

**REVISÃO - REVISION - REVISIÓN****Revisão integrativa sobre a Atenção Básica à Saúde em áreas rurais: estratégias e desafios**

Integrative review on Primary Health Care in rural areas: strategies and challenges

Revisión integradora sobre Atención Básica de Salud en el ámbito rural: estrategias y desafíos

Hernandes Machado de Jesus , Gleice de Oliveira Cordeiro , Midia de Souza Pereira , Thereza Christina Bahia Coelho 

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

RESUMO

Objetivo: Analisar, a partir da literatura nacional, as estratégias adotadas pelas equipes da Atenção Básica à Saúde (ABS) para atender as demandas das populações rurais brasileiras. Método: Revisão Integrativa. Realizou-se uma busca nas bibliotecas BVS e Scielo a partir dos descritores: “Atenção primária à saúde”, “Atenção Básica à Saúde”, “Zona rural” e “Área rural”. De um universo de 6.570 trabalhos, foram selecionados 17 e acrescentados, posteriormente, 5 publicações, restando 22 estudos, focados na atuação multiprofissional da ABS em áreas rurais brasileiras, publicados entre 2012 e 2024. Resultados: Identificou-se que as demandas de saúde da população rural envolvem, em geral, adoecimentos associados ao trabalho no campo e a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Sobre o acesso às Unidades de Saúde, foram relatados a existência de grandes distâncias entre as unidades e as residências, a incompatibilidade de horários e a falta de transporte. Quanto às equipes e práticas, destacam-se o médico, enfermeiro e Agentes Comunitários de Saúde. As atividades mencionadas nos estudos envolveram oficinas, atividades grupais e visitas domiciliares ou atendimentos em pontos estratégicos e atividades relacionadas à prevenção ao câncer e ao consumo abusivo de álcool e cigarro. Contudo, notou-se poucas atividades direcionadas para as demandas específicas da população rural. Assim, conclui-se pela necessidade de repensar a organização e atuação da APS em contextos rurais.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Área rural; Revisão Integrativa.**Histórico do Artigo**

Recebido	14 Dezembro 2024
Aprovado	26 Dezembro 2024

Correspondência

Hernandes Machado de Jesus
Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC)
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da UEFS
Avenida Transnordestina s/nº, Novo
Horizonte, Feira de Santana, Bahia
CEP: 44036-900.
Email: machado.hernandes17@gmail.com

Como citar

Machado de Jesus H, Cordeiro GO, Pereira MS, Coelho TCB. Revisão integrativa sobre a Atenção Básica à Saúde em áreas rurais: estratégias e desafios. Rev. Saúde Col. UEFS 2024; 14(4): e-11498.



INTRODUÇÃO

A assistência à saúde no Brasil, atualmente, se dá pela organização dos pontos de cuidado através da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a qual tem como papel promover a integração sistêmica de serviços e ações de saúde. Para que ela cumpra este objetivo, é fundamental que, entre outros elementos, a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) esteja organizada, coordenando o cuidado e controlando o fluxo dos usuários na Rede. Isto porque, a AB caracteriza-se como o primeiro nível de atenção, sendo a porta prioritária de entrada dos(as) usuários(as) no SUS, responsável por organizar a distribuição, o acesso e a oferta de serviços de saúde. Para isso, é preciso que AB seja resolutiva, com capacidade clínica e de cuidado e que seja capaz de se comunicar com os demais níveis de atenção e serviços que compõem a RAS^{1,2,3}.

Segundo Malta et al.⁴ (2016), a AB teve, principalmente, na primeira década deste século, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o principal mecanismo consolidado de sua expansão, reorganização e capilarização do sistema de saúde no país. Em abril de 2024, a cobertura de ESF alcançou 83,94% da população brasileira⁵. Apesar da Equipe de Saúde da Família (eSF) ser a principal equipe multiprofissional de organização da AB, ela não é a única. A AB também pode ser composta pela Equipe de Atenção Básica (eAB), Equipe de Saúde Bucal (eSB) e equipes de populações específicas (Consultório na Rua, População Ribeirinha)³. Anteriormente, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) era caracterizado como um tipo de equipe da Atenção Básica, contudo, após a publicação da nota técnica de nº 3/2020, o Ministério da Saúde deixou de repassar o financiamento referente a manutenção do Núcleo, deixando o custeio à cargo dos municípios. Estes, através da mesma nota técnica, também passaram a ter autonomia para compor equipes multiprofissionais, sem que seja necessariamente com as orientadas pelos princípios e diretrizes dos NASF. Em 2023, após várias críticas de setores especializados da saúde, através da Portaria GM/MS 635/23, são criadas as equipes Multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (eMulti), que substituem parte da função executada pelo NASF-AB⁷.

A AB é orientada por um conjunto de princípios e diretrizes, dentre os quais pode-se destacar a territorialização. O território é um conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições. Ele deve ser considerado em suas divisões jurídicas e políticas, suas heranças históricas e seus aspectos econômicos e normativos. Neste sentido, a Atenção Básica, tendo como uma de suas diretrizes a territorialização do trabalho, deve se planejar e desenvolver ações setoriais e intersetoriais que levem em consideração as particularidades do território e impacte positivamente os condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço. Dito de outro modo, a partir da compreensão dos determinantes econômicos e sociais daquele espaço, a AB precisa buscar atender as necessidades da população adscrita ou específicas do território³.

Tais questões são fundamentais, porque, em cada território, as populações possuem condições específicas de adoecimento e de cuidados à saúde. Por exemplo, em áreas rurais, nas quais os grupos étnicos e comunidades residentes desses territórios têm seus modos de vida, produção e reprodução social ligados à terra⁷, as demandas de saúde estão diretamente relacionadas ao adoecimento em decorrência do trabalho no campo e ao desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial^{9,10}.

No Brasil, a legislação vigente define a área rural como toda a faixa territorial que escapa às delimitações do perímetro urbano de cada município¹¹. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹¹, essa demarcação é extremamente problemática já que o espaço rural é definido pela exclusão ao espaço urbano, sem que seja levado em conta as características territoriais, econômicas, demográficas e espaciais. Devido a insuficiência da demarcação legal para diferenciar áreas rurais das áreas urbanas, o IBGE, tendo como critério principal de orientação a densidade demográfica, utiliza oito classificações possíveis para unidades territoriais, das quais três são referentes a espaços que estão dentro do perímetro urbano e cinco são referentes aos espaços em áreas ditas como rural. De acordo com essa classificação do IBGE, é interessante destacar a presença de territórios com características rurais dentro do perímetro urbano, as quais são classificadas como áreas não urbanizadas ou vilas, e a presença de áreas com características urbanas dentro de áreas rurais, as áreas rurais de extensão urbana¹¹.

Mesmo com algumas tentativas de ampliação da concepção de espaço rural, no Brasil, a definição de espaços urbanos e rurais ainda é orientada por uma concepção de ruralidade residual e subproduto do urbano, perspectiva que desconsidera a diversidade destes contextos.¹² Nesses espaços classificados como áreas rurais, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2015, residem cerca de 15% da população brasileira, com a Região Nordeste sendo a região do país com maior percentual de população rural em relação à urbana, aproximadamente 27%¹³.

As áreas rurais brasileiras possuem populações em condições de isolamento geográfico no Semiárido e na Amazônia, expostas a riscos e agravos de saúde muito distintos. Há modos de produção que vão da pesca artesanal até a agricultura, do extrativismo à mineração, que expõem essas populações a um conjunto de agravos específicos, os quais precisam ser conhecidos e cuidados pela APS. Mesmo assim, as categorias, trabalho e ambiente, continuam pouco abordadas nas práticas de saúde da Estratégia Saúde da Família¹⁴.

Devido a essas especificidades das populações rurais, é necessário que a AB pense e execute ações de prevenção, recuperação e promoção à saúde, de acordo com as necessidades das populações residentes desse território, contudo, na literatura nacional existe pouca clareza sobre como esses processos ocorrem. Franco, Lima e Giovanella¹⁵, por exemplo, realizaram um estudo de revisão com o objetivo de identificar e analisar os

desafios do acesso, da organização da atenção à saúde e da força de trabalho em saúde na AB em áreas rurais, porém o enfoque foi em estudos realizados e publicados internacionalmente. Já, Paula et al.¹⁶ também efetuaram uma revisão sistemática com o objetivo de analisar a avaliação dos atributos da APS feita por usuários de unidades básicas de saúde brasileiras, mediante utilização de adaptações do instrumento PCATool para o Brasil, enquanto Figueira, Silva e Silva¹⁷, objetivaram sistematizar aspectos e/ou iniciativas relacionadas ao acesso de usuários e de populações específicas aos serviços de saúde da atenção primária, mas sem necessariamente realizar um recorte territorial das populações rurais.

Deste modo, este estudo tem como objetivo analisar, a partir da literatura nacional, quais as estratégias adotadas pelas equipes da AB para cuidar das necessidades de saúde e atender as demandas das populações rurais.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa realizada em seis etapas: 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; 3) Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) Categorização dos estudos selecionados; 5) Análise e interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão/ síntese do conhecimento¹⁸.

Sendo assim, na primeira etapa, se formulou como problema de pesquisa: “Quais estratégias adotadas pelas equipes da Atenção Básica para atender as demandas de saúde das populações rurais?”. Para a formulação deste problema de pesquisa e para a definição das estratégias de busca e critérios de elegibilidade, utilizou-se o acrônimo PICO (População ou Problema; Interesse; Contexto). A estratégia PICO possui uma maior sensibilidade para pesquisas de caráter qualitativo¹⁹. Deste modo, foram definidos os seguintes critérios de elegibilidade: estudos publicados entre os anos de 2012, ano seguinte à publicação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), e 2024; estudos em língua portuguesa; intervenções realizadas no Brasil; e pesquisas que tivessem como foco a atuação multiprofissional da AB em áreas rurais.

Para o resgate dos estudos, utilizou-se termos disponíveis entre os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), tais como “Atenção primária à saúde” e “Atenção Básica à Saúde”, ambos referentes à AB, e “Zona rural” e “Área rural” para o local da ação. A busca ocorreu nas bibliotecas virtuais Scielo e BVS. Como estratégia de busca foram utilizadas quatro combinações de descritores com o operador booleano “AND”. Foram elas: “Atenção primária à saúde” and “Zona rural”; “Atenção primária à saúde” and “Área Rural”; “Atenção Básica à Saúde” and “Zona rural”; e “Atenção Básica à Saúde” and “Área rural”. Foram encontrados 6.570 estudos nas duas bases Scielo e BVS.

Após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos os estudos de revisão de literatura e os que descreviam

intervenções realizadas por equipes que não as de referência na AB em contextos rurais, por exemplo, intervenções realizadas por equipes de residência multiprofissional e atividades extensionistas, restando 188 trabalhos, após a exclusão de 334 duplicados. Em seguida, realizou-se a leitura completa dos textos, restando 17 estudos selecionados através da busca por descritores nas bases de dados. Outros 5 estudos foram acrescidos à revisão através de outras fontes, como o rastreamento através da referência de outras pesquisas. Deste modo, um total de 22 estudos compuseram esta revisão integrativa.

Com a realização de uma leitura mais aprofundada, analisou-se os estudos por meio de um instrumento construído por Ursi²⁰. Tal instrumento permite coletar informações referentes à identificação do artigo, suas características e rigor metodológico, as intervenções realizadas e os principais resultados encontrados. Neste sentido, buscou-se analisar os artigos recuperados por quatro dimensões: demandas de saúde da população rural; acesso à Atenção Básica; força de trabalho em saúde; e organização da atenção à saúde. As três últimas categorias foram retiradas do estudo de Franco, Lima e Giovanella¹⁵, enquanto a primeira foi identificada a partir da análise temática²¹. A dimensão do “acesso à Atenção Básica” foi dividida em uma subcategoria “aspectos geográficos das comunidades e necessidade de deslocamento”, a qual foi resultado da junção de duas subcategorias, a dimensão da força de trabalho utilizou a subcategoria “o perfil e papel profissional”, enquanto a quarta dimensão, organização da atenção à saúde, foi dividida em duas subcategorias, “estrutura e insumos dos serviços de saúde rurais” e “funcionamento dos serviços de saúde”, ambas retiradas do estudo já citado¹⁵.

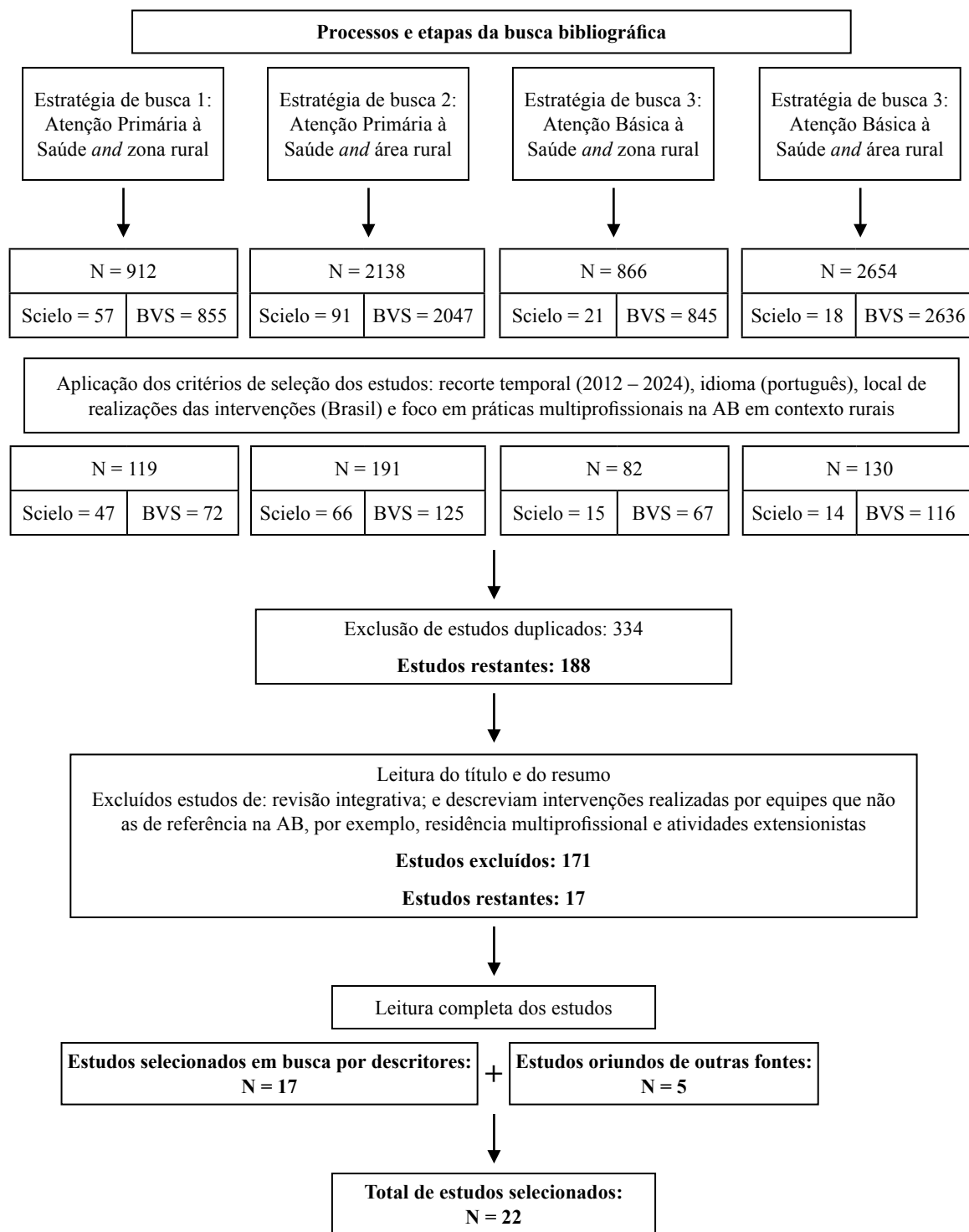
RESULTADOS

Os estudos selecionados pelo processo de revisão, tendo sido orientados pelos critérios descritos na metodologia, acabaram revelando, de imediato, uma lacuna referente à região Nordeste, com apenas 4 publicações, entre 22 trabalhos. Nenhum no estado da Bahia, que é um polo pujante de pesquisa na área de Saúde Coletiva. Sabendo-se tratar-se da região brasileira com maior proporção de população rural – enquanto 15,28% dos brasileiros vivem em áreas rurais, no Nordeste, esse percentual era de 26,88%, em 2015 – isso é preocupante.

Caracterização dos estudos selecionados

O Quadro 1 apresenta as principais características dos estudos selecionados: autor(es)/ano, título da publicação, seu objetivo, o desenho da pesquisa utilizado o estado ou região.

Dos 22 estudos selecionados para a revisão, 5 foram produzidos em Minas Gerais^{10,12,22,32,33}, 2 em Pernambuco^{37,40}, 2 em São Paulo^{23,24}, 2 no Amazonas^{29,35}, 2 no Rio Grande do Sul^{38,39}, 1 no Paraná²⁶, 1 em Santa Catarina⁸, 1 no Distrito Federal²⁵, 1 no Acre³⁰, 1 no Ceará³⁹ e outro realizado também no Rio Grande do Norte³⁹. Além desses, 3 estudos abordaram dados de diversos estados, 1 compreendendo a região norte

Figura 1. Procedimentos e etapas da busca de dado

Fonte: Produzido pelos autores, 2024.

do país e o outro realizado em escala nacional. Em relação à metodologia, 16 estudos são de abordagem qualitativa, 5 estudos são quantitativos e 1 estudo é de abordagem quali-quantitativa.

Demandas de saúde da população rural

Essa dimensão diz respeito às principais demandas de Saúde que levam a população rural às Unidades de Saúde da Família em busca de atendimento, seja de maneira espontânea

ou encaminhado. Os estudos resgatados apresentam necessidades e demandas diversas de saúde da população rural, sendo estas condicionadas, principalmente, pelo recorte amostral, o local onde ocorreu a coleta de dados e os objetivos dos estudos.

Ferraz et al.⁹ e Miranda et al.¹⁰, os quais focam em homens trabalhadores rurais com idade entre 18 e 65 anos, indicam que as demandas de Saúde estavam relacionadas com o adoecimento em decorrência do trabalho rural, por exemplo,

Quadro 1. Estudos selecionados sobre estratégias da Atenção Básica para atender as demandas de saúde das populações rurais

Autor(es/as)/Ano	Título	Objetivo	Desenho da pesquisa	Local (UF)
Ferraz et al. ⁸ (2013)	As demandas do homem rural: informações para a assistência nos serviços de saúde da Atenção Básica	Conhecer o perfil da demanda de saúde-doença dos homens agricultores assistidos pelas Estratégias Saúde da Família (ESF) da zona rural de um município do Sul do Brasil. Ainda, buscou-se conhecer a percepção das equipes das ESFs quanto às demandas de saúde dos homens agricultores.	Estudo descritivo-interpretativo; abordagem quanti-quali; entrevista semiestruturada e análise estatística descritiva de dados dos prontuários.	Santa Catarina
Oliveira et al. ²² (2015)	Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural	Identificar os determinantes sócio-históricos atribuídos pelos usuários às vivências de cuidado na Estratégia Saúde da Família na área rural de um pequeno município do estado de Minas Gerais.	Estudo exploratório; abordagem qualitativa; grupo focal.	Minas Gerais
Pitilin; Lentsck, ²⁶ (2015)	Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural	Conhecer a percepção de mulheres residentes na zona rural sobre as ações da APS em um município do Sul do país	Pesquisa descritiva exploratória; abordagem qualitativa; entrevista semiestruturada	Paraná
Borges et al. ²⁴ (2016)	Gerenciamento em saúde: o olhar de trabalhadores da saúde da família rural	Analisar as concepções dos profissionais da ESF rural sobre o gerenciamento do trabalho em saúde	Estudo de caso; descritivo e analítico; abordagem qualitativa; entrevista semiestruturada.	São Paulo
Garnelo et al. ²⁸ (2018)	Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na Região Norte do Brasil	Discutir o acesso e a cobertura da APS ofertada às populações rurais e urbanas que vivem nos sete estados da Região Norte do Brasil, a partir de indicadores socioeconômicos e sanitários e dados da avaliação externa do segundo ciclo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)	Estudo transversal; abordagem quantitativa; Análise estatísticas de dados do PMAQ	Multiestadual
Santos et al. ²³ (2018)	Saúde mental na atenção básica: experiência de matriciamento na área rural	Relatar o desenvolvimento de ações de Saúde Mental compartilhadas entre a ESF alocada em uma área rural e o NASF, evidenciando as interlocuções decorrentes dessa configuração	Relato de experiência; abordagem qualitativa	São Paulo
Shimizu et al. ²⁵ (2018)	Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural	Analisar o Índice de Responsividade de unidades da Estratégia Saúde da Família das áreas rurais do Distrito Federal, participantes do PMAQ, no que tange às dimensões voltadas ao respeito pelas pessoas e à orientação para o cliente	Estudo descritivo- exploratório; abordagem quantitativa; Análise estatísticas de dados do PMAQ	Distrito Federal
Ferreira et al. ²⁷ (2020)	Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil	Caracterizar o acesso e utilização de serviços de saúde considerados de referência pela população rural idosa de um município do Sul do Brasil com cobertura de 100% da área rural pela ESF, investigando fatores de escolha da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) como serviço de referência	Estudo transversal; Quantitativo; Questionário padronizado	Rio Grande do Sul
Almeida et al. ¹² (2021)	Contexto e organização da Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos no norte de Minas Gerais, Brasil	Identificar e analisar as características estruturais da APS, em suas dimensões de contexto e organizacional, em municípios rurais remotos, com base nas adaptações ao modelo de Hogg et al. e Paré-Plante et al. Assim como, identificar elementos críticos, ações e políticas que contribuam para a manutenção e a sustentabilidade da APS em contexto de ruralidade.	Estudo de abordagem qualitativa; entrevistas semiestruturadas	Minas Gerais
Lima et al. ²⁹ (2021)	Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas	Analisar a Atenção Primária Rural e Ribeirinha no território amazônico, a partir da produção de ações individuais e coletivas das equipes de saúde, bem como o seu desempenho por meio de serviços ofertados em municípios do estado do Amazonas.	Estudo transversal, abordagem quantitativa; descritivo-analítico; análise estatísticas descritiva.	Amazonas
Miranda et al. ¹⁰ (2021)	Singularidades do trabalho rural: masculinidades e procura por serviços de saúde em um território norte mineiro	Apresentar um panorama sobre as percepções de homens residentes em um território rural do norte de Minas Gerais, Brasil, sobre a sua masculinidade e as interferências do trabalho na procura, ou não, por serviços de saúde ofertados por uma equipe de ESF.	Pesquisa de campo; Exploratória; Qualitativa; Observação participante e Entrevistas semiestruturadas	Minas Gerais

Quadro 1. Estudos selecionados sobre estratégias da Atenção Básica para atender as demandas de saúde das populações rurais. (Continuação)

Autor(es/as)/Ano	Título	Objetivo	Desenho da pesquisa	Local (UF)
Rodrigues et al. ³⁰ (2021)	Organização da Atenção Primária à Saúde em um Município Rural Remoto (MRR) do Norte do Brasil	Caracterizar a organização da APS e suas interfaces com os demais serviços da rede assistencial em um MRR da região amazônica, buscando identificar especificidades e estratégias empreendidas que possam sinalizar caminhos para o aperfeiçoamento das práticas e políticas de saúde em contexto rural.	Estudo exploratório; abordagem qualitativa; estudo de caso; entrevistas semiestruturadas	Acre
Fausto et al. ³¹ (2023)	Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde	O objetivo deste estudo é analisar as especificidades da organização e do acesso aos serviços de APS no SUS em municípios rurais remotos (MRR) do Brasil.	Estudo de abordagem qualitativa, com base em estudo de casos múltiplos em 27 MRR. utilizou-se entrevista semiestruturada	Multiestadual
Komori et al. ³² (2021)	A prática da educação em saúde na perspectiva de profissionais da zona rural de um município do interior de Minas Gerais	Descrever as ações de educação em saúde realizadas por profissionais da Estratégia Saúde da Família da zona rural de um município do interior de Minas Gerais	Estudo exploratório, abordagem qualitativa. Coleta de dados realizada por meio de entrevistas semiestruturadas.	Minas Gerais
Carvalho, Caçador, Brito ³³ (2023)	No caminho da Estratégia da Saúde da Família: itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de Covid-19	Descrever o itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de Covid-19	estudo qualitativo por meio da metodologia da história oral temática.	Minas Gerais
Soares et al. ³⁴ (2024)	Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil	Analisar aspectos da estrutura das unidades básicas e da organização do processo de trabalho das equipes de saúde relacionados com acessibilidade sócio-organizacional aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil	Estudo descritivo, de corte transversal.	Multiestadual
Sousa, Fonseca, Bousquat ³⁵ (2023)	Invisibilidade das singularidades amazônicas na organização e oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo de caso na área rural ribeirinha de Manaus (AM)	Analisar a implementação de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial, buscando compreender como estão incluídas as necessidades e singularidades do meio rural ribeirinho no planejamento e execução dos serviços de saúde.	Pesquisa qualitativa que seguiu os métodos da obra Estudo de caso; utilizou-se a observação participante e entrevistas semiestruturadas	Amazonas
Pessoa et al. ³⁶ (2013)	Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde	Identificar e analisar os processos no território da APS relacionados ao ambiente e trabalho e as repercussões sobre a saúde da comunidade e dos trabalhadores, com vistas à reapropriação do território e proposição de ações centradas nas necessidades de saúde	Estudo qualitativo; Pesquisa-ação.	Ceará
Dantas et al. ³⁷ (2019)	Relatos e reflexões sobre a Atenção Primária à Saúde em assentamentos da Reforma Agrária	Analisar o cuidado à saúde de famílias assentadas no interior do Estado de Pernambuco	Estudo qualitativo; Estudo de Caso; utilizou-se de entrevistas individuais, grupo focais e observação participante	Pernambuco
Lenz et al. ³⁸ (2020)	Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: perspectivas das pessoas com deficiência no contexto rural	Analisar as percepções das pessoas com deficiência física que residem no contexto rural acerca do acolhimento prestado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família	Estudo qualitativo; A produção das informações ocorreu por meio entrevistas semiestruturadas, analisadas pela modalidade	Rio Grande do Sul
Pontes et al. ³⁹ (2022)	NASF-AB no campo e nas águas: o cuidado em torno do trabalho, ambiente e saúde de famílias agricultoras e pescadoras	Analisar a atuação do NASF-AB quanto à Saúde do Trabalhador e a Saúde e Ambiente em territórios do campo e das águas com as famílias que vivem da pesca artesanal e da agricultura camponesa	Pesquisa qualitativa que se ancorou em referenciais da Sociologia das Ausências e da Saúde Coletiva. A pesquisa valeu-se do emprego de grupos focais.	Ceará/ Rio Grande do Norte
Carvalho et al. ⁴⁰ (2022)	O olhar de usuários, residentes e trabalhadores sobre uma intervenção em saúde bucal de abordagem comunitária na ESF do campo	Analisar, na perspectiva do olhar de trabalhadores, residentes e usuários, uma intervenção de cuidado integral em saúde bucal de abordagem comunitária	O estudo qualitativo utilizou técnica do grupo focal para coleta dos dados. Três grupos foram constituídos: nove profissionais, seis residentes e oito usuários. As entrevistas seguiram um roteiro com perguntas abertas	Pernambuco

agrícola e pecuário. Ao buscarem atendimento médico, as principais queixas apresentadas por homens rurais eram sobre sinais e sintomas referentes a doenças osteomusculares e tecidos conjuntivos. As queixas relatadas envolviam dores em diversas partes do corpo, como no pescoço, cefaleia, garganta, lombalgia, dor articular, dor ao urinar e cialgia⁹. Ao se aprofundar nos diagnósticos dos trabalhadores rurais atendidos, Ferraz et al.⁸ descrevem como os mais comuns, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), por exemplo, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM). Além dessas doenças, são relatadas pelos autores citados, lombalgia, gripe e doenças ocupacionais como lesões crônicas na coluna, problemas dermatológicos, depressão e Lesão por Esforço Repetitivo (LER).

Ferreira et al.²⁷ descrevem que os idosos residentes de uma área rural do Rio Grande do Sul, normalmente, buscam atendimento na USF para o tratamento de doenças já instauradas, sejam elas crônicas ou agudas, para a realização de procedimentos e, em menor grau, para a realização de consultas de revisão ou de rotina.

Pitilin e Lentsck²⁶, por sua vez, em um estudo realizado com mulheres residentes de uma área rural do Paraná, identificaram que mesmo com a realização puericultura, pré-natal, grupos de apoio, palestras e imunização nas USF em que estavam adscritas, essas mulheres recorriam à unidade, em sua maioria, apenas em dias de consulta médica ou em uma eventual necessidade de Saúde. Já, Rodrigues et al.³⁰ descrevem que, em um município do Acre que faz fronteira com dois países, a procura por atendimento estava associada à infecção por doenças sexualmente transmissíveis e ao adoecimento por dengue, chicungunha e, na maioria dos casos, leishmaniose.

Um elemento destacado em ambos os estudos citados^{9,10,26,27} é que a população rural, normalmente, procura o atendimento nas USF quando apresenta alguma doença ou um agravo à saúde que limita ou impede a realização das tarefas cotidianas, principalmente do trabalho rural. Porém, deve-se ter o cuidado de não atribuir tal hábito meramente a uma postura destas populações, pois a procura pelos serviços de saúde somente em último caso, também, reflete os desafios que envolvem dificuldades de acesso das populações rurais aos serviços de saúde.

Acesso à Atenção Básica

A dimensão do acesso está relacionada com os aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais que limitam ou potencializam o acesso da população aos serviços de saúde ofertados pela eSF, seja na USF ou em pontos de saúde estratégicos no território, assim como à locomoção da eSF ao território no qual são designados.

De maneira geral, os estudos analisados^{9,10,11,23,24,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40} apontam a dificuldade de acesso aos serviços (pela população) e às residências da população adscrita (pelas equipes de saúde) que é um desafio para

usuários e trabalhadores na área rural e, por vezes, o principal motivo que impossibilita a participação nas atividades desenvolvidas no espaço das USF.

Ferraz et al.⁹, Miranda et al.¹⁰, assim como Pitilin e Lentsck²⁶ abordam como o trabalho rural, associado à localização geográfica das USF e ao horário de funcionamento que não se adequa à realidade da população rural, limitam o acesso dos trabalhadores e trabalhadoras rurais aos serviços ofertados pela eSF. A maior parte dos trabalhadores e trabalhadoras rurais são autônomos ou estão empregados de maneira informal e/ou extremamente precarizada, por isso é muito difícil buscarem a unidade para receber algum atendimento, uma vez que isso implica na sua saída do local de trabalho e possivelmente na perda de um dia de trabalho ou, até mesmo, de seus empregos^{8,10,26}.

As dificuldades de acesso, deste modo, apresentavam-se enquanto um problema que refletia dificuldades que iam da organização à execução das ações da APS. Gestores destacam como tinham dificuldades em organizar os serviços para diminuir as distâncias entre a USF/eqSF e as populações, especialmente em decorrência da baixa densidade demográfica nos espaços rurais mais periféricos e da falta de planejamento e financiamento específicos para estes contextos³¹.

No caso de Pessoas com Deficiência (PCD) residentes de espaços rurais, essas barreiras de acesso se intensificam, uma vez que, para acessar os serviços de saúde, elas solicitam o carro da secretaria de saúde para fazer a locomoção de suas residências até os serviços e, por vezes, demoram muito tempo para conseguir, além disso, as unidades apresentam estrutura precária, muitas sem rampas e corrimões³⁸.

No geral, os estudos resgatados apontam para os aspectos geográficos das comunidades rurais e necessidade de deslocamento como os principais aspectos associados à problemática do acesso^{22,23,24,26,27,28,29}.

Aspectos geográficos das comunidades e necessidade de deslocamento

Em relação aos aspectos geográficos e a necessidade de deslocamento, um primeiro elemento que aparece é a localização das Unidades de Saúde da Família. Segundo Garnelo et al.²⁸, na região norte do país, as unidades funcionam em locais específicos de acordo com cada estado: no Amazonas, assim como em outros estados, se localizam nas sedes dos municípios (cerca de 82% das unidades), dificultando o acesso da população rural; no Acre, nas margens dos grandes rios, deixando descoberta a população que reside longe do curso da água; nos demais estados da região, ao longo das estradas e rodovias. Essa é uma característica também encontrada em outras regiões do país³¹.

Devido a menor densidade populacional característica do campo, uma outra questão que aparece é a grande abrangência geográfica que as eSF precisam cobrir. No estado de São Paulo, uma USF rural necessitava cobrir uma área de dez mil hectares²³. Inevitavelmente, essa grande área de

abrangência promove um distanciamento entre as unidades e a população adscrita. Associado a isso, a falta de transportes regulares para garantir a locomoção da equipe até as unidades, da população até as unidades e das equipes até a residência da população adscrita no território, limitam a realização das práticas de cuidado à saúde, a continuidade da assistência e a construção do vínculo entre equipe e comunidade^{22,23,24,26,28,29}. Segundo Garnelo et al.²⁸, na região Norte do Brasil, um terço das eSF declaram não dispor de transportes para viabilizar o atendimento dos usuários.

Em assentamentos da reforma agrária em Pernambuco, apesar das características distintas dos outros contextos rurais citados, as problemáticas no acesso à APS se reproduzem de maneira parecida. Mesmo com a APS sendo o único ou principal serviço de saúde que a população assentada consegue acessar, isso é feito de forma árdua e muito custosa. Por vezes, essas populações conseguem acessar com mais facilidades os serviços de saúde na cidade vizinha do que na unidade na qual estão referenciados. A UBS na qual estão adscritos, muitas vezes, oferece um serviço “quebra galho”, ofertando intervenções pontuais e sem perspectiva de longitudinalidade³⁷.

Em municípios localizados no norte do estado de Minas Gerais, segundo Almeida et al.¹², era comum que a população se responsabilizasse individualmente por seu deslocamento, especialmente para cuidados de rotina nas USF. Às vezes, estes pegavam carona com trabalhadores da eSF ou pagavam carros particulares com recursos próprios, os quais cobravam taxas abusivas nas passagens para a população que residia em comunidades mais distantes da sede. Em alguns casos, o ônibus escolar era utilizado como meio corriqueiro para o transporte às UBS, embora houvesse restrições legais. Nesse contexto, a prefeitura e secretaria de saúde local desenvolviam algumas táticas para mitigar as dificuldades da população da zona rural em receberem assistência nas USF. Dentre elas: manutenção de veículos de plantão em locais estratégicos – veículos comuns, ambulância adaptada e/ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – e agendar as consultas fora do domicílio em dias/horários com disponibilidade do transporte¹¹.

Na região Norte do país, nas áreas rurais ribeirinhas, o deslocamento das equipes ocorre das sedes dos municípios para as unidades de saúde, em sua maioria, através de embarcações. Nesse percurso, diariamente os profissionais podem passar horas em uma lancha carregando todos os insumos que serão utilizados durante o dia de atendimento^{28,29}. Por exemplo, em um estado que aborda a implantação de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial em uma região rural de Manaus, a qual é acessada somente através de embarcações, o deslocamento da cidade até as comunidades pode durar cerca de 10h nas embarcações³⁵.

Durante a Pandemia de Covid-19, as dificuldades de acesso se intensificaram, com a escassez das visitas domiciliares e com a ausência de assistência médica nos pontos de apoio

(que foram desativados) às populações, que eram obrigadas a percorrer distâncias ainda maiores até a UBS sede, ao mesmo tempo que lidava com o medo e a insegurança da contaminação por Covid-19. Por isso, tornou-se maior o isolamento destas populações, que praticamente deixaram de realizar exames de acompanhamento e atividades de prevenção, podendo agravar quadros de adoecimento crônico³³.

Força de trabalho em saúde

Esta dimensão está relacionada com as categorias profissionais que realizam o trabalho multiprofissional e interdisciplinar na AB em áreas rurais. A composição das equipes de saúde na AB em áreas rurais variou de acordo com os estudos e locais onde foram realizados. Nos estudos de Ferraz et al.⁹ e Oliveira et al.²², a equipe de saúde da família com a composição mínima – formada por um médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde – foi descrita como o formato de equipe mais comum nas Unidades de Saúde rurais em que eles realizaram a coleta de dados. Para além da equipe mínima, dois estudos^{10,40} relatam a presença da equipe de saúde bucal, sendo esta composta por um cirurgião dentista e um técnico em saúde bucal.

Nos estudos realizados por Almeida et al.¹², Ferreira et al.²⁷, Rodrigues et al.³⁰ e Santos et al.²³ foi apresentada a incorporação de equipes do NASF à AB. Nos três estudos citados, a equipe NASF era composta por educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistente social, nutricionista e psicólogo^{11,23,30}. No estudo de Santos et al.²³ foram acrescentados à equipe do NASF dois médicos especialistas, um ginecologista e um psiquiatra.

Segundo Lima et al.²⁹, nas equipes de Saúde da Família Ribeirinhas eram incorporados piloto, comandante, cozinheira e ajudante de embarcação à equipe de Saúde, os quais também participavam das estratégias de cuidado, como o transporte de pacientes, como sugere a PNAB de 2017³.

O perfil e papel profissional

Os papéis do médico, enfermeiro e ACS foram os mais destacados nos estudos resgatados^{9,10,12,22,30}. Pitilin e Lentsck²⁶ e Santos et al.²³ mencionaram que o médico possuía uma centralidade na resolução das demandas de saúde, sendo o profissional mais procurado pela população rural nas Unidades. Em relação à enfermagem, foi destacado o papel de gestão que esses profissionais assumem nas equipes. Em áreas ribeirinhas, os profissionais de enfermagem eram responsáveis pela logística de alimentação, insumos, combustível, preparar a escala de trabalho, além de ser responsável pelo cuidado em saúde²⁹.

Porém, por outro lado, essas duas categorias profissionais – médicos e enfermeiros – são as que apresentam maior rotatividade na APS rural. Normalmente, os enfermeiros em decorrência dos contratos temporários e do regime de contratação condicionado por interesses políticos, enquanto

a rotatividade dos médicos estava relacionada com a falta de vínculos com as comunidades, opções limitadas de lazer, distância de casa e da família. Por isso, boa parte dos médicos identificados nas áreas rurais dos municípios foram contratados através do Programa Mais Médicos³¹.

Sobre o Agente Comunitário de Saúde (ACS), por sua vez, foi destacado o papel dele, enquanto trabalhador que reside no território, em articular a população adscrita e a equipe de saúde responsável pelo território, seja no papel de vigilância epidemiológica ou de troca de informação^{12,28,29,30,37}. Estes profissionais também atuavam enquanto educadores em saúde no território, instruíam sobre o consumo de água limpa e descarte adequado de lixo, distribuíam cloro para uso doméstico, sensibilizavam sobre a importância da alimentação adequada e prática de atividade física^{30,37}. As visitas domiciliares eram um dos principais mecanismos de atuação dos ACS no território^{12,28}. Contudo, essa diversidade de atribuições implica em uma sobrecarga nos ACS que, além das atividades descritas, fazem acompanhamento e aferição de Pressão Arterial e Glicemia, orientam e verificam se os moradores estão fazendo o uso de maneira correta das medicações prescritas e da necessidade de troca de receita, muitas vezes sem ter treinamento para isso e sem ter o suporte da gestão^{31,35}.

Organização da atenção à saúde

A dimensão da organização da atenção à saúde abrange a estrutura e organização da AB nas áreas rurais, as práticas de cuidados à saúde, os serviços ofertados e o funcionamento destes.

1. Estrutura física e insumos dos serviços de saúde rurais

De maneira geral, os estudos resgatados não descrevem com clareza a estrutura física dos locais de atendimento da AB em contextos rurais e os insumos necessários para a realização do atendimento. No entanto, devido à grande abrangência dos territórios sob a responsabilidade de atendimento da ESF, uma característica comum é a criação de pontos de apoio para a realização dos atendimentos^{10,11,22,26,30,31,33,35}. Nessa tentativa de melhorar as condições de acesso da população rural à oferta de serviços da AB, os atendimentos, por vezes, ocorriam em espaços inapropriados para isso, como em fazendas²². Consequentemente, uma das queixas da população relatadas no estudo de Oliveira et al.²² envolvia a falta de equipamentos básicos para a realização de atendimentos e procedimentos médicos nos locais de atendimento.

Essa estrutura precarizada de alguns locais de atendimento beneficiava a centralidade do atendimento médico, o que tornava esses locais, aí incluído algumas unidades sedes e as unidades de apoio, em pequenos pontos de pronto atendimento²⁶.

Ao analisar a acessibilidades aos serviços da APS em municípios rurais brasileiros, constatou-se que pouquíssimas unidades possuíam índices de adequação para farmácia, recursos

materiais, insumos e medicamentos, disposição de testes diagnósticos e acessibilidade para pessoas com deficiências. Em relação à organização dos serviços, o horário de funcionamento, a realização do acolhimento, coleta de exames, realização de procedimentos e encaminhamentos para outros níveis de atenção foram os critérios que apresentaram pior desempenho³³.

2. Funcionamento dos serviços de saúde

De acordo com Miranda et al.⁹, normalmente, os atendimentos na Unidades ocorriam de segunda a sexta, através da modalidade de horário corrido. Segundo o estudo realizado por ele, os profissionais de medicina, enfermagem e odontologia atendiam no horário das 7:00 às 14:00 horas, o que impactava diretamente no acesso da população aos atendimentos. Principalmente para os trabalhadores rurais, que geralmente são autônomos ou estão empregados de maneira informal, comparecer para atendimento nas USF durante a semana é inviável, pois choca com os horários de trabalho no campo^{9,10}.

Em relação aos serviços ofertados, os estudos resgatados apontam para uma grande variedade de atividades desenvolvidas. Miranda et al.⁹ descreveram que as ações realizadas na AB em áreas rurais estavam ligadas principalmente à saúde da mulher e saúde da criança, à saúde do adulto, à saúde do idoso e à saúde mental, em acordo com o que preconiza a Estratégia Saúde da Família. Realizavam-se, por exemplo, consultas médicas; consultas de enfermagem; prevenção do câncer de colo uterino e de mama; planejamento familiar; pré-natal; puericultura e avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil; atenção aos hipertensos e diabéticos; renovação de receitas de controle e atendimentos odontológicos. Além dessas ações citadas, Ferraz et al.⁹ aponta para as atividades voltadas para a prevenção do câncer de próstata, para prevenção do tabagismo, do alcoolismo, orientações sobre alimentação saudável e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. No estudo de Santos et al.²², a implantação do NASF possibilitou a realização de exercícios físicos em grupo, formação oficinas de culinária, artesanato e pintura e grupos de fisioterapia e caminhada.

Entre os trabalhadores da APS rural, existe uma grande confusão na forma de compreender e realizar o processo de educação em saúde. Assim, é possível notar na percepção dos profissionais, a educação em saúde como mais uma etapa e atribuição de seu trabalho, não como um fio condutor dele. Do mesmo modo, emergiram compreensão de que a educação em saúde é sinônimo de educação continuada e reuniões de equipe, assim como da gestão do trabalho³².

Em áreas mais remotas, as ações eram itinerantes e intermitentes. A gestão promovia ações itinerantes nas zonas rurais a fim de prestar atendimento médico, odontológico, psicológico, assistência social, vacinação e palestras, em especial, para a população que não conseguia acessar com facilidade às USF³⁰. As visitas domiciliares com toda a eSF

e as reuniões em grupos de discussão com a comunidade apareceram enquanto práticas comuns realizadas pela eSF atuantes em contextos rurais^{9,10,22,23,30}.

Sobre as atividades realizadas pelas equipes de Saúde Bucal, elas envolviam ações predominantemente curativo-assistenciais. Normalmente, ações de caráter preventivo e nos territórios descritos eram realizadas com o auxílio dos residentes em saúde da família. A dificuldade de operacionalização das ações em saúde bucal envolve, por vezes, o desconhecimento dos profissionais sobre as diretrizes específicas da APS, a falta de recursos humanos e materiais e o processo de distanciamento entre as equipes e as populações⁴⁰.

DISCUSSÃO

Um ponto de partida para descrever as estratégias das equipes da AB na zona rural é atentar às suas demandas como aponta Ferraz et al.⁹ e Miranda et al.¹⁰ que estão relacionadas com o adoecimento durante a realização do trabalho rural. Acredita-se que as jornadas árduas de trabalho, com duração de 6 a 10 horas, a indisponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) ou a negligência em utilizá-los, intoxicação aguda por agrotóxicos, entre outras coisas, estejam diretamente associados com o processo de adoecimento dos trabalhadores rurais⁴².

Contudo, mesmo com essa relação direta entre o trabalho rural e os processos de adoecimento do homem rural e com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) preconizando a redução dos acidentes e agravos relacionados aos processos de trabalho no campo e na floresta - particularmente, o adoecimento decorrente do uso de agrotóxicos e mercúrio, o risco ergonômico do trabalho no campo e na floresta e da exposição contínua aos raios ultravioleta⁸ -, não foram identificados nos estudos resgatados a realização de atividades de promoção de saúde destinadas a esse público, nem de caráter curativo e muito menos de caráter preventivo^{9,10}.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) aparecem enquanto agravos também comuns na população rural, principalmente entre os idosos. O desenvolvimento de DCNT na população rural está relacionado, na literatura consultada, com o consumo elevado de gordura saturada, falta de atividade física regular, consumo abusivo de álcool e tabagismo^{41,42}, entretanto, dado que o trabalho no campo, em geral, demanda muita atividade física, a ocorrência de DCNT nessa população precisaria ser melhor compreendida.

Associado a isso, a procura tardia da população rural dos serviços de Saúde nas USF contribui para o agravamento das doenças comuns entre essa população^{9,10,12,26,27}. Diversos fatores estão relacionados com a procura tardia dos serviços de saúde no contexto rural. Por exemplo, entre os homens, aspectos de gênero e a crença de que adoecer é uma demonstração de fraqueza e perda de virilidade contribuem para que estes busquem as unidades somente quando o

processo de adoecimento impede a realização das demais atividades cotidianas⁴⁴. Ademais, Ferraz et al.⁸ e Miranda et al.⁹ descrevem que o horário de funcionamento das unidades, que normalmente choca com os horários de trabalho no campo, contribui diretamente no processo de afastamento dos trabalhadores rurais das Unidades de Saúde.

Em relação ao acesso às USF e à oferta de serviços da eSF, tem-se que, de maneira geral, “territórios de vasta abrangência, com limitados recursos de transporte, infraestrutura e serviços, condicionam dificuldades de acesso”^{15,14}. Deste modo, apesar do percentual de cobertura da ESF em áreas rurais ser maior que o urbano, cerca de 77% para 57%⁴⁵, tal questão não implica em melhores condições de acesso para a população rural, pois não leva em conta as grandes distâncias cobertas por uma única equipe, a dispersão populacional e o dispêndio financeiro imposto aos usuários, os quais deveriam dispor de cuidados ofertados na sua vizinhança, mas terão que buscá-los em locais distantes, por exemplo, nos centros urbanos e sedes de município onde estão concentradas boa parte das USF^{11,28}.

Em concomitância com tais aspectos, a falta de transporte para as equipes e, principalmente, para a população rural, contribui na inacessibilidade dos serviços da Atenção Básica. A falta de meios de locomoção da população e/ou das equipes das eSF impacta diretamente a acentuação das disparidades de acesso, uma vez que limita consideravelmente a assistência à saúde pelas populações em maior vulnerabilidade socio-econômica, as quais dificilmente terão condições de se locomover com frequência para alguma USF²⁸. Segundo Figueira, Silva e Silva¹⁷, a necessidade não atendida de deslocamento/acesso também é relatada por populações específicas de áreas rurais, como assentados e quilombolas, os quais, devido ao deslocamento por grandes distâncias entre seus locais de habitação e serviços de saúde. Em decorrência desta dificuldade, acabam recorrendo a estratégias de cuidado tradicionais e mais acessíveis como, por exemplo, o consumo de chás.

Tal como aponta Franco, Lima e Giovanella¹⁵, as principais práticas desenvolvidas nas Unidades de Saúde e as estratégias de cuidado com as populações rurais perpassam pela multidisciplinaridade e o trabalho em equipe. Embora predomine a preocupação sobre a assistência médica, a oferta diversa dos profissionais de enfermagem, agentes comunitários, assistentes sociais, educadores físicos, nutricionistas e psicólogos, articulados entre si, possibilitam que a AB em áreas rurais possa atuar na vigilância e prevenção, na cura e na redução de agravos à saúde¹⁵. Tais aspectos do cuidado se instrumentalizam através de práticas variadas, tais como: vacinação, realização de exames, atendimentos clínicos, distribuição de medicação, atendimentos clínicos, educação em saúde, visitas domiciliares, atividades em grupos e oficinas, entre outras^{9,10,23,30}.

Nesse contexto, as visitas domiciliares realizadas pelas eSF, assim como a realização de atendimentos em pontos estratégicos de alguns territórios, aparecem enquanto

procedimentos de cuidado fundamentais para diminuir a desigualdade do acesso em áreas rurais, pois elas possibilitam a construção de vínculos com a população, maior proximidade e responsabilização das equipes com saúde da população sob seu cuidado⁴⁶. Por outro lado, é importante questionar a frequência em que essas visitas são realizadas: se falta recursos e disponibilidade perene de transportes, como as equipes conseguem se locomover até as residências para a realização das visitas? Com qual frequência essas visitas ocorrem?

Além das visitas domiciliares, segundo Franco, Lima e Giovanella¹⁵, internacionalmente, a AB lança mão de outras estratégias para diminuir as desigualdades de acesso em áreas rurais e, entre essas, está a telessaúde. A política da telessaúde foi formulada em 2011, mesmo assim é uma prática ainda embrionária, sendo mais realizada por enfermeiros e médicos das regiões sul e sudeste do país⁴⁷. Segundo Sarti e Almeida⁴⁷, as práticas de telessaúde podem aumentar a resolubilidade das ações, encurtar distâncias e isolamentos entre níveis de atenção, e reduzir encaminhamentos e iniquidades em saúde, contudo, no Brasil, esbarra em questões como a desigualdade social e de acesso à tecnologia.

Sobre o perfil profissional da AB em áreas rurais, a presença da equipe de saúde da família com composição mínima é relatada em alguns estudos resgatados^{9,22}. Além de ter um enfoque de atendimento médico-centrado, devido ao baixo número de profissionais para a complexidade e quantidade de demandas da população rural, a eSF de composição mínima não supre a demanda por cuidado integral da população rural, o que ocasiona queixas de insuficiência ou inexistência de assistentes sociais, nutricionistas, pediatras, ginecologistas/obstetras e psicólogos²². Neste sentido, é importante ressaltar a função que o NASF cumpre na aplicação da oferta dos serviços de saúde na AB.

No estudo realizado por Santos et al.²³, a implantação do NASF possibilitou ampliação da oferta de atividades de cuidado em territórios rurais em dois sentidos: primeiro, ela permitiu a realização de reuniões entre as equipes, a identificação das fragilidades no atendimento e ampliação da resolução de demandas relacionadas com a saúde mental na AB. Segundo, a equipe do NASF potencializou a realização de atividades em grupo diversificadas, como oficinas de culinária com a presença de uma nutricionista e grupos de caminhada com o educador físico, assim como reuniões de orientação sobre a utilização de psicofármacos.

Criado em 2008, o NASF tinha como o objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, a partir da atenção básica⁴⁸. Por isso, o processo de desfinanciamento do NASF⁶ pode representar uma ameaça ao multiprofissionalismo na AB, assim como à garantia da integralidade do cuidado, uma vez que torna facultativo aos gestores municipais a decisão de manutenção dessa modalidade de equipe.

Dentre os profissionais que atuam na AB, é interessante identificar o papel que os Agentes Comunitários de Saúde desempenham nos territórios rurais. Estes profissionais auxiliam na garantia do diálogo e articulação entre as eSF e as famílias adscritas no território^{28,29}. Deste modo, a manutenção da obrigatoriedade do ACS residir no território ou microrregião onde trabalha se justifica a partir do interesse institucional em ter um trabalhador apto a circular nos territórios e a acessar os domicílios. Por ser um morador daquele espaço, o ACS possui maior facilidade em compreender a dinâmica de vida nesses territórios e colocar esse conhecimento em articulação com as necessidades das pessoas/coletividade, elevando o potencial de ação dos serviços da AB³⁹.

Nos estudos resgatados, não existe qualquer menção à especialização de médicos, enfermeiros e profissionais de saúde bucal em saúde da família. Tal questão demanda uma certa preocupação, uma vez que, apesar de não ser obrigatório, a PNAB sugere que estes profissionais ao atuarem na AB sejam especialistas em saúde da família³.

Em síntese, é interessante pensar o papel da AB nesse contexto. Ainda que a AB apresente uma série de limitações e problemas de funcionamento em áreas rurais, por exemplo, as grandes distâncias entre as unidades e as residências da população, a ausência de transportes para a população e para as equipes, a falta de estrutura adequada e, em alguns casos, a insuficiência de profissionais para as demandas da população rural, o avanço da cobertura da AB contribuiu para a diminuição das iniquidades de saúde no espaço rural e proporcionou a essa população, historicamente marginalizada, o acesso a uma série de serviços de prevenção e cuidado à saúde ^{7,22,23,24,25,26,27,28,29}.

Por outro lado, é preciso que a AB avance na realização de práticas em saúde específicas para a população rural, em especial, para os trabalhadores rurais, e que sejam desenvolvidas adequações no funcionamento das unidades e nos atendimentos realizados pelas eSF, visando a ampliação do acesso da população à oferta de serviços^{9,10}.

As últimas mudanças no campo da saúde, com a alteração do financiamento da APS através do programa Previne Brasil e com a fragilização do Programa Mais Médicos, em especial, aumentaram os desafios para a gestão da APS em áreas rurais, comprometendo ainda mais a realização das práticas de saúde nesse contexto^{30,31}.

CONCLUSÃO

Para a melhoria da atuação da APS em espaços rurais, para que de fato ela consiga atuar como o primeiro contato da atenção à saúde, de maneira longitudinal, abrangente e integral e como coordenadora do cuidado, é necessário que ocorra um conjunto de avanços, os quais envolvem, em primeiro lugar, repensar a PNAB, com a construção de orientações específicas para os cuidados e a gestão em saúde nesses contextos. Do mesmo modo, é preciso a construção

de um financiamento específico para as APS rurais, que deve levar em consideração questões como o custeio com deslocamento por longas distâncias da população e das equipes até as unidades e delas pelo território. Além disso, é necessário que nas políticas sejam planejadas estratégias para a atração e permanência de profissionais de saúde na APS em espaços rurais, principalmente de médicos^{31,37}.

Outra mudança necessária envolve a preparação dos profissionais de saúde para atuar em contextos rurais e para lidar com as demandas específicas dessas populações. Isso passa pela construção de um programa de educação permanente e continuada para os profissionais inseridos nessas áreas, assim como mudanças nos programas pedagógicos dos cursos de graduação, os quais são direcionados quase que exclusivamente para o cuidado com populações urbanas³⁷.

Por fim, no planejamento das ações da APS, é preciso incluir os cuidados direcionados aos trabalhadores rurais. Em geral, os homens que trabalham no campo acessam com menos frequência a APS, geralmente recorrendo aos serviços de pronto atendimento disponíveis nos pequenos hospitais existentes nas sedes dos municípios. Isso reflete elementos culturais que constituem as masculinidades no campo, mas também a falta de planejamento que leve em consideração as demandas e as condições de vida dos trabalhadores rurais, que muitas vezes não vão às UBS pela pouca resolutividade ou porque os horários de funcionamento coincidem com os que eles estão no trabalho^{9,10}.

A dinâmica dos territórios rurais brasileiros é muito diversa, logo, os aspectos culturais, econômicos e sociais relacionados ao processo saúde-doença das populações residentes destes territórios, também. Deste modo, esta revisão deixa lacunas que podem ser exploradas em outras revisões sobre a atuação da AB em áreas rurais. Por exemplo, uma análise da variação das demandas de saúde e das estratégias de cuidados adotadas na AB de acordo com as regiões do país, identificando as especificidades de cada contexto rural brasileiro; uma sistematização das demandas de saúde das mulheres rurais brasileiras, dos fatores associados ao processo saúde-doença e os principais serviços pensados e desenvolvidos para elas na AB, os quais não foram abordados nos estudos analisados nesta revisão; ou, ainda, a ampliação da busca de estudos para outras bases de dados e para pesquisas publicadas em formato de teses ou dissertações.

Apesar das limitações citadas, essa revisão promoveu uma sistematização de principais limitações e potencialidades da AB em áreas rurais brasileiras, evidenciando fatores relacionados com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e, por outro lado, demonstrando algumas estratégias lançadas para a garantia de uma assistência à saúde territorializada e integral para as populações citadas. Portanto, essa revisão contribui no processo de diagnóstico da AB em áreas rurais brasileiras, fornecendo informações relevantes para a compreensão das demandas de saúde das populações rurais e para a análise da efetividade das políticas públicas e ações em saúde destinadas a tais populações.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. 1º ed. Brasília: CONASS; 2015.
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 30 de dezembro de 2010 [Internet]. [acesso em 10 fev 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
3. Ministério da Saúde (BR). 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) [Internet]. Brasília, 21 de setembro de 2017. [acesso em 13 nov 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
4. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(2):327-338.
5. Ministério da Saúde (BR). E- gestor: informações e gestão da Atenção Básica [Internet]. Abril de 2024. [acesso em 14 mai 2022]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>
6. Ministério da Saúde (BR). Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS [Internet]. Brasília: MS; 2020 [acesso em 14 dez 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/previne-brasil/legislacao/legislacao-especifica/programa-previne-brasil/2020/nt_nasf-ab_previne_brasil.pdf/view.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023 [Internet]. [acesso em 14 dez 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html
8. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
9. Ferraz L, Trintade LL, Bevilaqua E, Santer J. As demandas do homem rural: informações para a assistência nos Serviços de saúde da atenção básica. *Rev. Min. Enferm.* 2013; 17(2): 349-355.
10. Miranda SVC, Oliveira PSD, Sampaio CA, Vasconcellos LCF. Singularidades do trabalho rural: masculinidades e procura por serviços de saúde em um território norte mineiro. *Physis* 2021; 31(2):1-20.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
12. Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, Fausto MCR. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2021; 37(11):1-21.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
14. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate* 2018; 42:302-314.
15. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad. Saúde Pública* 2021; 37(7):1-22.
16. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Batista Filho M, Silva SL. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Rev. Escol. Enferm. USP* 2016; 50(2):331-340.
17. Figueira MCS, Silva WP, Silva EM. Acesso aos serviços da Atenção Primária em Saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(3):1178-88.
18. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gest. Soc.* 2011; 5(11):121-136.
19. Araújo WCO. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *Conci* 2020; 3(2):100-134.
20. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(1):124-31.
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
22. Oliveira EM, Felipe EA, Santana HS, Rocha IH, Magnabosco P, Figueiredo MAC. Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. *Saúde soc.* 2015; 24(3):901-913.
23. Santos LC, Domingos TS, Braga EM, Spirl WC. Saúde mental na atenção básica: experiência de matriciamento na área rural. *Rev. Bras. Enferm.* 2020; 73(1):1-5.
24. Borges FA, Ogata MN, Feliciano AB, Fortuna CM. Gerenciamento em saúde: o olhar de trabalhadores da saúde da família rural. *Ciênc., Cuid. Saúde* 2016; 15(3):466-473.
25. Shimizu HE, Trindade JS, Mesquita MS, Ramos MC. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Rev Esc Enferm USP* 2018; 52:1-7.
26. Pitilin EB, Lentsck MH. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Rev. Escol. Enferm. USP.* 2015, 49(5):726-732.
27. Ferreira LS, Moreira LR, Paludo SS, Meucci RD. Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2020; 54(149):1-10.
28. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate* 2018; 42(1):81-99.
29. Lima RTS, Fernandes TG, Martins Júnior PJA, Portela CS, JC Schweickardt. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021, 26(6):2055-2064.
30. Rodrigues KV, Almeida PF, Cabral LMS, Fausto MCR. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. *Saúde debate* 2021; 45(131):998-1016.
31. Fausto MCR, Almeida PFD, Bousquat A, Lima JG, Santos AMD, Seidl H, et al. Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos brasileiros: contexto, organização e acesso à atenção integral no Sistema Único de Saúde. *Saúde soc.* 2023;32(1):e220382.
32. Komori NM, Ferreira DO, Lima FR, Rodrigues LR, Parreira BDM, Goulart BF. A prática da educação em saúde na perspectiva de profissionais da zona rural de um município do interior de Minas Gerais. *Rev. Enferm. UERJ* 2021; 29(1):e58980.
33. Carvalho NA, Caçador BS, Brito MJM. No caminho da Estratégia da Saúde da Família: itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de covid-19. *Saude soc.* 2023; 32(3):e210882.
34. Soares DJ, Vilasbôas ALQ, Souza MKB, Bispo Júnior JP. Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil. *Saúde debate* 2024; 48(142):e8945.
35. Sousa A, Fonseca F, Bousquat A. Invisibilidade das singularidades amazônicas na organização e oferta de

- serviços de Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo de caso na área rural ribeirinha de Manaus (AM). *Saúde soc.* 2023; 32:e220612.
36. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013; 18(8):2253-62.
37. Dantas ACDMTV, Martelli PJDL, Albuquerque PCD, Sá RMPFD. Relatos e reflexões sobre a Atenção Primária à Saúde em assentamentos da Reforma Agrária. *Physis* 2019; 29(2):e290211.
38. Lenz TC, Costa MC, Colomé ICS, Andrade A, Souza NS, Arboit J. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: perspectivas das pessoas com deficiência no contexto rural. *Rev. enferm. UFSM.* 2021; 11:e3.
39. Pontes AGV, Vale e Silva J, Arruda CAM, Carneiro FF, Moreira FJF, Bezerra CP, et al. NASF-AB no campo e nas águas: o cuidado em torno do trabalho, ambiente e saúde de famílias agricultoras e pescadoras. *Trab. educ. saúde* 2022; 20:e00275192.
40. Carvalho DMCF, Mafra TF, Melo DCS, Monteiro IS, Melo MMDC. O olhar de usuários, residentes e trabalhadores sobre uma intervenção em saúde bucal de abordagem comunitária na ESF do campo. *Rev ABENO* 2022; 22(2):e1701.
41. Focchesatto A. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas na população idosa rural da Linha Senador Ramiro, Nova Bassano, RS [Internet]. [Trabalho de Conclusão de Curso de Nutrição - Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Porto Alegre: UFRS; 2009. [acesso em 14 dez 2024]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/18761>.
42. Hirschmann R, Bortolotto CC, Martins-Silva T, Machado AKF, Xavier MO, Fernandes MP et al. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em população rural de um município no sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2020; 23:e200066.
43. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(3):565-574.
44. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26(1):2543-2556
45. Cunha MS, Sá MC. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. *Interface (Botucatu)* 2013; 17(44):61-73.
46. Sarti TD, Almeida APSC. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(4):252221.
47. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família – NASF [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [acesso em 14 dez 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.
48. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde debate* 2018, 42(1):261-274.

ABSTRACT

Objective: to analyze, based on the national literature, the strategies adopted by Primary Health Care (PHC) teams to meet the demands of Brazilian rural populations. Method: Integrative review. A search was carried out in the BVS and Scielo libraries using the descriptors: "Primary health care", "Primary Health Care", "Rural area" and "Rural area". From a universe of 6,570 works, 17 were selected and 5 publications were subsequently added, leaving 22 studies focusing on the multidisciplinary work of PHC in Brazilian rural areas, published between 2012 and 2024. Results: It was identified that the health demands of the rural population generally involve illnesses associated with work in the field and the prevalence of Chronic Noncommunicable Diseases. Regarding access to Health Units, the existence of great distances between the units and homes, incompatible schedules and lack of transportation were identified. Regarding the teams and practices, doctors, nurses and Community Health Agents stand out, as for the activities mentioned in the studies, they develop workshops, group activities and home visits or care at strategic points and activities related to cancer prevention and alcohol and cigarette abuse. However, there are few activities directed to the specific demands of the rural population. Thus, there is a need to rethink the organization and performance of PHC in rural contexts.

Keywords: Primary Health Care; Rural Area; Integrative Review.

RESUMEN

Objetivo: analizar, a partir de la literatura nacional, las estrategias adoptadas por los equipos de Atención Primaria de Salud (ABS) para atender las demandas de las poblaciones rurales brasileñas. Método: Revisión Integrativa. Se realizó una búsqueda en las bibliotecas de la BVS y Scielo utilizando los descriptores: "Atención primaria a la salud", "Atención primaria a la salud", "Área rural" y "Área rural". De un universo de 6.570 obras, se seleccionaron 17 y posteriormente se agregaron 5 publicaciones, quedando 22 estudios, enfocados en la acción multidisciplinaria del ABS en el área rural brasileña, publicados entre 2012 y 2024. Resultados: Se identificó que las demandas de salud de la población rural generalmente involucran enfermedades asociadas al trabajo en el campo y la prevalencia de Enfermedades Crónicas. Enfermedades No Transmisibles. En cuanto al acceso a las Unidades de Salud, se identificó la existencia de grandes distancias entre las unidades y los domicilios, horarios incompatibles y falta de transporte. En cuanto a equipos y prácticas, destacan los médicos, enfermeras y Agentes Comunitarios de Salud. Respecto a las actividades mencionadas en los estudios, desarrollan talleres, actividades grupales y visitas domiciliarias o de atención en puntos estratégicos y actividades relacionadas con la prevención del cáncer y el maltrato. consumo de alcohol y cigarrillos. Sin embargo, existen pocas actividades dirigidas a las demandas específicas de la población rural. Por tanto, es necesario repensar la organización y el desempeño de la APS en contextos rurales.

Palabras clave: Atención Básica de Salud; Zona rural; Revisión integrativa.