



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

NADJA LAÍS DOS SANTOS SILVA

**PERCEPÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA EM CONTEXTOS RURAIS**

**CAMPINA GRANDE, PB
2019**

NADJA LAÍS DOS SANTOS SILVA

**PERCEPÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA EM CONTEXTOS RURAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientador(a): Profa. Dra. Josevânia da Silva

**Campina Grande, PB
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586p Silva, Nadja Lais dos Santos.
Percepção sobre os serviços de saúde por profissionais da atenção básica em contextos rurais [manuscrito] / Nadja Lais dos Santos Silva. - 2019.
91 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Josevânia da Silva, Coordenação do Curso de Psicologia - CCBS."
1. Atenção básica. 2. Serviços de saúde. 3. Ruralidades. 4. Profissionais de saúde. I. Título

21. ed. CDD 362.21

NADJA LAÍS DOS SANTOS SILVA

**PERCEPÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE POR PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA EM CONTEXTOS RURAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Aprovada em 26/06/2019

BANCA EXAMINADORA

Josevânia da Silva

Profa. Dra. Josevânia da Silva
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

Manuella Castelo Branco Pessoa

Profa. Dra. Manuella Castelo Branco Pessoa
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Membro interno

Flávio Lúcio Almeida Lima

Prof. Dr. Flávio Lúcio Almeida Lima
Universidade Federal de Campina Grande
Membro Externo

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus, que me deu fôlego, coragem e foi meu sustento para questionar realidades.

Ao meu esposo, por sua companhia, apoio e estímulo nos dias de cansaço.

As pessoas que vivem e são assoladas pelo sofrimento das ruralidades, que este estudo contribua de alguma forma para transformar suas condições de vida e saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela saúde e força nessa longa jornada que é a vida acadêmica.

Ao meu esposo pelo incentivo, pela companhia, pelo apoio incondicional.

A minha família pelo estímulo, e pela crença que eu sempre posso me superar.

A professora Josevânia Silva, carinhosamente Josi, por ser mais que um guia, por ser apoio na vida, por acreditar no meu potencial, pela força nos dias que considere mais difíceis, pela aprendizagem do que eu considerava impossível, pelo ser humano incrível, por existir e persistir na minha história acadêmica.

A família do meu esposo, logo se tornou minha família, por sempre me estimular e acreditar na minha persistência profissional.

Aos amigos verdadeiros que sempre torcem pelo meu crescimento.

Percepção sobre os serviços de saúde por profissionais da atenção básica em contextos rurais

RESUMO

Como porta de entrada dos serviços de saúde, a Atenção Básica melhorou as condições de saúde da população brasileira. No entanto, dada às especificidades dos contextos rurais, há diversos desafios a serem superados no que se refere às distâncias geográficas, à dificuldade de acesso aos serviços, ao reduzido número de profissionais, dentre outros aspectos. Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica de cidades rurais do estado da Paraíba sobre os serviços de saúde e as demandas de saúde da população. Esta dissertação está estruturada em dois artigos, os quais constituíram estudos complementares. O primeiro artigo teve por objetivo analisar as percepções de profissionais da Atenção Básica de contextos rurais sobre os serviços de saúde. Participaram 106 profissionais com idades variando de 20 a 72 anos ($M=37,7$; $DP=10,51$). Utilizou-se como instrumento um Questionário sociodemográfico e laboral e um Questionário de Avaliação dos Serviços de Saúde. Os dados foram analisados através de estatística descritiva. Na avaliação da organização do serviço, as médias foram moderadas para a maioria dos itens. A disponibilidade de medicamentos foi o que apresentou avaliação menos positiva. Sobre o vínculo e atendimento, os profissionais avaliaram positivamente a maioria dos aspectos abordados. No tocante à Resolutividade, verifica-se que as demandas de saúde nem sempre são resolvidas no serviço. Nestes casos, é realizado o encaminhamento para a rede de assistência em saúde. No entanto, os profissionais avaliaram negativamente o retorno de outros profissionais/serviços sobre os encaminhamentos. O segundo artigo teve por objetivo analisar as demandas de saúde na atenção básica em contextos rurais a partir da percepção dos profissionais de saúde. Participaram 40 profissionais de saúde, com idades variando de 23 a 67 anos ($M=37,4$; $DP=10,54$). Para a coleta, foi utilizado um questionário sociodemográfico e laboral e entrevista semiestruturada. Os dados decorrentes do questionário foram analisados através de estatística descritiva, e os dados das entrevistas através da Análise de Conteúdo do tipo Categorical Temática. A análise de conteúdo evidenciou a emergência de 195 unidades de conteúdos, as quais formaram quatro categorias temáticas (Perfil do usuário, Explicações para o adoecimento em contextos rurais, Atenção básica em contextos rurais e Avaliação geral do serviço de saúde) e 11 subcategorias. A partir dos resultados evidenciados nos dois estudos conclui-se que as demandas de saúde da população apontam para aspectos individuais, sociais e programáticas que colocam a população em situação de vulnerabilidade em saúde. Mesmo tendo que lidar com condições estruturais limitadas, verifica-se que a relação entre os profissionais e usuários colaboram para uma avaliação positiva sobre o atendimento na atenção básica em cidades rurais.

Palavras-chave: Atenção Básica, Ruralidades, Profissionais de saúde.

The Perception of health services by professionals of primary care in rural contexts

ABSTRACT

As a front door to health services, basic care improved the health conditions of the Brazilian population. However, given the specificities of rural contexts, there are several challenges to be overcome with regard to geographical distances, the difficulty of access to services, the low number of professionals, among other subjects. This research had as a general goal to construct the perception of professionals of Basic health care of rural cities in the State of Paraíba on health services and the health demands of the population. This dissertation is structured in two articles, which were complementary studies. The first article aimed at analyzing the perception of basic health care professionals of rural contexts on health services. Took part of this research 106 professionals in age between 20 to 72. ($A = 37.7$; $SD = 10.51$). In this research, the sociodemographic and labor questionnaire was used as an instrument and a health services assessment questionnaire. The data were analyzed by the descriptive statistics. In the evaluation of the service organization, the averages were moderate for the most items. The availability of drugs was the one that presented less positive evaluation. About the bond and attendance the professionals positively evaluated the majority of the covered aspects. Concerning to solve, it is verified that health demands are not solved in the service. In that case a medical referral to the health assistance is made. However, the professionals negatively evaluated the feedback from the other professionals about medical referral. The second article had as goal to analyze the health demands on the Basic health care in rural contexts from the perception of healthy professional. Took part of this 40 health professionals in age between 23 to 67 years ($A = 37.4$; $SD = 10.54$). For the collection of data the sociodemographic and labor questionnaire and the semi structured interview was used. The data from the questionnaire were analyzed through descriptive statistics, and the data from the interview were analyzed by the Content Analysis of thematic categorical type. Content analysis evidenced the emergence of 195 units of content, which were for thematic categories (User profile, Illness in rural contexts explanations, Basic attention in rural contexts and General evaluation of the health service) and 11 subcategories. From the results in both studies, it is concluded that the health demands from population, point to individual, social and programmatic aspects aspects put the population in a situation of vulnerability in health. Even dealing with limited structural conditions, was noticed that the relationship between professionals and users contributed to a positive evaluation with regard to the basic attention in rural cities.

Key words: Basic Attention, Ruralities, Health professionals.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 Perfil Sóciolaboral dos participantes	30
Tabela 2 Percepção sobre a organização do serviço, vínculo e atendimento	32
Tabela 3 Percepção sobre resolutividade, referência e contrarreferência e prevenção ..	36

ARTIGO 2

Tabela 1 Perfil sóciolaboral dos participantes	54
Tabela 2 Categorias temáticas, subcategorias e unidades de conteúdo	55

LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
AMAQ	Autoavaliação para melhoria de Acesso da Qualidade da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ESF	Estratégia Saúde da Família
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
Ruralidades e processos de saúde e doença	12
Atenção Básica e profissionais de saúde em contextos rurais	16
Objetivos	21
ARTIGO 1 Percepção de profissionais da Atenção Básica de contextos rurais sobre os serviços de saúde	23
Introdução	24
Método	27
Resultados e Discussão	30
Considerações Finais	39
Referências	40
ARTIGO 2 Demandas de saúde na Atenção Básica em contextos rurais na perspectiva dos profissionais	46
Introdução	47
Método	50
Resultados e Discussão	53
Considerações Finais	69
Referências	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE.....	87

INTRODUÇÃO

Os serviços públicos de saúde no território brasileiro, após a constituição de 1988, passaram a ser norteados por políticas públicas e um Sistema Único de Saúde (SUS) pautados na noção de saúde enquanto um direito assegurado a todos os cidadãos. Antes da implementação do SUS como política de Estado, as ações governamentais em saúde visavam grupos específicos, notadamente aqueles ligados a setores economicamente mais favorecidos (Dubow, Borba, Santos, Garcia, & Krug, 2017).

Como exemplo, destacam-se ações governamentais em saúde ocorridas no início do século XX, em que os serviços se restringiam ao combate de epidemias nos centros urbanos, tendo como ênfase o privilégio da camada mais rica da população. Nessa época, a Revolta da Vacina, ocorrida em novembro de 1904, foi uma reação popular contrária à obrigatoriedade da vacinação contra a varíola. É só na década de 1980 que se iniciam as primeiras ações do movimento de Reforma Sanitária. Esta reforma tinha por objetivo superar o modelo de saúde existente, caracterizado pelo sistema previdenciário e público, que restringia o acesso à saúde apenas aos trabalhadores que contribuía para algum regime de previdência (Dubow, *et al.*; 2017).

A Reforma Sanitária buscava um modelo democrático de saúde, instituindo-a como um direito, calcado nas bases de um sistema público, universal e descentralizado (Dubow *et al.*, 2017). Além da perspectiva da participação direta dos usuários, o chamado controle social, a reforma propunha um olhar integralizado sobre a população, através do reconhecimento dos determinantes sociais em saúde (Paiva & Teixeira, 2014).

No contexto internacional, em 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em saúde, realizada em Alma-Ata. Esta conferência resultou em discussões sobre os cuidados preventivos, bem como sobre o estímulo à promoção em saúde (Gomes, 2016; Cruz, Almeida, Figueiredo & Santos, 2017). Nota-se que as

discussões sobre os cuidados preventivos já ocorriam no Reino Unido desde 1920, caracterizando uma assistência baseada na hierarquização, regionalização e promoção de saúde. No entanto, só após esta conferência em Alma-Ata é que se passou a considerar a atenção primária como um cuidado integral e indispensável na assistência em saúde (Brasil, 2007; Paiva & Teixeira, 2014; Gomes, 2016; Cruz *et al.*, 2017).

Na realidade brasileira, o evento que direcionou o modo de pensar as políticas públicas de saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, marco para o enraizamento do SUS, que discutia um enlace entre gestores estaduais e federais, principalmente do ponto de vista de financiamento. Além disso, foi na 8ª CNS que se estabeleceu a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado, enxergando-a sob a ótica biopsicossocial e não mais sob ponto de vista sanitário e da eliminação de patologias.

Esta conferência representou o maior marco histórico da saúde do Brasil, repercutiu na construção da Constituição de 1988 e, posteriormente, na criação do SUS através da Lei orgânica de Saúde, lei 8.080 de 1990, considerando como princípios a descentralização, a integralidade, e a participação comunitária (Brasil, 2011; Paiva & Teixeira, 2014; Gomes, 2016; Silva & Motta, 2015). Todas essas modificações implicaram em novo paradigma de saúde, caracterizado, atualmente, pelo sujeito como protagonista, indo de encontro ao que anteriormente era moldado pelas práticas curativistas e com foco na doença.

Pensar as práticas de saúde e as políticas centrando-se, especialmente, na prevenção, promoção da saúde e controle social, deu origem a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A Atenção Básica (AB) trata-se de um sistema que busca atender as demandas das comunidades, considerando os determinantes sociais que interferem no processo saúde doença. Ademais, é regulamentada pela portaria de nº 648

de 2006, com publicação em 2007 (Brasil, 2011; Silva & Motta, 2015; Scherer, Biff, Pires, & Fertoni, 2015).

A AB é representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem por objetivo a criação de vínculos com usuários e a comunidade, através da assistência preventiva, atividades de educação e promoção em saúde. Cabe dizer que a implantação da ESF veio em resposta à reorganização dos modelos de assistência em saúde, a partir da atuação de equipes multiprofissionais e sob a perspectiva territorial (Brasil, 2011).

As ESF's localizam-se em territórios específicos, urbanos ou rurais. Cada unidade pode ser composta por 600 a 1000 famílias, que são acompanhadas pela equipe multiprofissional, formada por médico com formação em saúde da família, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, técnico em odontologia e agente comunitário de saúde (ACS). Essas equipes de saúde são organizadas de acordo com as demandas específicas de cada território, conforme a proposta de descentralização organizada pelo SUS, tendo como objetivo o desenvolvimento de ações diretas no território, incluindo aí as visitas domiciliares quando necessárias (Brasil, 2002; Brasil, 2011).

A literatura tem apontado a relação entre os contextos em que as pessoas vivem e suas condições de vida e saúde. Em geral, as populações que vivem em contextos com baixa oferta de serviços de saúde, de vulnerabilidade social, com reduzidos investimentos em educação e saneamento básico, estão mais suscetíveis à processos de adoecimento. Nesta direção, os contextos rurais apresentam especificidades a serem consideradas, sobretudo em relação às demandas de saúde da população. Nesse sentido, se faz necessário tecer considerações sobre os contextos rurais e os processos de saúde e doenças (Ribeiro *et al.*, 2018; Santos, Mesquisa, Arruda, & Gerhardt, 2018)

Ruralidades e processos de saúde e doença

Os contextos rurais têm ganhado espaço e visibilidade nas discussões recentes, especialmente quando se trata de políticas públicas de saúde, tendo em vista a

interiorização dos serviços, e o quadro de vulnerabilidades em que estas populações estariam expostas. Deste modo, inicialmente, faz-se imprescindível discorrer sobre que vem a ser o contexto rural, principalmente no que se refere aos serviços de saúde e o atendimento às demandas de saúde das pessoas que vivem nestas localidades.

As modificações políticas e sociais levaram a transformações significativas no espaço rural e urbano brasileiro. A modernidade, bem como o processo de urbanização, produziu uma linha tênue, e quase inexistente, entre o que se considera rural e urbano. Ao passo de confundirem-se, atenuando um antigo critério nesta divisão que tinha por base apenas a área física, privilegiando o espaço urbano (Freire, Ferreira, & Lima, 2016).

Quanto a esta divisão geográfica, a literatura varia entre discussões que apontam “um fim do rural”, graças à crescente urbanização, versus “o novo rural”. Além de alguns autores que defendem o paradigma de dicotomia entre estes espaços. Algumas correntes teóricas caracterizam o rural como um espaço que se liga a natureza, que tem relação com a agricultura, ou interligação com a subsistência (Freire, Ferreira, & Lima, 2016). De acordo com Marques (2002), o espaço rural pode ser explicado a partir de duas abordagens: a dicotômica, e a de *continuum*. A primeira trataria desta relação de oposição entre rural e urbano. Enquanto que a segunda caracteriza uma interligação entre ambos os espaços, mas que não determinaria um “fim do rural”.

No que se refere à dicotomia entre urbano e rural, Rua (2005) destaca os privilégios da área urbana, no que diz respeito à economia, política e assistência em saúde, que resulta nas claras diferenças de acesso e garantia de direitos das pessoas que vivem em contextos rurais. Para Jacinto, Mendes e Pehouskei (2012), as distinções entre urbano e rural variam entre os países, alguns como a Dinamarca, Portugal, e Itália caracterizam como rurais áreas que possuam um número inferior a 1000 habitantes,

enquanto que no Brasil são considerados rurais os espaços distanciados das áreas urbanas.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao tomar como referência aspectos geográficos, conceitua como espaço rural as áreas fora do perímetro urbano. De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2015), a maior parte da população brasileira, 84,72%, vive em áreas urbanas. Já 15,28% dos brasileiros vivem em áreas consideradas rurais. Ademais, os municípios brasileiros são classificados em cidades de pequeno porte (com população de até 100 mil habitantes), cidades de médio porte (com população entre 100 mil e 500 mil habitantes) e cidades de grande porte (com população superior a 500 mil habitantes). Compreender uma possível diferença entre estes espaços assinala, especialmente, para as vulnerabilidades das pessoas que vivem em contextos rurais, cujo processo será considerado neste estudo.

As chamadas cidades rurais, costumeiramente, eram apontadas como aquelas ligadas às atividades agrícolas, pecuárias e artesanais (Medeiros, Quintans, & Zimmermann, 2014). No entanto, este modelo de “rural” tem se modificado e demandado respostas em termos de políticas públicas, especialmente as de saúde. O novo rural, descredibiliza aspectos apenas geográficos, como antes se fazia, e considera as questões sociais, políticas e econômicas (Bezerra, Bacelar, Miranda, & Silva, 2013). Nesse sentido, as condições de vida, habitação, infraestrutura e saúde dessas localidades são aspectos que tem pautado as preocupações das esferas governamentais.

Com base nas especificidades das comunidades de contexto rural, foi decretada a portaria de nº 2866, de 02 dezembro de 2011, que representa a Política Nacional de Saúde Integral das populações do Campo e Floresta, aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde. Esta política busca o reconhecimento das peculiaridades destas

populações a partir da focalização dos determinantes sociais que implicam o processo de saúde doença destas comunidades (Brasil, 2013).

As chamadas populações do campo e floresta são aquelas caracterizadas por camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais, assentados ou acampados, comunidades ribeirinhas, bem como quilombolas. Estas populações são marcadas por minúcias de gênero, raça e etnia, bem como por marcas sociais, políticas e históricas que dificultam o acesso à saúde até os dias atuais, tais quais: escravidão, extermínio, concentração de riquezas, lutas populares dentre outras questões (Brasil, 2013; Nascimento *et al.*, 2015).

Dentre os principais determinantes sociais que dificultam o processo saúde doença destas comunidades, pode-se citar a ausência ou escassez do saneamento básico e a questão do abastecimento de água potável. A falta de esgoto, água encanada e potável são os principais fatores originários de doenças como parasitoses e diarreias, problemas de saúde comuns às pessoas que residem em contextos rurais (Brasil, 2013).

Estudo realizado por Arruda, Maia e Maia (2016) apontou que 9% das pessoas que vivem na cidade não possuem qualquer nível de escolaridade, enquanto que em contextos rurais este índice é de 24%. Quanto ao abastecimento de água, um terço dos residentes em espaços rurais não tem água encanada (Arruda *et al.*, 2016). Já em relação ao acesso à saúde, segundo os pesquisadores, apenas 6% das pessoas que vivem em contextos rurais possuem plano privado, ficando aquém quando comparado às áreas urbanas, onde o índice é de 26%. Além de escassos, os planos privados destas populações têm a menor cobertura, se comparado às populações urbanas. Estes dados podem ser explicados pelas questões relacionadas a benefícios trabalhistas, aos quais a maioria da população rural não tem acesso (Arruda, Maia & Alves, 2016).

Somado a essas questões, tem-se ainda os problemas sócio políticos, a exemplo da ausência ou reduzidas políticas públicas, o uso excessivo de agrotóxicos sem devida

proteção, que tornam as populações do campo mais vulneráveis a doenças pulmonares, ou até mesmo câncer, além de doenças endêmicas como Malária, Febre amarela, Doença de Chagas e Leishmaniose. Além disto, destaca-se a luta pela posse de terras e pela reforma agrária, o que tem gerado diversos problemas de saúde ou mesmo o óbito para muitas pessoas dessas localidades (Brasil, 2013).

Nessa direção, as ações dos profissionais inseridos nas políticas públicas de saúde são imprescindíveis para a melhoria das condições de vida e saúde das populações. De acordo com Ursine, Carneiro e Pereira (2018), pesquisa realizada com trabalhadores da ESF de contextos rurais apontou a melhoria na saúde das comunidades residentes nesses espaços. Contudo, como se percebe na literatura aqui apontada, os contextos rurais ainda enfrentam diversos desafios no tocante à efetivação das ações em saúde na Atenção Básica, a ser desenvolvida no tópico seguinte.

Atenção Básica e profissionais de saúde em contextos rurais

Desde sua fundação como política de Estado, o SUS tem como perspectiva o enfrentamento das iniquidades sociais e de saúde. Nas três primeiras décadas, o SUS foi fortalecido por diversas ações e marcos históricos empenhados pelos usuários, profissionais e gestores de todas as esferas governamentais (Dubow *et al.*, 2017).

Um dos frutos decorrentes das ações dos movimentos sociais no início do SUS foi a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), sendo esta política uma ferramenta central na rede de assistência em saúde, uma forma de aproximar os usuários da gestão, conhecida, popularmente, como “a porta de entrada do SUS” (Brasil, 2012). Enquanto política de saúde, a Atenção Básica é caracterizada primordialmente pelos princípios básicos do SUS, como Universalidade, Equidade, Integralidade, Humanização e participação social. De acordo com a PNAB, o objetivo essencial da Atenção Básica é o desenvolvimento de práticas que visem à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, e promoção da saúde (Cecílio & Reis, 2018).

A política de Atenção Básica é representada, fisicamente, pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS's), que devem ser construídas nas comunidades em locais estratégicos, áreas consideradas mais vulneráveis aos problemas de saúde, lugares que aproximem os usuários do meio em que vivem, estudam e/ou trabalham. Segundo a PNAB, os municípios são divididos em territórios, os quais deveram ser atendidos por uma Equipe de Saúde (Boas, Pereira, & Santos, 2017). Além disso, as equipes de saúde que compõem as UBS's possuem uma composição básica, a saber: agentes comunitários de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem e médico, sendo adicionados posteriormente os odontólogos e técnicos em saúde bucal (Brasil, 2012).

As equipes são organizadas de acordo com as demandas específicas de cada território, conforme a proposta de descentralização organizada pelo SUS, e o seu objetivo é desenvolver ações diretas no território (Cecílio & Reis, 2018). Os profissionais são responsáveis por ações compartilhadas e individuais. Dentre as ações de atribuição compartilhada, pode-se mencionar o mapeamento; a caracterização de indicadores de vulnerabilidade; a manutenção de cadastro, considerando as especificidades sociais, econômicas e culturais da comunidade; o cuidado e promoção da saúde na unidade e de forma domiciliar; o acolhimento, busca ativa; as atividades de promoção e educação permanente em saúde; o registro das atividades; a garantia da equidade; as reuniões, dentre outras ações (Brasil, 2012).

Os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica atendem as comunidades urbanas e rurais. Entretanto, as dificuldades enfrentadas nos contextos rurais vão desde a distância das UBS, diminuição na quantidade de colaboradores, materiais insuficientes, dentre outras questões (Soares *et al.*, 2015). Outro problema enfrentado diz respeito à “dispersão populacional” e ao amplo território que dificulta uma maior cobertura e assistência resolutiva por parte das equipes de saúde. Ademais, ressalta-se a escassez de recursos humanos qualificados, especialmente dos médicos,

que recusam trabalho nas áreas rurais, argumentando como obstáculo a distância (Shimizu, Trindade, Mesquita, & Ramos, 2018).

As dificuldades de transporte público, ausência de infraestrutura e energia, e pouco acesso aos meios de comunicação, também são elementos contribuintes para o baixo desempenho das equipes de saúde nas áreas rurais (Shimizu, *et al*; 2018). Ratificando estas dificuldades, Pitilin e Lentsck (2015) explicam que as mudanças na reorganização demográfica e epidemiológica direcionam para maior atenção aos contextos rurais. Comunidades consideradas vulneráveis, com características comuns, como a escolaridade baixa, residências com menos estruturas, acesso mínimo a transporte, diminuição do acesso a consultas médicas, e outras questões que influenciariam diretamente nos problemas de saúde.

Pesquisa realizada por Pitilin e Lentsck (2015) com mulheres residentes em contextos rurais evidenciou diversos problemas nos serviços de saúde da Atenção Básica. Dentre os resultados, destacam-se: unidades de saúde que ainda funcionam como modelo hospitalar, uma espécie de pronto atendimento; os médicos na posição de centralidade dos serviços, com presença nas unidades em três dias na semana; a não existência de vínculos dos usuários com profissionais, devido à baixa frequência dos mesmos na unidade de saúde; além da baixa participação das usuárias nas decisões sobre seu processo de assistência, dentre outros problemas.

As questões de mobilidade e deslocamento estão no centro dos apontamentos, que contribuem para o mau desempenho dos serviços de saúde nas áreas rurais, tanto do ponto de vista dos usuários, quanto dos profissionais. Além disso, devido à baixa frequência dos profissionais, usuários retratam a pouca credibilidade que estes passam a assumir. Além da alta rotatividade, especialmente dos médicos, que resulta numa descontinuidade dos serviços prestados (Pitilin & Lentsck, 2015).

Como porta de entrada dos serviços de saúde, a literatura aponta que a Atenção Básica, através da Estratégia Saúde da Família, melhorou as condições de saúde da população brasileira. No entanto, dada às especificidades dos contextos rurais, há diversos desafios a serem superados no que se refere às distancias geográficas, à dificuldade de acesso as UBS's, ao reduzido número de profissionais, além das diversas ausências ou reduções do fornecimento de água e energia. Nesse sentido, muitos profissionais de saúde sentem-se desencorajados a atuarem nesses locais.

No âmbito da saúde, a identificação da percepção dos atores envolvidos tem sido utilizada como dispositivo que possibilita a reorganização do trabalho da equipe, da gestão, além de favorecer o reconhecimento de lacunas que, quando corrigidas, favorecem a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica (Moreira, Vieira, & Costa, 2017) A importância de avaliar-se um serviço de saúde está pautada nas necessidades de conhecimento das realidades destes, a fim de identificar se os objetivos principais estão sendo alcançados, e compreender como é possível a modificação destas realidades para possível aprimoramento ou modificação na assistência ofertada (Rosa, *et al.*, 2017).

Como parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o Ministério da Saúde elaborou um instrumento de autoavaliação dos profissionais do serviço da ESF (Brasil, 2016). O instrumento denominado de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) tem o objetivo de monitorar e avaliar a Atenção Básica com foco na infraestrutura, equipamentos e insumos utilizados nas ações da ESF. É respondido virtualmente pelos profissionais que compõem a Atenção Básica, em sites do Ministério da Saúde, sendo de fácil acesso para uso em pesquisas (Brasil, 2016).

Nesta dissertação não será feita a avaliação sobre a Atenção Básica ou mesmo sobre os profissionais da Atenção Básica, o que demandaria metodologia própria para

este fim. A ênfase consiste em investigar percepção de profissionais da Atenção Básica de cidades rurais sobre os serviços de saúde e as demandas de saúde da população. Trata-se, portanto, de uma análise a partir das percepções destes profissionais.

Estudos que contemplem as percepções dos profissionais que compõem as equipes de saúde da Atenção Básica sobre os serviços em que atuam, especialmente em contexto rurais, são incipientes. Todavia, a identificação do modo como os profissionais percebem os serviços de saúde e as demandas da população é uma forma de consolidar os princípios do SUS, tendo em vista o aprimoramento dos serviços. Há que se considerar, ainda, que não se pode perder de vista o papel de responsabilização das esferas governamentais, quando se trata das avaliações em saúde, especialmente da AB em contextos rurais.

Mediante o exposto, este estudo considerou as seguintes questões de pesquisa: como os profissionais de saúde da Atenção Básica de contextos rurais avaliam os serviços de saúde dessas localidades? Como os profissionais da Atenção Básica percebem as demandas de saúde das populações de contexto rural?

Esta dissertação está estruturada em dois artigos, os quais constituem estudos complementares. Além disso, os dois artigos caracterizam os objetivos específicos da dissertação tendo em vista responder às questões de pesquisa e ao objetivo geral, conforme descrito a seguir.

Objetivos

Objetivo Geral

- Analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica de cidades rurais do Estado da Paraíba sobre os serviços de saúde e as demandas de saúde da população.

Objetivos Específicos

- Analisar as percepções de profissionais da Atenção Básica de contextos rurais sobre os serviços de saúde;
- Analisar as percepções de profissionais da Atenção Básica de contextos rurais sobre as demandas de saúde da população.

Percepção de profissionais da Atenção Básica de contextos rurais sobre os serviços de saúde

Perception of Primary Care professionals from rural contexts about health services

Nadja Laís dos Santos Silva

Josevânia da Silva

Resumo: O estudo teve por objetivo analisar as percepções de profissionais da Atenção Básica de contextos rurais sobre os serviços de saúde. A coleta de dados ocorreu em unidades básicas de saúde de cidades rurais, sendo uma cidade por microrregião de saúde do estado da Paraíba. Participaram 106 profissionais com idades variando de 20 a 72 anos ($M=37,7$; $DP=10,51$). Utilizou-se como instrumento um Questionário sociodemográfico e laboral e um Questionário de Avaliação dos Serviços de Saúde. Os dados foram analisados através de estatística descritiva. Na avaliação da organização do serviço, as médias foram moderadas para a maioria dos itens. A disponibilidade de medicamentos foi o que apresentou avaliação menos positiva. Sobre o vínculo e atendimento, os profissionais avaliaram positivamente a maioria dos aspectos abordados. No tocante à Resolutividade, verifica-se que as demandas de saúde nem sempre são resolvidas no serviço. Nestes casos, é realizado o encaminhamento para a rede de assistência em saúde. No entanto, os profissionais avaliaram negativamente o retorno de outros profissionais/serviços sobre os encaminhamentos. Mesmo tendo que lidar com condições estruturais limitadas, verifica-se que a relação entre os profissionais e usuários colaboram para uma avaliação positiva sobre o atendimento na atenção básica em cidades rurais.

Palavras-chave: Atenção Básica, Ruralidades, Profissionais de saúde.

Abstract: The study aimed at analyzing the perception of primary health care professionals of rural contexts on health services. The data collection took place in rural health basic units, being a micro-region of health city of the state of Paraíba. Took part of this research 106 professionals in age between 20 to 72. ($A = 37.7$; $SD = 10.51$). In this research, the sociodemographic and labor questionnaire was used as an instrument and a health services assessment questionnaire. The data were analyzed by the descriptive statistics. In the evaluation of the organization of the service, the averages were moderate for the most items. The availability of drugs was the one that presented less positive evaluation. About the bond and attendance the professionals positively evaluated the majority of the covered aspects. Concerning to solve, it is verified that health demands are not solved in the service. In that case a medical referral to the health assistance is made. In that case a medical referral to the health assistance is made. However, the professionals negatively evaluated the feedback from the other professionals. Even dealing with limited structural conditions, was noticed that the relationship between professionals and users contributed to a positive evaluation with regard to the basic attention in rural cities.

Key words: Basic Attention, Ruralities, Health professionals.

INTRODUÇÃO

A literatura aponta diversos estudos (Cecilio, & Reis, 2018; Melo, Mendonça, Oliveira, & Andrade, 2018; Mendes, Carnut, & Guerra, 2018) que versam sobre os avanços e dificuldades da Atenção Básica (AB) em relação ao atendimento das necessidades da população brasileira. Em geral, são reconhecidas as melhorias que ocorreram nas políticas de saúde desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Souza, Malta, França, & Barreto, 2018; Mendes et al., 2018). Também tem crescido as preocupações em torno de retrocessos em razão dos cortes de recursos destinados à saúde (Mendes et al., 2018), além do modo como algumas políticas têm sido conduzidas ou sofrido alterações, à exemplo da Atenção Básica (Morosini, Fonseca, & Lima, 2018).

Uma das mudanças é a publicação da portaria da Política de Atenção Básica (PNAB) em setembro de 2017. De acordo com a PNAB 2017, a AB tem como objetivo promover e prevenir saúde, a partir de ações individuais e coletivas, de diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. A nova PNAB retoma algumas discussões em relação à formação das equipes, propondo mudanças na estrutura das equipes. Conforme texto da portaria, a prioridade é a intitulada Equipe de Saúde da Família (eSF), que tem como molde principal ratificar os princípios do SUS. Esse modelo de equipe é composto pelo médico saúde da família, profissional da enfermagem, técnico em enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) e em alguns casos odontólogo (Brasil, 2017).

No que se refere aos profissionais da saúde bucal, cirurgião dentista e técnico em saúde bucal, o texto da portaria sugere que estes profissionais podem compor a equipe ou não. O texto leva a interpretações de que estes profissionais poderiam ser dispensáveis, cabendo ao gestor municipal a decisão de contratá-los conforme a necessidade (Brasil, 2017). A mesma premissa é válida para os Agentes de Combate a

Endemias (ACES), que na PNAB atual podem fazer parte da equipe mínima da eSF. Tal característica de dubiedade leva a discussão do prejuízo que pode vir a ser ocasionado a saúde brasileira, especialmente a de contextos rurais, tendo em vista a escassez de profissionais nesses territórios.

Esta possibilidade de redução das equipes dificulta, ainda mais, o trabalho dos profissionais da atenção básica, que lida com diversas demandas de saúde. Além disso, destaca-se a rotatividade dos profissionais de saúde em serviços de contextos rurais, o que prejudica a construção de vínculos entre os profissionais e os usuários (Viegas *et al.*, 2015). Nesse sentido, a percepção dos profissionais de saúde sobre os serviços tem sido objeto de interesse de pesquisas no Brasil.

Em pesquisa realizada sobre a qualidade da AB das equipes conforme localização rural e urbana, Moreira, Vieira e Costa (2016) utilizaram como instrumento a Auto avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). O estudo demonstrou elevado grau de satisfação (45,3%) entre as equipes da zona urbana, em comparação com as equipes da zona rural (36,4%) (Moreira, Vieira, & Costa, 2016). Ainda segundo os pesquisadores, nenhuma equipe da zona rural avaliou os serviços como “muito satisfatório”, o que assinala a necessidade de discorrer sobre as fragilidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de contextos rurais.

Um dos principais questionamentos sobre a qualidade da atuação na AB diz respeito à relação acesso versus acessibilidade dos serviços. Starfield (2004) conceitua acesso, como o modo como o usuário vivencia o serviço, enquanto a acessibilidade, diz respeito ao processo que este usuário enfrenta para o deslocamento até ele. Para analisar o acesso, duas dimensões devem ser consideradas: a) a dimensão organizacional, que analisa como os serviços disponibilizados facilitam ou dificultam o acesso dos usuários, bem como a adequação dos profissionais e o uso de tecnologias conforme as necessidades da comunidade (Starfield, 2002; Albuquerque, Lyra, Farias, Mendes, &

Martelli, 2014); b) a dimensão geográfica, que compreende às distâncias, além do tempo de locomoção para os usuários chegarem até os serviços de saúde.

Os serviços de saúde em contextos rurais apresentam barreiras organizacionais e geográficas que dificultam o acesso da população (Costa, Silva, Soares, Borth, & Honnef, 2017; Lima *et al.*, 2014; Cruz, Almeida, Figueredo, & Santos, 2017). Se nas áreas urbanas são evidenciadas limitações em termos de acesso e entraves na efetivação dos princípios do SUS, em contexto rural tais demandas podem ser ainda mais graves.

Quando se considera a percepção dos profissionais de saúde sobre os serviços, estudos como os de Albuquerque *et al.* (2014) e Lima *et al.* (2016) evidenciaram a ausência da integralidade, se caracterizando como entrave para um atendimento adequado, o que foi explicado, em parte, pela fragmentação do atendimento e pela ausência de articulação entre os profissionais envolvidos (Lima *et al.*, 2016). Assim, aspectos importantes para um adequado atendimento na atenção básica, como resolutividade, referência e contra referência, apresentam fragilidades que são acentuadas em contextos rurais.

Em relação à referência e contra referência destaca-se o entrave para sua utilização nos serviços de atenção básica de saúde (Moreira *et al.*, 2016). Em cidades rurais, este entrave é evidenciado pelas dificuldades na marcação de consultas com especialistas, bem como pela caracterização das unidades de saúde como mediadoras burocráticas do serviço especializado, que resulta na baixa adesão dos usuários nas ações ofertadas por elas. A distância geográfica dos serviços especializados também é mencionada (Pereira, & Pacheco, 2017).

Em contextos rurais, uma das especificidades dessas populações é a procura pelos serviços para solucionar problemas de saúde já existentes, apresentando baixa procura por atendimento preventivo. Outro aspecto é o baixo o número de pessoas que possuem planos privados de saúde, o que evidencia a importância da atenção básica

nessas localidades, devendo esta dar conta das demandas da população (Pereira & Pacheco, 2017). Nesse sentido, se faz importante atentar para a percepção dos profissionais sobre os serviços de saúde, sendo importante considerar a perspectiva daqueles atores que estão inseridos no processo de trabalho, o que possibilita reflexões e a identificação dos limites e possibilidades das ações em saúde. Assim, este estudo teve por objetivo analisar as percepções de profissionais da Atenção Básica de contextos rurais sobre os serviços de saúde.

MÉTODO

Delineamento

Esta pesquisa caracteriza-se como sendo descritiva, exploratória, transversal, com abordagem quantitativa.

Local da Pesquisa

A coleta de dados ocorreu em unidades básicas de saúde de cidades rurais do Estado da Paraíba. Para a escolha das cidades, foi considerada a organização da assistência em saúde do estado, que é dividida em quatro macrorregiões de saúde (João Pessoa, Campina Grande, Patos e Sousa), as quais abarcam 16 microrregiões de saúde. Além disso, tendo em vista melhor caracterizar as cidades em contexto rurais e considerando que, dos 223 municípios paraibanos, 155 (69,5%) são de cidades com menos de 10.000 habitantes, esta pesquisa foi realizada em cidades com menos de 10.000 habitantes, sendo uma por microrregião de saúde. Assim, a unidade básica de saúde foi o local de acesso aos profissionais que atuavam nesses municípios selecionados.

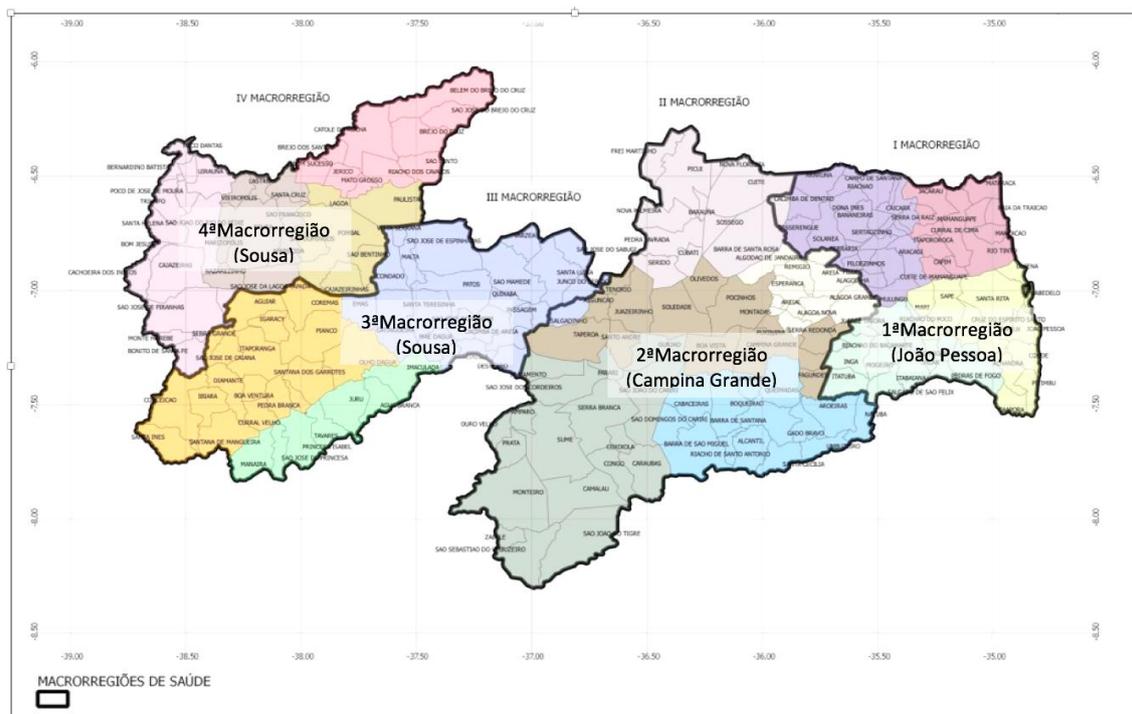


Figura 1. Mapa das Macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, com seus municípios abrangentes.

Participantes

Participaram de forma não probabilística e acidental 106 profissionais de saúde com idades variando de 20 a 72 anos ($M=37,7$; $DP=10,51$), sendo a maioria do sexo feminino (81%). Dentre os profissionais que fazem parte das equipes mínimas de saúde da atenção básica, compuseram a amostra apenas os profissionais que estavam presentes no serviço no momento da coleta de dados, que aceitaram participar de forma voluntária e que atendiam aos critérios de inclusão do estudo, a saber: a) ser profissional da atenção básica de cidades rurais há no mínimo seis meses; b) ser profissional de saúde da equipe mínima da atenção básica (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e odontólogos).

Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: a) *Questionário sociodemográfico e laboral*, com questões versando sobre renda,

escolaridade, cidade de residência, idade, religião, estado civil, sexo e aspectos da atividade profissional; b) *Questionário de Avaliação dos Serviços de Saúde*: trata-se de um questionário elaborado por Saldanha (2011), variando em número de perguntas de acordo com os módulos temáticos, a saber: avaliação geral dos serviços de saúde, organização, vínculo e atendimento, resolutividade, referência e contra referência e prevenção. As respostas às questões dos módulos, com exceção do módulo “avaliação geral dos serviços de saúde”, são dadas em escalas do tipo Likert de cinco pontos, variando entre 1 (nunca) a 5 (sempre). Este questionário já foi utilizado por outros estudos (Furtado et al., 2016; Araújo, 2017) em contextos do Nordeste do Brasil e em cidades rurais.

Procedimentos

A partir da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba e pela Secretaria Estadual de Saúde, foi iniciada a coleta de dados. Ao serem contatados, os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, explicitando o caráter voluntário da participação, seguido da assinatura do “Termo de consentimento livre e esclarecido”. Por conseguinte, foi solicitado a cada participante que respondesse aos instrumentos de pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por uma equipe de pesquisadores treinados. A aplicação dos instrumentos correu de forma individual e apenas com os profissionais que estavam presentes na unidade de saúde no momento da coleta de dados, com tempo médio de 15 minutos para responder ao questionário. Não foi possível a realização de agendamento prévio com os profissionais, uma vez que muitas unidades não possuíam contato telefônico, e muitas das cidades selecionadas eram de difícil acesso.

Análise dos dados

Os dados decorrentes das questões fechadas foram analisados através de estatística descritiva (frequência, porcentagem, média e desvio padrão), conforme instrução dos autores, através do software SPSS, versão 22.

Aspectos éticos

Durante todos os procedimentos da pesquisa foram consideradas as diretrizes da Resolução 465/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). Nessa direção, ao serem abordados, os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, sendo solicitado, em seguida, a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ademais, foram fornecidas informações de telefones de contato dos pesquisadores para eventuais esclarecimentos de dúvidas ou qualquer outra questão. Os participantes foram resguardados, tendo vista a confidencialidade dos dados e da identidade, bem como foi informado aos profissionais de saúde que sua participação poderia deixar de ocorrer a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique ônus em relação ao serviço de saúde ou mesmo para a sua atuação.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Perfil sociodemográfico e laboral

A partir da análise das variáveis sociodemográficas, verificou-se que 85 profissionais eram do sexo feminino (81%). Quanto à escolaridade, três (2,8%) participantes possuíam Ensino Fundamental II, 32 (30,2%) profissionais haviam cursado o ensino médio, 12 (11,3%) tinham uma formação técnica e 59 (55,7%) haviam cursado o ensino superior. Cerca de 54,7% dos participantes, eram casados; 33% eram solteiros; 9,4% eram divorciados e 2,8% se declararam viúvos.

Quanto aos aspectos laborais, os profissionais apresentaram uma média de tempo de serviço na atenção básica que variava de 6 meses a 25 anos, com média de 3,6

anos (DP=1,8). A maioria dos participantes apresentou carga horária semanal de trabalho correspondente a 40 horas (86 profissionais). No entanto, sete profissionais afirmaram trabalhar menos que 30 horas semanais, sete afirmaram trabalhar 30 horas e um profissional afirmou trabalhar 48 horas semanais. Já em relação à carga horária diária de trabalho, verificou-se que dois profissionais trabalhavam menos que cinco horas, onze trabalhavam 6 horas e a maioria (90 profissionais) trabalhava 8 horas diárias.

Tabela 1

Perfil Sócio laboral dos participantes.

Variáveis	Categorias	Frequência	Porcentagem
Categoria profissional	Enfermeiro	29	27,4
	Técnico de enfermagem	28	26,4
	ACS	24	22,6
	Médicos	19	17,9
	Dentista	06	5,7
Macrorregião de saúde	Patos	35	33
	Campina Grande	33	31,1
	Sousa	17	16
	João Pessoa	21	19,8
Tempo de atuação no serviço (n=106)	De 6 meses a 1 ano	20	18,9
	Entre 1 e 5 anos	29	27,4
	Entre 5 e 10 anos	13	12,2
	Acima de 10 anos	44	41,5
Número de dias trabalhados na semana	3 dias	04	3,8
	4 dias	25	23,6
	5 dias	77	72,6

No que diz respeito à composição das equipes, o estudo indicou a prioridade adotada pela PNAB de 2017, modelo de eSF, composta pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS e odontólogo. Entretanto, no que diz respeito à carga horária de trabalho, treze dos profissionais não cumprem o esperado, atuando com cargas horárias bem mais baixas, de quatro, cinco ou apenas seis horas diárias. Estes números indicam fragilidades que dificulta o adequado atendimento das demandas dos serviços, o que é potencializado quando parte dos profissionais trabalham com carga horária inferior a 40 horas semanais.

Dentre os profissionais, 15 cumprem carga horária semanal inferior à exigida pela PNAB (2011, 2017), que é de 40 horas semanais, permanecendo no trabalho entre quatro e seis horas diárias. Estes também têm reduzidos os números de dias presentes nas unidades de saúde, pois cumprem essa carga horária em menos dias de trabalho.

Os resultados indicaram que parte dos profissionais (41,5%) já atuam no serviço há mais de 10 anos. Todavia, a maioria (46,3%) está no serviço há menos de cinco anos, sendo 20 profissionais atuando na atenção básica de cidades rurais há menos de um ano e outros 29 atuando entre um e cinco anos. Pereira e Pacheco (2017) salientam as dificuldades para a contratação de profissionais e a permanência nos serviços, que impacta na construção dos vínculos entre esses profissionais e as comunidades rurais. A rotatividade de profissionais de saúde é uma característica presente nos serviços de saúde de contextos rurais. Em parte, esta rotatividade é justificada pelas dificuldades geográficas e de acessibilidade às unidades de saúde (Pereira, & Pacheco, 2017).

Organização da unidade básica de saúde, vínculo e atendimento

Para identificar a percepção dos profissionais de saúde sobre a organização, vínculo e atendimento, foi solicitado que estes avaliassem as variáveis indicativas de elementos importantes para a organização dos serviços, vínculo e atendimento, conforme proposta pela PNAB. As respostas dos participantes foram dadas numa escala de cinco pontos, variando entre 1 (nunca) a 5 (sempre). Avaliações com médias abaixo de 3 são indicativas de uma percepção negativa. Médias entre 3 e abaixo de 4 indicam percepção moderada sobre os aspectos citados. Já as médias iguais ou superiores a 4 são indicativas de percepção positiva sobre o aspecto avaliado. Os resultados estão apresentados na tabela abaixo.

Tabela 2

Percepção sobre a organização do serviço, vínculo e atendimento.

Variáveis	Média	DP*
<i>Organização do serviço</i>		
Tem todos os medicamentos necessários para os usuários?	3,23	1,14
Tem todos os equipamentos/materiais/insumos necessários ao atendimento dos usuários?	3,51	1,31
Os exames solicitados aos usuários são disponibilizados?	3,69	1,29
Os profissionais estão presentes para o atendimento dos usuários?	4,53	0,84
<i>Vínculo e atendimento</i>		
Os usuários são bem recebidos pelos profissionais?	4,39	0,79
Os profissionais entendem o que o usuário quer dizer?	4,43	0,73
Você sente que os usuários entendem as explicações que são dadas?	4,20	0,86
Os profissionais dão orientações sobre medicamentos/procedimentos?	4,75	0,54
Os profissionais procuram se informar sobre as condições de vida dos usuários?	4,31	0,93
O tempo de atendimento é suficiente para o usuário explicar bem as suas preocupações e tirar dúvidas?	3,88	1,11
Quando o usuário retorna ao serviço de saúde com os exames feitos, ele é atendido pelo mesmo profissional que solicitou?	4,28	0,88
Na sua opinião, os usuários se sentem rejeitados pelos profissionais deste serviço de saúde?	1,74	1,07
Na sua opinião, os usuários sentem vergonha em falar sobre seus problemas com os profissionais de saúde deste serviço?	2,40	1,16

* DP = Desvio Padrão.

Na dimensão *organização do serviço*, que se refere à gestão da atenção básica, procurou-se avaliar a disponibilidade de materiais, exames e medicamentos, uma vez que estes itens não dependem, diretamente, dos profissionais, e sim do investimento da gestão local. Verificou-se que a avaliação foi moderada para a maioria dos itens, exceto para o item que avaliava a presença do profissional no serviço, que apresentou média indicativa de uma avaliação positiva. No entanto, os dados evidenciados no perfil sócio laboral indicou que o cumprimento da carga horária semanal e diária não é realizada por parte dos profissionais.

O item referente à disponibilidade de medicamentos foi o que apresentou a menor média na dimensão organização do serviço. Em parte, verifica-se que existem medicamentos, mas estes não são suficientes para a demanda ou não correspondem adequadamente aos problemas de saúde da população. Conforme os princípios norteadores do SUS, a atenção básica deve garantir uma assistência integral a saúde das populações, incluindo os serviços de assistência farmacêutica, um dos pontos norteadores das políticas públicas de saúde.

Não obstante, estudos realizados em municípios de menor porte (Nascimento, *et al.*, 2017; Álvares, *et al.*, 2017) no Brasil, apontam a disponibilidade incipiente de medicamento, especialmente no Norte e Nordeste. Quando a avaliação sobre a disponibilidade de medicamentos é feita pelos usuários, verifica-se índices maiores de insatisfação (Tavares, *et al.*, 2016; Oliveira, *et al.*, 2015). As lacunas na disponibilidade dos medicamentos, em parte, são explicadas pelo déficit estrutural na gestão dessas cidades; na ausência de infraestrutura das unidades dispensadoras, à exemplo da falta de refrigeradores; e no atraso dos repasses das instancias gestoras do SUS. Tais aspectos influenciam o atendimento das demandas de saúde dessas populações (Nascimento, *et al.*, 2017).

Por sua vez, a avaliação moderada sobre a disponibilidade de materiais, equipamentos e insumos corrobora resultados evidenciados em estudos anteriores (Pimentel, Albuquerque, & Souza, 2015; Vieira, *et al.*, 2016; Schimitt, Maia, Almeida, & Adamy, 2015), que evidenciaram a escassez de diversos materiais e insumos nas unidades de saúde. Esta escassez é maior em contextos rurais, especialmente quando se trata de materiais de alto custo. A incipiência de materiais impossibilita a execução adequada dos serviços e gera insatisfação nos usuários e desgaste aos profissionais.

Quando tratado sobre a oferta de exames, a percepção dos profissionais foi, moderadamente, positiva. Alguns profissionais reconhecem que a atenção básica de

idades rurais dispõe de exames simples ou para procedimento de rotina. Mas esta disponibilidade nem sempre acontece, bem como não é suficiente para responder às demandas de saúde que chegam ao serviço. Pesquisa realizada por Tomasi *et al.* (2017) indicou que apenas um quarto de gestantes realizava exames físicos, e apenas um pouco mais da metade recebia orientações indicadas na AB. Além disso, alguns exames específicos, como ginecológicos e de mama, só eram ofertados a 50% das gestantes.

As cidades de pequeno porte têm a menor cobertura das Equipes de Saúde da Família (ESF's), como também apresentam menor rede de assistência para realização de exames complementares, dependendo de regionalização para oferta destes (Tomasi *et al.*, 2017). Por vezes, os usuários necessitam recorrer aos serviços privados, dos quais não tem condições financeiras de arcar, ferindo o princípio da Integralidade do SUS.

Na dimensão *vínculo e atendimento*, em geral, os profissionais avaliaram positivamente a maioria dos aspectos abordados. Dentre os aspectos bem avaliados, destaca-se a percepção positiva dos participantes ao afirmarem que os profissionais dão orientações sobre medicamentos/procedimentos. Além disso, os dados evidenciaram que os profissionais consideram que os usuários são bem acolhidos, que eles recebem todas as explicações necessárias. Em caso de retorno, segundo a avaliação dos participantes, os usuários são atendidos pelos mesmos profissionais que solicitaram os exames. O único item que apresentou índice moderado foi o que fez referência ao tempo de atendimento com os usuários.

Mesmo tendo que lidar com condições estruturais limitadas (disponibilidade de insumos, medicamentos, exames e de profissionais), verifica-se que a relação entre os profissionais e usuários colaboram para uma avaliação positiva sobre o vínculo e o atendimento na atenção básica em cidades rurais. Ao analisar a perspectiva dos usuários, estudo realizado por Oliveira *et al.* (2015), em contexto rural, demonstrou avaliações positivas sobre o vínculo e atendimento. Os usuários associam o bom

atendimento ao respeito, escuta, consideração, compreensão, dentre outros aspectos (Oliveira, *et al*, 2015).

Há que se considerar que a percepção dos participantes sobre os aspectos citados está pautada na experiência do cotidiano do serviço sob a ótica dos profissionais. Em geral, verifica-se certa cordialidade na relação profissional-usuário. A literatura aponta que esta relação não é bem avaliada quando se evidencia a ausência de privacidade e fragilidades relativas ao sigilo nos atendimentos, além da intolerância frente às práticas culturais, como o uso de plantas (Lima, Lima, Mendonça, Lopes, & Heck, 2017) e procura por “benzedeiros” (Mendes, Carnut & Guerra, 2018).

Resolutividade, referência e contra referência e ações de prevenção

Na dimensão *Resolutividade*, os profissionais avaliaram positivamente a realização de exames por parte dos usuários e seu retorno para as consultas. No entanto, em geral, a resolução dos problemas de saúde dos usuários apresentou média moderada (M=3,49; 0,81). Se por um lado os usuários realizam seus exames e voltam para a consulta de retorno (ver tabela 2); por outro, verifica-se que as demandas de saúde nem sempre são resolvidas no serviço. Em parte, isto possui relação com a ausência de exames mais específicos e/ou disponibilidade de profissionais especialistas no município. Estes e outros dados podem ser observados na tabela abaixo.

Tabela 3

Percepção sobre resolutividade, referência e contra referência e prevenção.

Variáveis	Média	DP*
<i>Resolutividade</i>		
Os usuários costumam fazer os exames solicitados?	4,15	0,84
Os usuários costumam retornar ao serviço quando o profissional que o atendeu solicita esse retorno?	4,36	0,85
Os problemas do usuário são resolvidos nesse serviço de saúde?	3,49	0,81
<i>Referência e Contra referência</i>		

Há uma articulação entre este serviço e os demais serviços da rede?	3,92	1,23
Este serviço encaminha os usuários para outros serviços da rede de saúde?	3,85	1,00
Em caso de encaminhamento para um serviço da rede, costuma receber um retorno deste serviço?	2,85	1,44
<i>Prevenção</i>		
Você já convidou usuários a participar de grupos sobre saúde e prevenção neste serviço?	3,89	1,35
Existem campanhas e trabalhos educativos no serviço?	4,07	1,08
É ofertado o teste de HIV/AIDS neste serviço?	4,36	1,30
É realizada a distribuição de preservativos neste serviço?	4,92	0,29

* DP = Desvio Padrão.

Quando os usuários apresentam uma demanda de saúde que não é passível de solução no serviço, dependendo da natureza da demanda, este usuário é encaminhado para outros serviços dentro da rede de assistência em saúde. Por se tratar de contextos rurais, frequentemente, estes encaminhamentos são para serviços fora da cidade, o que demanda deslocamento do usuário e custos. Estudos têm demonstrado a dificuldade dessas populações em realizar exames de toda ordem, especialmente pela dificuldade de deslocamento em razão das distâncias geográficas dessas comunidades, além do custo financeiro, tendo em vista que estas populações, majoritariamente, são de pessoas com baixa renda (Oliveira et al., 2015; Tomasi et al., 2017)

A dimensão *referência e contra referência* evidencia as percepções dos profissionais sobre a articulação entre a atenção básica e os demais serviços de saúde. No tocante ao item articulação entre os serviços e a realização de encaminhamentos por parte da atenção básica, os profissionais avaliaram positivamente, já em relação ao retorno de outros profissionais, a percepção foi considerada negativa. Ou seja, em caso de encaminhamento para um serviço da rede, os profissionais avaliaram negativamente o retorno dado pelos serviços à atenção básica sobre os usuários e as demandas encaminhadas.

A PNAB (2011/2017) que preconiza a existência de Referência e Contra referência nas UBS's. No entanto, outros estudos também têm demonstrado as

fragilidades dos encaminhamentos em cidades de pequeno porte (Vieira, & Gazzineli, 2017; Viegas, Carmo, & Luz, 2015). Em alguns casos, o acesso aos serviços de saúde ocorre pela influência do usuário, que sozinho consegue atendimentos através de políticos, ou conhecimento de profissionais de saúde da rede. Alguns profissionais não utilizam de meios formais para referenciar os usuários, o que configura uma descontinuidade no cuidado (Vieira, & Gazzineli, 2017).

Na percepção de alguns profissionais da AB, a acessibilidade é um dos principais pontos negativos do atendimento, que traz como consequências a falha no acolhimento e no vínculo com os usuários, conseqüentemente na frequência a unidade e adesão ao tratamento. Em estudo realizado em todo o Nordeste (Lima, et al, 2016), foram destacados falhas na acessibilidade e dificuldades em conseguir consultas com especialistas, ratificando os obstáculos na atuação da Referência e Contra referência.

Em relação à dimensão *Prevenção*, todas as variáveis foram avaliadas positivamente. Os profissionais avaliaram positivamente a presença de campanhas, trabalhos educativos, especialmente sobre as ações para a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), com destaque para a distribuição de preservativo e realização do teste para HIV.

De fato, nas últimas décadas, desde os primeiros casos de Aids, na década de 1980, ocorreram avanços significativos no enfrentamento das ISTs/Aids. À exemplo, o Ministério da Saúde preconizou, através da Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012, o compartilhamento de cuidados entre o serviço especializado e a atenção básica na assistência a pessoas vivendo com HIV/Aids (Zambenedetti, & Silva, 2016). A portaria atribui a realização de testes rápidos e aconselhamento em IST/Aids nas Unidades Básicas de Saúde, bem como a solicitação de exames após o diagnóstico. Na Portaria nº 77, o Ministério da Saúde estabelece exigências quanto à disponibilidade do teste para o HIV.

A avaliação moderadamente positiva foi relativa à ocorrência de convites para os usuários participarem de grupos de promoção e prevenção em saúde no serviço. As ações em saúde na atenção básica têm por ênfase a prevenção. Enquanto recurso, a realização grupos apresenta-se com estratégia de promoção à saúde, prevenção e de fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários. A existência de atividades educativas com grupos de mulheres, residentes em meio rural, apontou experiências exitosas em ações educativas (Carvalho, *et al.*, 2016; Furtado *et al.*, 2016).

Sabe-se, no entanto, que é desafiador a realização dos grupos e manutenção da participação dos usuários nas ações. Os problemas envolvem desde a estrutura física inadequada para a presença dos usuários, bem como o baixo investimento em materiais educativos (folders, cartazes) (Vasconcelos *et al.*, 2016). Outro impeditivo para a participação refere-se ao modo como são desenvolvidos o primeiro encontro e o contato com os profissionais de saúde. Se a estrutura de mediação dos grupos for caracterizada por posturas verticais e autoritários, isto implicará na redução da participação contínua do usuário (Vinha *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa investigou as percepções de profissionais que atuam na atenção básica de cidades rurais. A percepção dos profissionais foi positiva ao avaliar aspectos como vínculo e atendimento, resolutividade e ações de prevenção. As dimensões organização do serviço, referência e contra referência apresentaram avaliações mais moderadas.

Foram apontadas lacunas quanto à disponibilidade de medicamentos e exames. Além disso, no tocante à Resolutividade, verificou-se que as demandas de saúde nem sempre são resolvidas na atenção básica, o que demanda encaminhamentos para outros

serviços. Contudo, os profissionais avaliaram negativamente o retorno de outros profissionais/serviços sobre os encaminhamentos realizados pela atenção básica.

Percebeu-se também que o cotidiano da atuação profissional em cidades rurais é caracterizado por condições estruturais limitadas, embora a relação entre os profissionais e usuários colaborem para uma avaliação positiva sobre o atendimento e os serviços. Assim, discorrer sobre as demandas de saúde das populações que vivem em contexto rurais, é importante na medida que colabora para identificar lacunas e possibilidades de enfrentamento. Para tanto, é importante considerar as perspectivas dos atores envolvidos no processo, como os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, M. D. S. V. D., Lyra, T. M., Farias, S. F., Mendes, M. F. D. M., & Martelli, P. J. D. L. (2014). Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde em Debate*, 38, 182-194. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S014.
- Álvares, J., Guerra Junior, A. A., Araújo, V.E., Almeida, A. M., Dias, C.Z., Oliveira, B.A., Costa, E. A., Guibu, I. A., Soeiro, O. M., Leite, S. N., Karnikowski, M. G. O., Costa, K. S., Acurcio, F. A., (2017) Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*.51 Supl 2:20s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007139>
- Araújo, E. A., Furtado, F. M. D. S. F., & Pichelli, A. A. W. S. (2017). Vulnerabilidade programática em saúde em cidades rurais paraibanas segundo os níveis de atenção. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Federal da Paraíba.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011) 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 República Federativa do Brasil. Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017

Carvalho, I. L. N., Nunes, R. B., Souza, I. D., Batista, R. D. C., Souza, A. S. J., & Souza, C. S. (2016). Exame citopatológico: compreensão de mulheres rurais acerca da finalidade e do acesso. *Rev Rene*; 17(5):610-7. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000500005

Cecilio, L. C. D. O., & Reis, A. A. C. D. (2018). Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da Atenção Básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00056917.

Costa, M. C., Silva, E. B., Soares, J.S.F., Borth, L.C., & Honnef, F. (2017) Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 38 (2):e59553. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.59553>

Cruz, J., Almeida, P., Figueiredo, A., & Santos, A. (2017) Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus- Cruz, J. D. S., *Revista de Salud Pública*, 19(5), 641-648. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n5.49356>.

Furtado, S. F. F., Santos, G. J., Stedile, L., Araújo, E., Saldanha, W. A., & Silva, J. (2016). 30 anos depois: Representações Sociais acerca da Aids e práticas sexuais de

residentes de cidades rurais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 74-80.

Lima, A., E., Sousa, A., Marabotti C, L., F., Lima, C., D., R., Nascimento, M., & Prim, C., C. (2016). Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Esc. Anna Nery*. vol.20, n.2, pp.275-280. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.2016003720> (2), 275-280.

Lima, C. A. B., Lima, A. R. A., Mendonça, C. V., Lope,s C.V., & Heck, R.M. (2016). O uso das plantas medicinais e o papel da fé no cuidado familiar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(esp):e68285. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68285>.

Lima, E. D. F. A., Sousa, A. I., Silva, M. M., Souza, I. O. E., & Leite, F. M. C. (2014). Avaliação da atenção primária na percepção dos usuários e profissionais de saúde: uma revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 8(10), 3758-3766.

Melo, E. A., Mendonça, M. H. M. D., Oliveira, J. R. D., & Andrade, G. C. L. D. (2018). Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, 42, 38-51.

Mendes, Á., & Carnut, L., & Guerra, L. D. D. S. (2018). Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42, 224-243.

Moreira, K. S.; Vieira, M. A.; & Costa, S. M. (2016) Qualidade da Atenção Básica: avaliação das Equipes de Saúde da Família. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 117-127. DOI: 10.1590/0103-11042016111109

Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Lima, L. D. D. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42, 11-24.

- Nascimento, R. C. R. M., Álvares, J., Guerra Junior, A. F., Gomes, I. C., Costa, E. A., Leite, S. N., Costa, K. S., Soeiro, O. M., Guibu, I. A., Karnikowiski, M. G. O., & Acurcio, F. A. (2017). Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 51 Supl 2:10s. <http://www.rsp.fsp.usp.br>.
- Oliveira, E. M., Felipe, E. A., Santana, H. S., Rocha, I. H., Magnabosco, P., & Castro Figueiredo, M. A. (2015). Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. *Saúde. Soc. São Paulo*. V 24. N 3. P. 901-913
- Pereira, L., & Pacheco, L. (2017). O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, *Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 1 (21), 1181-1192.
- Pimentel, F. C. Albuquerque, P. C., & Souza, W. V. A (2015). Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. *Saúde debate* 39 (104). <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040138> .
- Saldanha, A.A.W. (2011). Situações de Vulnerabilidade à Gravidez na Adolescência: Estilo de Vida e Comportamentos de Risco de Adolescentes Paraibanas Relatório Final, *Projeto Temático, Processo CNPq 551215/2007-0*, Edital no 22/2007- Saúde da Mulher. João pessoa, PB, Universidade Federal da Paraíba.
- Schimitt, M. D., Maia, J. C., Almeida, M. A., & Adamy, E. K. (2015). Obstáculos assinalados por enfermeiro da Atenção Básica em Saúde na realização da coleta de dados. *Rev Enfermagem UFPE*. Recife, 9 (Supl 3): 768894.
- Souza, M. D. F. M. D., Malta, D. C., França, E. B., & Barreto, M. L. (2018). Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1737-1750.

- Starfield, B. (2004) Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: *Unesco*, Ministério da Saúde.
- Tavares, D. M. dos S., Bolina, A. F., Dias, F. A., Ferreira, P. C. dos S., & Santos, N. M. F. (2018). Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3), 913-922. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.25492015>
- Tavares, N. U. L., Luiza, V. L., Oliveira, M. A., Costa, K. S., Mengue, S. S., Arrais, P. S. D., Ramos, L. R., Farias, M. R., Pizzol, T. S., & Bertoldi, A. D. (2016). Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 50 (SUPL2):7s
- Tomasi, E., Fernandes, P. A. A., Fischer, T., Siqueira, F. C. Vinholes, S., D. S. da., Thumé, E., Duro, S. M. S., Saes, M. de O., Nunes, B. P., Fassa, A. G., & Facchini, L. A. (2017). Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(3), e00195815. Epub April 07. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>
- Vasconcelos, M. I. O., Carneiro, R. F. C., Pompeu, R. F., Lima, V. C., & Maciel, J. A. C. (2016). Intervenção educativa em saúde com grupo de gestantes: estudantes de enfermagem em ação extensionista no interior do Ceará. *Expressa Extensão*. Pelotas, v.21, n.2, p. 108-118.
- Viegas, A. P. B., Carmo, R. F., & Luz, Z. M. P. (2015). Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saude soc*. 24 (1) <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>
- Vieira, A.S.T., Miranda, M.S.L., Emmi, D.T., Pinheiro, H.H. C., Barroso, R. F.F., & Araújo. M. V. A. (2016). Percepção dos usuários de serviços de saúde da atenção básica no estado do Pará. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, 18(3): 58-64

Vieira, E. W., & Gazzinelli, A. (2017). Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. *Saude soc.* 26 (2) <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170100>

Vincha, K. R. R., Vieira, V.L., Guerra, L.D.S., Botelho, F. C., Cardenas, A.P., & Mancuso, A. M. C. (2017).“Então não tenho como dimensionar”: um retrato de grupos educativos em saúde na cidade de São Paulo, *Brasil.Cad. Saúde Pública* 33 (9) <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037116>

Zambenedetti, G., & Silva, R. A. N. (2016). Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis* 26 (03). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300005>

Demandas de saúde na Atenção Básica em contextos rurais na perspectiva dos profissionais

Health demands in primary care in rural contexts from the perspective of professionals

Nadja Laís dos Santos Silva

Josevânia da Silva

Resumo: O estudo teve por objetivo analisar as demandas de saúde na atenção básica em contextos rurais a partir da percepção dos profissionais de saúde. A pesquisa foi realizada em serviços de saúde da atenção básica de municípios com população de até 10.000 habitantes. Para tanto, foram sorteadas quatro cidades em cada macrorregião de saúde do estado da Paraíba, totalizando 16 cidades. Participaram 40 profissionais de saúde, sendo 10 da primeira macrorregião de saúde da Paraíba, 10 da segunda, 9 da terceira e 11 da quarta. A idade dos participantes variou de 23 a 67 anos ($M=37,4$; $DP=10,54$). Para a coleta, foi utilizado um questionário sociodemográfico e laboral e entrevista semiestruturada. Os dados decorrentes do questionário foram analisados através de estatística descritiva, e os dados das entrevistas através da Análise de Conteúdo do tipo Categorical Temática. A análise de conteúdo evidenciou a emergência de 195 unidades de conteúdo, as quais formaram quatro categorias temáticas (Perfil do usuário, Explicações para o adoecimento em contextos rurais, Atenção básica em contextos rurais e Avaliação geral do serviço de saúde) e 11 subcategorias. As demandas de saúde da população apontam para aspectos individuais, sociais e programáticas que colocam a população em situação de vulnerabilidade em saúde.

Palavras-chave: Ruralidades, Atenção Básica, Profissionais de saúde.

Abstract: The study aimed at analyzing The reasearch was made in health services of Primary care with cities of up to 10.000 inhabitants. For that, 4 cities were drawn in each microregion of the State of Paraíba, totalizing 16 cities. Took part of this 40 health professionals, 10 from the first micro-region of Paraíba, 10 from the second, 9 from the third and 11 from the fourth. The participants age were between 23 to 67 years ($A = 37.4$; $SD = 10.54$). For the colletion of data the sociodemographic and labor questionnaire and the semi structured interview was used. The data from the questionnaire were analyzed through descriptive statistics, and the data from the interview were analyzed by the Content Analysis of thematic categorical type. Content analysis evidenced the emergence of 195 units of content, which were for thematic categories (User profile, Illness in rural contexts explanations, Basic attention in rural contexts and General evaluation of the health service) and 11 subcategories. The health demands from population, point to individual, social and programmatic aspects aspects put the population in a situation of vulnerability in health.

Key words: Basic Attention, Ruralities, Health professionals.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) passou por transformações e atualizações nos modos de cuidado de saúde da população brasileira ao longo de décadas, desde a sua implementação, sendo considerada a porta de entrada de todas as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é regida pela Portaria de Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

Segundo a PNAB, os serviços de saúde devem ser definidos, prioritariamente, a partir da Equipe de Estratégia Saúde da Família (eSF), que são compostas pelas equipes intituladas de mínimas, formadas pelo médico com especialidade em saúde da família, enfermeiro, técnico de enfermagem, e agente comunitário de saúde (ACS), podendo ser adicionados o odontólogo, o técnico em saúde bucal e o agente de combate a endemias (ACE) (Brasil, 2017).

A PNAB (2017) assinala em suas discussões a gratuidade, a integralidade e a necessidade do reconhecimento das demandas de saúde da população conforme critério de territorialização, bem como dos determinantes e condicionantes específicos de cada comunidade. Assim, entende-se que o reconhecimento de uma demanda de saúde abrange desde a identificação do perfil do usuário em todos os seus aspectos, geral, social e econômico; bem como sobre o entendimento das razões para o seu adoecimento em aspectos individuais, sociais e programáticos.

Para melhor compreender e planejar de ações dos serviços de saúde é imprescindível à identificação do perfil dos usuários e o contexto territorial em que estes estão inseridos (Brasil, 2017), tendo em vista que as condições sociais e quadros de vulnerabilidade interferem diretamente no adoecimento destes. Quando o usuário busca o serviço para sanar determinada demanda de saúde, por vezes, o caminho percorrido é atravessado por inúmeras barreiras de acesso (Guibu, et al, 2017). Assim, é

importante o entendimento sobre uma demanda de saúde e sua relação com processos de vulnerabilidade.

O conceito de vulnerabilidade diz respeito às condições, ou contextos sociais e coletivos que contribuem para os processos de adoecimento e mortalidade, que inclui fatores de origem biológica, geográfica, política, social, cultural e socioambiental (Ayres, Paiva, França, Gravato, Lacerda, Della Negra, Marques, Galano, Lecussan, Segurado, & Silva, 2006; Ayres, Paiva, & França, 2012; Mariosa, Ferraz & Silva, 2018). Falar de vulnerabilidade é discutir como se dá a distribuição de riqueza em grupos diferentes e como essa distribuição afeta a sua diferenciação econômica e social, muitas vezes de maneira desigual e insuficiente, afetando os padrões de saúde e doença de indivíduos e populações.

Em contextos rurais, diversos estudos (Moreira et al., 2015; Costa, Silva, Soares, Borth, & Honnef, 2017; Leite et al., 2017; Garnelo, Lima, Rocha, & Herkrath, 2018) tem destacado as vulnerabilidades dessas populações. À exemplo, destaca-se a baixa escolaridade, baixo rendimento salarial, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, escassez de profissionais, precária estrutura física dos serviços de saúde, dificuldades para locomoção e transporte, dentre outros aspectos.

Em face a esta vulnerabilidade social, Mendes (2018) assinala a redução de investimentos e repasses financeiros da esfera federal para atenção básica. Os municípios com maiores necessidade de saúde, à exemplo das cidades rurais, são os mais afetados. Este aspecto aponta para a vulnerabilidade programática, ou seja, aspectos de natureza institucional e/ou governamental que colaboram para maior suscetibilidade ao adoecimento das populações e para as iniquidades em saúde (Brasil, 2013).

As políticas públicas destinadas para os contextos rurais ainda são fragilizadas no que diz respeito aos investimentos, tecnologia, e garantia de qualidade de vida

(Gonçalves, et al, 2018; Brasil, 2013). Algumas pesquisas (Costa, Silva, Soares, Borth & Honnef, 2017; Leite, Dimenstein, Dantas, Silva, Sales, & de Sousa, 2017; Garnelo, Lima, Rocha, & Herkrath, 2018) relacionam as fragilidades dos contextos rurais, especialmente no âmbito da saúde, com a sua extensão geográfica e precariedade de infraestrutura. Ursine *et al.* (2018) demonstrou que os profissionais da Atenção Básica de áreas rurais mencionaram o solo irregular, que tendem a piorar com as chuvas, como um fator que prejudica o atendimento às famílias em razão da distância entre as unidades de saúde e as residências.

As necessidades de saúde das pessoas que vivem em contextos rurais vão desde doenças pulmonares, provocadas pela exposição a substâncias tóxicas, bem como doenças osteomusculares, devido às atividades físicas intensas e a própria ausência de acesso aos serviços especializados de saúde. Embora seja ressaltado pela literatura a incipiência de estudos sobre as condições gerais de saúde das populações rurais no país, estudos indicam que a procura pelos serviços é bem menor nas áreas rurais (Arruda, Maia, & Alves; 2018). O serviço de saúde é procurado, frequentemente, em decorrência de demandas curativas, em detrimentos das preventivas (Pitilin, & Lentsck, 2015), embora sejam predominantemente compostas por populações mais vulneráveis, como idosos e pessoas de baixa renda (Arruda, Maia, & Alves; 2018).

A melhoria das condições de acesso para atender as demandas de saúde da população passa pelo compartilhamento de responsabilidades de todas as esferas governamentais, bem como pela melhoria da articulação entre as redes, realização de planejamento e avaliação das ações em saúde (Silva *et al.*, 2015; Gonçalves et al., 2018). Não obstante, a atuação dos profissionais de saúde deve ir além da procura por diagnóstico. Um estudo etnográfico (Ruiz, Santos, & Gerhardt, 2016) realizado em comunidades rurais, no Rio Grande do Sul, demonstrou que as relações entre

profissionais e usuários dos serviços de saúde são marcadas não só pelo distanciamento geográfico, mas pelo distanciamento de identidades.

Os profissionais têm dificuldades para reconhecer as singularidades dos residentes em cidades rurais, as quais tem relação com as condições de vida. O atendimento adequado das demandas trazidas pela população aos serviços de saúde exige a consideração da interface entre processos de saúde e doenças e os aspectos econômicos, sociais, culturais, condições de vida e trabalho, dentre outros aspectos (Ruiz, Santos, & Gerhardt, 2016). Deste modo, este artigo teve por objetivo analisar as demandas de saúde na atenção básica, em contextos rurais, a partir da percepção dos profissionais de saúde.

MÉTODO

Delineamento

Esta pesquisa caracteriza-se como sendo descritiva, exploratória, transversal, com abordagem qualitativa.

Local da Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada em unidades de saúde da atenção básica localizada em cidades rurais da Paraíba. O IBGE (2010), utilizando a denominação municípios de pequeno porte, definem estes municípios em função do número de habitantes. São municípios de pequeno porte aqueles com população até 50.000 habitantes, as intituladas cidades rurais. Dentre os 223 municípios paraibanos, 155 (69,5%) possuem população com menos de 10.000 habitantes. Assim, para melhor caracterizar as cidades rurais, esta pesquisa foi realizada em municípios com população de até 10.000 habitantes.

Para a escolha das cidades, levou-se em consideração, primeiramente, a organização da assistência em saúde na Paraíba, que é dividida em quatro macrorregiões de saúde e 16 microrregiões de saúde. Esta divisão constitui a base territorial que auxilia o planejamento das ações em saúde, bem como a distribuição dos serviços de atenção à saúde na Paraíba. Isto possibilita considerar no planejamento os aspectos demográficos, sanitários, sócio econômicos, geográficos, bem como os indicadores epidemiológicas dos municípios e, também, a oferta de serviços e as relações intermunicipais. Assim, foram sorteadas quatro cidades em cada macrorregião de saúde, totalizando 16 cidades.

Participantes

Participaram, de forma não probabilística e por conveniência, 40 profissionais de saúde, sendo 10 da primeira macrorregião de saúde da Paraíba, 10 da segunda, 9 da terceira e 11 da quarta. O número de participantes se explica em razão dos profissionais que estavam presentes, nos serviços de saúde, no momento no qual foi realizada a coleta de dados; bem como em razão daqueles que aceitaram realizar o procedimento de entrevista. Os participantes faziam parte da equipe mínima da atenção básica, abrangendo as seguintes categorias: enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e dentista.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: a) ser profissional da atenção básica de cidades rurais há no mínimo seis meses; b) ser profissional de saúde da equipe mínima da atenção básica.

Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: a) *Questionário sociodemográfico e laboral*, com questões versando sobre renda, escolaridade, cidade de residência, idade, religião, estado civil, sexo e aspectos da

atividade profissional; b) *Entrevista semiestruturada*, formada por questões abertas, norteadas a partir do objetivo do estudo.

Procedimentos

A partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, foi realizado contato com a Secretaria Estadual de Saúde para informação da realização do estudo, quando então foi iniciada a coleta de dados. Ao serem contatados, os participantes foram informados acerca do estudo, explicitando o caráter voluntário da participação, seguido da assinatura do “Termo de consentimento livre e esclarecido”. Por conseguinte, foi solicitado a cada participante, individualmente, que respondesse aos instrumentos de pesquisa (questionário sociodemográfico e labora e entrevista).

O procedimento de entrevista foi realizado no local de trabalho dos profissionais de saúde e teve duração média de 30 minutos. As entrevistas foram gravadas, com a devida autorização escrita dos participantes e, em seguida, transcritas na íntegra para possibilitar a análise dos dados.

Análise dos dados

Os dados decorrentes das questões fechadas foram analisados através da Análise de Conteúdo do tipo Categorical Temática, conforme Bardin (2011). Esta técnica permite a organização dos conteúdos em temas a partir do que foi explícito nas falas. Esse processo se iniciou através da leitura flutuante dos dados, para posterior categorização e interpretação. A análise do conteúdo seguiu os seguintes passos: categorização, inferência, descrição e interpretação.

Aspectos éticos

Durante todos os procedimentos da pesquisa foram consideradas as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisas com seres humanos. Ao serem abordados, os participantes foram informados sobre os

objetivos da pesquisa, seguido da assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ademais, foram fornecidas informações de telefones de contato do pesquisador para eventuais esclarecimentos de dúvidas ou qualquer outra questão. Os participantes foram resguardados, tendo vista a confidencialidade dos dados e da identidade, bem como foi informado aos profissionais de saúde que sua participação poderia deixar de ocorrer a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implicasse ônus em relação ao serviço de saúde ou mesmo para a sua atuação.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A idade dos participantes variou de 23 a 67 anos ($M=37,4$; $DP=10,54$), sendo a maioria do sexo feminino (33 profissionais). Em relação à faixa etária, 10 participantes tinham idades entre 23 e 29 anos, 17 profissionais tinham entre 30 e 39 anos, 11 profissionais com idades entre 40 e 49 anos, e 04 possuíam idades acima de 50 anos (54 a 67 anos). A maioria dos profissionais se declaram casados (23 participantes), 11 eram solteiros, 04 se declararam divorciados e 02 viúvos. Quanto à religião, a maioria afirmou ser católico (33 profissionais), 04 se declararam evangélicos, 02 espíritas e uma pessoas se declarou sem religião.

Quanto aos dados do perfil laboral, a maioria dos participantes trabalhavam na atenção básica e em serviços de cidades rurais há mais de cinco anos. Semanalmente, a maioria dos profissionais trabalham cinco dias (30 profissionais), outros trabalhavam três dias (04 profissionais) ou quatro dias (06 profissionais). Quanto a carga horária diária de trabalho, 33 profissionais trabalhavam 8 horas, seis trabalhavam 6 horas e um profissional trabalhava 5 horas. Outros dados estão apresentados na tabela 2 abaixo.

Tabela 1

Perfil sócio laboral dos participantes.

Variáveis	Frequência
<i>Categoria profissional</i>	

Enfermeiro	11
Técnico de enfermagem	10
ACS	09
Médicos	08
Dentista	02
<i>Tempo de atuação no serviço</i>	
De 6 meses a 1 ano	07
Entre 1 e 4 anos	11
Entre 5 e 9 anos	06
Entre 10 e 14 anos	06
Entre 15 a 20 anos	07
Mais de 20 anos	03
<i>Tempo de atuação na Atenção Básica</i>	
De 6 meses a 1 ano	04
Entre 1 e 4 anos	10
Entre 5 e 9 anos	05
Entre 10 e 14 anos	08
Entre 15 a 20 anos	06
Mais de 20 anos	07
<i>Tempo de formação profissional</i>	
Menos de 1 ano	02
Entre 1 e 5 anos	07
Entre 6 e 10 anos	09
Entre 11 e 14 anos	04
Entre 15 e 20 anos	05
Mais de 20 anos	07
<i>Carga horária semanal</i>	
20 a 29 horas	04
30 a 39 horas	07
40 horas	29

A análise de conteúdo do tipo categorial temática, realizada com os dados decorrentes das entrevistas, evidenciou quatro categorias temáticas e onze subcategorias, conforme demonstrado na tabela abaixo. A categoria com maior frequência de unidades conteúdo foi constituída por relatos que versaram sobre o perfil do usuário.

Tabela 2

Categorias temáticas, subcategorias e unidades de conteúdo.

Categorias	Subcategorias	Unidades de Conteúdo (f)	Unidades de Conteúdo (%)
Perfil do usuário	Definido genericamente	29	30,3

	Definido pelas demandas de saúde	18	
	Definido pela classe social/econômica	12	
Explicações para o adoecimento em contextos rurais	Aspectos individuais	14	
	Aspectos sociais	11	21,5
	Aspectos programáticos	17	
Atenção básica em contextos rurais	Ações em saúde	07	
	Trabalho em equipe	09	22,1
	Organização das ações em saúde	27	
Avaliação geral do serviço de saúde	Avaliação positiva	31	26,1
	Avaliação negativa	20	
Total		195	100

Perfil do usuário da atenção básica em contextos rurais

Esta categoria emergiu a partir dos relatos que versaram sobre o perfil do usuário, ou seja, como os profissionais percebem as pessoas que procuram a atenção básica em cidades rurais. Ela foi a que apresentou a maior frequência de unidades de conteúdo e abarcou três subcategorias: definido genericamente, definido pelas demandas, pela classe social.

Na subcategoria *Definido genericamente*, os usuários são concebidos como sendo a comunidade em geral, ou seja, todas as pessoas que procuram o serviço, o que pode ser observado nas falas a seguir.

(...) desde o recém-nascido até idoso viu (...) Todas as pessoas. (ACS).

Na verdade, toda a população (...). Então, toda a população passa a ser usuário do serviço. (Médico)

Toda faixa etária. Criança, idoso, adolescente, adulto. Não tem assim só um, são todos que vierem. (Enfermeira)

Eu acho que tem de todos os tipos, para população toda, esse serviço aqui é ofertado para toda a população. (Técnico de Enfermagem)

As falas acima corroboram com os preceitos da PNAB (2006; 2011; 2017), que garante a universalidade de acesso aos serviços de saúde, ou seja, toda a população brasileira sem distinção, de todas as faixas etárias, tem direito aos serviços da atenção básica, conforme os princípios operados pelo SUS. É importante ressaltar que a AB é o principal instrumento de legitimação da universalidade na assistência em saúde no país. Os profissionais que fazem essa assistência têm papel importante nas formas de gerir o cuidado, organizar os serviços e, conseqüentemente, na garantia do acesso a toda a população (Menezes, Scherer, Verdi, & Pires, 2017).

Embora definido genericamente, os profissionais caracterizaram o atendimento em razão da faixa etária e/ou do gênero (mulheres e homens). Ao se referir à faixa etária, a ênfase esteve nas pessoas idosas e crianças. Não foram evidenciadas falas que abordassem outras idades, como a adolescência, o que corroboraria o princípio da Universalidade preconizado pelo SUS.

(...) tem atendimento também com criança, com vacina, puericultura, tem idosos

(...) Mais mulheres. (Técnico de Enfermagem)

(...) é... eu sei dizer que na verdade os usuários são bem diversificados, né, a gente contempla desde a criança, fazendo a parte de pediatria, (...) eu percebo muita... mais mulher, a população do homem ele é mais arredo a procurar o serviço de saúde... Muitos idosos. (Médico)

A população... A população assistida, geralmente procuram mais mulheres e idosos. (Enfermeira)

A procura pelos serviços de saúde nos contextos rurais é caracterizada pelas faixas etárias elevadas, especialmente idosos. Isto não significa que pessoas em outras faixas etárias não precisem dos serviços de saúde. No entanto, em contexto rurais, a população jovem e de adultos, frequentemente, se deslocam para os contextos urbanos,

seja para estudar e/ou trabalhar (Brito, Silva, Feitosa, Almeida & Pessoa, 2016; Rohde & Areosa, 2018).

Quanto ao gênero, os homens são os que menos procuram os serviços, tanto nas áreas urbanas, quanto nas rurais. Dentre as explicações para a ausência pela reduzida procura pelos serviços de saúde, tem-se a disponibilidade de horários de atendimento das unidades de saúde, que conflitam com seus horários de trabalho; a dificuldade dos profissionais em acolher esse público; e aspectos relativos às crenças sociais, como ideia de que o “homem não adocece” ” (Rohde, & Areosa, 2018).

A segunda subcategoria resultou dos relatos que versaram sobre o usuário *Definido pelas demandas de saúde*. Os resultados demonstraram que a maior demanda do serviço de saúde é de pessoas com hipertensão e diabetes.

A gente tem hipertenso e diabético, a grande maioria (Médico).

Hipertensão e diabete que tem de todas as idades. (ACS)

A população que mais frequenta são os hipertensos, os diabéticos, pessoas que têm algum transtorno mental, faz uso de antidepressivos (Técnico de Enfermagem)

Acho que hipertensos e diabéticos (Enfermeira).

Desde a criação da PNAB, em 2006, até a sua última atualização, em 2017, faz parte das metas da AB, no país, o controle, prevenção, acompanhamento e promoção de saúde das pessoas com Hipertensão e Diabetes (Brasil, 2006; 2011; 2017). Essa população é considerada estratégica nos cuidados primários a saúde, uma vez que tem sido evidenciado a predominância de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na realidade epidemiológica dos serviços de saúde (Engela, Rodarte, Rotondaro Junior, Seixas, Viegas, Lanza, 2018).

Em contextos rurais, existem lacunas no atendimento para as pessoas com hipertensão e diabetes (Silva, Haddad, Rossaneis, Vanucchi, & Marcon, 2017), o que é

evidenciado pela desigualdade na oferta dos serviços de saúde e pela baixa frequência de diagnósticos e exames nestas localidades, principalmente para o diagnóstico do Diabetes. As deficiências na assistência vão desde o cadastramento das pessoas, o acompanhamento periódico, até as ações de controle (Venancio, Rosa & Bersusa, 2016; Mendonça, & Nunes, 2015). O cuidado, na maioria das vezes, fica restrito a entrega de medicamentos, consultas e realização de alguns exames (Freitas, Matta, Mendes, Luiza, & Campos, 2018). Apesar do reconhecimento desses usuários como prioridade do serviço, as ações para estas pessoas ainda são insuficientes, ratificando as fragilidades de se colocar em prática as recomendações oficiais, à exemplo do critério de classificação de risco.

Na subcategoria *Definido pela classe social/econômica*, os participantes caracterizam a população usuária dos serviços como pessoas de baixa renda. Tal achado é corroborado por estudos como os de Fernandes, Bielemann, e Fassa, 2017; Brigola *et al.*, 2017; Souza, Ney, Souza, e Ney, 2015, que em relação às comunidades rurais, identificam que os profissionais associam essas populações à insuficiência econômica, caracterizando-as como vulneráveis nas questões sociais, financeiras e de saúde.

A população... população totalmente carente, ribeirinhos, uma população bastante carente... carente em relação a tudo... tudo... acesso a saúde, a educação.
(Médico)

A maioria são pessoas esclarecidas, mas tem aquele percentual que são os mais carentes, com menos informações. (Enfermeira)

Geralmente é uma população mais carente, com pouco acesso ao serviço de saúde de fora, sem condições financeiras de procurar um serviço particular... Um pessoal mais carente (Técnica de Enfermagem).

Bom, é o perfil geral de uma pessoa carente, carente em recurso financeiro, carente em relação ao aspecto educacional também. (Médico)

Explicações para o adoecimento em contextos rurais

Os processos de adoecimento, em cidades rurais, foram explicados a partir de aspectos individuais, sociais e programáticos, elencados como subcategorias nesse estudo. Em relação aos *aspectos individuais*, alguns profissionais atribuíram o adoecimento das pessoas à má alimentação e sedentarismo, conforme falas abaixo.

É mais a questão alimentar (...), mas a gente sabe que, às vezes, não tem mais opção de educação, é mais cultura mesmo. Vem aqui para o posto e pensa que pode comer de tudo. (Enfermeiro)

“má alimentação. A má alimentação pelo seguinte: o pessoal hoje tem aquela coisa, eles não são orientados (...). O pessoal hoje não tá plantando mais, só quer comprar isso, comprar aquilo. Você chega num sítio, você num vê mais a agricultura, agricultura rara, o pessoal num... se engana muito com enlatado, com essas coisas fáceis de preparar. (Técnico de Enfermagem)

“Eu acho que é porque também hoje em dia a vida é mais sedentária, né? O sedentarismo, é, assim, a alimentação, que por mais que tenha palestras, que já veio nutricionista, que veio pessoas dar palestras orientando os pais, a gente vê até na escola (...) (ACS).

“Eu acho que a qualidade de vida. Alimentação, falta de exercício físico...
(Enfermeiro)

“Má alimentação” (Médico)

Na perspectiva da vulnerabilidade, a compreensão sobre processos de saúde e doença passa pela relação entre aspectos individuais, sociais e programáticos (Ayres, França Jr, & Paiva, 2012). O modo como as pessoas se alimentam, embora aponte para aspectos comportamentais, compreende fatores que não se esgotam no indivíduo. Em contextos rurais, muitas pessoas vivenciam a insegurança alimentar, que faz referência à falta e dificuldade para se ter acesso aos alimentos, bem como diz respeito ao medo da

inanição (Morais et al., 2018). Isto tem relação com as baixas condições socioeconômicas, que resultam em morbidades nutricionais, como baixo peso ou sobrepeso.

A partir dos relatos, os participantes parecem não reconhecer os diversos fatores de vulnerabilidade que influenciam o adoecimento dessas populações, conforme apontado pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria n° 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Esta política evidencia as peculiaridades de adoecimento em contextos rurais, explicando as morbidades a partir da escassez de infraestrutura, de saneamento básico, dentre outros. Conforme a PNSIPCF, apenas pouco mais de 30% dos domicílios rurais possuem água encanada (Brasil, 2013).

Em relação aos *aspectos sociais*, as falas dos profissionais associam o adoecimento à falta de escolaridade, à baixa renda e às condições de vida dos usuários. Os participantes também afirmaram que alguns usuários sentem vergonha em se comunicar com os profissionais, o que agrava o quadro clínico.

O baixo nível de escolaridade e renda são apontados pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (Brasil, 2013) como fatores de vulnerabilidade em saúde, além de serem obstáculos para o acesso aos serviços de saúde nestas localidades (Brasil, 2013; Souza, Ney, Souza, & Ney, 2015; Ribeiro, Andrade, Aguiar, Moreira & Frota, 2018). Os baixos níveis de escolaridade, por exemplo, dificultam a compreensão e o acesso às informações, necessários para os cuidados em saúde, o que contribui para processos de adoecimento.

Eu acho que o estudo... O estudo do pessoal aqui, a maioria não terminou nem o segundo grau... é complicado! (Técnica de Enfermagem)

Acho que as condições de vida das pessoas. (Dentista)

A falta de emprego também. (Enfermeiro)

Justamente essa questão da educação em si, como são pessoas que têm o nível socioeconômico mais baixo, então o conhecimento em si e o autocuidado fica mais deficitário. (Médico)

Quanto à vergonha dos usuários em conversar com profissionais da saúde sobre suas demandas, esta pode ser minimizada a partir da aproximação entre os serviços de saúde a comunidade, desenvolvendo estratégias para o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários (Protasio, Gomes, Machado & Valença, 2017). Entretanto, estudo anterior (Pereira, & Pacheco, 2017) apontou que este vínculo com o serviço é fragilizado em razão da quebra de sigilo e a ausência de privacidade em alguns atendimentos. A quebra de sigilo também foi evidenciada por alguns profissionais.

Vamos dizer, tem um diagnóstico que faça com que alguém saiba, porque a pessoa mesmo acaba divulgando porque tem uma doença, alguma doença que a cidade por ser tão pequena deva ter o conhecimento, mas assim, acaba vazando pelos próprios pacientes e isso é que faz com que eles se sintam recuados devido a algum diagnóstico que tenham um conhecimento maior (...) A falta de informação, de procurar o profissional pra conversar” (Enfermeiro).

Tem muitos pacientes que não nos procura devido a um certo preconceito ainda, têm medo de se expor, a comunidade é pequena, então, às vezes o paciente acaba tendo um pouco de receio, aqueles usuários de alguma substância entorpecente ou de álcool também. Então, alguns alcoolistas eles têm preconceito de nos procurar. (Médico).

Sobre os *aspectos programáticos* do adoecimento, os profissionais de saúde destacaram a ausência de infraestrutura e saneamento básico, ausência de água potável, dentre outras demandas. Esses dados são validados pela literatura (Brasil, 2013; Brasil, 2015; Pergorari, Dias, Santos & Tavares; 2015; Tavares, Ribeiro, Ferreira, Martins, & Pergorari, 2015; Confortin et al., 2016), que vem apontando para um quadro de

vulnerabilidades sociais, econômicas e de saúde destas populações. Como agravante, a distância geográfica entre os serviços de saúde e os locais de moradia apresenta-se como obstáculo, além das dificuldades nas estruturas físicas das unidades de saúde (Garnelo, Lima, Rocha, & Herkrath, 2018). Sobre a temática das distancias geográficas, os trabalhadores mencionaram:

Eu acho que até a locomoção deles, porque aqui é uma zona rural, mas a cidade tá distante. Então a locomoção deles de lá pra cá, que por ser uma cidade pequena, mas tem essas dificuldades, não é perto. A unidade de saúde não é próxima dos pacientes então tem essa dificuldade pra eles e tem a dificuldade também de a cidade não ter um hospital né? Então qualquer coisa que a gente precisar a gente tem que encaminhar pra outra cidade que tenha um centro de saúde maior, que tenha um hospital, na verdade. (Odontólogo).

O que interfere mais assim é a distância da Unidade pra algumas localidades que a gente atende. (Técnico de Enfermagem)”.

A precária condição de saneamento básico e abastecimento de água estão associadas ao aparecimento de doenças, como diarreia, parasitoses, dengue e mesmo doenças bucais (Brasil, 2013). Os profissionais trouxeram estes aspectos em seus relatos.

Aqui não tem saneamento e o esgoto é a céu aberto, onde você passar você vê o esgoto. Lixo nas ruas. (...) o pó que cai da usina, o pó preto que nesse período tem caído muito (...) Sistema de esgoto, deveria ter. (ACS)

Acho que a infraestrutura do interior, com certeza, deixa a população bastante vulnerável(...)Infraestrutura em tudo, água... água encanada... um saneamento básico, básico mesmo, o próprio básico de ter um banheiro na sua casa, de ter uma água encanada. (...) aqui eu peguei uma... um pessoal... uma água poluída

que contaminou a metade da população e que o postinho aqui não deu conta.
(Médico)

A questão daqui é a água. Nossa região ali tem muito hipertenso, a gente acha que é devido a água, questão da água salgada de lá, por isso que a gente tem muito hipertenso. (Enfermeiro)

A ausência de água encanada e potável para as pessoas que vivem no meio rural é determinante para a aquisição de doenças relacionadas à veiculação hídrica, como diarreias e parasitoses intestinais. O saneamento básico inadequado e o consumo de água imprópria, geralmente de poços, rios e lagos, colabora para os indicadores de mortalidade (Soares, Moraes, Vianna, Pessôas & Carneiro, 2015; Gama, Fernandes, Parente, & Sercoli, 2018).

Atenção Básica em contextos rurais

Esta categoria foi construída a partir dos relatos dos participantes sobre características do serviço de saúde em cidades rurais, dentre as quais foram evidenciados apontamentos sobre as ações em saúde, o trabalho em equipe e sobre a organização das ações desenvolvidas no serviço. Inicialmente, na subcategoria *Ações em saúde*, os profissionais falaram sobre as atividades desenvolvidas nas unidades de saúde. Verificou-se o baixo direcionamento das ações voltadas à prevenção, o que deveria ser prioridade da atenção primária em saúde. Os resultados demonstram a fragilidade na aplicação de ações de promoção de saúde, que se configura pelas ações individuais e coletivas, que visam atender as demandas de saúde e promover qualidade de vida a população.

A gente tenta sim, aí oferece a eles exames, a enfermeira requisita, sabe? Os exames de diabetes, aí colesterol, triglicérides, entende? Esses exames de rotina, sabe? Aí eles vão. E verifica a pressão e vê a medicação porque tem

remédios que tá com a pressão altíssima e eles não entendem o que pode causar.

(ACS)

A gente trabalha com a questão aqui de marcação, tem os agentes de saúde que é a ponte entre a unidade e a população, a gente oferece exames que não feitos aqui na unidade, mas é feito em Matinhas, na outra unidade. Lá tem os laboratórios, aí a gente faz tudo assim. Tem essa interligação entre uma unidade e outra. Quando precisa a gente liga, a gente faz a marcação, manda o paciente pra lá ou vem o carro pegar o paciente aqui, dependendo se lá não resolver encaminha pro serviço em Campina Grande, aí sempre tem essa ponte entre as equipes. (Técnica de enfermagem).

Os exames básicos, hemograma, glicemia em jejum, colesterol, são exames que vão fazer a triagem desse grupo específico de pessoas. (Médico)

É muita burocracia, PSF é muita burocracia, é muita papelada, eu acho que a gente se restringe muito a essas coisas e a parte educativa não fica tão focada. Então eu acho que a gente consegue muito prevenir com a parte educativa, com a educação e isso tem pouco. A prioridade seria mais prevenir, do que remediar os casos que a gente tem”. (Enfermeiro)

As falas se concentram em tratar sobre a disponibilidade de exames, marginalizando ações preventivas e de promoção da saúde, tais como grupos, salas de espera, práticas integrativas, palestras, dentre outras ações, conforme preconiza a PNAB. A carência dessas atividades é justificada pela pouca importância dada as ações educativas e aos profissionais que se dispõem a organizá-las. Ademais, muitos profissionais se sentem desestimulados em razão da baixa adesão dos usuários, da desestrutura física do serviço e da ausência de materiais para desempenhá-las (Medrado, Casanova & Oliveira, 2015).

Para desenvolver ações de promoção, faz-se necessário que os profissionais reconheçam os fatores sociais, econômicos e políticos que interferem na saúde (Malta, et al, 2016). Além disso, os discursos caracterizam um modelo de eSF voltado para uma perspectiva curativista, em detrimento de preventivo, reafirmando um modelo hospitalar, e não de atenção básica. Em cidades rurais, a atenção básica se aproxima a uma estrutura de pronto atendimento, devido à alta demanda da população e a baixa frequência dos profissionais nas unidades, que tentam a resolução dos problemas das comunidades da maneira mais rápida possível (Pitilin, & Lentsck, (2015).

No tocante ao *trabalho em equipe*, os relatos dos participantes foram quase que unânimes em caracterizá-lo apenas pela realização de reuniões. As reuniões são instrumentos de avaliação, organização e planejamento do processo de trabalho (Medrado, Casanova, & Oliveira, 2015). No entanto, o trabalho em equipe na atenção básica vai além, sendo necessária a articulação entre as redes, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), a discussão sobre Referências e Contra referencias, as atividades educativas nas escolas, dentre outras estratégias, que não são mencionados pelos profissionais como parte de seu trabalho.

O trabalho em reuniões, a gente se reúne e define como tem que ser feito o trabalho. (ACS).

Todo primeiro dia do mês a gente se reúne com as agentes de saúde, aí elas trazem todas as notificações, quantos diabéticos entraram, quantos. (Enfermeiro)

Sempre existe uma reunião mensal com todos os profissionais da saúde do município, e aqui às quinzenais: em 15 e 15 dias a gente faz uma reunião com os agentes de saúde, justamente pra tentar identificar essas populações que têm mais riscos de alguma doença. (Médico)

Em relação à *organização das ações em saúde*, falaram sobre como se dá a organização do serviço para atender as demandas. Destacou-se os relatos sobre a

construção de um cronograma, em que estariam definidas as atividades a serem realizadas, normalmente dividindo o atendimento pelo tipo de população e atividade direcionada as mesmas, tais como: Crianças/Puericultura, Hipertensos e Diabéticos/Hiperdia; Mulheres/Citopatológico; Gestantes/Pré-natal. Além das divisões entre atendimentos de demandas espontâneas e agendadas. As falas dos profissionais corroboram o que está preconizado na PNAB. Resultados nesta direção foram observados no estudo de Bardaquim, Robazzi e Dias (2017), que apontou a necessidade das demandas livres e de agendamento, além da organização dos atendimentos conforme público alvo.

Tem um cronograma, segue um cronograma, né. O atendimento do médico é assim...., é livre. Tem os dias que a gente faz visita domiciliar, que são os domiciliados e os acamados. (ACS)

A organização é que tem o dia do “hiperdia” que vem o hipertenso e o diabético, tem o dia do pré-natal (...) Separado, cada dia da semana tem aquele atendimento específico para enfermeira, agora quando é o médico aí é demanda para todo tipo de pessoas. (ACS)

Tem, a gente segue o cronograma, amanhã, por exemplo, tem o citológico pela manhã, à tarde tenho teste de HIV, essas coisas, tem puericultura domiciliar, todas essas coisas (...) aqui eu já tenho o agendamento das minhas gestantes, eu já tenho quem eu vou atender em setembro, eu já tenho agendamento pra outubro. Tá entendendo? (Enfermeiro)

A equipe se organiza assim de algum modo, tem dia pra hipertenso. (Médico)

Avaliação geral do serviço de saúde

Nesta categoria os profissionais de saúde fizeram uma avaliação geral sobre os serviços de saúde em cidades rurais. As unidades de conteúdo, em sua maioria,

versaram sobre avaliações positivas, mas também foram apontados aspectos a serem melhorados.

Na subcategoria *avaliação positiva*, verificou-se que as avaliações dos profissionais sobre os serviços são feitas em comparação com outros municípios de mesmo porte. Outro aspecto que colaborou para avaliações positivas, foi a composição das equipes e a existência de uma rede de serviços.

Eu ainda acho que a saúde na minha cidade não é das piores. (Técnica de enfermagem)

Eu considero boa! Se for considerar a outros municípios que existe no mesmo porte do nosso, eu acho que nossa saúde está bem preparada, né? Nós temos CAPS, NASF, SAMU, quatro unidades de PSF, com todas as equipes multiprofissionais, eu creio que opero bom. (Enfermeiro)

É boa! A gente vê que a equipe é bem ampla, são vários profissionais, né, médico, dentista, enfermeiro, psicólogo e nutricionista. (Médico)

Resultados nesta direção foram encontrados em outros estudos (Araújo, Mendonça & Souza, 2015; Silva, Baitelo, Fracoli, 2015). Em geral, os profissionais tendem a avaliar mais positivamente os serviços de saúde quando comparado com a avaliação dos usuários. Ao realizar uma avaliação positiva dos serviços, os profissionais qualificam colocam como referência suas próprias competências, enquanto os usuários focalizam o processo de trabalho e o atendimento adequado da sua demanda (Bordin, Fadel, Moimaz, Garbin, & Saliba, 2017).

Na subcategoria *Avaliação negativa*, ao assinalarem fragilidades dos serviços, os participantes reconheciam qualidades, mas apontaram para a necessidade de melhorias. Dentre as principais queixas apresentadas, está a deficiência ou ausência dos serviços secundários de saúde e, conseqüentemente, da articulação entre as redes. Outros, porém, falaram sobre a disponibilidade de medicamentos e consultas.

Assim, não vou dizer excelente porque excelente... tem muita coisa pra melhorar. (Enfermeiro)

Deixa muito a desejar, pode-se melhorar muito. (Médico)

A saúde do município ela tem um grande problema ao que diz respeito ao serviço secundário de atendimento, então de média complexidade. Infelizmente, a gente não tem aqui no município, atualmente, um hospital ou algum meio ou mecanismo de suporte ao posto, à unidade básica. Então, a unidade acaba por absorver todos os pacientes aqui do município, sejam eles da atenção básica, sejam eles pacientes com intercorrências (Médico)

Existe, claro as brechas, né, que é essa questão de números de exames se poderia tentar ampliar, porque o número de consultas que vem do consórcio não é suficiente. (Enfermeiro)

A única coisa que faltava, mas por ser uma cidade pequena, era ter um hospital, porque eu acho que a cidade merece e a cidade precisa né? (Odontólogo)

Antigamente, a gente tinha a medicação de hipertenso, diabético. Mas hoje a gente não tem. Tinha todas as medicações. Hoje, a gente sente essa dificuldade porque não tem a medicação e eles não vêm. (ACS)

Apesar de ser um município pequeno e que a gente depende muito do serviço terceirizado, né. Porque aqui só tem atenção básica, não tem rede hospitalar, não tem UPA, então de certa forma tem coisas que a gente tenta resolver por aqui, mas existe uma certa dificuldade na questão do encaminhamento do paciente, pra eles receberem lá, entendeu? (ACS)

A ausência de medicamentos na atenção básica, em cidades rurais, corrobora resultados evidenciados em estudos anteriores (Álvares, et al., 2017; Tavares, et al, 2016; Oliveira, et al, 2015), os quais atribuíram essa fragilidade às precárias estruturas dos serviços das cidades de pequeno porte, especialmente no Nordeste brasileiro. Sobre

a articulação entre as redes, o estudo de Vieira e Gazzineli (2017) ratifica a dificuldade de retorno do cuidado nas cidades rurais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise das demandas de saúde na atenção básica, em contextos rurais, segundo a percepção dos profissionais, foi possível identificar aspectos como: perfil do usuário, explicações para o adoecimento, aspectos da atenção básica em contextos rurais, e avaliação geral do serviço. Este estudo possibilitou inferir que o reconhecimento das demandas de saúde dos usuários por profissionais que atuam na atenção básica em cidades rurais, é mediana, apesar de algumas variáveis terem sido satisfatórias, ainda persistem algumas fragilidades.

Destaca-se que, em aspectos gerais, os trabalhadores reconhecem a universalidade de acesso, definindo a população em geral, como os frequentadores do serviço. Os profissionais também definiram os usuários a partir de suas necessidades de saúde, em que foi ressaltado o público de hipertensos e diabéticos, enquanto no aspecto social e econômico, é ratificado por eles a baixa renda desta população.

No tocante a análise da origem do adoecimento, foram apontados nos aspectos individuais, à má alimentação destas comunidades como contribuinte para suas condições de saúde, enquanto nos aspectos sociais e programáticos, o adoecimento foi explicado pela ausência de conhecimento que caracteriza negligência para autocuidados, e as desfavoráveis condições de saneamento básico, infraestrutura, e abastecimento de água como responsáveis pelo adoecer.

Na categoria AB em contextos rurais, os trabalhadores apontaram as ações desenvolvidas, que se restringiam as demandas de realização de exames e consultas, neste item foram apontadas fragilidades no funcionamento dos serviços. Quanto à organização, os profissionais se utilizam de cronogramas, que se distribuem em

atividades direcionadas a um público alvo, conforme preconizam os documentos da AB. Já no trabalho em equipe, a deficiência foi apontada pela unanimidade da realização de reuniões. Na categoria avaliação do serviço, em sua maioria, os profissionais pontuaram uma avaliação positiva, entretanto, grande parte reconhece a necessidade de melhorias.

Destarte, entende-se que a identificação das demandas de saúde das populações rurais, é importante para ressignificar estratégias de cuidados, bem como destacar as instituições governamentais sobre o quadro de vulnerabilidades destas comunidades, para assim, propor políticas públicas específicas as necessidades emergenciais destas pessoas, e assim melhorar suas condições de vida e saúde.

REFERÊNCIAS

- Álvares, J., Guerra Junior, A. A., Araújo, V.E., Almeida, A. M., Dias, C.Z., Oliveira, B.A., Costa, E. A., Guibu, I. A., Soeiro, O. M., Leite, S. N., Karnikowiski, M. G. O., Costa, K. S., Acurcio, F. A., (2017) Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*.51 Supl 2:20s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007139>
- Arruda, N. M., Maia, A. G., & Alves, L. C. (2018). Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública* 34 (6) 2. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>
- Ayres, J. R de C. M., Paiva, V., França I., Gravato, N., Lacerda, R., Della Negra, M., Marques, H. H., Galano, E., Lecussan, P., Segurado, A. C., & Silva, M. H. (2006). Vulnerabilidade, Direitos Humanos e Necessidades Integrais de Atenção à Saúde de Jovens Vivendo com HIV / AIDS. *J Saúde Pública* ; 96(6):1001-1006
- Ayres, J. R. C. M., Paiva, V., & França Jr., C. M. (2012). Conceitos e Práticas de Prevenção: da História Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabilidade e Deireiros Humanos. In. V. Paiva, J. R. C. M. Ayres, & C. M. Buchalla (Coor.),

Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção de Saúde (p. 71-94).

Curitiba: Juruá.

Bardaquim, V. A., & Dias, E. G. O (2017). O processo de trabalho do (a) enfermeiro (a) na constituição da equipe de uma estratégia de saúde da família: um relato experiência. *Saúde em Redes*. 2017; 3 (2)

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.

Bordin, D., Fadel, C. B., Moimaz, S. A. S., Garbin, C. A. S., & Saliba, N. A. (2017). Estudo comparativo da satisfação de usuários e profissionais da saúde com o serviço público odontológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (1):151-160. DOI: 10.1590/1413-81232017221.13522015

Brasil, Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: *Ministério da Saúde*.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011) 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 República Federativa do Brasil. Brasília, DF,

- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde.
- Brigola, A. G., Luchesi, B. M., Rossetti, E., Mioshi, E., Inouye, K., & Pavarini, S. C. I. (2017) Perfil de saúde de idosos saudáveis e sua relação com as variáveis do cuidado: um estudo não contexto rural. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20 (3). págs. 409-420. ISSN 1981-2256
- Brito, A. K. O. L., Silva, E. M., Feitosa, N. L. S., Almeida. A. F. V., & Pessoa, R. M. C. (2016). Motivos da ausência do homem às consultas na atenção básica: uma revisão integrativa. *Portuguese Reon Facema*. Abr-Jun; 2(2):191-195. ISSN: 9912152-55
- Confortin, S. C., Antes, D., Pessini, J., Schneider, I. J. C., D’Orsi, E., & Barbosa, A. R. (2016). Comparação do perfil socioeconômico e condições de saúde de idosos residentes em áreas predominantemente rural e urbana da Grande Florianópolis, Sul do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(3), 330-338. <https://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600030034>
- Costa, M. C., Silva, E. B., Soares, J. S. F., Borth, L. C., & Honnef. F. (2017). Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. *Rev Gaúcha Enferm.*;38(2):e59553.
- Engela M. H. T., Rodarte A.C., Rotondaro Júnior A., Seixas, C. T., Viegas, S.M. F., & Lanza, F.M. (2018). Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. *Rev Fund Care Online*. jan./mar.; 10(1):75-84. DOI: [http:// dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.75-84](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.75-84)

- Fernandes, M. P., Bielemann, R. M., & Fassa, A.G. (2018). Fatores associados à qualidade da dieta de moradores da zona rural do Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2018; 52 Supl 1:6s
- Freitas, P.S., Matta, S.R., Mendes, L.V. P., Luiza, V. L., & Campos, M. R. (2018). Uso de serviços de saúde e de medicamentos por portadores de Hipertensão e Diabetes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde colet*. 23 (7) Jul. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.21602016>
- Gama, A. S. M, Fernandes, T. G., Parente, R. C. P., & Secoli, S. R. (2018). Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 34 (2) 19 Fev. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002817>
- Garnelo, L., Lima, J. G., Rocha, E. S. C., & Herkrath, F. J. (2018). Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 81-99. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s106>
- Gonçalves, H., Tomasi, E., Tovo Rodrigues. L., Bielemann, R. M., Machado, A. K. F., & Ruivo, A. C.O. (2018). Estudo de base populacional na zona rural: metodologia e desafios. *Rev Saude Publica*. 52 Supl 1:3s
- Guibu, I. A., Moraes, J. C., Guerra Junior, A.A., Costa, E.A., Acurcio, F.A., Costa, K. S., Karnikowski, M.G.O., Soeiro, O.M., Leite, S. N., & Álvares, J. (2017). Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*.51 Supl 2:17s
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2010) *Cidades-Censo 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>> Acesso em: maio 2018.
- Leite, J. F., Dimenstein, M., Dantas, C. B., Silva, E. L., Sales Macedo, J. P., & de Sousa, A. P. (2017). Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais:

- um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 35(2), 301-316.
- Malta, D. C., Morais Neto, O. L. Silva, M. M. A., Dais, R., Castro, A. M., Reis, A. A. C., & Akerman, M. (2016). Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1683-1694. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>
- Mariosa, D. F., Ferraz, R. R. N., & Silva, E. N. S. (2018). Influência das condições socioambientais na prevalência de hipertensão arterial sistêmica em duas comunidades ribeirinhas da Amazônia, Brasil. *Ciênc. saúde colet.* 23 (5) Maio. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.20362016>
- Medrado, J. R. S., Casanova, A. O., & Oliveira, C. C. M.. (2015). Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 39(107),1033-1043. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-110420161070360>
- Mendes, A. (2018). A Atenção Básica no SUS e as pedras no seu caminho. *J. Manag Prim Health Care*,9:e2
- Mendonça, F. de F., & Nunes, E. de F. P. de A. (2015). Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(2), 397-409. Epub April 10, 2015. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00053>
- Menezes, E. L. C., Scherer, M. D. A., Verdi, M. I., & Pires. D. P. (2017). Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. *Saude soc.* 26 (4) Oct-Dec. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170497>
- Morais, D. C., Sperandio, N., Dutra, L. V., Carmo, S., Franceschini, C., Santos, R. H, S., & Priore, S. (2018). Indicadores socioeconômicos, nutricionais e de percepção de insegurança alimentar e nutricional em famílias rurais. *Segur. Aliment. Nutr.*,

Campinas, v. 25, n. 2, p. 11, maio/ago. DOI: <http://dx.doi.org/10.20396/san.v25i2.8650443>

- Moreira, J. P. L., Oliveira, B. L. C., A. Muzi. C. D., Cunha, C. L. F., Brito, A. S., & Luiz. R. R. (2015). A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 31 (8) Ago. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105114>
- Oliveira, E. M., Felipe, E. A., Santana, H. S., Rocha, I. H., Magnabosco, P., & Castro Figueiredo, M. A. (2015). Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. *Saúde. Soc. São Paulo. V* 24. N 3. P. 901-913
- Pereira, L., & Pacheco, L. (2017). O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, *Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 1 (21), 1181-1192.
- Pergorari, M. S., Dias, F. A., Santos, N. M. F., & Tavares, D. M. F. (2015). Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. *Rev. Educ. Fís/UEM*, v. 26, n. 2, p. 233-241, 2. Trim, DOI: 10.4025/reveducfis.v26i2.25265
- Pitilin, É. de B., & Lentsck, M. H. (2015) Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural . *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 726-732, oct. ISSN 1980-220X.
- Protasio, A. P. L., Gomes, L. B., Machado, L. S., & Valença, A. M. G. (2017). Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6), 1829-1844. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.26472015>
- Ribeiro, K. G., de Andrade, L. O. M., de Aguiar, J. B., Moreira, A. E. M. M., & Frota, A. C. (2018). Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade

- social: avanços e desafios para as políticas públicas. *Interface-Comunicacão, Saúde, Educacão*, 22, 1387.
- Rohde, J., Areosa, S. V. C. (2018). Pensando sobre a população idosa rural de santa cruz do sul. *Revista Jovens Pesquisadores*, Santa Cruz do Sul, v.8, n.1, p. 75-83, jan./jun.
- Ruiz, E. N. F., Dos Santos V. F., & Gerhardt, T. E. (2016). Mediações na atenção à saúde sob a ótica da Teoria da Dívida: a saúde da população rural em destaque. *Temas Livres Physis* 26 (03) Jul-Sep . <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300007>
- Silva, F.C.M., Deus, G.G., Blumm, I.M.L., Souto, K.M.B., Silva, M.G.S., Lied, T.B., Pereira, V.O.M., & Côrrea, V.S., (2015). A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas e o Ambiente. Em: *Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde.
- Silva, J. M. T. S., Haddad, M. do C. F. L., Rossaneis, M. A., Vannuchi, M. T. O., & Marcon, S. S. (2017). Fatores associados à ulceração nos pés de pessoas com diabetes mellitus residentes em área rural. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3), e68767. Epub April 05. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.68767>
- Soares, R. A. S., Moraes, R. M., Vianna, R. P. T., Pessoa, V. M., & Carneiro, F. F. (2013). Determinantes Socioambientais e Saúde: o Brasil Rural versus o Brasil Urbano. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, 9(2), 221-235, jun.
- Souza, H. M., Ney, M. G., Souza, P. M., & Ney, V.S. P. (2015). Escolaridade, carteira de trabalho e renda dos empregados no meio rural brasileiro *Campo - território: revista de geografia agrária*, 10(20).
- Tavares, D. M. S., Ribeiro, A. G., Ferreira, P. C. S., Martins, N. P. F., & Pegorari, M. S. (2015). Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação

socioeconômica, morbidades e qualidade de vida. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, mar/abr; 23(2):156-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.5961>

Ursine, B. L, Pereira, E. L., & Carneiro, F. F. (2018) Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? *Interface, Comunicação saúde educação*. 22 (64), 109-20.

Venâncio, S. I., Rosa, T. E. C., & Bersusa, A. A. S. (2016). Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis* 26 (1) Jan-Mar. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100008>

Vieira, E. W., & Gazzinelli, A. (2017). Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. *Saude soc.* 26 (2) <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170100>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve por objetivo geral analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica de cidades rurais do Estado da Paraíba sobre os serviços de saúde e as demandas de saúde da população. Para tanto, foram realizados dois estudos que, embora independentes, apresentaram dados que colaboraram para atender ao objetivo geral.

No primeiro estudo, foi realizada a análise das percepções de profissionais da Atenção Básica de contextos rurais sobre os serviços de saúde. Os trabalhadores avaliaram dimensões como resolutividade, organização, acolhimento e prevenção. Em geral, os profissionais avaliaram de forma positiva aspectos relativos ao vínculo e atendimento, resolutividade e alguns ações de prevenção, sobretudo em relação à disponibilidade de preservativo no serviço e a realização do teste para HIV/Aids.

Por sua vez, as dimensões organização do serviço, referência e contra referência foram avaliadas pelos participantes de forma moderada. Dentre os aspectos que apresentaram médias moderadas, destacam-se as lacunas quanto à disponibilidade de medicamentos e exames. Foi evidenciado avaliações moderadas sobre a resolutividade, no sentido de que as demandas de saúde nem sempre são resolvidas na atenção básica. E quando é realizado o encaminhamento para outros serviços, os profissionais avaliaram negativamente o retorno destes profissionais/serviços sobre as demandas encaminhadas pela atenção básica.

Fatores como disponibilidade de exames, consultas, e medicamentos tem relação com a estrutura do serviço. Ademais dependem, diretamente, de investimentos da gestão local, ou até mesmo federal; além da necessidade de maior articulação com as demais instituições da rede. Estes resultados demonstraram a necessidade de maiores investimentos nos serviços de saúde dos contextos rurais, tanto do ponto de vista de oferta de serviços quanto nos investimentos de recursos financeiros.

Já aspectos como acolhimento, atendimento e prevenção tratam do processo de trabalho, os quais apresentaram avaliações tanto moderadas quanto boas. Assim, foi possível verificar que o cotidiano da atuação profissional em cidades rurais é caracterizado por condições estruturais limitadas, mas a relação entre os profissionais e usuários, colabora para uma avaliação positiva sobre o atendimento e os serviços.

A análise dos resultados deste estudo trouxe reflexões sobre os principais eixos norteadores do SUS, como equidade, universalidade, integralidade e descentralização dos serviços de saúde. Tais princípios devem ser aplicados as instituições públicas de saúde, sem distinção entre os contextos urbanos e rurais. Entretanto, a pesquisa em questão ratificou o quadro de vulnerabilidades dos contextos rurais, ilustrando como essa população é mais fragilizada pelos diversos tipos de adoecimento, e conseqüentemente, com maior necessidade de uso dos serviços de saúde, especialmente para demandas curativas.

O segundo estudo teve por objetivo analisar as percepções de profissionais da Atenção Básica de contextos rurais sobre as demandas de saúde da população. As categorias temáticas, emergidas a partir da análise de conteúdo, versaram sobre os seguintes aspectos: perfil dos usuários, explicações para o processo de adoecimento em cidades rurais, ações em saúde realizadas na atenção básica e sobre a organização do serviço.

Quanto ao perfil, os usuários são percebidos pelos profissionais a partir de aspectos generalistas, no sentido de que o serviço de saúde atende toda a comunidade em geral, sem distinção. Este dado aponta para um importante princípio do SUS, o da universalidade. Sabe-se a universalidade de acesso aos serviços é um dos pilares do SUS e um direito garantido pela Constituição brasileira. Portanto, o reconhecimento deste marco pelos profissionais atuantes no serviço público é fundamental para a garantia e legitimação do direito à saúde.

Os profissionais também ratificam os eixos focos trazidos pela PNAB, ao reconhecerem os usuários a partir das demandas de saúde, como Crianças/Puericultura, Hipertensos e Diabéticos/Hiperdia, Mulheres/Citopatológico e Gestantes/Pré-natal. Dentre as demandas citadas, verificou-se a ênfase em populações chave da atenção básica. Além disso, alguns profissionais caracterizaram os usuários dos serviços em função da classe social baixa e, conseqüentemente, suas maiores fragilidades quanto às necessidades de uso da saúde pública.

Eles ainda discutiram a origem do adoecimento destas pessoas, em diversos aspectos, dentre eles, individuais, sociais e programáticos. Além de relatarem como se dá a organização das ações de promoção de saúde, e atividades em equipe, avaliaram o serviço de forma positiva ou negativa, conforme suas percepções.

Quanto às explicações para o processo de adoecimento em cidades rurais, os participantes falaram sobre aspectos individualizados, como a má alimentação destes usuários. Mas também foram apontadas explicações de cunho social, tais como: insegurança alimentar, condições de vida e trabalho, renda, escolaridade. Outros aspectos demonstraram a percepção dos profissionais sobre as vulnerabilidades programáticas que colaboram para processos de iniquidades em saúde. As falas dos profissionais destacaram as populações que são assoladas pela ausência de saneamento básico e pela dificuldade de abastecimento de água, ocasionando doenças vinculadas aos recursos hídricos, como diarreia, verminoses, dentre outras.

Sobre a organização das ações em saúde, os resultados demonstraram que os serviços de saúde se organizam conforme preconiza os documentos da atenção básica, através de um cronograma de atendimentos, assistindo os perfis recomendados pela ESF, como crianças, hipertensos e diabéticos, idosos, gestantes, dentre outros públicos. O trabalho em equipe ainda é restrito às reuniões mensais ou quinzenais, necessitando de ampliação, tendo em vista que o planejamento de ações é um dos pontos chaves para

a oferta de um serviço de qualidade. Os trabalhadores também confirmam as dificuldades que ainda persistem para organização de atividades de promoção e prevenção de saúde.

Considerando os dois estudos apresentados, verifica-se que, se no primeiro estudo os profissionais tendem a avaliar de forma positiva os serviços de saúde; no segundo estudo, são evidenciadas diversas limitações a serem superadas. O estudo dois também demonstra que, ao avaliarem positivamente os serviços de saúde da cidade, os profissionais levam em consideração a comparação com outros municípios de mesmo porte.

Os resultados evidenciados não têm por objetivo generalizar os achados para todas as cidades rurais da Paraíba, mas, dado o caráter heterogêneo das cidades nas quais foi realizada a coleta de dados, aponta para característica, potencialidades e limitações da atenção básica nos municípios pesquisados.

Em estudo futuro, sugere-se pesquisas que levem em conta a comparação entre municípios de contextos rurais e urbanos. Outro estudo possível seria a análise da percepção de profissionais da atenção básica de municípios de diferentes portes (pequeno, médio e grande), além da inclusão da perspectiva dos usuários, o que não foi objetivo da pesquisa realizada.

REFERÊNCIAS

- Arruda, N. M., Maia, A. G., & Alves, L. C. (2017). Desigualdade Socioeconômicas no Acesso à Saúde entre as Áreas Urbanas e Rurais do Brasil: uma Análise dos Anos de 1998, 2003 e 2008. In *Anais VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población e XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. São Paulo. p. 2093-2111.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2002) *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.
- Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011). *Atenção Promoção da Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: Conass.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2007) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (4. Ed). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde. 48 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2016) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – Amaq / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde.

- Bezerra, M. L., Bacelar, T., Miranda, C. O. D. S., & Silva, H. O. D. S. (2013). Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras. *Brasília: IICA, Série Desenvolvimento Rural Sustentável*.
- Cecilio, L. C. de O., & Reis, A. A. C. dos. (2018). Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(8), e00056917. Epub. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00056917>
- Cruz, J. D. S., De Almeida, P. F., Figueredo, A. H. F. H., & Dos, A. M. D. S. M. (2017). Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil. *Revista de Salud Pública*, 19(5), 641-648.
- Dubow C. Borba T. T. Santos C. R. Garcia, E. L. Krug, S.B.F. (2017) Participação social na implementação das políticas públicas de saúde: uma revisão crítico reflexiva. *Saúde Transform Soc. Health & Social Change*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.
- Scorel, S., & Teixeira, L.A. (2012) História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. Em: Giovanella, L. Et al. (org.), *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2 ed. P. 333- 384.
- Freire, M. V. S., Ferreira, F. D. G., & Lima, M. M. F. (2016). A dicotomia rural x urbano: aplicação dos critérios da OCDE para a região metropolitana do Cariri-CE. *Revista Rural e Urbano*. Recife, 1(1), 41-49.
- Gomes, R. N. S. (2016). Políticas de saúde pública no brasil: contexto histórico. *Revista Augustus*, 21(42), 127-136. DOI: 10.15202/19811896.2016v21n42p127.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2011) *Censos Demográficos*. Disponível em:

<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> Acesso em: maio 2018.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. *Cidades-Censo 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>> Acesso em: maio 2018.

Jacinto, J. M., Mendes, C. M., & Perekouski, N. A., (2012). O rural e o urbano: contribuições para a compreensão da relação do espaço rural e do espaço urbano. *Revista Percurso*, 4(2), 173-191.

Marques, M. I. M. (2002). O conceito de espaço rural em questão. *Terra Livre*, 19 (1), 95-112.

Medeiros L.S, Quintans, M. T. D., & Zimmermann, S.A. (2014). Rural e urbano no Brasil: marcos legais e estratégias políticas. *Revista Semestral do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar*, 4(1), 117.

Moreira, K. S., Lima, C. A., Vieira, M. A., & Costa, S. M. (2017). Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. *Cogitare Enfermagem*, 22(2), e51283.

Nascimento, V. Rotolo, L. Knierim, G. Andrade, D. Santos, M., & Acirole, D. (2015). A Formação de Psicólogas (os) para a Atuação nos Contextos Rurais: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde do Campo. *Revista Gestão e Políticas Públicas. RG&PP* vol. 5(1): 44-68.

Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. p.15-35.

Pitilin, É. de B., & Lentsck, M. H. (2015) Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural . *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 726-732, oct. ISSN 1980-220X.

- Ribeiro, R. P., Marziale, M. H., Palucci, M., J. T., Galdino, M. J. Q., & Ribeiro, P. H. V. (2018). Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e65127. Epub July. [.https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.65127](https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.65127)
- Rosa, A. C., Guarienti, G.R.,Marquetto, M.F., Garcia, J.P.R., Facco, A. R. L., Trevisan, L.V., Carboni, U.A., Medeiros, A., & Rodrigues, P. (2017) Avaliação dos serviços de saúde: uma pesquisa com usuários de unidades básicas vinculadas ao programa Pró-Pet Saúde. *Revista Sociais & Humanas* - Vol. 30 / Nº 3.
- Rua, J. (2005). A resignificação do rural e as relações cidade-campo: uma contribuição geográfica. *Revista da ANPEGE*, 1(2), 45-66.
- Scherer, M. D. A, Biff, D, Pires, D. E. P., & Fertoni, R. P. (2015) Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*. 20 (6).
- Shimizu, H. E. Trindade, J. S. Mesquita, M. S. de., & Ramos, M. C. (2018). Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03316. Epub April 12. <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017020203316>
- Silva, T. R., & Motta. R. F. (2015) A percepção dos usuários sobre a política de saúde na atenção básica. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 23 (2) 17-25.
- Soares, R. A. S. Moraes, R. M. Vianna, R. P. T. Pessoa, V. M., & Carneiro, F. F. (2015) Determinantes socioambientais e saúde: o Brasil rural versus o Brasil urbano. *Tempus, actos de saúde coletiva*, Brasilia 9(2) 221-23
- Ursine, B. L, Pereira, E. L., & Carneiro, F. F. (2018) Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? *Interface, Comunicação saúde educação*. 22 (64), 109-20.

Vieira, A. D. S. T., Miranda, M. S. L., Emmi, D. T., Pinheiro, H. H. C., Barroso, R. F. F., & de Aragão Araújo, M. V. (2017). Percepção dos usuários de serviços de saúde da atenção básica no estado do Pará. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 18(3), 58-64.

APÊNDICE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde
Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde
Campina Grande, PB – Brasil

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor / Prezada Senhora

Esta pesquisa é sobre a saúde em cidades rurais e está sendo desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisas Vulnerabilidades e Promoção da Saúde, coordenado pela Prof^a. Dra. Josevânia da Silva, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba.

Os objetivos do estudo são analisar o acesso aos serviços de saúde e suas implicações para a saúde de moradores de cidades rurais, e tem por finalidade contribuir para a melhoria das condições de saúde desta população.

Solicitamos a sua colaboração para responder a um questionário e conceder uma entrevista, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Em todas as situações, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor ou senhora não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo(a) Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. O/A pesquisador(a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Atenciosamente,

Josevânia da Silva
 Pesquisadora Responsável

Contato com a Pesquisadora Responsável: (83) 98873-XXXX

.....

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa, para a gravação das entrevistas e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

 Assinatura do Participante da Pesquisa

Cidade:	Pesquisador:	Data: / /
---------	--------------	-----------

PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL

Idade: _____ **Sexo** () Masculino () Feminino

Escolaridade: _____

Cidade em que reside: _____

Atividade/Profissão: _____ **Tempo de Formação:** _____

Cargo Ocupado neste serviço: _____

Tempo que trabalha neste serviço: _____ **Tempo na Atenção Básica:** _____

Carga Horária Semanal: _____ **Carga horária diária:** _____

Turno: () manhã () tarde () noite () sem turno fixo

Quais os dias da semana trabalha neste serviço de saúde:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo

Trabalha em outro local? () não () sim, nesta cidade () sim, em outra cidade

Se sim, qual tipo? _____

Estado civil: () Casado/Mora junto () Solteiro () Separado/Divorciado () Viúvo

Religião: _____

Levando em conta o SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE ONDE VOCÊ

TRABALHA, assinale:

	Nunca	Pouco	Às vezes	Muito	Sempre
ORGANIZAÇÃO					
Tem todos os medicamentos necessários para os usuários?					
Tem todos os equipamentos/materiais/insumos necessários ao atendimento dos usuários?					
Os exames solicitados aos usuários são disponibilizados?					
Tem os profissionais de saúde adequados ao atendimento dos usuários?					
VÍNCULO E ATENDIMENTO					
Você acha que os usuários são bem recebidos pelos profissionais de saúde deste serviço?					
Você sente que entende o que o usuário quer dizer?					
Você sente que o usuário entende as explicações que você dá?					
	Nunca	Pouco	Às vezes	Muito	Sempre
Você explica sobre os medicamentos/orientações que passa?					
Você pede informações sobre as condições de vida e da família do usuário durante a oferta do cuidado?					
Você sente que o tempo é suficiente para o usuário explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?					
Quando o usuário retorna ao serviço de saúde com os exames feitos, ele é examinado pelo mesmo profissional que solicitou?					
Você acha que os usuários se sentem rejeitados pelos profissionais deste serviço de saúde?					

Você acha que os usuários sentem vergonha em falar sobre seus problemas com os profissionais de saúde deste serviço?					
RESOLUTIVIDADE					
Os usuários costumam fazer os exames solicitados?					
Os usuários costumam retornar ao serviço quando o profissional que o atendeu solicita esse retorno?					
Os problemas do usuário são resolvidos nesse serviço de saúde?					
REFERÊNCIA/CONTRA REFERÊNCIA					
Há uma articulação entre este serviço e os demais serviços da rede (ex: média e alta complexidade)?					
Com que frequência este serviço encaminha usuários para outros serviços da rede de saúde?					
Quando encaminha/referência algum usuário para outro serviço da rede, costuma receber um retorno deste serviço?					
PREVENÇÃO					
Você já convidou usuários a participar de grupos sobre saúde neste serviço de saúde?					
Existem propagandas/campanhas/trabalhos educativos no serviço de saúde?					
É ofertado o teste de HIV/AIDS neste serviço?					
É feita distribuição de camisinhas neste serviço de saúde?					

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

De um modo geral, quem é o usuário deste serviço? (Perfil geral)

Em se tratando de **idades pequenas**, quais **aspectos** você considera que **repercutem** na condição de saúde das pessoas? Quais aspectos podem tornar a saúde das pessoas desse contexto **mais vulnerável**?

Na sua opinião, quais são as **prioridades de saúde da população** local (cidade pequena)?

Como o serviço está **organizado** para atender essas demandas da população rural e como se dá o **trabalho da equipe** na oferta do cuidado?

Por fim, como você **avaliaria**, de um modo geral, a **saúde deste município**?

Caso queira acrescentar algo, fique à vontade.