

Atuação do agente comunitário de saúde em municípios rurais remotos do Semiárido: um olhar a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde

Jéssica de Oliveira Sousa¹ (Orcid: 0000-0001-5874-7551) (jeusousa@yahoo.com.br)

Patty Fidelis de Almeida² (Orcid: 0000-0003-1676-3574) (pattyfidelis@id.uff.br)

¹ Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista-BA, Brasil.

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ, Brasil.

Resumo: O objetivo do artigo é 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 (APS). Foi realizado estudo de caso em quatro MRR do semiárido nordestino por meio de entrevistas com ACS e usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os resultados mostram forte atuação dos ACS em ações vinculadas à porta de entrada e integralidade, com escopo ampliado, sobretudo nas áreas rurais dos MRR. A intermediação e a facilitação do acesso ocorrem 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 relacionadas aos atributos derivados. Identificou-se a realização de procedimentos como aferição de pressão arterial e curativos.

► **Palavras-chave:** Agente comunitário de saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da população rural.

Recebido em: 27/05/2021

Revisado em: 30/06/2022

Aprovado em: 05/07/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333044>

Editora responsável: Daniela Geremia

Pareceristas: Ana Valéria Machado Mendonça e Yana Tamara Tomasi

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 de Saúde da Família (ESF) em todo 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 essas populações (PESSOA *et al.*, 2013; SANTOS; JACINTO, 2017). O acesso e a acessibilidade da população rural extrapolam a existência de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Vinculam-se a condicionais 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 dos profissionais de saúde, dentre outros aspectos (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 unidades de saúde, identificar as necessidades 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 essenciais para a 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). A profissão, regulamentada em 2002, é caracterizada pelo exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares e comunitárias, individuais e coletivas, desenvolvidas em conformidade às diretrizes do Sistema

Único de Saúde (SUS), sobretudo 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 ao estabelecimento de uma relação conflituosa entre ações de prevenção e promoção da saúde 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 da oferta de orientações até a realização de partos (KOK *et al.*, 2015).

No Brasil, tendo em vista que a ESF se caracteriza 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). 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 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 municípios rurais remotos (IBGE, 2017) recorte do estudo “Atenção Primária à Saúde em áreas rurais remotas no Brasil” (FAUSTO; FONSECA; GOULART, 2020). A metodologia escolhida visa à investigação de um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações (VENTURA, 2007).

Para a definição da amostra intencional do estudo, os 323 MRR brasileiros 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. O Semiárido é composto por 1.262 municípios, distribuídos por nove estados da região Nordeste e norte de Minas Gerais (IBGE, 2017). Para seleção dos MRR da Região Nordeste do Semiárido, adotou-se como critério selecionar três municípios que apresentassem características semelhantes na área (dois no estado da Bahia, e um no estado do Piauí) e um município também localizado na Bahia, porém com características incomuns (população acima da média para o estado), totalizando assim uma amostra final de quatro MRR (3 na Bahia e 1 no Piauí). Para preservação do anonimato, os três MRR baianos foram identificados como M1, M2 e M3 e o piauiense, M4.

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 duas UBS (sede e zona rural). Em cada unidade, foi entrevistado um ACS, eleito de forma intencional, totalizando oito entrevistas (4 na UBS rural e 4 na UBS da sede) e seis usuários indicados pelas equipes (3 na UBS rural e 3 na UBS da sede), totalizando 24 participantes. A escolha dos usuários foi norteada por três eventos traçadores previamente estabelecidos: mulher com uma gestação nos últimos 12 meses – pré-natal, parto e puerpério (PPP); mulher que apresentou alguma lesão no colo do útero nos últimos 12 meses (CCU) e usuário com hipertensão arterial sistêmica que tivesse realizado uma consulta com especialista nos últimos 12 meses (HAS).

Os roteiros que guiaram as entrevistas com os ACS, parte do estudo mais amplo, abordaram os seguintes temas: características do território e população atendida; estrutura e acesso à UBS; processo de trabalho; 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 câncer do colo do útero e da hipertensão, e ações durante o pré-natal.

Para a entrevista com os usuários, foram utilizados três roteiros distintos, um para cada evento traçador (PPP; HAS; CCU). Todos os roteiros abordavam questões gerais sobre a organização, acesso à ESF e a retaguarda terapêutica em um bloco específico sobre as ações voltadas ao respectivo evento traçador. Para este estudo, foram identificadas e analisadas as atividades e estratégias referentes à atuação mais específica do ACS.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e maio de 2019, a partir de agendamento prévio com o secretário municipal de Saúde e visita *in loco* ao município. As entrevistas com os ACS aconteceram nas UBS, e com os usuários em seus domicílios ou nas UBS. A escolha ficou a critério dos entrevistados. Antes do início das entrevistas, o pesquisador responsável explicou o objetivo da pesquisa, procedeu à leitura ou entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura.

Cada entrevista recebeu um código a partir da categoria do entrevistado: ACS ou usuários (PPP/CCU/HAS), 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 duas horas (ACS) e uma 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. As ações e práticas desenvolvidas pelos ACS foram analisadas à luz dos atributos essenciais e derivados, caracterizados, *a priori*, a partir de estudos, políticas e instrumentos de avaliação da APS (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017; BOUSQUAT *et al.*, 2017; ALELUIA *et al.*, 2017; ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018; BRASIL, 2017; HARZHEIM *et al.*, 2013; STARFIELD, 2002), complementadas também com base nas evidências empíricas produzidas no campo, sobretudo no que se referiu à especificidade da atuação em MRR.

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

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

Resultados

A maioria dos ACS eram do sexo feminino, com idade entre 40-49 anos, exerciam a função entre 10 e 20 anos e possuíam ensino médio completo. No Quadro 1, é apresentado o perfil dos ACS participantes.

Quadro 1. Agentes comunitários de saúde participantes do estudo, municípios rurais remotos, Semiárido, Brasil, 2019

Características	M1	M2	M3	M4
Sexo				
Feminino	1	1	2	2
Masculino	1	1		
Idade				
20-29				
30-39	1		1	
40-49	1	2	1	1
50-59				1
Escolaridade				
Fundamental completo			1	
Médio completo	1	2	1	2
Superior incompleto	1			
Tempo na função				
Até 10 anos	1			
De 10 a 21 anos	1	2	2	1
Mais de 20 anos				1
Vínculo trabalhista				
Estatutário	2	2	2	2
Representação em órgão colegiado				
Sim	2			
Não		2	2	2
Trabalho anterior				

continua...

Características	M1	M2	M3	M4
Digitador (a)			1	
Professor (a)	2			
Trabalhador rural		1		
Desempregado (a)		1	1	2

Fonte: Banco de dados da pesquisa APS em Municípios Rurais e Remotos no Brasil.

O sexo feminino também predominou no grupo de usuárias em função de dois dos eventos traçadores (gestação e lesão no colo do útero). As usuárias tinham entre 20 e 39 anos e grande parte não exercia atividade remunerada. A maioria se autodeclarou preta ou parda e eram beneficiárias de algum programa de auxílio do governo, como bolsa família ou bolsa defeso. O Quadro 2 apresenta as características dos usuários entrevistados.

Quadro 2. Usuários participantes do estudo, municípios rurais remotos, Semiárido, Brasil, 2019

Características	M1	M2	M3	M4
Sexo				
Feminino	4	3	5	4
Masculino	2	3	1	2
Idade				
20-29	2	1	1	2
30-39	1	3	3	1
40-49	1			1
50-59		1	2	
60 +	2	1		2
Ocupação				
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)				

continua...

Características	M1	M2	M3	M4
Benefício social				
Sim	4	6	4	5
Não	2		2	1
Cor (auto referida)				
Branca	1		1	
Preta	1	1	2	1
Parda	4	5	3	4
Amarela				1
Filhos (as)				
Sim	6	5	6	6
Não		1		
Rendimento mensal lar				
Sem rendimento	2		1	1
Até 1 salário mínimo	4	5	4	3
1 à 2		1	1	2
Possui plano de saúde				
Sim				
Não	6	6	6	6

Fonte: Banco de dados da pesquisa APS em municípios rurais e remotos no Brasil.

As ações e práticas dos ACS, identificadas nas narrativas do conjunto de entrevistados, foram categorizadas e analisadas à luz de cada atributo da APS: porta de entrada, coordenação do cuidado, integralidade, longitudinalidade, orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Porta de entrada

Nos quatro casos, o ACS se percebia como o primeiro recurso procurado pela população frente a uma necessidade de saúde em função do vínculo com a comunidade e pela inexistência de outros recursos assistenciais no território, configurando a principal porta de entrada para acesso ao SUS, como evidencia a fala a seguir:

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)

Tal função foi ratificada por usuários, principalmente na zona rural (interior). Agentes que atuavam na sede reconheciam que, apesar de também desenvolverem ações de 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:

Meu WhatsApp é liberado pra todo mundo, sempre estão entrando em contato comigo e eu com o posto para resolver as coisas. (ACSBM1)

Em situações de urgência/emergência 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 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, se responsabilizavam pelo contato com o Serviço 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.

Já cansei de pegar meu carro velho, quando tava sem gasolina, arrumava o de algum vizinho, e botar paciente em cima e “desembestar” 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)

Na zona rural, os ACS eram responsáveis por todos os tipos de agendamento: consultas médicas e de enfermagem, coleta de Papanicolau, entre outros. Os ACS rurais agendavam os exames laboratoriais, informando o dia da coleta na UBS ou

laboratório. Segundo usuárias, o agendamento do preventivo estava centralizado no ACS que, a partir do número de vagas e dias, fazia busca ativa das mulheres elegíveis.

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. (CCUBM1)

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, mas não havia garantia de atendimento no próprio dia, pois a quantidade de “fichas” era limitada.

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)

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.

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)

O acesso às consultas odontológicas, na zona rural e na sede, se dava via agendamento realizado pelo 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 juntamente com os usuários no dia destinado ao atendimento para organizá-lo e garantir o acesso de todos.

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

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)

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, quantitativo de gestantes, hipertensos/diabéticos, 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, se tornava uma oportunidade de reavaliação das ações, com consequente redirecionamento do foco para atividades que precisavam ser intensificadas ou desenvolvidas. 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, se reuniam com a enfermeira para informar acontecimentos do dia anterior e receber orientações e informes. O mesmo 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 junto à pastoral da criança no combate à desnutrição infantil, por meio da distribuição de multimistura. O conselho tutelar foi citado por uma ACS da zona rural para intervir em casos nos quais os responsáveis recusavam a vacinação das crianças.

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

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)

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 seria. 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.

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)

Sobre o agendamento de consultas/exames especializados, o fluxo era o mesmo para residentes da sede e 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. Reconheciam que tal ação não era “cobrada” como parte de suas atividades, porém a maioria a realizava para facilitar a vida da população e possibilitar o acesso aos cuidados especializados. Também houve relato dos próprios ACS sobre a intermediação no agendamento de consultas oftalmológicas em ótica privada, para os quais recebiam valores em dinheiro.

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)

Esse tipo de agendamento foi confirmado por uma usuária de outro município. Embora os usuários não pagassem pela consulta, recebiam a prescrição de óculos com valores elevados e não tinham garantia de nenhum tipo de acompanhamento, como fica evidente na fala a seguir:

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)

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

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)

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 do 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. 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, como ratificado pela fala de uma usuária a seguir:

Por exemplo, quando eu levei minha mãe no município X agora para o cardiologista, ela (ACS) foi acompanhando a gente, quando a gente foi em município Y fazer ultrassom de abdome total, ela acompanhou também, e não é só com nós não, ela vai com quem precisar, ela ajuda mesmo! (HASBM1)

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, 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 comorbidade, realizavam visitas a cada dois meses. Ainda assim, a depender da necessidade, poderiam ser semanais.

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)

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 habilitá-los a ofertar mais serviços.

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)

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

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 minha no posto, e andando não tinha como ir, idosa e com a ferida no pé ainda... (PPPBM1)

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, tabagismo e campanhas de vacinação.

Os ACS captavam as gestantes para o pré-natal e orientavam sobre as consultas, assim como verificação da situação vacinal das crianças. Todos relataram 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 a amamentação, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar.

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)

Todos os ACS mencionaram ter um olhar ampliado durante as visitas, atento ao controle de vetores, principalmente do *Aedes aegypti*. Outra ação citada pelos ACS foi a 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.

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 eles tenham referido interesse. Em momentos pontuais, a enfermeira, durante o encontro diário ou na reunião para entrega da produção, transmitia algum tipo de informação, não caracterizado como educação permanente. As falas dos ACS expressavam o desejo por momentos de aprendizagem com alguma regularidade, junto à 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 este trabalho.

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 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)

A maioria dos ACS sabia informar com exatidão o número de pessoas/famílias acompanhadas e quem eram. 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”.

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)

Em casos de usuários que estão em outro ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme mencionado, a única forma de acompanhamento era através do ACS, pois o fluxo de informações entre níveis assistenciais era praticamente inexistente. A APS, por vezes, realizava a referência, porém, não recebia a contrareferência 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 à 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, nas prefeituras, pesca, comércio ou como domésticas e 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 junto aos odontólogos (escovação). Por vezes, tais atividades foram consideradas pouco prioritárias frente à necessidade de realização das visitas domiciliares.

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, por que eu sempre vou querer fazer minhas visitas, se a gente for perde tempo. (ACSBM2)

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 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. 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. A população também não participava e, segundo os ACS, utilizavam espaços considerados inadequados para “exigir os direitos e brigar”, como dentro das próprias UBS e bares.

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)

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 Programa Mais Médicos (PMM), principalmente junto a idosos na zona rural, que apresentavam dificuldades de compreensão. Após a consulta, explicavam as orientações e condutas médicas.

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)

Em todas as comunidades existiam rezadeiras, benzedeiras e curandeiras. Os ACS tinham conhecimento do uso de garrafadas e que a população buscava cuidadoras para retirada de “mau olhar” e “quebranto”, principalmente na zona rural. Foi citada 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 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.

Existe! São pessoas mais velhas neh! 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)

Usuários utilizavam chás por conta própria, o que, por vezes, protelava a busca pelo serviço de saúde.

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)

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.

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)

O Quadro 3 traz um inventário das práticas desenvolvidas pelos ACS a partir de suas percepções e de usuários categorizadas a partir de cada atributo. 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 destes territórios.

Quadro 3. 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

continua...

Atributos	Funções/ações desenvolvidas	UBS	
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

continua...

Atributos	Funções/ações desenvolvidas	UBS	
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 aproximariam fortemente de atributos que oportunizam e ampliam o acesso, o que pôde ser verificado. Os resultados mostram forte atuação dos ACS em ações vinculadas aos atributos de porta de entrada e integralidade, sobretudo nas zonas rurais/interiores dos MRR. A intermediação e a facilitação do acesso ocorrem por meio do forte vínculo 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 instrumentos informais de comunicação, cobrem lacunas do sistema logístico e ratificam seu papel como talvez o principal mediador do contato com a RAS.

Achados de um estudo realizado no Ceará sobre o escopo de práticas dos ACS tanto em zonas urbanas como rurais, corroboram os resultados deste estudo, no sentido de que uma de suas conclusões é que o ACS é para a ESF, o que a ESF é para o SUS: porta de entrada. A importância desse ator foi atestada em ambos os contextos territoriais, porém em diferentes proporções, no sentido de que sua ausência na zona rural é muito mais perversa, devido aos enormes vazios assistenciais e a inexistência/ineficiência de políticas públicas de toda natureza (BARRETO *et al.*, 2018). Em zonas rurais da África, a inexistência dos chamados CHW é a diferença entre a

vida ou morte. Em realidades de alta prevalência da infecção pelo HIV, os CHW colaboram para aumentar a adesão ao tratamento, custeiam despesas de transporte e alimentação de seus pacientes (SIPS *et al.*, 2014).

A visita domiciliar se mostrou 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 arriscavam 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 nesses territórios e para oportunizar o cuidado domiciliar.

Nas sedes dos municípios, tais funções eram mais circunscritas e esbarravam em formas restritivas de organização do acesso às consultas médicas (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020). Para as consultas e ações de enfermagem e odontologia, parecia haver maior permeabilidade à intermediação do ACS, o que poderia 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, 2011).

A “entrega da produção”, ainda que de caráter burocrática e fiscalizatória (NOGUEIRA, 2019), era a única estratégia de planejamento e avaliação das ações, sob liderança do enfermeiro, ratificando achados que apontam ser este profissional a única referência e responsável pela supervisão e educação permanente dos ACS (COELHO; VASCONCELOS; 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 de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) mostra 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 RAS (ALMEIDA *et al.*, 2018) e no acompanhamento de usuários em serviços de referência ratifica o papel do ACS na coordenação e acompanhamento longitudinal. Uma vez que tais ações são identificadas por um conjunto de investigações, cabe indagar se esta 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 avançar na identificação de impossibilidades de comparecimento à consulta/exame para diminuir o absenteísmo. 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 em áreas 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, ou nos EUA, 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, dentre 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). Com a reedição da PNAB, em 2017, tais práticas foram incorporadas ao rol de atuação dos ACS, com realização sob determinados critérios. Apesar de serem práticas frequentemente realizadas pelos ACS, sua formalização causou dissenso entre estudiosos e a própria categoria. Embora questionável por diversos argumentos (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018), tais práticas não devem ser interpretadas como uma descaracterização da essência do trabalho do ACS; ao contrário, uma necessidade de readaptação frente a novas demandas e estratégia para ampliação do acesso à saúde em determinados territórios e realidades.

Ações de orientação quanto ao uso de medicamentos é frequente e reconhecida, 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, como também encontrado em outros estudos (BARRETO *et al.*, 2018), a despeito das escassas iniciativas de educação permanente (SAMUDIO *et al.*, 2017).

Não foi encontrada rotatividade de ACS, o que explica, em parte, a fortaleza dos vínculos longitudinais. Nessa perspectiva, o ACS constitui 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 mesmo problemas éticos no trato das informações (MARINHO; BISPO JUNIOR, 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. Ao sindicato dos ACS todos são filiados, 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 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 era mais ampliada se comparada à dos usuários, o que pode ser justificado, em parte, por não ter sido realizado inquérito com amostra representativa. Dados de produção de serviços nos sistemas de informação do SUS também podem ser considerados para avaliação das práticas, embora não expressem a diversidade e complexidade das ações desenvolvidas pelos ACS. De toda forma, são aproximações possíveis e novos campos de investigação a serem explorados em futuros estudos.

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 universal e integral. Os atributos da APS, principalmente os essenciais, são materializados e fortalecidos pelo trabalho do ACS. Esses trabalhadores comunitários além de facilitarem a entrada no sistema, destacam-se como o principal coordenador do cuidado, realizam ações de prevenção e promoção da saúde e estabelecem fortes e duradouros vínculos com sua comunidade. Contudo, é importante destacar que, assim como a APS apresenta constrangimentos para desempenhar suas funções, muitas vezes, sem a necessária retaguarda terapêutica, o ACS também tem suas possibilidades de atuação restritas. Medidas de apoio técnico e financeiro em cenários diversificados são um imperativo para a proteção e sustentabilidade do trabalho do ACS, com especial foco no fortalecimento das ações comunitárias, por vezes, relevadas a um plano secundário.

Por fim, os achados deste estudo indicam a indispensabilidade do trabalho do ACS. Argumenta-se que, tê-lo ou não como integrante das equipes de APS não deve ser uma opção; ao contrário, faz parte da luta histórica pela garantia do direito integral à saúde no SUS.¹

Agradecimento

Ao Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz, pelo financiamento do estudo. P. F. Almeida é bolsista de Produtividade (PQ) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e agradece o apoio recebido para o desenvolvimento de estudos sobre o tema.

Referências

- 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pwr3vbLR4j66QFj96kXsTWd/abstract/?lang=pt>
- 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. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n2/84-95>
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4527-4540, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25562019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6yHMGMLTpgsKDGdZG9QLfN/>
- 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/abstract/?lang=pt>
- 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00064>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/LKMn9GpJ637xbnqPVHSsmbJ/?lang=pt>
- ALONSO, C. M. C.; BÉGUIN, P. D.; 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. Doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000395> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PjNYDyTH3wkVvffVP9cG8Sc/?format=pdf&lang=pt>

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. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zMLkvhHQzMQQHjqFt3D534x/abstract/?lang=pt>

AZEVEDO, E.; PELICONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/YxtPjCZTBSwKqdx98G4sLRp/#>.

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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/gFYwGbcLLT4gpcDDW9mNfLh/?format=pdf&lang=pt>

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 114-129, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S108>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yM5QgR9y7559xWP3jMMhpDd/?lang=pt&format=pdf>

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. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWGqmwQ6H4CGcfZFytqkwtS/abstract/?lang=pt>

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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Cobertura de Agentes Comunitários de Saúde. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>. Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Histórico de cobertura de municípios com equipes de saúde da família, credenciadas pelo Ministério da Saúde*. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 18 fev. 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00113>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/csb4CmHL7phBHLbk4G5jzrw/abstract/?lang=pt>

FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S.; GOULART, V. M. P. *Atenção primária à saúde em territórios rurais e remotos no Brasil*. Projeto de Pesquisa. Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro, 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000020288>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/PbCCQmjwY5YBRHKDdYtKtDCx/?lang=pt#:~:text=Quanto%20%C3%A0s%20barreiras%20de%20acessibilidade,na%20Unidade%20B%C3%A1sica%20de%20Sa%C3%BAde>.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Melhoria 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811805>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KWYt7rBz9w8JGDYtKjKJXPK/?lang=pt>

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 & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327- 1338, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/?lang=pt>

GUEVARA, G. F.; SOLIS, K. C. Visita domiciliaria: 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. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=Visita+domiciliaria%3A+un+espacio+para+la+adquisici%C3%B3n+y+modificaci%C3%B3n+de+pr%C3%A1cticas+en+salud&xsrf=>

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. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=Valida%C3%A7%C3%A3o+do+instrumento+de+avalia%C3%A7%C3%A3o+da+aten%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria+%C3%A0+sa%C3%BAde%3A+PCATool-Brasil+adultos>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação*, 2017. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15790-classificacao-e-caracterizacao-dos-espacos-rurais-e-urbanos-do-brasil.html>

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. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20023442/>

KOK, M. C. *et al.* Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? *A systematic review*, London, v. 30, n. 9, p. 1207-27, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4597042/>

- 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300328>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WtkgYMh68zXTQdywKLhwxLp/?lang=pt>
- 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>
- 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180783>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3p3Hn8ywnG9S9GWL76FNW7TF/?format=pdf&lang=pt>
- 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. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/261441979_The_provision_of_TB_and_HIVAIDS_treatment_support_by_lay_health_workers_in_South_Africa_A_time-and-motion_study
- 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. Washington, DC, v. 30, n. 4, p. 1-114, 2017. Disponível em: <https://www.google.com/search?q=Case+Studies+of+Large+Scale+Community+Health+Worker+Programs%3A+Examples+from+Afghanistan%2C+Bangladesh%2C+Brazil%2C+Ethiopia%2C+Niger%2C+India%2C+Indonesia%2C+Iran%2C+Nepal%2C+Pakistan%2C+Rwanda%2C+Zambia%2C>
- 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. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24387091/>
- 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 debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 302-314, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KvG6XQP4YRDnNQm7fSK54DN/?format=pdf&lang=pt>
- 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mHwc3y7WHkVF6tGb7k8JS3J/?format=pdf&lang=pt>

- PORTELA, G. Z. *et al.* Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2237-2246, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02702017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kHcZCY9ftvqghRBstskTTwf/?format=pdf&lang=pt>
- 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. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4532349/>
- 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. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3464661/>
- 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00075>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/jHzZsHcsCfynpHYNXjz7YCx/?format=pdf&lang=pt>
- 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/1234-56781806-94790550202>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/resr/a/Rjk5r7ks9LwWsGyRK76Qhsf/?format=pdf&lang=pt>
- 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. Doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140068>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4X7yrfFnMMCKQVBCH3Lrc5F/?format=pdf&lang=pt>
- 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012404>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/prYWBkrvCywK6Hw5C5TbvQv/?lang=pt&format=pdf>
- SIPS, I. *et al.* Community Care Workers, Poor Referral Networks and Consumption of Personal Resources in Rural South Africa. *PlosOne*, São Francisco, v. 9, n. 4, p. 26-45, 2014. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0095324>
- 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. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300332>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/HmLCdCPxhqRMT4RX3kwf6Xt/?format=pdf&lang=pt>

SOUTH, J. *et al.* Dimensions of lay health worker programmes: results of a scoping study and production of a descriptive framework. *Glob Health Promot*, London, v. 20, n.1, p. 5-15, 2013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1757975912464248>

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

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SoCERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007. Disponível em: [file:///C:/Users/PC/Downloads/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa%20(1).pdf)

Nota

¹ J. de O. Sousa: trabalho de campo; transcrição das entrevistas; tratamento bruto dos resultados; refinamento dos resultados; redação do manuscrito. P. F. de Almeida: trabalho de campo; refinamento dos resultados; redação do manuscrito; revisão da versão final do manuscrito.

Abstract

Performance of the community agent and health in remote rural municipalities of the Semiarid region: a look from the attributes of Primary Health Care

The article aims to map and analyze the practices developed by community health agents (CHA) in remote rural municipalities (RRM) in light of the essential and derived attributes of Primary Health Care (PHC). A case study was carried out in four RRM in the Northeastern Semi-arid Region through interviews with CHA and users of the Family Health Strategy (ESF). The results show a strong performance of the CHA in actions linked to the gateway and comprehensiveness, with an expanded scope, especially in the rural areas of the RRM. Intermediation and facilitation of access occur through the CHA's strong bond with territories and families and in the absence of other assistance resources. Individual actions, through home visits, were more prevalent to the detriment of collective actions related to derived attributes. Procedures such as blood pressure measurement and dressings were identified.

► **Keywords:** Community health agent. Primary Health Care. Health of the rural population.

