúde da família. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 261-274, 2018. Número especial

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

NUNES, C. A. *et al.* Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 127-144, 2018. Número especial.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

OLANIRAN, A. *et al.* Who is a community health worker? a systematic review of definitions. **Global Health Action**, Philadelphia, v. 10, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5328349/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Desafios para assegurar a acessibilidade e a disponibilidade a assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017.

OLIVEIRA, C. I.; CUTOLO, R. L.A. Integralidade: Algumas Reflexões. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 146-152, 2018.

OLIVEIRA, F. P.; SANTOS, L. M. P.; SHIMIZU, H. E. Programa mais médicos e diretrizes curriculares nacionais: avanços e fortalecimento do sistema de saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2019.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 158-164 2013. Número especial.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Regional typology**. Paris: OECD, 2011.

PADRE, P. M. M.; FILHO, I. E. M.; RODRIGUES, V. P. Programa mais médicos sob olhar dos usuários: uma pesquisa avaliativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2019.

PESSOA, V. M. **Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família**. 2015. 314 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

PESSOA, V. M. *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 302-314, 2018.

PITILIN, E. B.; LENTSCCK, M. H. Atenção Primária à Saúde a partir da percepção de mulheres residentes em área rural. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 726-732, 2015.

RIQUINHO, D. L. *et al.* O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trabalho educação e saúde**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 163-82, 2018.

RODRIGUES, A. A. A. O.; SANTOS, Adriano M.; ASSIS, M. M. A. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 907-915, 2010.

SAMPAIO, L. F. R. Mais uma história de mineiro. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 46-51.



SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Agentes comunitários de saúde na atenção primária no Brasil: multiplicidade de atividades e fragilização da formação. **Revista Trabalho educação e saúde**. Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p.745-770, 2017.

SANTANA, V. C.; BURLANDY, L.; MATTOS, R. A. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 120, p. 159-169, 2019.

SANTOS, A. M. A.; JACINTO, P. A. O Impacto do Programa Saúde da Família Sobre a Saúde das Crianças da Área Rural do Brasil. **Revista Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 227-246, 2017.

SANTOS, W. *et al.* Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. **Saúde em debate**, v. 43, n. 120, p. 256-268, 2019.

SCHEFFER, M. (coord.). **Demografia médica no Brasil 2020**. São Paulo: Departamento de Medicina preventiva da faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Conselho Federal de Medicina (CFM), 2020.

SCHEIL-ADLUNG, X. **Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries**. Geneva: ILO, 2015.

SHIMIZU, H. E. *et al.* Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. **Revista da escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v. 52, 2018.

SILVA, A. S. S.; SÁ, I. B.; BRITO, L. T. L.B. Perfil do semiárido rural brasileiro: Índice de Vulnerabilidade socioeconômica e ecológica dos estabelecimentos Agrários – IVA. *In*: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE CAPTAÇÃO E MANEJO DE ÁGUA DE CHUVA, 9., 2014, Feira de Santana. **Anais [...]**. Feira de Santana, 2014.

SILVA, E. R. P. *et al.* Atuação dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 488-497, 2012.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, J. F. S. **Acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços no sistema único de saúde**. 2017. 208 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 47-53, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. C. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. *In*: BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TAQUETTE, S. R. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1923-1932, 2017.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS, A. L. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Medbook, 2014. p.120-143.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S190-S198, 2004. Suplemento.

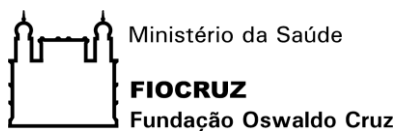
WAKERMAN, J. *et al.* Is remote health different to rural health? **Rural and Remote Health**, [s. l.], v. 17, n. 2, 3832, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030**. Genebra: WHO, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre, RS: Bookman, 2005.

## ANEXOS

## ANEXO A – Roteiro de Entrevista – ACS



**PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL**

**Roteiro de Entrevista – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

**Objetivos específicos**

Reconhecer as estratégias desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde – ACS para responder às necessidades em saúde das populações residentes em áreas rurais e remotas;

Identificar especificidades do trabalho do ACS em municípios rurais e remotos;

Conhecer as dificuldades da população em municípios rurais remotos para acesso e uso dos serviços de saúde;

Conhecer o trabalho do ACS na Estratégia Saúde da Família – ESF e na Estratégia Agentes Comunitários de Saúde – EACS.

**Data da entrevista:**

**Hora de Início:**

**Final:**

**Duração:**

**Entrevistadores:**

*Entrevistador:*

- *Após apresentação introduzir os objetivos gerais da pesquisa, ler e solicitar assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);*
- *Estar atento aos objetivos do estudo que constam no cabeçalho;*

### Perfil do(a) entrevistado(a)

Código ID:	
Entrevistado (a):	
Idade:	Sexo: ( ) M ( ) F
Tempo como ACS (em anos):	
Escolaridade: ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental ( ) Médio incompleto ( ) Médio ( ) Superior incompleto ( ) Superior	
Representação em órgão colegiado. ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual:	
Função anterior:	
No mesmo município: ( ) Sim ( ) Não	
Local de trabalho atual:	
Endereço profissional:	
E-mail:	
Telefone de contato:	
Vínculo Trabalhista no município:	
Outro vínculo além de ACS: ( ) Sim ( ) Não Qual:	
Onde:	

### Introdução

Antes de começarmos a abordar os temas da pesquisa, gostaríamos que nos contasse um pouco da sua experiência profissional até se tornar ACS, aqui no município/estado e/ou fora dele.

Desde quando trabalha como ACS, mora na área de atuação? Como foi o processo seletivo?

Que tipos de atividades de formação ou educação permanente para atuar como ACS você participou quando começou a trabalhar na UBS? E no último ano?

Qual o tipo da sua equipe (ESF, EACS, ESFR, ESFF)?

## 1. Características do território e população

Como foi definida sua microárea/ território de atuação?

O Sr.(a) é responsável pelo acompanhamento de quantas pessoas e famílias?

Quais são as características da população residente em sua área de atuação? (Tamanho, faixa etária, sexo, povos e populações tradicionais, assentados, MST, indígenas, quilombolas)

Como é a questão de saneamento básico no seu território: Abastecimento de água, tratamento, coleta e destino de lixo, esgotamento, destino dos dejetos?

Quais os principais problemas sociais/ambientais/geográficos que você percebe no seu território? Tem algum problema específico de área rural?

Existe alguma situação climática em que as populações da sua área de atuação ficam isoladas ou precisam mudar de endereço temporariamente? (Cheias, secas)

Nestes casos, como o Sr.(a) faz para acompanhar estas pessoas/famílias?

No território de atuação da equipe existe casos de exposição e intoxicação por substâncias químicas (contaminação direta ou indireta e/ou envenenamento por: agrotóxicos, alimentos, água contaminada, animais peçonhentos, outros).

Quais os problemas de saúde que são mais comuns no seu território? Tem algum problema específico de área rural?

Tem alguma ação específica realizada na área rural, seja da área da saúde ou por outros setores? (Malária, acidentes, agrotóxicos)

## 2. Acesso à UBS

Em sua opinião quando a população de sua área precisa de atendimento em saúde, quais os serviços ou recursos da comunidade procura primeiro? (UBS, UPA/urgência, hospital, farmácia, consultório particular, outros).

O Sr.(a) reconhece algum tipo de dificuldade/barreira para o acesso da população da sua área à UBS? O(a) Sr.(a) poderia dar exemplo de alguma barreira/dificuldade:

Geográfica (distância, rio, tipo de transporte)

Organização da UBS e da equipe (horários de profissionais, ausência de algum profissional)

Financeira que dificulta o acesso da população a esta UBS

Qual a maior distância e tempo percorridos para acesso da população de sua área à UBS?

Qual a forma habitual de deslocamento dos usuários da casa até a UBS: ( ) a pé; ( ) de ônibus; ( ) de carro próprio; ( ) outro meio. Especifique: \_\_\_\_\_

Tempo gasto para deslocamento da casa até UBS: \_\_\_\_ minutos

Quando é necessário tomar uma condução, quanto um usuário gasta com condução para ir e voltar da UBS: \_\_\_\_ Reais

### 3. Estrutura da UBS

Quais os dias e horários de funcionamento da UBS?

Como é a estrutura da UBS onde você trabalha? Considera a infraestrutura adequada para atendimento da população? E para o desenvolvimento do seu trabalho?

A UBS disponibiliza os instrumentos necessários para desenvolver o trabalho nas comunidades e visitas? (ex: balança, folhetos educativos, fichas e-SUS, hipoclorito, saís de reidratação oral, protetor solar, uniforme, identificação funcional)

O/a Sr/a necessita de transporte para realizar o seu trabalho? Há disponibilidade de transporte para realização de seu trabalho no território? Quem fornece o transporte? É adequado e suficiente para realizar suas atividades de ACS?

### 4. Processo de trabalho – escopo de práticas

Fale-nos sobre a composição da sua equipe AB (existência de saúde bucal, apoio matricial – NASF, agentes de endemias, e outros profissionais além da equipe mínima, caso haja).

Como é o seu trabalho na UBS? Que tipo de ações realiza dentro da UBS?

Realiza acolhimento ( ) sim ( ) não. Como?

Quais as atividades que você desenvolve no território? Pode nos falar quais as atividades que você como ACS realiza na sua rotina diária /semanal? Tendo como exemplo a última semana de trabalho que atividades o/a Sr/a realizou?

Escopo das práticas: Quais as ações realizadas?

Acompanhamento do pré-natal ( ) sim ( ) não. Como?

O (A) Sr(a) sabe quantas gestantes tem na sua área?

Acompanhamento do hipertensão ( ) sim ( ) não. Como?

O (A) Sr(a) sabe quantos hipertensos tem na sua área?

Acompanhamento de diabetes ( ) sim ( ) não. Como?

O (A) Sr(a) sabe quantos diabéticos tem na sua área?

Acompanhamento de caderneta vacinal ( ) sim ( ) não. Como?

Acompanhamento de puericultura ( ) sim ( ) não. Como?

O (A) Sr(a) sabe quantos menores de dois anos tem na sua área?

Acompanhamento de pessoas com tuberculose ( ) sim ( ) não. Como?

O (A) Sr(a) sabe quantas pessoas com tuberculose tem na sua área?

Acompanhamento de hanseníase ( ) sim ( ) não. Como?

O (A) Sr(a) sabe quantas pessoas com hanseníase tem na sua área?

Acompanhamento de pessoas acamadas? ( ) sim ( ) não. Como?

O (A) Sr(a) sabe quantas pessoas acamadas tem na sua área?

Acompanhamento de pessoas de saúde mental? ( ) sim ( ) não. Como?

O (A) Sr(a) sabe quantas pessoas de saúde mental tem na sua área?

Realiza visita domiciliar ( ) sim ( ) não

Como é a visita domiciliar? O que faz na visita domiciliar? (Faz orientações sobre alimentação saudável? Controlar o peso? Dieta? Reduzir o sal na comida? Sobre a necessidade de realizar exercícios físicos? Para não fumar?)

Informa sobre a importância da água potável ou cisterna? ( ) sim ( ) não

Realiza busca ativa ( ) sim ( ) não

Caso um usuário em acompanhamento falte à consulta marcada o/a sr/a procura o usuário?

O(a) Sr(a) comunica usuários sobre a marcação de consultas?

## **5. Processo de trabalho – grupos e articulação com outros profissionais**

O(A) senhor(a) organiza ou participa de algum grupo com usuários? Como são organizados os grupos? (Para quais temas, como são os grupos e qual a sua frequência?)

Os grupos são sobre quais temas? (Ex.: hiperdia, planejamento familiar, etc) Detalhe os principais conteúdos. O que é feito no grupo?

Onde o grupo é realizado? UBS? Na comunidade?

Qual é a forma dos encontros? (palestras, oficinas, rodas de conversa, consulta coletiva?)

Quem conduz/coordena o grupo?

Quem participa dos grupos? Quantas pessoas em geral participam?

Com que frequência os grupos são realizados?

Participa de reunião de equipe com outros profissionais além do enfermeiro?

O(a) sr(a) desenvolve ações integradas com o agente de combates a endemias (ACE)? Quais?

Existe Academia da Saúde aqui? Há algum tipo de articulação da UBS com a Academia da Saúde? O Sr(a) participa de alguma atividade na Academia da Saúde?

Qual foi a ação/acompanhamento mais difícil que já teve que realizar nas áreas rurais de difícil acesso do seu território?

## **6. Formação e qualificação para o trabalho do ACS**

Existe algum profissional da equipe AB responsável por acompanhar ou fazer a supervisão de seu trabalho? Quem? Como é realizada? (*entrega da produção, número de visitas, número de gestantes, etc.*)

Existe algum profissional da equipe AB responsável por realizar suas atividades de formação? Quem? Como é realizada?

Quando iniciou o trabalho como ACS, quais os cursos de formação que realizou?

E mais recentemente, participou de alguma formação? Quais?

Qual o profissional da equipe de AB que o sr(a) tem maior proximidade para discussão de algum caso, realização de visita ou outra atividade na atenção básica?

O Sr(a) pode nos falar sobre o processo de preparação da sua equipe para participar da avaliação do PMAQ?

## **7. Interculturalidade**



Existem cuidadores tradicionais e práticas populares em seu território de atuação? (garrafadas, parteiras, curandeiros, benzedeiras, pajés, puxadores, outros)

O Sr.(a) desenvolve ações específicas junto às populações tradicionais? Pode falar sobre essas ações, como são desenvolvidas?

A população faz uso de plantas medicinais?

A infraestrutura de sua UBS tem alguma adaptação especial para atendimento a populações específicas (indígenas, ribeirinhos)?

## **8. Relação AB e atenção especializada/hospitalar**

Quando um usuário de sua área precisa de alguma consulta com especialista, como é feita a marcação e para onde, geralmente, os usuários são encaminhados?

Qual a maior distância e tempo percorridos para acesso ao serviço especializado?

Quando o usuário precisa de algum exame especializado, como é feita a marcação e para onde, geralmente, os usuários são encaminhados?

Quando a marcação da consulta com especialista ou exame é marcado, quem se responsabiliza por avisar ao usuário? Como é feita esta comunicação?

O Sr.(a) consegue acompanhar se o usuário foi à consulta/exame especializado? De que forma realiza este acompanhamento?

Quando um usuário de sua área precisa de uma internação hospitalar quais são os serviços de saúde disponíveis? Como consegue ser internado?

Qual a maior distância e tempo percorridos para acesso ao hospital?

Os usuários que recebem alta do hospital são acompanhados pela equipe AB/SF? Como? Como a equipe de AB é informada da alta hospitalar?

O Sr(a) percebe alguma dificuldade nesse acesso ao especialista, aos exames especializados e à internação no hospital? Quais são estas dificuldades?

## **9. Transporte sanitário e rede de urgência em áreas rurais**

Há algum transporte coletivo regular nas áreas mais distantes?

A população conta com transporte oferecido pela prefeitura para acessar os serviços especializados e o hospital? Como está organizado este transporte? (barcos, compra de passagens, vans, outros)

Em uma situação de urgência, qual serviço a população procura? Como se dá o acesso?

O SAMU ou serviço de urgência atende as áreas acompanhada pelo Sr.(a)? De que forma?

Pode dar um exemplo de situação de urgência de áreas rurais que o(a) sr(a) acompanhou?

## **10. Participação da comunidade e intersetorialidade**

A comunidade/ população de seu território participa das ações desenvolvidas em sua UBS? De que forma?

Você participa do conselho municipal de saúde? Como? O CMS funciona?

Há conselho local de saúde na UBS? Quem participa? Você participa do Conselho local de saúde?

A equipe realiza alguma atividade com outras organizações da área como associação de moradores, sindicato, igrejas, ONG? Como? para quais ações?

A equipe AB desenvolve ações em parceria com as escolas? Participa do PSE? (outros setores de políticas públicas educação, assistência social, meio ambiente, etc)?

A equipe AB desenvolve ações em parceria com o serviço social? Quais?

Acompanha condicionalidades do Bolsa Família?

Pode nos falar sobre as ações desenvolvidas com escolas, associação de moradores, assistência social, igrejas, etc (intersetoriais)? O Sr(a) participa destas ações? Qual é sua participação?

O(A) Sr(a). participa de alguma associação ou sindicato de ACS?

## **11. Força de trabalho em áreas rurais**

A sua equipe AB, frequentemente, tem falta ou rotatividade de profissionais? Quais?

Quais são as estratégias de sua equipe AB para lidar com a falta de profissionais?

O Sr.(a) tem contato com estudantes que realizam estágio em sua UBS? Desenvolvem alguma atividade conjunta? Quais?

Na sua equipe há/houve médico do PMM? Desde quando (mês/ano)? Qual a nacionalidade?

Houve mudanças no processo de trabalho da equipe com a presença do médico do PMM? Pode falar sobre essas mudanças?

Como você avalia a atuação do médico do PMM? Há diferenças em relação à atuação de médicos que não são do PMM?

Considera importante a continuidade do PMM? Por quê?

A saída dos médicos cubanos teve algum impacto na sua UBS? Qual?

## **12. Prevenção do câncer de colo de útero**

O Sr.(a) acompanha os usuários na linha de cuidado para prevenção do câncer de colo de útero?

O que o Sr(a) considera como maior contribuição do seu trabalho junto a equipe AB para a prevenção do câncer de colo de útero?

Quais ações realiza para prevenção do câncer de colo de útero?

Convoca mulheres com preventivo atrasado ( ) sim ( ) não

Convoca mulheres que nunca realizaram ( ) sim ( ) não

Marca o preventivo ( ) sim ( ) não

Avisa sobre a marcação do preventivo ( ) sim ( ) não

Busca ativa no caso de falta ao preventivo ( ) sim ( ) não

Realiza/participa em grupo educativo sobre CCU ( ) sim ( ) não

Avisa sobre chegada de resultado do preventivo ( ) sim ( ) não

Avisa sobre marcação consulta especializada/exame, realização de visitas a mulheres em tratamento de lesão precursora ( ) sim ( ) não

Como avalia a atuação de sua equipe AB no desenvolvimento das ações de CCU?

## **13. Hipertensão arterial**

O Sr.(a) acompanha os usuários com hipertensão arterial?

O que o Sr(a) considera como maior contribuição do seu trabalho junto a equipe AB para a prevenção e o acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial?

Quais ações realiza para cuidado da Hipertensão?

Visita domiciliar para informar a necessidade de fazer uma consulta para a pressão alta ( )  
sim ( ) não

Medida da pressão durante a visita domiciliar ( ) sim ( ) não

Aviso sobre marcação de consulta na UBS ( ) sim ( ) não

Aviso sobre marcação consulta especializada/exame ( ) sim ( ) não

Busca ativa no caso de falta à consulta ( ) sim ( ) não

Orienta sobre: como cuidar da pressão alta ( ) sim ( ) não

Orienta sobre alimentação saudável ( ) sim ( ) não

Orienta sobre exercícios físicos ( ) sim ( ) não

Orienta para não fumar ( ) sim ( ) não

Orienta para controle do peso ( ) sim ( ) não

Durante a visita domiciliar o Sr.(a) verifica se os usuários estão tomando a medicação para pressão alta? ( ) sim ( ) não

Durante a visita domiciliar o Sr, ajuda a compreender ou organizar as medicações nas doses e horários certos? ( ) sim ( ) não

O Sr.(a) realiza algum outro tipo de procedimento junto aos usuários com HAS (glicemia, por exemplo)? ( ) sim ( ) não

Como avalia a atuação de sua equipe AB no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial?

#### **14. Pré-natal, parto e puerpério**

O Sr.(a) acompanha as usuárias na linha de cuidado para pré-natal, parto e puerpério?

O que o Sr(a) considera como maior contribuição do seu trabalho junto a equipe AB para o acompanhamento pré-natal, parto e puerpério?

Quais ações realiza para cuidado do pré-natal?:

Visita durante a gravidez ( ) sim ( ) não

Busca ativa no caso de falta à consulta ( ) sim ( ) não

Visita na maternidade ( ) sim ( ) não

Visita logo após o parto ( ) sim ( ) não

Orienta sobre alimentação ( ) sim ( ) não

Orienta sobre cuidados bebê ( ) sim ( ) não

Orienta sobre sinais de trabalho de parto ( ) sim ( ) não

Organiza/participa em atividade educativa em grupo sobre PPP (amamentação, vacina, higiene, outros?) ( ) sim ( ) não

Como avalia a atuação de sua equipe AB no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal? E parto? E puerpério?

### **15. Em síntese:**

O Sr.(a) identifica alguma ação da prefeitura ou de algum órgão público para fortalecer a atenção básica em seu município? Quais?

Quais os principais pontos positivos da atenção básica em seu município?

Quais os principais problemas e desafios em relação à atenção básica em seu município?

Gostaria de fazer mais algum comentário?

**Muito obrigada(o)!!!**

### **Para autopreenchimento do entrevistador logo após a entrevista**

O território de atuação do ACS está definido? ( ) sim ( ) não

Nº de famílias na microárea do ACS: \_\_\_\_\_

Nº de pessoas cadastradas na microárea: \_\_\_\_\_

O ACS identificou características da população residente na sua área de atuação?

( ) Sim ( ) Não. Se SIM, especifique. \_\_\_\_\_

O ACS mencionou especificidades da área rural onde atua? ( ) sim ( ) não ( ) Não se aplica  
Se SIM, especifique. \_\_\_\_\_

O ACS mencionou a existência de alguma situação climática que provoca o isolamento da população na sua área de atuação? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especificar: \_\_\_\_\_

Abastecimento de água na área de atuação do ACS. Especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de esgotamento sanitário na área de atuação do ACS \_\_\_\_\_

Primeiro serviço procurado pela população?

O ACS reconhece algum tipo de barreira para o acesso da população residente, na sua área de atuação, às unidades básicas de saúde? ( ) sim ( ) não

( ) Barreiras geográficas. Especifique:

( ) Barreiras organizacionais. Especifique:

( ) Barreiras financeiras. Especifique:

( ) Outras. Especifique:

Forma habitual de deslocamento dos usuários da casa até a UBS: ( ) a pé; ( ) de ônibus; ( ) de carro próprio; ( ) outro meio. Especifique:

Maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a UBS: \_\_\_\_\_

Se necessário tomar uma condução, quanto um usuário gasta com condução para ir e voltar da UBS: \_\_\_Reais

**A UBS disponibiliza os instrumentos para o trabalho do ACS?** ( ) sim ( ) não

Balança ( ) sim ( ) não

Folhetos educativos ( ) sim ( ) não

Fichas e-SUS ( ) sim ( ) não

Hipoclorito ( ) sim ( ) não

Sais de reidratação oral ( ) sim ( ) não

Uniforme ( ) sim ( ) não

Identificação funcional ( ) sim ( ) não

ACS utiliza algum transporte para realizar o seu trabalho? ( ) sim ( ) não. Se SIM especifique:\_\_\_\_\_

**Composição da equipe:**

Médico ( ) sim ( ) não

Enfermeiro ( ) sim ( ) não

Técnico enfermagem ( ) sim ( ) não

Nº de ACS\_\_\_\_\_

Outros integrantes: \_\_\_\_\_

### **Escopo das práticas**

Realiza visita domiciliar ( ) sim ( ) não

Acompanhamento de caderneta vacinal ( ) sim ( ) não

Acompanhamento do pré-natal ( ) sim ( ) não

Sabe quantas gestantes tem na sua área: ( ) sim ( ) não

Acompanhamento de puericultura ( ) sim ( ) não

Acompanhamento do hipertensão ( ) sim ( ) não

Mede pressão nas visitas: ( ) sim ( ) não

Sabe o número de hipertensos de sua área: ( ) sim ( ) não

Sabe o número de diabéticos na sua área: ( ) sim ( ) não

Sabe o número de menores de dois anos de sua área: ( ) sim ( ) não

Acompanha pessoas com tuberculose ( ) sim ( ) não

Acompanhamento de hanseníase ( ) sim ( ) não

Sabe quantas pessoas acamadas tem na sua área: ( ) sim ( ) não

Comunica usuários sobre a marcação de consultas: ( ) sim ( ) não

Realiza atividades nas escolas: ( ) sim ( ) não

Realiza atividades na UBS: ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique: \_\_\_\_\_

Realiza acolhimento ( ) sim ( ) não

Organiza ou participa de algum grupo com usuários? ( ) sim ( ) não. Se SIM, quais grupos?

\_\_\_\_\_

Desenvolve ações integradas com o agente de combates a endemias (ACE)? ( ) sim ( ) não.

Se SIM, especifique: \_\_\_\_\_

Há profissional responsável por realizar atividades de supervisão do ACS: ( ) sim ( ) não.

Quem? \_\_\_\_\_

Há profissional da equipe AB responsável por realizar atividades de formação do ACS:

( ) sim ( ) não

Realizou algum curso de formação no último ano: ( ) sim ( ) não

Desenvolve ações específicas junto às populações tradicionais? ( ) sim ( ) não. SE SIM. Quais? \_\_\_\_\_

### **Fluxo para atenção especializada**

Acesso do usuário a atenção especializada no SUS: ( ) No município ( ) Na região de saúde ( ) Na capital

Marcação da consulta especializada/exame pela UBS: ( ) sim ( ) não

Marcação pelo usuário no setor de marcação: ( ) sim ( ) não

Acompanhamento da marcação de consulta especializada pela UBS ( ) sim ( ) não

ACS avisa o usuário sobre a marcação da consulta com especialista ou exame ( ) sim ( ) não

Principal dificuldade de acesso à atenção especializada \_\_\_\_\_

Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a atenção especializada ou hospital?

Disponibilidade de transporte sanitário para os pacientes de áreas mais distantes do município? ( ) sim ( ) não

SMS organiza transporte sanitário para atendimento fora do município? ( ) sim ( ) não

Meios de transporte coletivo disponíveis para população das áreas de mais difícil acesso?

( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique: \_\_\_\_\_

Disponibilidade de transporte para profissionais acessarem UBS mais distantes? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique: \_\_\_\_\_

Formas de participação da comunidade na AB ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique: \_\_\_\_\_

ACS participa do conselho municipal de saúde ( ) sim ( ) não

ACS acompanha condicionalidades do Bolsa Família: ( ) sim ( ) não

Há falta de profissionais na sua equipe? ( ) sim ( ) não. Se SIM, Especifique: \_\_\_\_\_

Estratégias da equipe para lidar com a falta/rotatividade de profissionais? ( ) sim ( ) não Especifique: \_\_\_\_\_

Há/houve médico do PMM na equipe do ACS entrevistado? ( ) sim ( ) não



O ACS identificou algum impacto com a saída dos médicos cubanos na UBS de sua atuação?

( ) sim ( ) não ( ) Não se aplica. Se Sim especifique: \_\_\_\_\_

### **Prevenção de CCU**

ACS acompanha os usuários na linha de cuidado para prevenção do câncer de colo de útero:

( ) sim ( ) não

Convoca mulheres com preventivo atrasado ( ) sim ( ) não

Convoca mulheres que nunca realizaram ( ) sim ( ) não

Marca o preventivo ( ) sim ( ) não

Avisa sobre a marcação do preventivo ( ) sim ( ) não

Busca ativa no caso de falta ao preventivo ( ) sim ( ) não

Realiza/participa em grupo educativo sobre CCU ( ) sim ( ) não

Avisa sobre chegada de resultado do preventivo ( ) sim ( ) não

Avisa sobre marcação consulta especializada/exame ( ) sim ( ) não

ACS realiza visitas a mulheres em tratamento de lesão precursora ( ) sim ( ) não

### **Acompanhamento HAS**

ACS acompanha os usuários com hipertensão arterial: ( ) sim ( ) não

**Ações realizadas pelo ACS** para cuidado de usuários portadores de HAS:

Visita domiciliar para informar a necessidade de fazer uma consulta para a pressão alta

( ) sim ( ) não

Medida da pressão durante a visita domiciliar ( ) sim ( ) não

Aviso sobre marcação de consulta na UBS ( ) sim ( ) não

Aviso sobre marcação consulta especializada/exame ( ) sim ( ) não

Busca ativa no caso de falta à consulta ( ) sim ( ) não

Orienta sobre: como cuidar da pressão alta ( ) sim ( ) não

Orienta sobre alimentação saudável ( ) sim ( ) não

Orienta sobre reduzir o sal na alimentação ( ) sim ( ) não

Orienta sobre exercícios físicos ( ) sim ( ) não

Orienta para não fumar ( ) sim ( ) não

Orienta para controle do peso ( ) sim ( ) não

Durante a visita domiciliar o ACS verifica se os usuários estão tomando a medicação para pressão alta? ( ) sim ( ) não

Durante a visita domiciliar o ACS ajuda a compreender ou organizar as medicações nas doses e horários certos? ( ) sim ( ) não

**Acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério pelo ACS**

ACS acompanha as usuárias na linha de cuidado para pré-natal, parto e puerpério ( ) sim ( ) não

**Ações realizadas pelo ACS para cuidado do PPP:**

Visita durante a gravidez ( ) sim ( ) não

Busca ativa no caso de falta à consulta de pré-natal ( ) sim ( ) não

Visita na maternidade ( ) sim ( ) não

Visita logo após o parto ( ) sim ( ) não

Orienta sobre alimentação ( ) sim ( ) não

Orienta sobre cuidados bebê ( ) sim ( ) não

Orienta sobre sinais de trabalho de parto ( ) sim ( ) não

Organiza/participa em atividade educativa de grupo sobre PPP ( ) sim ( ) não

Observações do entrevistador – **questões-chave:**

---



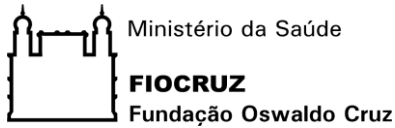
---



---

Observações do entrevistador – eventos imprevistos, impressões sobre a entrevista, etc:

## ANEXO B – Roteiro de Entrevista – Usuários/Usuárias HAS, PPP e CCU



### PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

#### Roteiro de Entrevista - USUÁRIOS/USUÁRIAS

#### Trajectoria assistencial de usuários/usuárias para o cuidado da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

##### Objetivos específicos

Conhecer o cuidado para a hipertensão arterial recebido pelos usuários/usuárias na atenção básica em municípios rurais remotos.

Conhecer a trajetória assistencial de cidadãos residentes em territórios rurais e remotos para acesso à atenção integral, desde o território nos serviços de AB até os serviços especializados de maior densidade tecnológica, conforme necessidade;

Analisar o acesso e a organização da rede de atenção à saúde para as ações de cuidado a usuários com HAS;

Conhecer o processo de trabalho das equipes de atenção primária (médicos, enfermeiros e ACS) e como se conformam as intervenções em saúde de AB em territórios rurais e remotos;

Conhecer e analisar a configuração de fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados a partir da AB, desde a perspectiva dos usuários de municípios rurais e remotos.

##### Data da entrevista:

**Hora de Início:**

**Final:**

**Duração:**

##### Entrevistadores:

##### *Entrevistador:*

- *Após apresentação introduzir os objetivos gerais da pesquisa, ler e solicitar assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;*
- *Estar atento aos objetivos do estudo que constam no cabeçalho;*
- *Atentar/estar de posse do folheto explicativo sobre o cuidado da HAS;*

Código ID:

Nome:

Endereço:

Área: ( ) urbana ( ) rural

Tempo de residência neste endereço:

Município:

E-mail:

Telefone:

UBS:

Idade:

EqAB de referência:

Cor (autorreferida):

Nível Educacional: ( ) Sem escolaridade ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental

( ) Médio incompleto ( ) Médio ( ) Superior incompleto ( ) Superior

Ocupação:

Vive com parceiro (a): ( ) Sim ( ) Não Filhos: ( ) Não ( ) Sim Quantos: \_\_\_\_

Rendimento mensal do lar (*em salários mínimos, contando todos os moradores*):

( ) Até 1 SM – até R\$ 954,00 ( ) Até 2 SM – de R\$ 955,00 a R\$ 1.908,00

( ) Até 3 SM – de R\$ 1.909,00 a R\$ 2.862,00 ( ) até 4 SM – de R\$ 2.863,00 a R\$ 3.816,00

( ) + que 4 SM –R\$ 3817,00 ou mais

Recebe benefício social: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual? ( ) Benefício de prestação continuada -BPC ( ) Aposentadoria ( ) Bolsa Família

( ) Bolsa defeso ( ) Outro \_\_\_\_\_

Plano de saúde: ( ) Sim ( ) Não

### **Introdução e apresentação**

*O motivo de procurá-lo (a) foi porque soubemos que Sr (a) tem problema de pressão alta e a razão principal dessa entrevista é conhecermos um pouco do cuidado recebido, dos serviços*

*de saúde que buscou para se tratar e das dificuldades para acessar aos serviços. Gostaríamos que o (a) Sr (a) falasse um pouco sobre o seu cuidado para a pressão alta, respondendo nossas perguntas.*

## **BLOCO 1 - DIAGNÓSTICO DA HAS**

**Há quanto tempo o sr(a) sabe que tem pressão alta? Conte para nós quando e como recebeu a notícia de que tinha pressão alta e como se sentiu?**

*Qual foi o profissional de saúde que deu o diagnóstico? E em que serviço?*

### **1.2. Acesso à UBS**

Como o Sr(a) faz para chegar à UBS? ( ) a pé; ( ) de ônibus; ( ) de carro próprio; ( ) outro meio. Especifique: \_\_\_\_\_

Quanto tempo leva para chegar da sua casa a UBS? \_\_\_\_ minutos.

Quanto gasta com condução para ir e voltar da UBS: \_\_\_\_ Reais

### **1.3. Onde e com qual frequência o(a) Sr (a) geralmente mede a pressão?**

Onde mede? ( ) UBS; ( ) farmácia; ( ) ACS mede em casa; ( ) em casa com aparelho próprio; ( ) UPA; ( ) outro serviço. Qual? \_\_\_\_\_

Com qual frequência o/a Sr/a geralmente mede a pressão? ( ) todos os dias

( ) uma vez por semana; ( ) uma vez por mês; ( ) a cada três meses; ( ) não tem regularidade/esporadicamente.

## **BLOCO 2 - ÚLTIMA CONSULTA DE HAS - ACESSO**

**2.1. Agora vamos falar sobre a sua última consulta para o problema da pressão alta. Quando e onde o(a) Sr (a) fez a última consulta para o problema da pressão alta e qual o motivo?**

*Em qual serviço de saúde realizou a última consulta para avaliar a pressão alta – UBS? (outro serviço público? ou privado)?*

*Se a consulta não foi na UBS perguntar: Por que não realizou consulta na UBS?*

*Qual foi o mês e ano da consulta?*

*Qual o motivo para fazer esta consulta (queixa, sintoma, busca realizada por algum profissional de saúde, etc)? Por que o (a) Sr(a) decidiu fazer esta última consulta?*

*Algum profissional lhe informou sobre a necessidade da consulta? Qual?*

*Utilizou algum tipo de transporte para ir à consulta? Qual? (seja para a UBS ou para outro lugar)? Recebeu algum apoio de transporte da sua UBS/seu município?*

*Alguém da sua família te incentiva a fazer a consulta para a pressão alta?*

**2.2. O (a) senhor(a) precisou marcar/agendar esta última consulta? Como o(a) senhor(a) fez para conseguir/agendar esta consulta para pressão alta? Qual o tempo de espera para agendar a consulta? E para ser atendido?**

*Como fez para conseguir/marcar a consulta?*

*Quanto tempo demorou entre o dia que marcou a consulta e a consulta?*

*No dia da consulta, quanto tempo demorou entre a chegada na UBS e a realização da consulta? (entre pegar a ficha e ser atendida)*

*Caso a última consulta não tenha sido na UBS perguntar como faz para conseguir consulta na UBS.*

*Algum profissional da UBS comunicou a Sr(a) sobre a marcação da consulta? (papel do ACS e outros profissionais).*

*De quanto em quanto tempo (periodicidade) costuma fazer a consulta para a pressão alta?*

*Se não consultar regularmente perguntar: Quais os motivos de não realizar uma consulta para a pressão alta?*

*Quais as dificuldades para agendar e fazer a consulta para a pressão alta na UBS?*

### **BLOCO 3 - ÚLTIMA CONSULTA DE HAS - QUALIDADE**

**3.1. Como foi esta última consulta para pressão alta? Quais os profissionais que o(a) atenderam na consulta para a pressão alta e o que fizeram?**

*Na consulta (ou antes da consulta), foi medida a sua pressão? O profissional te informou sobre como estava sua pressão? Lembra qual foi a medida da sua pressão?*

*Na consulta (ou antes da consulta) o/a Sr/a foi pesado?*

*A sua pressão é medida com que frequência quando vai consultar na UBS ou no serviço de saúde que faz acompanhamento: ( ) todas as vezes; ( ) a maioria das vezes; ( ) algumas vezes; ( ) nunca ou quase nunca*

*Qual profissional atendeu o/a Sr/a nesta última a consulta? O médico ou a enfermeira?*

*Quais informações foram dadas nesta consulta? Conseguiu compreender as explicações dos profissionais de saúde?*

*Durante a consulta, você recebeu orientações sobre alimentação/dieta? Reduzir o sal na comida? Controlar o peso? Sobre exercícios? Para não fumar?*

*O Sr/a recebeu orientações na UBS sobre cuidados de higiene bucal ou dentadura ?*

*O que mais foi feito nesta consulta?*

*Quando a medida da sua pressão durante a consulta está alta, é perguntado sobre a maneira como o/a Sr/a está tomando os seus remédios?*

### **3.2. Consulta sempre com o médico ou também com o/a enfermeira/o para tratar da pressão? Como é a consulta com a/o enfermeira/o?**

*Quando não há médico na equipe quem o atende?*

*Como é a consulta com a/o enfermeira/o?*

*A/o enfermeira/o prescreve remédios? Repete a receita?*

*A/o enfermeira/o pede exames? Examina? Mede a pressão?*

## **BLOCO 4 - O CUIDADO DA HAS: ACESSO A EXAMES, MEDICAMENTOS**

### **4.1. Na consulta, você recebeu uma receita (renovada ou alterada)? Conseguiu a medicação?**

*O/a Sr/a está tomando alguma medicação para HAS?*

*Onde pegou a medicação? Consegue as medicações na UBS? Na farmácia/ Programa Farmácia Popular? Precisa comprar? Por que não pega todos os remédios na UBS?*

*Algum profissional explica a você como deve tomar as medicações? Quem te dá estas explicações?*

**4.2. Na consulta, o(a) senhor(a) recebeu pedidos para exames de sangue? Para medir colesterol? Para medir glicose/ açúcar no sangue? E para exame de urina? Aonde fez os exames? Recebeu resultados?**

*Que exames foram pedidos? (Em caso negativo perguntar quando foi a última vez que fez exames de sangue para medir colesterol e glicose e urina)*

*Aonde faz os exames?*

*Coleta na UBS? Tem coleta na UBS todos os dias? Precisa marcar? Consegue fazer todos os exames pela UBS?*

*Paga por exames no laboratório privado?*

*Você recebe os resultados dos exames de colesterol, glicose e urina? Como? Demora quanto tempo para receber os resultados?*

*O (a) senhor (a) sabe o resultado dos últimos exames? Quem informou?*

## **BLOCO 5 - O CUIDADO DA HAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**5.1. O(a) senhor(a) já participou de algum grupo sobre pressão alta? Onde, como foi e quantas vezes?**

*Onde o grupo foi realizado? UBS? Na comunidade? Outro serviço de saúde?*

*Qual foi a forma do/s encontro/s? (palestras, rodas de conversa, consulta coletiva?)*

*Como foi o grupo? O que foi feito no grupo? Qual foi/foram o/s tema/s do/s encontro/s?*

*Quem conduziu/coordenou o grupo?*

*Como soube do grupo? Convite de profissional da UBS? Visita do ACS? (De membros da comunidade? Profissionais de outros serviços). Cartaz?*

*Participar do grupo foi importante para o cuidado para o seu problema de pressão alta? Por quê?*

**5.2. O(a) senhor(a) é visitado por um agente comunitário de saúde? O que o ACS faz nas visitas? (Papel do ACS no cuidado da HAS)**

*Conhece o Agente Comunitário de Saúde? Qual do nome da(o) ACS?*

*Como é a visita do ACS?*



*O/a ACS faz orientações sobre como cuidar da pressão? Sobre alimentação saudável? Controlar o peso? Dieta? Reduzir o sal na comida? Sobre a necessidade de realizar exercícios físicos? Para não fumar? (onde? VD ou grupo)*

*O/a ACS mede a pressão durante as visitas?*

*O/a ACS pergunta se o/a Sr/a está tomando a medicação para pressão alta? Ajuda a compreender ou organizar as medicações nas doses e horários certos?*

*O/a ACS procura o/a Sr/a caso falte à consulta marcada? (O/a ACS já foi à sua casa informar sobre a necessidade de fazer uma consulta sobre a pressão alta?)*

*O/a ACS comunica ao Sr(a) sobre a marcação de consultas?*

*O que mais o ACS faz durante as visitas?*

**5.3. Além de tomar remédios, quais os cuidados que o(a) senhor(a) faz para cuidar de sua pressão? Que outros cuidados deveria ter?**

*Faz algum tipo de dieta? Faz atividade física? Que outros cuidados deve ter?*

**5.4. Quais as principais dificuldades que o(a) senhor(a) enfrenta para cuidar da sua pressão?**

## **BLOCO 6 - O PERCURSO DO(A) USUÁRIO(A) ATÉ A REDE SECUNDÁRIA – CONSULTA ESPECIALIZADA**

**6.1 O/a Sr/a já precisou consultar com algum especialista por conta da pressão alta? Qual, quando e por quê?**

*Qual especialista precisou consultar? (cardiologista, endócrino, oftalmologista, nutricionista?)*

*Por que precisou procurar o especialista? (Alguma alteração de exame? Qual? Algum problema com o tratamento, dificuldade de baixar a pressão com os remédios? Algum outro motivo? Qual?)*

*Procurou por conta própria ou alguém encaminhou? Quem encaminhou?*

*Como marcou a consulta?*

*Quanto tempo demorou para conseguir a consulta com o especialista? (entre a solicitação e a realização efetiva da consulta)*

*Conseguiu o atendimento? Onde foi esse atendimento? Em qual município? Quanto tempo levou para chegar ao local da consulta? Na rede pública ou particular? Pagou pela consulta?*

*Caso não tenha conseguido o atendimento: Marcou o atendimento? Há quanto tempo está na fila de espera?*

*O/a Sr/a levou um papel escrito com a descrição do seu problema de saúde para entregar ao especialista?*

*O especialista mudou as doses do remédio que tomava? Acrescentou ou retirou remédios da sua receita? Indicou algum outro tratamento? (p.ex.: diálise, laser no olho)? Pediu exames?*

*O/a Sr/a retornou para a UBS após ser atendido no especialista? Quanto tempo depois da consulta com o especialista?*

*O/a Sr/a trouxe um papel escrito sobre a sua consulta com o especialista para mostrar na UBS? O médico que o acompanha na UBS soube do que foi proposto pelo especialista?*

*O/a Sr/a continuou acompanhando o problema da pressão alta na UBS?*

*O/a Sr/a está acompanhando o seu problema de pressão alta com o especialista? De quanto em quanto tempo? (Acompanha nos dois serviços?)*

## **BLOCO 7 - O PERCURSO DO(A) USUÁRIO(A) ATÉ A REDE SECUNDÁRIA – EXAMES ESPECIALIZADOS**

**7.1. O/A Sr/a já foi encaminhado pela UBS para fazer algum outro exame especializado por conta da pressão alta** (além dos exames de sangue como dosagem de colesterol, glicose, creatinina ou urina?) **Qual exame, conseguiu fazer? onde?** (no mesmo município ou outro?)

*O(a) senhor(a) já precisou fazer um eletrocardiograma? O(a) senhor(a) conseguiu realizar o exame? Quem encaminhou? Como agendou o exame?*

*Conseguiu o atendimento? Onde foi feito o eletrocardiograma? Na rede pública ou particular? Pagou pelo exame?*

*Quanto tempo demorou para conseguir fazer o eletrocardiograma? (entre a solicitação e a realização efetiva do exame)*

*Caso não tenha conseguido o atendimento: Marcou o atendimento? Há quanto tempo está na fila de espera?*

*O(a) senhor(a) fez o exame de fundo do olho no último ano? O(a) senhor(a) conseguiu realizar o exame? Quem encaminhou? Como agendou o exame?*

*Conseguiu o atendimento? Onde foi esse atendimento? Na rede pública ou particular? Pagou pelo exame?*

*Você levou um papel escrito com a descrição do seu problema de saúde? Você trouxe um papel escrito sobre a sua consulta com o especialista?*

*Recebeu o resultado do exame? (ECG, Fundo de olho)?*

*Mostrou o resultado para o médico ou enfermeiro da UBS? O médico da UBS soube do resultado do exame?*

*Algum profissional lhe explicou o resultado do exame? Qual? Você recebeu alguma orientação após ter o resultado do exame? Qual?*

## **7.2. Nos conte como foi a consulta e/ou realização do exame no serviço especializado.**

*O médico do serviço especializado conversou com o(a) Sr(a) sobre seu problema? Esclareceu suas dúvidas, deixou tempo para fazer perguntas?*

*O que o(a) Sr(a) achou da consulta no serviço especializado?*

## **BLOCO 8 - O PERCURSO DO(A) USUÁRIO(A) ATÉ A REDE SECUNDÁRIA – APOIO E AVALIAÇÃO**

### **8.1. Algum profissional de saúde da UBS acompanhou se o/a Sr/a conseguiu seu atendimento no serviço especializado? Perguntou sobre os resultados?**

*Ajudou para marcar a consulta/exame?*

*Acompanhou a lista de espera?*

*Buscou notícias, deu orientações, entregou resultados de exames?*

### **8.2. A prefeitura ofereceu transporte para o(a) Sr(a) chegar até o serviço especializado? Fale como fez para ir à consulta especializada e fazer os exames?**

*Quanto tempo demora para chegar até o serviço de saúde no qual o especialista atende e/ou realizou exames? (É longe) Como chega?*

*Teve que pagar pelo transporte?*

*Caso a prefeitura apoie: como soube do transporte? Como funciona? Como faz para retornar?*

**8.3. O(a) Sr(a) teve dificuldades para ser atendido no serviço especializado? Quais?**

**8.4. O(a) Sr(a) já teve alguma crise de pressão alta? Procurou algum serviço? Qual? Conseguiu ser atendido? Como foi este atendimento?**

**8.5. O(a) Sr(a) já foi orientado(a) sobre sinais do começo de um derrame?** (desvio da comissura labial, início de paralisia facial, alteração visual, dificuldade de caminhar)

**8.6. Caso ainda não tenha falado perguntar: Quais os outros tipos de acompanhamento que o/a senhor/a faz na UBS?**

## **BLOCO 9 – PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PARA AS UBS COM PMM)**

**9.1. Gostaríamos que o Sr(a) falasse sobre o que achou do atendimento do médico do Programa Mais Médicos.**

*O/a Sr/a conhece ou já ouviu falar do Programa Mais Médicos.? O seu médico (a) é do Programa Mais Médicos.? Ou já teve médico do Programa Mais médicos nesta UBS?*

*Já realizou consulta com ele(a)? O que achou?*

*O médico(a) perguntou sobre sua história de vida para conhecê-lo melhor?*

*Fez algum exame físico durante a consulta? Deu orientações sobre como cuidar d a pressão alta?*

*O/a Sr/a teve alguma dificuldade para entender o que o médico(a) conversava com o Sr/a*

*Como avalia este médico/a do Programa Mais Médicos? Notou alguma diferença no cuidado prestado em comparação com outros médicos anteriores que trabalhavam na UBS?*

*O médico do Programa Mais Médicos foi embora? A UBS ficou sem médico?*

*O que aconteceu quando a/o médica/o cubana/o foi embora?*

## **BLOCO 10. AVALIAÇÃO GERAL E CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ENTREVISTADO**

**10.1 Qual o lugar/serviço que considera mais importante para o tratamento da sua pressão alta?** ( ) UBS; ( ) consultório privado; ( ) UPA; ( ) hospital; ( ) farmácia; ( ) Outro, qual? \_\_\_\_

**10.2 Qual profissional tem sido mais importante para você no cuidado da sua pressão alta? Por quê?**

( ) ACS? ( ) Técnico de enfermagem? ( ) Enfermeiro? ( ) Médico da UBS? ( ) Médico especialista? ( ) atendente da farmácia? ( ) médico particular? ( ) Outro? qual? \_\_\_\_

*Por que este é o profissional mais importante?*

**10.3 Que nota, de um a dez, o(a) Sr(a) daria para o atendimento recebido para tratamento da sua pressão alta na UBS? \_\_\_\_\_ nota**

Por quê? Fale como o(a) Sr(a) se sente com o tratamento e atenção recebidos para tratamento de seu problema de pressão alta.

**10.4 Em sua experiência, qual a principal dificuldade para o cuidado da pressão alta?**

**10.5 Há mais alguma questão que ache importante falar sobre a sua HAS e sobre seu tratamento?**

**Muito obrigada(o)!!!**

**Para autopreenchimento pelo entrevistador logo após a entrevista**

Tempo aproximado do diagnóstico em anos ou meses: Há \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ anos

Paciente com HAS é acompanhado regularmente pela EqAB: ( ) sim ( ) não

Dificuldade para chegar à UBS: ( ) sim ( ) não. Qual? \_\_\_\_

Forma habitual de deslocamento da casa até a UBS: ( ) a pé; ( ) de ônibus; ( ) de carro próprio;

( ) outro meio. Especifique: \_\_\_\_\_

Tempo gasto para deslocamento da casa até UBS: \_\_\_\_ minutos.

Quanto gasta com condução para ir e voltar da UBS: \_\_\_Reais

Data da última consulta referente ao tratamento da HAS em meses ou anos: Há \_\_\_\_meses  
\_\_\_\_anos

Realizou consulta na UBS para a pressão alta nos últimos 12 meses? ( )sim ( )não

Profissional de referência na EqAB: ( ) sim ( ) não Qual:\_\_\_\_\_

Necessidade de agendamento para realização de consulta para HAS na UBS:

( ) sim ( ) não

Recebimento de busca ativa pelo ACS para acompanhamento da HAS na UBS: ( ) sim ( )  
não

Participação em grupos de educação em saúde que aborda temas da HAS: ( ) sim ( ) não

Medida de pressão arterial na UBS: ( ) sim ( ) não

Medida de peso na UBS: ( ) sim ( ) não

Avaliação de adesão na consulta: ( ) sim ( ) não

Orientações na consulta sobre:

receita: ( ) sim ( ) não

alimentação: ( ) sim ( ) não

reduzir sal na alimentação : ( ) sim ( ) não

controle do peso: ( ) sim ( ) não

exercício físico /sedentarismo: ( ) sim ( ) não

tabagismo: ( ) sim ( ) não

Orientações do ACS sobre:

adesão ao tratamento HAS: ( ) sim ( ) não

alimentação saudável: ( ) sim ( ) não

exercício físico /sedentarismo: ( ) sim ( ) não

tabagismo: ( ) sim ( ) não

reduzir sal na alimentação : ( ) sim ( ) não

controle do peso: ( ) sim ( ) não

Medida de pressão arterial pelo ACS em casa: ( ) sim ( ) não

Atribuições da/o enfermeira/o no cuidado da HAS

Atendimento na última consulta na UBS pela enfermeira: ( ) sim ( ) não

Enfermeira/o realiza consulta para pacientes hipertensos: ( ) sim ( ) não

Consultas intercaladas médico e enfermeira ( ) sim ( ) não

Atendimento pela enfermeira quando a equipe fica sem médico ( ) sim ( ) não

A/O enfermeira/o prescreve remédios? ( ) sim ( ) não

A/O enfermeira/o repete a receita? ( ) sim ( ) não

A/O enfermeira/o pede exames? ( ) sim ( ) não

Solicitação de exames na consulta na UBS:

lipidograma (colesterol): ( ) sim ( ) não

glicemia: ( ) sim ( ) não

urina: ( ) sim ( ) não

creatinina: ( ) sim ( ) não

Coleta de material para exames na UBS: ( ) sim ( ) não

Recebeu comunicado da UBS sobre os resultados de exames de acompanhamento:

( ) sim ( ) não

Recebe medicamentos para HAS na UBS: ( ) sim ( ) não

Recebe medicamentos para HAS na farmácia popular: ( ) sim ( ) não

Compra medicamentos para HAS: ( ) sim ( ) não

Quando não tem medicamento na UBS o que você faz? Especifique:

Marcação de consulta/procedimento para serviço especializado realizada pela UBS:

( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Realização da consulta com especialista no SUS: ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Tempo de deslocamento para acesso a AE: \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ horas

Realização do exame especializado no SUS: ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Realização da consulta com especialista no privado com pagamento direto:

( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Realização do exame especializado em serviço privado com pagamento direto:

( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Transporte garantido pelo SUS para realização de consulta/procedimento em serviço especializado: ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Recebimento de referência da AB para entregar ao especialista: ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Recebimento de contrarreferência do especialista para entregar à EqAB:

( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Recebimento de informações/esclarecimento de dúvida pelo profissional do serviço especializado: ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Consultas de retorno para atenção especializada, agendadas diretamente no serviço especializado: ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Dificuldades de acesso à consulta com especialista e/ou exames especializados:

( ) sim ( ) não ( ) não se aplica. Quais?

---

---

---

---

Satisfeita com o atendimento na rede de referência do SUS: ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Satisfação com o atendimento pela EqAB: nota: \_\_\_\_\_

Observações do entrevistador - **questões-chave:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Observações do entrevistador (eventos imprevistos, impressões sobre o(a) entrevistado(a):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL**

**Roteiro de Entrevista - USUÁRIAS**

**Trajatória assistencial para o cuidado ao pré-natal, parto e puerpério**

**Objetivos específicos**

Conhecer a trajetória assistencial de cidadãs residentes em territórios rurais e remotos para acesso à atenção integral, desde os serviços de AB até os de maior densidade tecnológica a partir do cuidado ofertado nos serviços de AB;

**Identificar as barreiras de acesso para a realização do pré-natal, o acompanhamento do parto e puerpério;**

Conhecer o processo de trabalho das equipes de atenção primária e como se conformam as intervenções em saúde em territórios rurais e remotos;

Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais e remotos;

**Analisar a organização e o acesso à rede de atenção à saúde para as ações de previstas na Política Nacional de Atenção ao pré-natal, parto e puerpério.**

**Data da entrevista:**

**Hora de Início:**

**Final:**

**Duração:**

**Entrevistadores:**

*Entrevistador:*

- *Após apresentação introduzir os objetivos gerais da pesquisa, ler e solicitar assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;*
- *Estar atento aos objetivos do estudo que constam no cabeçalho.*

**Perfil do(a) entrevistado(a)**

Código ID:	
Nome:	
Endereço:	
Área: ( ) urbana ( ) rural	
Tempo de residência neste endereço:	
Município:	E-mail:
Telefone:	UBS:
Idade:	EqAB de referência:
Cor (autorreferida):	
Nível Educacional: ( ) Sem escolaridade ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental	
( ) Médio incompleto ( ) Médio ( ) Superior incompleto ( ) Superior	
Ocupação:	
Vive com parceiro(a): ( ) Sim ( ) Não Filhos: ( ) Não ( ) Sim Quantos: ____	
Rendimento mensal do lar ( <i>em salários mínimos, contando todos os moradores</i> ):	
( ) Até 1 SM – até R\$954,00 ( ) Até 2 SM – de R\$955,00 a R\$1.908,00	
( ) Até 3 SM – de R\$1.909,00 a R\$2.862,00 ( ) até 4 SM – de R\$2.863,00 a R\$3.816,00	
( ) + que 4 SM –R\$3817,00 ou mais	
Recebe benefício social: ( ) Sim ( ) Não	
Se sim, qual?: Benefício de prestação continuada -BPC ( ) Aposentadoria ( ) Bolsa Família	
( ) Bolsa defeso ( ) outro _____	
Plano de saúde: ( ) Sim ( ) Não	

**Introdução e apresentação**

*O motivo de procurá-la foi porque soubemos que a senhora ficou grávida e a razão principal dessa entrevista é conhecermos um pouco das dificuldades que teve e também a dos serviços de saúde no acompanhamento da gravidez e do parto. Gostaríamos que a senhora falasse um pouco sobre isso.*

*Agora vamos tentar ajudar a Sr<sup>a</sup> a se lembrar de algumas questões que são importantes para entendermos melhor a situação:*

## **BLOCO 1 – ANTES DO PARTO**

1.1. Antes de ficar grávida a Sr<sup>a</sup> frequentava a UBS/posto de saúde/posto avançado? Fazia algum tratamento? Se sim, qual?

1.2. Como é que a Sr<sup>a</sup> faz para chegar na unidade de saúde? Qual o transporte? Quanto tempo leva? Quanto gasta? Depende de alguém para levar de moto, carro, barco, caminhão? Se gastar perguntar como isto impacta no tratamento

1.3. E as pessoas da comunidade fazem do mesmo jeito ou a Sr<sup>a</sup> conhece outros jeitos de procurar cuidados de saúde na UBS.

1.4. Em caso de posto avançado verificar se atende apenas alguns horários por semana e como isto influi nos cuidados de saúde?

1.5. Como a Sr<sup>a</sup> faz quando precisa de algum cuidado urgente de saúde?

1.6. E as pessoas da comunidade fazem do mesmo jeito ou a Sr<sup>a</sup> conhece outros jeitos de procurar cuidados de saúde quando fica doentes?

## **BLOCO 2 – ACESSO AO CUIDADO PRÉ-NATAL**

2.1. Como descobriu que estava grávida? Fez exame (onde? Qual tipo)? Quantos meses? (Fotografar a caderneta de pré-natal)

2.2. Quanto tempo demorou entre saber que estava grávida e começar o Pré-Natal?

2.3. A senhora tinha seu peso e pressão verificados? Mediram a barriga e ouviram o coração do bebê (pinard ou sonar). Pode nos fornecer essas informações anotadas na caderneta durante o seu acompanhamento pré-natal?

*Verificar na caderneta ou perguntar a usuária:*

Procedimento	Todas as consultas	Quase todas	Quase Nunca	Nunca
Pesar				
Aferir a Pressão				
Medir a Barriga				
Ouvir o coração do bebê				

2.4. Quem foi o profissional que acompanhou sua gestação?

( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Médico e enfermeiro ( ) Outro ( ) Não sabe

2.5. O seu pré-natal foi de alto risco? Sim ( ) Não ( )

*Se sim, faça as perguntas do **BLOCO 10 (PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO)**.*

### **BLOCO 3 – CUIDADO PRÉ-NATAL: ACESSO A EXAMES, MEDICAMENTOS**

3.1. Quais os exames que a senhora fez no início do Pré-natal?

Hemograma ( )

Glicose ( )

Urina ( )

Fezes ( )

Teste rápido para sífilis ( )

Teste rápido HIV ( )

Teste rápido para Hepatite ( )

Sorologia para sífilis ( ), toxoplasmose ( ), rubéola ( ), hepatite ( )

3.2. Onde a senhora realizou os exames de pré-natal?

3.3. E até o final da gestação, a senhora fez outros exames? Quais? Onde?

3.4. Foi prescrito algum medicamento na gestação? Qual? Precisou comprar ou conseguia na unidade básica de saúde/farmácia básica?

3.5. Foi prescrita alguma suplementação no seu pré-natal, como por exemplo ferro e/ou ácido fólico?

### **BLOCO 4: CUIDADO PRÉ-NATAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

- 4.1. A Sr<sup>a</sup> participava de algum grupo educativo/saúde na sua UBS antes de ficar grávida? Qual? Lembra os temas abordados durante o grupo? Com que frequência a Sr<sup>a</sup> frequentar esta atividade?
- 4.2. A senhora recebeu orientações sobre amamentação durante o pré-natal?
- 4.3. Seu pré-natal foi de risco? *Se sim incluir o bloco de PN de risco aqui:*
- 4.4. A Sra recebeu orientações na UBS sobre cuidados de higiene bucal ou passou por alguma consulta odontológica durante a gestação?

## **BLOCO 5 – CUIDADO PRÉ-NATAL E AÇÕES DO ACS**

- 5.1. A Sr<sup>a</sup> recebia visita do seu ACS antes de engravidar? E depois?  
A Sr<sup>a</sup> sabe o nome dele?
- 5.2. Com que frequência o ACS visita a Sr<sup>a</sup>.?
- 5.3. O que o ACS faz quando visita a Sr<sup>a</sup>?
- 5.4. Como é seu acesso à água? Em caso de não estar conectada à rede de água perguntar: O ACS já fez alguma orientação sobre os cuidados com essa água para o consumo?

## **BLOCO 6 – O CUIDADO NO MOMENTO DO PARTO: O PERCURSO ATÉ A MATERNIDADE**

- 6.1. Onde a Sr<sup>a</sup> teve o bebê? A Sr<sup>a</sup> já sabia qual serviço de saúde procurar para ter o parto. Foi a UBS que indicou este local?
- 6.2. A senhora recebeu ficha de referência da equipe de Atenção Básica para a maternidade que estava indicada para a senhora ter o bebê?
- 6.3. O local onde o bebê nasceu foi o primeiro serviço que a Sr<sup>a</sup> procurou quando entrou em trabalho? Se sim, pode nos falar sobre isso (UBS/SAMU/outra maternidade. Pedir para falar sobre o itinerário percorrido até chegar ao local onde o parto foi realizado)
- 6.4. Como a Sr<sup>a</sup> chegou a este serviço/hospital? Qual o tipo de transporte (o importante é ver se foi próprio ou sanitário ou SAMU ou Ambulância) e quanto tempo levou para chegar ao hospital?

6.5. *Se for distante do local de moradia perguntar se teve que se mudar para algum lugar para esperar o parto e como foi isto.*

## **BLOCO 7 - O CUIDADO NO MOMENTO DO PARTO: A INTERNAÇÃO E A ASSISTÊNCIA AO PARTO**

*OBS: Usar o nome da criança, não ficar chamando bebê, ele, ela ou similares*

7.1. Quem fez o parto? (Parteira, enfermeiro, médico, outros)

4.7. *Para parto domiciliar: Foi em casa? (Se for parteira em casa explorar como chamam a parteira, etc)*

7.2. Quando chegou no serviço onde teve ficou muito tempo aguardando atendimento?

7.3. Quanto tempo a Sr<sup>a</sup>. ficou internada no serviço/hospital?

7.4. A Sr<sup>a</sup> fez algum exame antes da internação? Se sim Quais?

7.5. O bebê ficou o tempo todo contigo durante o período de internação?

7.6. Ele(a) foi colocado logo que nasceu no seu colo?

7.7. A senhora teve direito a ter um acompanhante durante o parto? E depois?

7.8. A senhora pode amamentar o seu Bebê assim que ele nasceu? E depois que saiu da maternidade como foi o apoio para amamentar? Algum profissional de saúde da unidade? Ou familiar? Ou amiga?

## **BLOCO 8 - CUIDADO AO PARTO: ALTA HOSPITALAR**

8.1. Quanto a Sr<sup>a</sup>. teve alta, recebeu um relatório de alta (ficha de contra-referência) escrito sobre sua internação e do seu filho para entregar na UBS?

8.2. Quando a Sr<sup>a</sup> teve alta hospitalar recebeu orientações sobre cuidados com a Sr<sup>a</sup>?

Sobre o seu bebê? Saiu com alguma orientação de uso de remédios para tomar em casa? Qual foi este remédio?

8.3. O Bebê recebeu alguma vacina antes de sair do Hospital? (BCG e Hepatite B)

8.4. O Bebê fez algum exame durante a Internação? Se sim Quais?

8.5. A Sr<sup>a</sup> pode nos fornecer as informações anotadas na caderneta de pré-natal e da criança?

Observar no cartão da gestante e da criança, quando a usuária apresentar durante a entrevista:

Procedimento	Realizado e anotado na carteira	Realizado e não anotado na caderneta	Não anotado
Reflexo Vermelho (teste do olhinho)			
Emissões Otoacusticas (teste do ouvidinho)			
Teste do coração			
Peso			
Altura			
Perímetro cefálico			

8.5.1. Classificação do RN: ( ) T (termo) ( ) PT (pré-termo) ( ) POT (pós termo)

8.5.2. Adequação: ( ) PIG (pequeno para idade gestacional) ( ) AIG (adequado para a idade gestacional) ( ) GIG (grande para a idade gestacional)

8.6. O bebê realizou o teste do pezinho? Onde foi feito?

8.7. A senhora teve alguma dificuldade de locomoção para retornar para casa com o recém-nascido? Pode nos falar sobre isso?

## **BLOCO 9 - ATENÇÃO E COORDENAÇÃO DO CUIDADO PÓS-PARTO**

9.1. A equipe da UBS veio visitá-la ou entrou em contato depois do parto? Sim/Não. Quando? Quem visitou?

9.2. A Sr<sup>a</sup> consultou com o enfermeiro ou o médico na UBS logo após o parto?

9.3. Quanto tempo levou para a Sr<sup>a</sup> ser atendida pela UBS depois do Parto? E o seu filho (a)

9.4. A Sr<sup>a</sup> teve dificuldades para amamentar? Pode nos falar sobre isso?

9.5. Por quanto tempo o bebê ficou em aleitamento materno exclusivo?

9.6. Quais orientações sobre o seu cuidado a Sr<sup>a</sup> recebeu na UBS? A Sr<sup>a</sup> está recebendo algum tratamento em saúde nesse momento? Onde e com quem a Sr<sup>a</sup> está sendo tratada?

9.7. A Sr<sup>a</sup> Está utilizando ou foi orientada a tomar cuidados contraceptivos? Se sim, qual foi o método? Foi orientada a utilização desse método? Ainda está fazendo uso do mesmo?

## **BLOCO 10: PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**



## 10.1. Cuidado pré-natal de alto risco

10.1.1. Como foi diagnosticada a situação de risco na gravidez? Pode nos falar sobre isso?

10.1.2. A Sr<sup>a</sup> foi encaminhada para o pré-natal de alto risco? Sim ( ) Não ( )

Os profissionais explicaram à Sra. o motivo do encaminhamento?

Onde a Sr<sup>a</sup> fez o acompanhamento do pré-natal de alto risco (nome do serviço de saúde e município)?

A Sr<sup>a</sup> pode nos falar como foi que a Sr<sup>a</sup> foi encaminhada? (*médico da UBS agendou a consulta com serviço de alto risco; a Sr<sup>a</sup> levou encaminhamento do médico da UBS para o setor de marcação de consultas na SMS, outros*)

Quanto tempo levou entre o encaminhamento do médico da UBS e a realização da consulta no pré-natal de alto risco?

A Sr<sup>a</sup> levou um papel escrito com a descrição do seu problema relacionado a gestação para o médico do pré-natal de alto risco?

10.1.3. Como foi o seu primeiro contato com o pré-natal de alto risco?

O médico do serviço especializado conversou com a Sr<sup>a</sup> sobre o risco relacionado a gravidez?

Esclareceu suas dúvidas, deixou tempo para fazer perguntas?

O que o(a) Sr(a) achou das consultas no pré-natal de alto risco?

Quem lhe atendeu na primeira consulta? Quais profissionais fizeram o seu acompanhamento de pré-natal de alto risco?

Era sempre o mesmo profissional que lhe atendia nas consultas de pré-natal de alto risco?

A Sr<sup>a</sup> tinha suas consultas de retorno agendadas no pré-natal de alto risco? (saía do serviço especializado com a próxima consulta agendada)

No pré-natal de alto risco a Sr<sup>a</sup> conseguiu fazer todos os tratamentos em um só local ou teve que procurar outros serviços? Fale como foi.

A Sr<sup>a</sup> teve alguma dificuldade para ser atendida no serviço especializado? Quais?

10.1.4. A prefeitura ofereceu transporte para a Sr<sup>a</sup> chegar até o serviço de pré-natal de alto risco?

Quanto tempo demorava para chegar até o serviço de saúde? (É longe) Como chegava? Fale como fez para ir (condições do transporte; teve que pagar pelo transporte; tempo de deslocamento, como faz para retornar, etc.)

Devido ao pré-natal de alto risco, a Sr<sup>a</sup> teve que mudar de local de moradia? Onde ficou?

Teve apoio da prefeitura para permanecer na cidade onde realizou o pré-natal de alto risco (moradia, auxílio moradia)?

## **10.2. Coordenação com a AB em PN de risco**

No decorrer do pré-natal de alto risco a Sr<sup>a</sup>. manteve contato com a equipe de Saúde da UBS (da área de abrangência do seu bairro) no qual a Sr<sup>a</sup> é assistida?

Se positivo, quem tomou a iniciativa desse contato? A sua família? A própria equipe de saúde da UBS? A equipe do hospital?

A Sr<sup>a</sup> sabe se algum profissional da equipe do posto de saúde se comunicou com a equipe do hospital durante a internação para falar do seu estado de saúde?

E ao contrário? Algum profissional do hospital se comunicou algum profissional da equipe do posto de saúde durante a internação?

A Sr<sup>a</sup> trouxe um papel escrito sobre o seu acompanhamento no pré-natal de alto risco para o médico ou enfermeiro da UBS?

## **BLOCO 11 – PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PARA AS UBS COM PMM)**

### **11.1. Gostaríamos que o Sra falasse sobre o que achou do atendimento do médico do Programa Mais Médicos.**

*O/a Sr/a conhece ou já ouviu falar do Programa Mais Médicos? O seu médico (a) é do Programa Mais Médicos? Ou já teve médico do Programa Mais médicos nesta UBS?*

*Já realizou consulta com ele(a)? O que achou?*

*O médico(a) perguntou sobre sua história de vida para conhecê-lo melhor?*

*Fez algum exame físico durante a consulta? Deu orientações sobre o processo da gravidez?*

*O/a Sr/a teve alguma dificuldade para entender o que o médico(a) conversava com o Sr/a?*

*Como avalia este médico/a do Programa Mais Médicos? Notou alguma diferença no cuidado prestado em comparação com outros médicos anteriores que trabalhavam na UBS?*

*O médico do Programa Mais Médicos foi embora? A UBS ficou sem médico?*

*O que aconteceu quando a/o médica/o cubana/o foi embora?*

## **BLOCO 12. AVALIAÇÃO GERAL E CONSIDERAÇÕES FINAIS DO ENTREVISTADO**

**12.1. Qual o lugar/serviço que considera que foi mais importante para o acompanhamento da sua gestação?** ( ) UBS; ( ) consultório privado; ( ) UPA; ( ) hospital; ( ) farmácia; ( ) Outro, qual? \_\_\_\_

**12.2 Qual profissional foi mais importante para a Sr<sup>a</sup> no período do acompanhamento pré-natal? Por quê?**

( ) ACS? ( ) Técnico de enfermagem? ( ) Enfermeiro? ( ) Médico da UBS? ( ) Médico especialista? ( ) atendente da farmácia? ( ) médico particular? ( ) Outro? qual? \_\_\_\_\_

Por que este é o profissional mais importante?

**Que nota, de um a dez, o(a) Sr(a) daria para:**

O acompanhamento pré-natal na UBS? \_\_\_\_\_ nota Por quê?

E do Parto? \_\_\_\_\_ nota por quê?

E do acompanhamento após o parto? \_\_\_\_\_ nota. Por quê?

**12.4.** Fale como a Sr<sup>a</sup> se sentiu com o tratamento e atenção recebidos durante o acompanhamento de sua gestação (pré-natal, parto e puerpério).

**12.5.** Em sua experiência qual a principal dificuldade para a realização do acompanhamento de sua gestação (pré-natal, parto e puerpério)?

**12.6.** Há mais alguma questão que gostaria de falar sobre o acompanhamento do seu pré-natal, parto e puerpério?

**Muito obrigada(o)!!!**

-----**Para auto-preenchimento do entrevistador logo após a entrevista**

É acompanhada regularmente pela EqAB: ( ) sim ( ) não

Profissional de referência na EqAB: ( ) sim ( ) não Qual: \_\_\_\_\_

Participação em grupos de educação em saúde que aborda temas PN e parto: ( ) sim ( ) não

Marcação de consulta/procedimento para exames especializado realizada pela UBS:

( ) sim ( ) não

Transporte garantido para realização de consulta/procedimento em serviço especializado:

( ) sim ( ) não

Acompanhamento por profissional da UBS durante a gestação ( ) sim ( ) não  
Qual: \_\_\_\_\_

Preenchimento das carteiras ( ) sim ( ) não

Dados de PN: ( ) bem preenchido ( ) preenchido ( ) em branco

Dados do Parto: ( ) bem preenchido ( ) preenchido ( ) em branco

Dados do RN: ( ) bem preenchido ( ) preenchido ( ) em branco

Entrevistada foi gestante de alto risco? ( ) sim ( ) não

Recebimento de ficha de referência da AB para entregar na maternidade: ( ) sim ( ) não

Recebimento de contrarreferência para entregar à EqAB: ( ) sim ( ) não

Facilidade de acesso à consulta com especialista: ( ) sim ( ) não

Facilidade para realização do procedimento especializado: ( ) sim ( ) não

Houve peregrinação para o parto: ( ) sim ( ) não

Precisou se mudar para ter o bebê: ( ) sim ( ) não

Recebimento de informações/esclarecimento de dúvida pelo profissional do serviço especializado: ( ) sim ( ) não

Satisfeita com o atendimento na rede de referência (exames): ( ) sim ( ) não

Satisfeita com o atendimento pela EqAB: ( ) sim ( ) não

Satisfeita com a atendimento ao parto: ( ) sim ( ) não

Satisfeita com a atendimento ao puerpério: ( ) sim ( ) não

Observações do entrevistador - **questões-chave:**

---



---

---

---

---

---

---

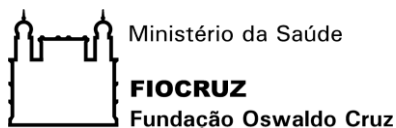
---

---

---

Observações do entrevistador (eventos imprevistos, impressões sobre a entrevistada, etc:

## ANEXO C – Roteiro de Entrevista – Profissionais de Saúde



### PESQUISA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TERRITÓRIOS RURAIS E REMOTOS NO BRASIL

#### Roteiro de Entrevista - PROFISSIONAIS DE SAÚDE (Médico e Enfermeiro)

##### Objetivos específicos

Conhecer o processo de trabalho das equipes de atenção primária e como se conformam as intervenções em saúde em territórios rurais e remotos;

Identificar modos de organização dos serviços de AB em territórios rurais e remotos;

Analisar a configuração dos fluxos regionais para garantia de continuidade dos cuidados desde a perspectiva dos municípios rurais e remotos.

**Data da entrevista:**

**Hora de Início:**

**Final:**

**Duração:**

**Entrevistadores:**

*Entrevistador:*

- *Após apresentação introduzir os objetivos gerais da pesquisa, ler e solicitar assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;*
- *Estar atento aos objetivos do estudo que constam no cabeçalho.*

**Perfil do(a) entrevistado(a)**

Tipo de território:	
Nome do município:	
Código ID:	
Entrevistado (a):	
Idade:	Sexo: ( ) M ( ) F
Formação profissional (graduação):	
Universidade/Estado/País que concluiu a graduação:	
Há quanto tempo finalizou a graduação:	
Pós-graduação:	
Função atual:	
Tempo de atuação nesta equipe:	
Tempo de atuação em equipes ESF:	
Outra experiência anterior na AB: ( ) sim ( ) não	
No mesmo município: ( ) sim ( ) não ( ) Não se aplica	
Se em outro município. Em qual município/regional/estado:	
Função anterior:	
Representação em órgão colegiado. Se sim, qual:	
Local de trabalho:	
Endereço profissional completo:	
E-mail:	
Telefone:	
Vínculo Trabalhista no município:	
Outro vínculo (além do cargo ocupado atualmente): ( ) sim ( ) não Qual:	
Onde:	

## **Características do território e população**

Quais são as características da população residente na sua área de atuação? (Tamanho, faixa etária, sexo, povos e populações tradicionais, migração)

Quais são as condições de saneamento, abastecimento de água e esgotamento sanitário na sede do município? E como acontece em regiões rurais/de difícil acesso? (cisternas, reservatórios, microssistemas)

Especificidades da área rural: Quais os problemas de saúde que são mais comuns no seu território? Tem algum problema específico de área rural? Tem alguma ação específica que é realizado na área rural, seja da área da saúde ou por outros setores? (Malária, acidentes, agrotóxicos)

No território de atuação da equipe existe casos de exposição e intoxicação por substâncias químicas (contaminação direta ou indireta e/ou envenenamento por: agrotóxicos, alimentos, água contaminada, animais peçonhentos, outros).

Existe alguma situação climática em que as populações da sua área de atuação ficam isoladas ou precisam mudar de endereço temporariamente? (Cheias, secas)

Como está definida a área de atuação da equipe de AB? E dos ACS?

Nº de microáreas: \_\_\_\_\_

Nº de ACS ativos: \_\_\_\_\_

Nº médio de famílias por microárea: \_\_\_\_\_

Nº total de pessoas cadastradas na equipe: \_\_\_\_\_

Áreas descobertas: \_\_\_\_\_

## **Acesso**

Na sua experiência quando o usuário precisa de atendimento, qual o primeiro serviço de saúde ou recurso da comunidade que ele procura? (UBS, UPA/urgência, hospital, farmácia, serviço particular, outros)? Existem outros serviços que a população procura?

O Sr (a) reconhece algum tipo de barreira para o acesso da população residente da sua área de atuação às unidades básicas de saúde? Tem alguma barreira geográfica (distância, rio, tipo de



transporte); Tem alguma barreira organizacional (horário de profissionais, ausência de algum profissional); Tem alguma barreira financeira? Pode falar sobre elas e dar exemplos?

Qual a maior distância e tempo percorridos para acesso das populações de áreas rurais para chegar à atenção básica? E acesso à atenção especializada? E para a hospitalar?

### **Estrutura da oferta AB**

Como é a estrutura da UBS onde você atua?

A UBS onde você atua foi reformada ou está em reforma? Quais foram as melhorias decorrentes dessa reforma?

Quais os dias e horários de funcionamento da UBS?

Quais são os recursos disponíveis para que a equipe possa desenvolver ações de saúde? Fale sobre: medicamentos, coleta, encaminhamento, análise e resultado de exames, insumos, equipamentos, vacinas ou outros serviços disponíveis na UBS

Estrutura física	Consultório Médico ( )sim ( )não
	Consultório de enfermagem ( )sim ( )não
	Consultório de odontologia ( )sim ( )não
	Sala de dispensação de medicamentos ( )sim ( )não
	Sala de vacina ( )sim ( )não
Equipamentos/ Insumos	Aparelho de nebulização ( )sim ( )não
	Geladeira exclusiva para vacina ( )sim ( )não
	Glicosímetro com fita ( )sim ( )não
	Vacina tetravalente ou pentavalente ( )sim ( )não
	Teste rápido para sífilis ( )sim ( )não
	Teste rápido para HIV ( )sim ( )não
Equipamentos de TIC	Computador ( )sim ( )não
	Acesso à internet ( )sim ( )não

A equipe utiliza telessaúde? Para que? Como?

A equipe utiliza outras tecnologias de informação e comunicação - TIC (prontuário eletrônico, internet, telefone, Educação a distância - EAD, outros), para aumentar a abrangência das ações desenvolvidas na Atenção Básica? Quais?

A equipe utiliza e-SUS AB? ( )sim ( )não

Fichas Coleta de dados Simplificados (CDS) ( )sim ( )não

Prontuário eletrônico (PEC) ( )sim ( )não

Envio da produção ao Ministério da Saúde ( ) Direto da UBS ( ) Somente pela secretaria de saúde – UBS entrega produção via pen drive ( ) Somente pela secretaria de saúde – UBS entrega produção via e-mail

### **Processo de trabalho**

Fale-nos sobre a composição da sua equipe AB (quantas equipes na UBS; Quais profissionais compõem cada equipe; outros profissionais além da equipe mínima; existência de saúde bucal, apoio matricial – NASF AB, ACS e outros profissionais além da equipe mínima, caso haja).

Quais as ações realizadas pela equipe?

Consulta médica ( ) sim ( ) não

Consulta de enfermagem ( ) sim ( ) não

Consulta de odontologia ( ) sim ( ) não

Imunização ( ) sim ( ) não

Coleta de preventivo ( ) sim ( ) não

Acompanhamento de hipertensão e diabetes ( ) sim ( ) não

Saúde da mulher: ( ) sim ( ) não

Pré-natal ( ) sim ( ) não

Saúde da criança: ( ) sim ( ) não

Saúde mental: ( ) sim ( ) não

Dispensação de medicamentos ( ) sim ( ) não

Coleta de material para exames de sangue, urina ( ) sim ( ) não

Grupos de educação em saúde ( ) sim ( ) não. Quais?

Desenvolve PSE ( ) sim ( ) não

Suturas: ( ) sim ( ) não

Remoção de cerume: ( ) sim ( ) não

Retirada de unha encravada: ( ) sim ( ) não

Programa de hanseníase: ( ) sim ( ) não

Programa de tuberculose: ( ) sim ( ) não

Nas áreas/populações de difícil acesso são ofertadas as mesmas ações? Quais as especificidades da atuação das equipes nas áreas rurais?

Essas ações são compartilhadas entre os médicos e enfermeiros? Quais? Como?

Como está organizada a agenda da equipe (demanda espontânea e programada)?

Como se organiza o processo de trabalho das EqAB para o atendimento à demanda espontânea?

Há apoio assistencial do NASF? Como é esse apoio? Quais profissionais compõem?

Há apoio assistencial do CAPS? Como é esse apoio? Quais profissionais compõem?

A equipe realiza reuniões de equipe? Quais os assuntos trabalhados? Ocorrem com que periodicidade? Quem participa?

Como são estabelecidas prioridades de ações da equipe? A equipe utiliza indicadores de saúde para estabelecer estas prioridades? Pode dar exemplos de atividades realizadas a partir dos indicadores de saúde?

Quais são as ações de urgência desenvolvidas pela equipe?

Caso realize ações de urgência, como a equipe está organizada para atender a população que é atendida?

E quando as urgências ocorrem fora do horário da UBS? Há equipe de plantão na UBS? (Composição da equipe de plantão; médico/enfermeiro acionado em casa; SAMU? Hospital? UPA?)

Tem medicação para urgência básica? (pico hipertensivo, crise asmática, dor abdominal, febre alta)

Quais são as situações mais comuns de demanda de atendimento de urgência e emergência em áreas de difícil acesso?

Pode dar um exemplo de situação de urgência de áreas rurais que o(a) sr(a) atendeu?

## **5. Interculturalidade**

Que tipo de cuidadores tradicionais e práticas populares existem no território? (garrafadas, parteiras, curandeiros, benzedoras, pajés, puxadores, outros)

A equipe/profissionais desenvolvem ações específicas junto às populações tradicionais (identificar a que tem no município). Pode falar sobre essas ações, como são desenvolvidas? Como é a articulação entre cuidadores tradicionais e as equipes?

As estruturas das UBS são adaptadas para atendimento a populações específicas (indígenas, quilombolas, ribeirinhos) – *Perguntar somente quando há possuir essa população*

## **6. Relação AB e AE ambulatorial e especializada**

Há oferta de algum serviço especializado na UBS? Como se dá esta oferta? (atendimento ambulatorial de especialista periodicamente? Casos atendidos em juntas médicas/profissionais?)

Quando o usuário precisa de algum serviço não disponível na UBS, como se dá o acesso? (Agendamento de consultas, exames, internação)

Como a consulta/exame especializado é agendado?

A marcação da consulta especializada/exame pela UBS ( ) sim ( ) não

Marcação pelo usuário no setor de marcação ( ) sim ( ) não

Acompanhamento da marcação de consulta especializada pela UBS ( ) sim ( ) não

Quando o usuário é acompanhado por especialista, como acontece o acompanhamento pela equipe de AB? Há troca de informações entre o profissional da AB e especialistas (ambulatorial e internação)

Há compartilhamento de responsabilidades pela coordenação do cuidado entre a equipe de AB e os profissionais da AE?

Há espaços de diálogos, discussão de casos clínicos entre os trabalhadores da AB e AE em âmbito municipal? e regional?

Algum recurso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) é utilizado para facilitar a comunicação entre AB e AE? Qual?

## **7. Transporte sanitário e rede de urgência**

O município disponibiliza transporte sanitário para os pacientes de áreas mais distantes do município? De que forma?

Há algum transporte coletivo regular nas áreas mais distantes?

O município disponibiliza transporte sanitário para tratamento fora de domicílio (TFD)? Para quais situações?

Como se organiza o transporte de profissionais para as ações da equipe?

O SAMU ou serviço de urgência similar atende áreas de rurais/ de difícil acesso? De que forma?

Existe casas de apoio municipais/regionais/estaduais para os pacientes? Onde se localizam?

Seção "transporte sanitário e rede de urgência"

- Como a população é atendida nos casos de urgência relatados (na seção "processo de trabalho") quando ocorrem fora do horário da UBS? (equipe de plantão na UBS? composição da equipe de plantão? médico/enfermeiro acionado em casa? SAMU? Hospital? UPA?

## **8. Força de trabalho em áreas rurais de difícil acesso**

A sua equipe AB, comumente, tem falta de profissionais? Quais? E rotatividade de profissionais?

Qual a carga horária de trabalho do médico e enfermeiro na sua UBS? Eles trabalham todos os dias da semana?

Quais as estratégias da equipe para lidar com a falta/rotatividade de profissionais?

A elevada rotatividade de médicos afetou o trabalho da enfermagem? Como?

A elevada rotatividade de enfermeiros afetou o trabalho do médico? Como?

Você identifica problemas para atração e fixação de profissionais?

Você identifica estratégias/incentivos da gestão para atração e fixação de profissionais, especialmente nas áreas rurais de difícil acesso?

A equipe AB atua como espaço de formação para os programas de integração ensino-serviço (estágio, PET, preceptoria, residência, internato)? Pode nos falar sobre essa experiência?

Você identifica ações de capacitação ou educação permanente para a equipe de Atenção Básica? Quais? Para quais membros da equipe? Ocorrem com qual frequência?

Na sua equipe há/houve médico do PMM? Desde quando (mês/ano)? Nacionalidade?

Você conhece o supervisor do PMM? O supervisor contribui para aperfeiçoamento do processo de trabalho da equipe? De que forma?

Houve mudanças no processo de trabalho da equipe com a presença do médico do PMM? Pode falar sobre essas mudanças?

Como você avalia a atuação do médico do PMM? Há diferenças em relação a atuação de médicos que não são do PMM?

Considera importante a continuidade do PMM? Por quê?

A saída dos médicos cubanos teve algum impacto na sua UBS? Qual?

## **9. Intersetorialidade e Participação da comunidade**

Há alguma forma de participação da comunidade na AB? (Conselho local de saúde)

Como se dá a participação da comunidade em relação às ações e práticas de saúde desenvolvidas pela equipe/profissionais de saúde? (associações comunitárias, religiosas, conselhos locais, associações de trabalhadores)

A equipe AB desenvolve ações em parceria com outros setores de políticas públicas (educação, assistência social, meio ambiente, etc)? Pode nos falar sobre essas ações intersetoriais?

Existe algum tipo de articulação da UBS com a Academia da saúde? Como?

A equipe acompanha as condicionalidades do Programa Bolsa Família? Quantas famílias da sua área recebem bolsa família?

## **10. Participação no PMAQ**

Como foi sua experiência com o PMAQ?

O Sr(a) pode nos falar sobre o processo de preparação da sua equipe para participar da avaliação do PMAQ?

O Sr(a) identifica efeitos na organização e nas práticas da sua equipe AB decorrentes da participação no PMAQ?

**Traçadores: Câncer de Colo de Útero; Hipertensão arterial; Pré-natal, parto e puerpério**

## 11. Prevenção de câncer de colo de útero

A UBS faz preventivo?

Como é a divisão do trabalho entre médico e enfermeiro na prevenção do CCU?

O ACS tem algum papel específico na prevenção ao CCU?

Faz busca ativa das mulheres que não realizaram o preventivo? Como?

Faz alguma atividade de educação em saúde para prevenção do CCU?

Quanto tempo demora para receber o resultado do preventivo?

Se o exame der alterado, o que é feito?

Como é o acesso/fluxo da usuária a consulta com ginecologista e/ou colposcopia?

Como se dá o seguimento das mulheres em tratamento?

Há apoio psicológico e nutricional para as mulheres com diagnóstico de CCU?

Como avalia a atuação da sua UBS no desenvolvimento das ações de CCU?

## 12. Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

A UBS faz controle dos usuários com hipertensão arterial? Como?

Como é a divisão do trabalho entre médico e enfermeiro no cuidado a HAS?

O ACS tem algum papel específico no cuidado a pessoas com HAS?

Faz busca ativa para captação de HAS? (novos usuários e usuários com acompanhamento em atraso)? Como?

Faz alguma atividade de educação em saúde para prevenção e controle da HAS?

Faz estratificação de risco cardiovascular?

Como é acesso aos medicamentos para HAS? A UBS dispensa medicamentos para HAS? (“Aqui tem farmácia popular?”)

Fornece informações sobre cuidados de higiene bucal ou prótese dentária?

Como é o acesso/fluxo do usuário a especialistas quando necessário? (fundo de olho, HAS refratária)

Como se dá o seguimento dos usuários com HAS quando encaminhados ao especialista?

Como avalia a atuação das equipes de atenção básica da sua UBS no desenvolvimento das ações de atenção à hipertensão arterial na AB?

### **13. Pré-natal, parto e puerpério**

A UBS faz acompanhamento de pré-natal e puerpério? Como?

Como é a divisão do trabalho entre médico e enfermeiro no cuidado a gestante e puérpera?

O ACS tem algum papel específico no cuidado a mulheres em pré-natal, parto ou puerpério?

No acompanhamento de pré-natal, há participação do(a) parceiro(a)?

Quais são os recursos disponíveis para que a equipe possa realizar o cuidado a gestante e puérpera? (teste de gravidez, testes rápidos, vacinação, ácido fólico, sulfato ferroso)

Realiza preventivo durante o pré-natal, após o 3º mês?

Faz busca ativa para captação de gestantes? (Para inscrição no pré-natal no 1º trimestre e faltosas) Como?

Faz alguma atividade de educação em saúde para gestante e puérpera?

Identifica gestantes de alto risco?

Como é o acesso/fluxo das gestantes de alto risco ao especialista?

Como se dá o seguimento da gestante de alto risco?

Tem algum lugar definido para o parto e informado à gestante no pré-natal?

Como avalia a atuação das equipes de atenção básica da sua UBS no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério?

Houve casos de mortalidade materna na área da UBS no último ano? Quantos? Houve investigação do óbito materno? E casos de sífilis congênita?

Houve casos de mortalidade neonatal na área da UBS no último ano? Quantos? Houve investigação do óbito neonatal? Qual a causa?

### **14. Em síntese:**



Quais os principais avanços em relação a atenção básica na sua UBS/município?

Quais os principais desafios em relação a atenção básica na sua UBS/município?

O que o(a) sr(a) considera que seria a melhor estratégia para garantir o acesso à atenção à saúde no SUS para populações que vivem em áreas rurais de difícil acesso?

**Muito obrigada(o)!!!**

**Para autopreenchimento do entrevistador logo após a entrevista**

O território de atuação do profissional está definido? ( ) sim ( ) não

Nº de microáreas: \_\_\_\_\_

Nº de ACS ativos: \_\_\_\_\_

Nº médio de famílias por microárea: \_\_\_\_\_

Nº total de pessoas cadastradas na equipe: \_\_\_\_\_

Áreas descobertas: ( ) sim ( ) não. Quais? \_\_\_\_\_

O profissional identificou características da população residente na sua área de atuação? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique. \_\_\_\_\_

O profissional mencionou especificidades da área rural onde atua? ( ) sim ( ) não ( ) Não se aplica: Se SIM, especifique. \_\_\_\_\_

O profissional mencionou a existência de alguma situação climática que provoca o isolamento da população na sua área de atuação? ( ) sim ( ) não. Se SIM, especificar: \_\_\_\_\_

Rede geral de abastecimento de água com sistema de tratamento na sede ( ) sim ( ) não.

Abastecimento de água em áreas rurais. Especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de esgotamento sanitário \_\_\_\_\_

O profissional reconhece algum tipo de barreira para o acesso da população residente da sua área de atuação às unidades básicas de saúde? ( ) sim ( ) não

( ) Barreiras geográficas. Especifique:

( ) Barreiras organizacionais. Especifique:

( ) Barreiras financeiras. Especifique:

( ) Outras. Especifique:

Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a UBS?

### Estrutura da UBS

Consultório Médico ( ) sim ( ) não
Consultório de enfermagem ( ) sim ( ) não
Consultório de odontologia ( ) sim ( ) não
Sala de dispensação de medicamentos ( ) sim ( ) não
Sala de vacina ( ) sim ( ) não
Aparelho de nebulização ( ) sim ( ) não
Geladeira exclusiva para vacina ( ) sim ( ) não
Glicosímetro com fita ( ) sim ( ) não
Vacina tetravalente ou pentavalente ( ) sim ( ) não
Teste rápido para sífilis ( ) sim ( ) não
Teste rápido para HIV ( ) sim ( ) não
Computador ( ) sim ( ) não
Acesso à internet ( ) sim ( ) não

### Oferta de ações de atividades/serviços na UBS

Imunização ( ) sim ( ) não

Coleta de preventivo ( ) sim ( ) não

Pré-natal ( ) sim ( ) não

Dispensação de medicamentos ( ) sim ( ) não

Coleta de material para exames de sangue, urina ( ) sim ( ) não

Testes rápidos para gestante ( ) sim ( ) não

Grupos de educação em saúde ( ) sim ( ) não Se SIM quais:\_\_\_\_\_

Apoio do NASF ( ) sim ( ) não. Se SIM de quais profissionais\_\_\_\_\_

Apoio do CAPS ( ) sim ( ) não

Desenvolvimento de ações específicas junto às populações tradicionais? ( ) sim ( ) não. SE SIM, Quais\_\_\_\_\_

Nas áreas rurais são ofertadas as mesmas ações? ( ) sim ( ) não

Estratégia específica para organização do processo de trabalho em áreas de difícil acesso

( ) sim ( ) não Se SIM, especifique:

**Tecnologias de Informação e Comunicação (TICS)**

A equipe utiliza telessaúde? ( ) sim ( ) não Se SIM, especifique:

A equipe utiliza e-SUS AB? ( ) sim ( ) não

Fichas Coleta de dados Simplificados (CDS) ( ) sim ( ) não

Prontuário eletrônico (PEC) ( ) sim ( ) não

Envio da produção ao Ministério da Saúde : ( ) Direto da UBS ( ) Somente pela secretaria de saúde

**Fluxo para atenção especializada**

Acesso do usuário a atenção especializada no SUS: ( ) No município ( ) Na região de saúde ( ) Na capital

Marcação da consulta especializada/exame pela UBS ( ) sim ( ) não

Marcação pelo usuário no setor de marcação ( ) sim ( ) não

Acompanhamento da marcação de consulta especializada pela UBS ( ) sim ( ) não

Principal dificuldade de acesso à atenção especializada \_\_\_\_\_

Qual o maior tempo e/ou distância para o usuário acessar a atenção especializada ou hospital?

Disponibilidade de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para facilitar a comunicação entre AB e AE? ( ) sim ( ) não

Disponibilidade de transporte sanitário para os pacientes de áreas mais distantes do município? ( ) sim ( ) não

SMS organiza transporte sanitário para atendimento fora do município? ( ) sim ( ) não

Meios de transporte coletivo disponíveis para população das áreas de mais difícil acesso?

( ) sim ( ) não. Se SIM, especifique? \_\_\_\_\_

Disponibilidade de transporte para profissionais acessarem UBS mais distantes? ( ) sim

( ) não. Se SIM, especifique: \_\_\_\_\_

Formas de participação da comunidade na AB? ( ) sim ( ) não

Outros setores envolvidos com ações para o desenvolvimento do seu município. ( ) sim

( ) não Se SIM, quais? \_\_\_\_\_

Falta de profissionais na sua equipe? ( ) sim ( ) não. Se SIM, Especifique: \_\_\_\_\_

Estratégias da equipe para lidar com a falta/rotatividade de profissionais? ( ) sim ( ) não.  
Especifique: \_\_\_\_\_

Problemas para atração e fixação de profissionais? ( ) sim ( ) não.  
Especifique: \_\_\_\_\_

Há/houve médico do PMM na equipe do profissional entrevistado? ( ) sim ( ) não

O profissional identificou algum impacto com a saída dos médicos cubanos na UBS de sua atuação? ( ) sim ( ) não. Especifique: \_\_\_\_\_

O profissional identificou efeitos na organização e nas práticas da equipe AB decorrentes da participação no PMAQ? Se SIM, Especifique: \_\_\_\_\_

### **Prevenção do câncer de colo de útero**

A equipe faz preventivo? ( ) sim ( ) não

Busca ativa ( ) sim ( ) não ( ) Irregular

Coleta de preventivo pelo(a) médico(a) ( ) sim ( ) não

Coleta de preventivo pelo(a) enfermeiro(a) ( ) sim ( ) não

Grupos de educação em saúde ( ) sim ( ) não ( ) Irregular

Laboratório que realiza citologia ( ) Público ( ) Privado

Certificação de qualidade pelo laboratório ( ) sim ( ) não ( ) Desconhece

Colposcopia é realizada no município ( ) sim ( ) não

### **Hipertensão arterial**

A equipe faz controle dos usuários com hipertensão arterial ( ) sim ( ) não

Busca ativa ( ) sim ( ) não ( ) Irregular

Acompanhamento HAS pelo(a) médico(a) ( ) sim ( ) não

Acompanhamento HAS pelo(a) enfermeiro(a) ( ) sim ( ) não

Compartilhamento do cuidado entre médico(a) e enfermeiro(a) ( ) sim ( ) não

Grupos de educação em saúde ( ) sim ( ) não

Estratificação de risco cardiovascular ( ) sim ( ) não

Dispensação de medicamentos HAS pela UBS ( ) sim ( ) não

### **Pré-natal, parto e puerpério**

Equipe faz pré-natal ( ) sim ( ) não