



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

JOSÉ GUILHERME CONSOLINI

**Acesso da população do campo às ações da Estratégia Saúde da Família em
área rural no município de Poços de Caldas**

Campinas
2022

JOSÉ GUILHERME CONSOLINI

**ACESSO DA POPULAÇÃO DO CAMPO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÁREA RURAL DE MUNICÍPIO DE POÇOS
DE CALDAS**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde na área de política, gestão e planejamento.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. MÔNICA MARTINS DE OLIVEIRA VIANA

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA PELO ALUNO JOSÉ GUILHERME CONSOLINI E ORIENTADA PELA PROFESSORA DOUTORA MÔNICA MARTINS DE OLIVEIRA VIANA.

CAMPINAS

2022

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

C765a Consolini, José Guilherme, 1990-
Acesso da população do campo às ações da Estratégia Saúde da Família em área rural no município de Poços de Caldas / José Guilherme Consolini. – Campinas, SP : [s.n.], 2022.

Orientador: Mônica Martins de Oliveira Viana.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. População rural. 3. Acessibilidade. 4. Atenção básica à saúde. 5. Estratégia saúde da família. I. Viana, Mônica Martins de Oliveira, 1986-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Access of the rural population to the actions of the Family Health Strategy in a rural area in the city of Poços de Caldas

Palavras-chave em inglês:

Health services accessibility

Rural population

Accessibility

Primary health care

Family health strategy

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Mônica Martins de Oliveira Viana [Orientador]

Maria Izabel Sanches Costa

Daniele Pompei Sacardo

Data de defesa: 18-03-2022

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-1388-3629>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/3820706299992732>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

JOSÉ GUILHERME CONSOLINI

ORIENTADORA:

PROF^a. DR^a. MÔNICA MARTINS DE OLIVEIRA VIANA

MEMBROS:

1. PROF^a. DR^a. Mônica Martins de Oliveira Viana (Orientadora)

2. PROF^a. DR^a. Maria Izabel Sanches Costa

3. PROF^a. DR^a. Daniele Pompei Sacardo

Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

RESUMO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é o conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação e a porta de entrada às Redes de Atenção à Saúde, sendo a Estratégia Saúde da Família a estratégia prioritária para a sua consolidação. Todavia estas ações e serviços de saúde têm sido menos acessíveis pelas populações mais carentes, como é o caso da população do campo. Ainda que a saúde seja um direito constitucional, fatores financeiros, geográficos, organizacionais e acesso à informação são fatores determinantes do acesso às ações e aos serviços de saúde, barreiras que exprimem as desigualdades sociais e a inequidade. **Objetivo geral:** Analisar as condições de acesso da população rural às ações da Estratégia Saúde da Família Rural situada em seu território no município de Poços de Caldas. **Objetivos específicos:** Analisar a percepção do acesso da população rural às ações da Estratégia Saúde da Família Rural situada em seu território; identificar fatores que facilitam ou dificultam o acesso da população às ações da Estratégia Saúde da Família Rural situada em seu território; analisar a percepção da população rural em relação à assistência prestada pela Estratégia Saúde da Família Rural em seu território durante a pandemia do novo coronavírus; elaborar, como produto técnico, um roteiro para uma roda de conversa com a equipe da Estratégia Saúde da Família Rural e representantes da comunidade rural trazendo uma discussão sobre acesso e direitos em saúde. **Metodologia:** Estudo de abordagem quantiqualitativa, aplicados questionários estruturados à população rural e realizado observação participante. **Resultados:** A maioria dos entrevistados tinha ensino fundamental incompleto e relatou conseguir atendimento com médico ou enfermeiro quando necessário, no entanto, um pouco menos da metade conseguia atendimento de urgência na ESF Rural e embora a maioria tivesse a ESF Rural como primeiro local de escolha na busca por atendimento, quase 40% procuravam primeiramente a UPA. A maioria encontrava as medicações necessárias somente às vezes e quase metade dos usuários achava a distância até a ESF Rural perto ou muito perto e a outra metade encontrava algum grau de dificuldade, sendo que dos que achavam longe ou muito longe, a maioria ia

a pé. Quanto à assistência prestada durante a pandemia de COVID-19, a maioria acreditava estar recebendo da ESF Rural a assistência necessária. Foram encontrados fatores sócio-organizacionais e geográficos que dificultavam o acesso como: indisponibilidade de insumos frente a demanda, horário de atendimento reduzido, baixa oferta de profissionais de saúde frente a demanda, falta de recursos financeiros do usuário e acesso às informações. Dentre os fatores que facilitavam o acesso estavam: o apoio da comunidade, a realização de visitas domiciliares e disponibilidade de veículo, proximidade entre domicílios e estabelecimentos de saúde e posse de meio de transporte. **Conclusão:** A população rural convive com o descompasso de acesso entre o que se espera de uma ESF abrangente e o que tem sido ofertado. Embora haja esforço da equipe para efetivar o cuidado, há uma precarização do cuidado ofertado na ESF que se reflete na escassez de condições de trabalho e culmina na não efetivação dos preceitos da integralidade, da longitudinalidade e do papel da atenção básica como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede. E, dentro do escopo da zona Rural, o não cumprimento de tais preceitos deságua na impossibilidade da Atenção Básica operar como dispositivo de efetivação do princípio da equidade e a ESF acaba por reproduzir desigualdades.

Palavras-chave: Acesso; População Rural; Acessibilidade; Atenção Básica em Saúde; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is the set of actions for health promotion, prevention of diseases and injuries, diagnosis, treatment and rehabilitation and the gateway to Health Care Networks, with the Family Health Strategy (FHS) being the priority strategy for its consolidation. However, these actions and health services have been less accessible by the poorest populations, such as the rural population. Although health is a constitutional right, financial, geographic, organizational factors and access to information are determining factors in access to health actions and services, barriers that express social inequalities and inequity. **General objective:** To analyze the conditions of access of the rural population to the actions of the Rural Family Health Strategy located in its territory in Poços de Caldas city. **Specific objectives:** To analyze the perception of the rural population's access to the actions of the Rural Family Health Strategy (Rural FHS) located in their territory; to identify factors that facilitate or hinder the population's access to the actions of the Rural Family Health Strategy located in its territory; to analyze the perception of the rural population in relation to the assistance provided by the Rural Family Health Strategy in their territory during the pandemic of the new coronavirus; to elaborate, as a technical product, a script for a conversation circle with the Rural Family Health Strategy team and representatives of the rural community, bringing a discussion about access and rights in health. **Methodology:** Study with a quantitative and qualitative approach, structured questionnaires were applied to the rural population and participant observation was carried out. **Results:** Most respondents had incomplete elementary education and reported getting care from a doctor or nurse when necessary, however, a little less than half were able to get emergency care at the Rural ESF and although most had the Rural ESF as the first place of choice in the search for service, almost 40% first sought the UPA. Most found the necessary medications only sometimes and almost half of the users found the distance to the Rural ESF close or very close and the other half found some degree of difficulty, and of those who found it far or very far, most went on foot. . As for the assistance provided during the COVID-19 pandemic, most believed that they were receiving the

necessary assistance from the ESF Rural. Socio-organizational and geographic factors were found that made access difficult, such as: unavailability of supplies in response to demand, reduced service hours, low supply of health professionals in response to demand, lack of financial resources for the user and access to information. Among the factors that facilitated access were: community support, carrying out home visits and vehicle availability, proximity between households and health facilities and having a means of transport. **Conclusion:** The rural population lives with the mismatch of access between what is expected of a comprehensive FHS and what has been offered. Although there is an effort by the team to provide care, there is a precariousness of the care offered in the FHS that is reflected in the scarcity of working conditions and culminates in the non-effectiveness of the precepts of integrality, longitudinality and the role of primary care as an organizer of care and network coordinator. And, within the scope of the rural area, non-compliance with such precepts leads to the impossibility of Primary Care to operate as a device for the realization of the principle of equity and the FHS ends up reproducing inequalities.

Keywords: Access; Rural Population; Accessibility; Primary Health Care; Family Health Strategy.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. CAPÍTULOS TEÓRICOS.....	16
2.1. Capítulo 1: O Município de Poços de Caldas.....	16
2.1.1. Características gerais do município de Poços de Caldas.....	16
2.1.2. <i>Contexto histórico</i>	17
2.1.3. O turismo na região.....	18
2.1.4. Infraestrutura.....	19
2.1.4.1 Emprego.....	19
2.1.4.2 Energia.....	20
2.1.4.3 Água e Esgoto.....	21
2.1.4.4 Indústrias.....	22
2.1.4.5 Agropecuária.....	24
2.1.4.6 Estabelecimentos de saúde.....	26
2.2. Capítulo 2: Discussão sobre urbanidade e ruralidade.....	27
2.3. Capítulo 3: Acessibilidade e acesso.....	30
2.3.1. Dificuldades de acesso e fatores causais.....	32
2.3.2. Em busca da garantia de acesso.....	34
2.4. Capítulo 4: Estrutura Fundiária no Brasil.....	36
2.4.1. A origem da estrutura fundiária.....	36
2.4.2. O êxodo rural.....	37
2.5. Capítulo 5: Desigualdades em saúde.....	40
3 OBJETIVOS.....	44
3.1. Objetivo geral.....	44
3.2. Objetivos específicos.....	45
4 METODOLOGIA.....	45
4.1. Local do estudo.....	45
4.2. Desenho do Estudo.....	46
4.3. Técnicas de produção de dados.....	46
4.4. Análise dos dados.....	49
4.5. Aspectos éticos.....	49
6 RESULTADOS.....	50
6.1. Descrição e análise dos dados quantitativos.....	50

6.2 Descrição e análise dos dados qualitativos.....	69
6.2.1 Aspectos da organização do serviço.....	69
6.2.2 Entrada em campo.....	70
6.2.3 Descrição dos dados qualitativos.....	71
6.2.4 Categorização.....	78
Categoria 01: Fatores sócio-organizacionais que dificultam o acesso.....	78
A1) Indisponibilidade de insumos frente as demandas:.....	78
B1) Horário de atendimento reduzido:.....	79
C1) Baixa oferta de profissionais de saúde frente a demanda.....	79
D1) Falta de recursos financeiros do usuário.....	83
E1) Acesso às informações.....	83
Categoria 02: Fatores geográficos que dificultam o acesso.....	84
A2) Distância entre a residência e o estabelecimento de saúde e indisponibilidade de meios ou custo com transporte.....	84
Categoria 3: Fatores socio-organizacionais que facilitam o acesso.....	84
A3) Apoio da Comunidade.....	84
B3) Realização de visitas domiciliares periódicas e disponibilização de veículo à equipe da ESF Rural.....	85
Categoria 4: Fatores geográficos que facilitam o acesso.....	85
A4) Proximidade entre domicílios e o estabelecimento de saúde e posse de meio de transporte.....	85
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória profissional inicia-se na atenção terciária em hospital de referência para Acidente Vascular Encefálico agudo e Infarto Agudo do Miocárdio no município de Poços de Caldas, MG, hospital privado, conveniado ao SUS e concomitantemente iniciei o trabalho em outro hospital da rede privada do município e após alguns anos, deixei o hospital de referência para eventos cardio e cerebrovasculares em busca de melhores condições de trabalho e remuneração. Fui admitido em um hospital privado em São João da Boa Vista, SP e mantive duplo vínculo mantendo minha atuação no hospital privado do município de Poços de Caldas. Nos três hospitais onde trabalhei, atuei no Pronto Atendimento, sendo um setor onde há alta rotatividade de pacientes, não sendo, pela própria dinâmica, possível estabelecer vínculos com os enfermos ou seus familiares ou atuar nos fatores de ordem social que interferem no processo saúde-doença. Em 2016 iniciei um novo desafio profissional, fui admitido via concurso público para trabalhar como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Poços de Caldas, sendo necessário deixar os outros vínculos empregatícios para assumir a função que exerço até a presente data, tendo responsabilidade técnica sobre a equipe atuante na área rural. Isto tornou-se um duplo desafio, primeiro porque tive que deixar uma prática meramente curativista, com foco na doença, na estabilização hemodinâmica do doente gravemente enfermo e iniciar uma prática holística, realizando ações preventivas, de promoção à saúde, considerando não só a pessoa, mas sua família e todo contexto social, cultural, onde o sujeito está inserido e segundo porque tive que exercer uma nova prática em um contexto rural, marcado pela desigualdade socioeconômica. Todas estas questões relacionadas ao vínculo com o usuário, não mais chamado por mim por paciente, uma vez que é participante ativo na promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças e a importância da participação da comunidade e família no processo que envolve o cuidar, bem como os aspectos culturais, sociais, econômicos que favorecem ou dificultam a busca pelo cuidado saíram da teoria e começaram a ser vivenciadas por mim na prática. O

trabalho desempenhado na Atenção Primária em Saúde tornou-se uma paixão, a partir dos vínculos estabelecidos, da possibilidade de acompanhar a “vida” das “pessoas”, que antes me eram “pessoas vivas”, de compartilhar momentos importantes para o usuário, não mais “paciente” ou “cliente” desde o nascimento até morte de pessoas queridas, auxiliando no momento do adoecimento ou do luto. Durante a realização do meu trabalho como enfermeiro da Atenção Básica no contexto rural, me surgiu uma inquietação ao ver gestantes não aderindo ao pré-natal por falta de recursos de ordem econômica para chegarem à unidade, meninas tornando-se mães precocemente por não realização de planejamento familiar, crianças em péssimas condições de higiene, dentição prejudicada e baixo peso, mães que precisavam enfrentar longas caminhadas a pé para chegar ao serviço de saúde e falas da própria equipe, por falta de maturidade, que demonstravam preconceito e culpabilização, tais como: “por que foi arrumar tantos filhos”. Nesse raciocínio, seria então essa caminhada a pé uma espécie de castigo ao seu “grave erro” de ter escolhido ser mãe. Via, de um lado, mulheres, homens, provedores trabalhando nas lavouras sem terem tempo de procurar a Atenção Básica para um atendimento voltado à prevenção e, do outro, a dificuldade da equipe em ser ouvida por estes trabalhadores durante a jornada de trabalho apresentando doenças incapacitantes como Acidente Vascular Encefálico que poderiam ter sido evitadas por medidas básicas como controle de ingestão de sódio, aferição e controle de pressão arterial, por medidas medicamentosas ou não, e exames laboratoriais, sem contar os acidentes de trabalhos graves com cortes profundos e trabalhadores sendo ameaçados pelos seus patrões a não apresentarem atestados médico, caso contrário seriam mandados embora, além do adoecimento psíquico de mulheres que ficam em casa, cuidando dos afazeres domésticos e dos filhos sem exercer atividades ocupacionais remuneradas ou voltadas ao lazer. Além das dificuldades envolvendo o usuário e suas limitações econômicas, geográficas, educacionais, a equipe da ESF rural também possuía dificuldades de amenizar estes problemas considerando falta de recursos materiais que impediam a comunicação do usuário com a equipe, racionamentos frequentes de combustíveis nos meses de novembro e dezembro prejudicando as visitas domiciliares e conseqüentemente o rastreio e

orientações. A insuficiência de recursos humanos, como falta de técnico de enfermagem em todas as unidades, e o caráter itinerante de médico e enfermeiro faziam com que os usuários procurassem sempre as Unidades de Pronto Atendimento para as queixas mais agudas. Diante tantos problemas apontados, pareceu-me necessário realizar um estudo que apontasse como a população percebia este acesso, considerando que a percepção e o acesso propriamente dito são coisas diferentes, pois o indivíduo pode ter uma série de direitos que desconhece e que lhes não lhes são outorgados. Nesse sentido, tornou-se necessário além de uma abordagem quantitativa, para definir em termos numéricos o percentual de usuários apresentando dificuldade do acesso, uma abordagem qualitativa para entendermos o fenômeno propriamente dito e a percepção do pesquisador podendo preencher a lacuna que existe entre o acesso propriamente dito e a percepção do acesso. Não que a visão do pesquisador tenha mais importância que a visão do sujeito, no entanto, sentia que era necessário mergulhar mais fundo neste campo, para compreender melhor o fenômeno.

1. INTRODUÇÃO

No ano de 1978 em Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde declarou que os “cuidados primários” em saúde englobavam serviços de promoção à saúde e prevenção de doenças, reabilitação ou cura, além de ações educativas envolvendo questões voltadas para alimentação saudável, saneamento, saúde materno-infantil, planejamento familiar, imunização, entrega de medicações, buscando a participação da comunidade e ações equitativas. (BRASIL, 2002). Ao trabalho com “cuidados primários” no Brasil foi dado o nome de Atenção Básica à Saúde (ABS) (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2018). A ABS é conceituada como o conjunto de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos realizadas no âmbito individual ou coletivo em território definido, sendo a principal porta de entrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) seguindo os mesmos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) da Universalidade, Igualdade (equidade) e Integralidade e suas diretrizes, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF), a estratégia prioritária para sua expansão e consolidação. (BRASIL, 2017).

No entanto, desigualdades socioeconômicas têm interferido no acesso às ações e aos serviços de saúde das populações, como tem sido no contexto rural e neste cenário, destacam-se as doenças veiculadas pela água pela precariedade do saneamento, doenças osteomusculares relacionadas às questões ergonômicas no trabalho, intoxicação por agrotóxicos, arboviroses e violência doméstica. (BRASIL, 2011).

Assim, com intuito de promover saúde da população do campo e floresta, assegurar o acesso aos serviços de saúde e prevenir riscos decorrentes do trabalho no contexto rural, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 2.866 de 2 de dezembro de 2011 “institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)”. (BRASIL, 2011).

Alguns anos após a criação da PNSIPCF, faz-se ainda necessário discutir a questão sobre o acesso da população rural às ações e serviços da Estratégia Saúde da

Família (ESF), visto que estudos mostram que a percepção de doenças crônicas e procura por serviços de saúde para exames de rotina são menores da população rural quando comparada à urbana, além de que a procura pelos serviços de saúde é diretamente proporcional à escolaridade e, ainda, a população masculina na área rural também procura menos os serviços de saúde (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018). A população rural depende do sistema público de saúde para obter cuidados em saúde visto que apenas uma mínima parcela desta população possui direito a algum plano privado de saúde (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018), sendo assim um serviço de saúde de qualidade e acessível a esta população é fundamental para assegurar que as necessidades de cuidados em saúde sejam atendidas.

De um modo geral a população rural recebe nada além de uma pequena assistência médico-sanitária e pouco atendimento de agências governamentais e a maior parte dos municípios brasileiros possuem uma atenção primária disponibilizada à população rural inferior quando comparada à zona urbana (ROUQUAYROL, 2006, p.356-357). Ou seja, além de viver em situações precárias, esta população possui dificuldades de acesso aos serviços de saúde no Brasil, país marcado pelas desigualdades socioeconômicas (BRASIL, 2015).

O investimento do setor público em saúde em áreas de baixa densidade populacional (como é o caso da área rural do município em análise) é visto pelo gestor como uma decisão difícil de ser tomada tendo em vista a dificuldade de estabelecer a contratação e viabilizar o transporte das equipes e ainda levando em consideração a escassez de recursos. (COELHO; SCATENA, 2014).

2. CAPÍTULOS TEÓRICOS

2.1. Capítulo 1: O Município de Poços de Caldas

2.1.1. Características gerais do município de Poços de Caldas

O município de Poços de Caldas possui uma área territorial de 547,061 Km² e uma população de 166.085 pessoas segundo estimativa populacional de 2016 (IBGE, 2019). Quanto à divisão administrativa, segundo dados do IBGE de 2015, o município possui 01 distrito e 27 bairros.

O último censo realizado, em 2010, apontou uma população de 152.435, com 148.722 (98%) residindo na área urbana e 3.713 (2%) na área rural. (IBGE, 2010).

A taxa bruta de natalidade do município é de 12,64 nascidos vivos por mil habitantes e a taxa bruta de mortalidade, de 6,53 óbitos por 1000 habitantes e a proporção de idosos com sessenta anos ou mais na população é de 13,34% e a proporção de menores de 15 anos na população, de 19,82% segundo o último censo de 2010 (IBGE, 2019).

A taxa de analfabetismo é de 3,4%, a renda média domiciliar per capita de R\$ 942,52, a proporção de pessoas com baixa renda (menos de meio salário-mínimo) de 14,41% e a proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda era de 26,57%, a taxa de desemprego de 5,9% e de trabalho infantil de 6,45%. Cerca de 151.748 pessoas tem acesso ao abastecimento de água, instalações sanitárias e coleta de lixo segundo censo de 2010. (IBGE, 2019)

A cidade de Poços de Caldas possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado alto e ocupa a sexta posição no ranking de Minas Gerais que por sua vez ocupa a nona posição entre os estados brasileiros (PNUD; IPEA; FJP, 2013). O Produto Interno Bruto (PIB) per capita do município foi de R\$ 45.798,92 no ano 2019. (IBGE, 2021).

A cobertura populacional estimada de equipes da Atenção Básica (eAB) no município de Poços de Caldas para março de 2019 foi de 86,24% e a cobertura das equipes de Saúde da Família (eSF) foi de 72,69% no mesmo período e para o estado de Minas Gerais, a cobertura da eAB foi de 88,03% e a cobertura da eSF de 79,74% para março de 2019 (BRASIL,2017).

Acreditamos que a realização do estudo em um município onde há predominantemente uma população urbana e com um IDH alto (PNUD; IPEA; FJP, 2013) e considerável cobertura eAB e eSF (BRASIL, 2017) permitirá revelar se há ou não equidade frente essa minoria rural.

2.1.2. Contexto histórico

A descoberta das primeiras fontes e nascentes de águas termais contribuiu para o progresso da região onde se situa Poços de Caldas. No início do século XIX ocorreu na freguesia de Nossa Senhora do Patrocínio de Caldas a doação de sesmaria ao Major Joaquim Bernardes da Costa Junqueira concedida pelo Governador da Capitania de Minas Gerais, sendo em 6 de novembro de 1872 as sesmarias aumentada em 40 alqueires, data em que é comemorada o aniversário da cidade de Poços de Caldas. (POÇOS DE CALDAS, 2021).

Pessoas com doenças de pele iam até a cidade para obter tratamento com as águas termais na casa de banho fundada em 1886, ano em que o Imperador Dom Pedro II visitou a região para inauguração de uma estrada de ferro e três anos após a chegada do Imperador foi desmembrada do distrito de Caldas tornando-se vila e município. Em 1889 foi construído outro balneário, onde hoje se encontra as Thermas Antônio Carlos, um dos pontos turísticos da cidade construído no final dos anos 20. (IBGE, 2017).

No ano de 1898 foi inaugurada a primeira usina hidrelétrica da cidade e no mesmo período, imigrantes italianos chegaram na região para trabalhar nas lavouras. (POÇOS DE CALDAS, 2021).

No século XX foram construídos o Palace Hotel, Palace Cassino e as Thermas Antônio Carlos atraindo as classes mais abastadas da sociedade. No entanto, com o fechamento das casas de jogos em 1946 e a descoberta dos antibióticos, as águas termais deixaram de ser o foco no tratamento das doenças e a elite frequentadora dos cassinos deixou de frequentar a cidade para esta finalidade gerando um forte impacto econômico na cidade que foi superado pelo investimento no turismo e pelas indústrias que se instalaram na região. (IBGE, 2017).

2.1.3. O turismo na região

Atualmente, a cidade dispõe de centros culturais e museus importantes para o turismo da região dentre os quais destacam-se o Espaço Cultural da Urca, inaugurado em 1942, sendo, na época, uma das mais importantes casas de jogos do Brasil e que hoje serve de espaço para apresentação de eventos e exposições culturais. (POÇOS DE CALDAS, 2017).

Durante a vacinação contra o COVID-19 o Espaço Cultural da Urca foi utilizado para realização da imunização da população residente no município. (POÇOS DE CALDAS, 2021).

No município há importantes cristalarias que fabricam cristais conhecidos internacionalmente, produzidos por descendentes de vidreiros que viviam na ilha de Murano próxima à Veneza, na Itália. (POÇOS DE CALDAS, 2017).

A cidade também conta com estátuas e monumentos históricos tais como o Cristo Redentor inaugurado em 1958 e a Fonte dos Amores, inaugurada em 1929. (POÇOS DE CALDAS, 2017).

Dentre os principais eventos culturais que ocorrem na cidade destacam-se o Festival Música das Montanhas; a Volta ao Cristo; o Carnaval poços-caldense; a Festa de São Benedito; Exposição Nacional de Orquídeas que envolve 40 cidades que expõem flores raras no espaço cultural da Urca e outros eventos importantes. (POÇOS DE CALDAS, 2017).

A cidade também dispõe de feiras de artesanatos, fontes hidrominerais e termais, além do Parque Municipal Antônio Molinari e Parque Ecológico Municipal e outros pontos turísticos importantes como a Praça Pedro Sanches, o Parque José Affonso Junqueira, as Thermas Antônio Carlos, o Calendário Floral, o Relógio Floral, o Palace Cassino, Pedra Balão. (POÇOS DE CALDAS, 2017).

2.1.4. Infraestrutura

2.1.4.1 Emprego

A prestação de serviços (37,5%) e o comércio (22,5%) são os setores que mais geram emprego no município de Poços de Caldas, tendo a agropecuária, extração vegetal, caça e pesca uma representatividade de 2,1%. (FJP, 2020).

Tabela 1.0: Distribuição percentual do emprego por setor de atividade econômica - 2018

Atividade econômica	FA	FR
Extrativa Mineral	147,45	0,3%
Indústria de Transformação	8601,07	17,5%
Siup	638,94	1,3%
Construção civil	2948,94	6,0%
Comércio	11058,53	22,5%
Serviços	18430,88	37,5%
Administração Pública	6291,06	12,8%
Agropecuária, Extração Vegetal, Caça e Pesca	1032,13	2,1%
Total	49149	100%

Fonte: Fundação João Pinheiro, 2020.

A maior concentração comercial está na região central da cidade e local onde os

turistas mais se concentram, com importantes atividades como venda de laticínios, malhas, cristais e souvenirs, havendo ainda atividades comerciais e serviços em micropolos que atendem as populações dos bairros. (POÇOS DE CALDAS, 2017).

O PIB a preços correntes do município era de R\$ 7,67 bilhões, sendo que a agropecuária representava R\$ 31,51 milhões (0,41%), a indústria R\$ 1,69 bilhão (22,11%), serviços (excluindo-se administração, defesa, educação, saúde pública e seguridade social) representava R\$ 3,74 bilhões (48,73%) e administração, defesa, educação, saúde pública e seguridade social representavam R\$ 984,94 milhões (12,85%) no ano de 2018 e os impostos líquidos de subsídios sobre produtos a preços correntes representavam R\$ 1,22 bilhão (15,9%) do PIB (IBGE, 2019).

2.1.4.2 Energia

Em 1898 foi inaugurada por Octaviano Ferreira de Brito a Pequena Usina Hidrelétrica construída na Cachoeira das Antas com valor estimado de cento e sessenta contos de réis. (DME, 2021).

Com o crescimento da cidade, a empresa Costa & Companhia assumiu a usina, aumentando a geração de energia elétrica para atender a demanda e em 1927 a prefeitura assumiu os direitos de exploração da energia elétrica e em 1928 a Companhia Sul Mineira de Eletricidade expandiu mais linhas de transmissão e em 1954 o Departamento Municipal de Eletricidade de Poços de Caldas (DME) foi criado por meio da Lei nº 420 de 9 de dezembro e em 2010 a partir do DME surgiram três empresas com o objetivo de se adequar à lei nº10.848 de 2004 que estabelecia que as concessionárias de energia não podiam exercer atividades de geração, transmissão e distribuição de energia ao mesmo tempo, surgindo o DME Distribuição, DME Energética e DME Participações. (DME, 2021).

O DME fornece energia elétrica exclusivamente para o município de Poços de Caldas e alcança a totalidade da população. (POÇOS DE CALDAS, 2017).

2.1.4.3 Água e Esgoto

O Município dispõe do Departamento Municipal de Água e Esgoto de Poços de Caldas (DMAE), criado pela Lei nº 1.220 de 15 de setembro de 1965, sendo a primeira Estação de Tratamento de Água construída em 1943 e ampliada em 1957 captando água da Represa Saturnino de Brito. (POÇOS DE CALDAS, 2017).

O Programa Nacional de Saneamento Rural recategorizou os setores censitários em relação à situação urbano/rural, levando em consideração os critérios de densidade populacional e vizinhança e não apenas a divisão política, sendo assim, utilizando esta nova forma de categorização, o município de Poços de Caldas teria uma população urbana de 140.132 pessoas (92,3%) e uma população rural de 11.764 (7,7%) com base no censo de 2010 do IBGE e 46.921 domicílios na área urbana e 3554 domicílios na área rural. (INFOSANBAS, 2022).

Esta nova metodologia de categorização é utilizada pelo InfoSanbas, ferramenta colaborativa para estudos e criação de representações visuais para dados relacionados ao saneamento básico no Brasil gerido pelo Departamento de Engenharia de Saúde Pública da FUNASA/Ministério da Saúde, pelo Departamento de Engenharia Sanitária e Ambiental da Escola de Engenharia da UFMG, pela Cooperativa EITA (Educação, Informação e Trabalho para Autogestão) e Estação de Territorialização do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (INFOSANBAS, 2022).

Com base nesta metodologia, utilizando-se dados censitário do IBGE do ano de 2010, apontou-se que 99% dos domicílios urbanos eram abastecidos por rede geral, ao passo que nos domicílios rurais, 69% eram abastecidos por rede geral, 23% por poço ou nascente, e 7% por outra forma de abastecimento de água. (INFOSANBAS, 2022).

Em relação ao lixo, com base no censo de 2010, nos domicílios urbanos, todo lixo era coletado por serviço de limpeza, ao passo que nos domicílios rurais, 80% era coletado por serviço de limpeza, 9% queimado na propriedade, 8% em caçamba de serviço de limpeza, 2% outro destino e 1% enterrado na propriedade.

(INFOSAMBAS, 2022).

Todos os domicílios (100%), segundo dados do IBGE (2010) urbanos ou rurais possuíam banheiro de uso exclusivo dos moradores (INFOSAMBAS, 2022).

Em relação esgotamento sanitário, 99% das residências urbanas dispunham de rede geral de esgoto ou pluvial e na zona rural, 66% das residências dispunham de rede geral de esgoto ou pluvial, 13% de fossa séptica, 11% de fossa rudimentar, 8% de rio ou lago e 2% de vala com base nos dados censitários do IBGE (2010). (INFOSAMBAS, 2022).

Quanto ao fornecimento de água potável para o consumo humano, segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e Ministério da Educação (MEC) (2019), o município fornece água potável para consumo humano para 100% de suas escolas, sendo 102 localizadas na área urbana e 4 na área rural. (INFOSAMBAS, 2022).

As escolas urbanas são 100% abastecidas com água da rede pública ao passo que as escolas rurais são 100% abastecidas com água de rio e o esgotamento sanitário das escolas urbanas ocorre 100% por rede pública e das escolas rurais 100% por fossa séptica segundo dados do INEP e MEC (2019). (INFOSAMBAS, 2022).

O fornecimento de água potável para o consumo humano para 100% das escolas rurais diminui a probabilidade de crianças e adolescentes adquirirem doenças causadas pela presença de substâncias químicas e bactérias na água mediante seu consumo em ambiente escolar.

2.1.4.4 Indústrias

O município de Poços de Caldas situa-se na divisa com o Estado de São Paulo, próxima aos importantes centros econômicos do Brasil como São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro. (POÇOS DE CALDAS, 2017).

Tabela 2.0: Número de Empresas no município de Poços de Caldas por porte (Todos os setores)

Porte	Número de empresas
Microempreendedor individual (MEI)	8744
Microempresa (ME)	8357
Empresa de Pequeno Porte (EPP)	853
Demais	1473
Total	19427

Fonte: DataSebrae Painel de Empresas, 2020.

Segundo dados da Receita Federal do Brasil atualizados em 2020, disponíveis no site da SEBRAE, o município de Poços de Caldas possuía um total de 19427 empresas, sendo 8744 microempresas individuais, 8357 microempresas, 853 empresas de pequeno porte e 1473 empresas de outro porte. Os dados mostram que o microempreendedor individual possuía um papel importante na economia do município, correspondendo a 45% das empresas do município quanto ao porte.

Do total de 19427 empresas no município, 1097 (5,64%) correspondiam a empresas relacionadas ao comércio varejista de artigos do vestuário e acessórios, 680 (3,5%) correspondiam a microempresas individuais que exerciam atividades como cabeleireiros, manicures e pedicures e 613 (3,15%) a empresas do ramo alimentício como lanchonetes, casas de chás, de sucos e similares, sendo estas portanto as três principais atividades econômicas do município. (SEBRAE, 2020).

Tabela 3.0: Número de Empresas no município de Poços de Caldas por porte (Setor indústria)

Porte (Setor Indústria)	Número de Empresas (Setor Indústria)
Microempreendedor individual (MEI)	1032
Microempresa (ME)	708
Empresa de Pequeno Porte (EPP)	137
Demais	359
Total	2236

Fonte: DataSebrae Painel de Empresas, 2020.

No município de Poços de Caldas havia 2236 empresas e deste total, 1032 (46%) correspondendo a microempresas individuais e 708 (32%) a microempresas.

A três maiores atividades econômicas industriais no município estavam relacionadas à incorporação de empreendimentos imobiliários (267 empresas (12%)), fabricação de produtos de padaria e confeitaria com predominância de produção própria (140 empresas (6%)) e extração de minério de alumínio (111 empresas (5%)). (SEBRAE, 2020).

2.1.4.5 Agropecuária

Pequenos produtores rurais no município de Poços de Caldas se reúnem em associações permitindo que os mesmos consigam adquirir insumos e equipamentos mais rentáveis e compartilhem assistência técnica, tecnologias e capacitação profissional. (CONDRAS, 2016).

Estas associações contam com o apoio do Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural Sustentável (CONDRAS) criado em 1994 pela lei 5511, alterado pela lei 7654 de 2002 e pela lei 8242 de 2006 composto por representantes dos poderes estaduais, municipais, famílias e entidades ligadas ao agronegócio que analisa o setor rural nos aspectos econômicos, sociais e culturais (CONDRAS, 2016).

As principais associações rurais do município são: A Associação dos Agricultores Familiares do Córrego D'Antas (ASSODANTAS), a Associação dos Moradores do Bairro do Souza Lima (ASSOLIMA), a Associação dos Moradores das Comunidades Rurais – Região Oeste (ACOR), a Associação de Agricultores Familiares da Ponte do João Nery e Região (ASSONERY) e Associação dos Apicultores do Planalto de Poços de Caldas (APIS). (CONDRAS, 2016).

A ASSODANTAS desenvolve atividades ligadas ao setor cafeeiro exportando seus produtos para outros países e possui o certificado *Fairtrade*. (CONDRAS, 2016).

O *Fairtrade* é um selo de sustentabilidade reconhecido mundialmente, sendo ainda um líder de um movimento global com intuito de tornar o comércio mais justo

conectando agricultores com os compradores de seus produtos, impactando no preço destes produtos e gerando melhorias de condições de trabalho para trabalhadores em países em desenvolvimento. (FAIRTRADE, 2022).

A ASSOLIMA é composta por representantes das comunidades produtoras de café, milho e hortaliças e que participam do fornecimento de alimentos ao Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) das escolas estaduais de Poços de Caldas. (CONDRAS, 2016).

O PNAE é um programa do governo que garante alimentação saudável a escolares, sendo gerenciada pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). (BRASIL, 2014).

Para a execução do PNAE, a Lei nº11.947 de 16 de junho de 2009 institui como diretrizes da alimentação escolar: alimentação saudável e adequada, univesalização, a participação social, desenvolvimento sustentável e direito à alimentação escolar. (BRASIL, 2014).

No que diz respeito ao desenvolvimento sustentável, o programa incentiva que sejam adquiridos alimentos produzidos preferencialmente em âmbito local e pela agricultura familiar com priorização das comunidades tradicionais indígenas e quilombolas, sendo assim, 30% dos recursos transferidos pelo FNDE deve se destinar a aquisição de alimentos produzidos pela agricultura familiar. (BRASIL, 2014).

A agricultura familiar se constitui de pequenos produtores rurais, que além de realizarem as atividades agropecuárias diversificadas para comercialização e subsistência, também têm relação com a terra como local de moradia, utilizando como mão de obra, membros da própria família. (BRASIL, 2019).

Quanto ao uso de terras, o município possuía 59,25% da área correspondente a um mosaico de agropecuária com remanescentes florestais, 10,89% destinada à silvicultura, 7,16% a área artificial e 22,69% a outras classes no ano de 2014. (IBGE, 2019).

Em relação à lavoura permanente, em 2016, foram produzidas 6.240 toneladas de café (em grão) arábica, 210 toneladas de cachos de banana e 60 toneladas de pêssego e em relação à lavoura temporária, foram produzidas 17.260 toneladas de

batata-inglesa, 10.500 toneladas de milho em grão, 258 toneladas de feijão em grão no mesmo ano. (IBGE, 2019).

Em relação à pecuária foram comercializadas 15.331 cabeças de bovinos, 1.700 de suínos e 700 de equinos no ano de 2016. (IBGE, 2019).

Quanto à avicultura, foram comercializadas 3.600 galinhas e no que diz respeito a produtos de origem animal, 7.000 litros de leite e 22.000 dúzias de ovos. (IBGE, 2019).

2.1.4.6 Estabelecimentos de saúde

O município de Poços de Caldas dispõe de 33 ESF (27 na área urbana e 6 na área rural), 3 UBS, 1 Consultório de Rua, 1 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), 1 Estabelecimento do Programa Materno Infantil, 4 Centros de Especialidades (excetuando-se o CEO), 2 Serviços de Saúde Mental, 2 Unidades de Pronto Atendimento, 1 SAMU, 1 Laboratório, 4 farmácias (excetuando-se as farmácias das ESF), 1 Centro de Referência em DST e Hepatites virais, 3 Estabelecimentos de Vigilância, 24 Estabelecimentos/consultórios odontológicos (incluindo-se o CEO), 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Centro de controle de zoonoses, todos estes geridos pelo município. (POÇOS DE CALDAS, 2017).

O município mantém contratos com estabelecimentos privados, sendo dois hospitais terciários, além de centros de reabilitação, no total, há 759 estabelecimentos de saúde na cidade. (POÇOS DE CALDAS, 2017).

Poços de Caldas é o município com maior população no Sul de Minas Gerais e um polo regional de comércio, indústria e turismo com um parque industrial em expansão, com programas ativos de fomento a atração de investimentos (POÇOS DE CALDAS, 2017), considerando sua importância econômica para o Sul de Minas Gerais, o alto Índice de Desenvolvimento Humano, autonomia no que diz respeito à geração de energia e existência de diversos estabelecimentos de saúde e alta

cobertura da atenção básica, estaria a população rural acompanhando os passos de evolução do município ao longo de seus quase 150 anos de fundação? No que diz respeito à saúde, estaria sendo garantida, dentro da lógica do SUS, o acesso à minoria rural às ações necessárias para promoção e manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida por meio da equidade?

2.2. Capítulo 2: Discussão sobre urbanidade e ruralidade

Antes de discorrer a respeito de questões elencadas no capítulo anterior, faz-se necessário discutir alguns conceitos importantes para que seja possível compreender a relação existente entre saúde, em sua definição mais ampla, acesso às ações em saúde e a equidade como princípio de justiça social no contexto das minorias, como é o caso da população rural.

O primeiro conceito a ser abordado diz respeito ao “universo” no qual as pessoas entrevistadas estão inseridas, ou seja, a área rural. Ao trazer a definição daquilo que é rural faz emergir a necessidade de conceituar-se também o que se define como urbano.

A compreensão do conceito de urbanidade e ruralidade pode ser definida do ponto de vista geográfico e político havendo metodologias distintas de classificação não havendo uma tipologia específica adotada internacionalmente, de forma que alguns países consideram apenas o número populacional por região, outros consideram a delimitação a partir da decisão político-administrativa dos municípios, não sendo possível inclusive realizar comparações entre países. (IBGE, 2017).

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), por exemplo, criou uma classificação rural-urbana baseada na densidade demográfica, proporção de pessoas que vivem em grandes centros urbanos e acessibilidade considerando o tempo de deslocamento entre áreas urbanas e não urbana (OCDE, 2011 apud IBGE, 2017), a essa classificação dá-se o nome de Tipologia Regional apresentando cinco classes sendo elas: Predominantemente urbana, Intermediária

Próxima a uma Cidade, Intermediária Remota, Predominantemente Rural Próxima a uma Cidade e Predominantemente Rural Remota. (IBGE, 2017).

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2017), municípios com mais de 50.000 habitantes em uma área de ocupação densa é considerado predominantemente urbano, sendo que se a unidade populacional apresentar mais de 75% da população residente em área de ocupação densa é considerada como de alto grau de urbanização. (IBGE, 2017).

Outro aspecto importante na classificação e caracterização dos espaços urbanos é o cálculo do tempo de deslocamento em minutos para a metrópole, capital regional ou centro sub-regional por meio de rodovias e hidrovias, sendo gerada uma média nacional para cada um destes três centros e assim, os municípios com distância acima da média foram classificados como remotos e aqueles com distância igual ou inferior à média como adjacentes. (IBGE, 2017).

De um modo geral, considerando essas variáveis descritas nos parágrafos acima, a classificação do município de acordo com a tipologia rural-urbana pode ser: Urbano, Intermediário Adjacente, Intermediário Remoto, Rural Adjacente e Rural Remoto (IBGE, 2017). Em relação à tipologia rural-urbana, Poços de Caldas é um município urbano.

A definição do conceito de ruralidade vai muito além do ponto de vista geográfico e político, mas também está relacionada à cultura e aos modos de subsistência.

Willems (1944) destaca que a cultura rural é heterogênea, de um lado está ligada ao capitalismo e à cidade, envolvendo o trabalho no sentido de satisfazer as necessidades do mercado, mantendo íntima relação com as cidades e de outro, uma cultura muito pouco ligada ao mercado, produzindo apenas para o consumo pessoal, fazendo pouco uso do dinheiro, sendo a população rural com este modo de vida julgada como ignorante pela civilização urbana.

A produção para consumo individual e não uso do dinheiro é uma afronta para a sociedade capitalista uma vez que, segundo Marx (1867), "*a riqueza das sociedades onde reina o capitalismo aparece como uma enorme coleção de mercadorias*" e a origem do capital está na circulação das mercadorias e na estruturação do comércio sendo o dinheiro o "produto final" da circulação das mercadorias do ponto de vista

estritamente econômico.

Os moradores de comunidades rurais compartilham entre si obrigações que geram benefícios mútuos e exercem práticas tradicionais para lidar com doenças, explicar os fenômenos da natureza, além de promover eventos culturais relacionados à produção. (WILLENS, 1944).

A identidade da população rural vem se perdendo a medida que o capitalismo avança e a civilização urbana vem fazendo a “gentileza” de incorporar o homem do campo à “sociedade”, determinando o que deve produzir para atender aos interesses do mercado, fazendo-o abandonar sua quase autossuficiência e se tornar refém das instabilidades econômicas. (WILLENS, 1944).

No Brasil, o sistema produtivo baseado em grandes propriedades de terra e monoculturas é um reflexo dessa incorporação e a diversidade rural é vista como um retrocesso e a lógica desse sistema produtivo tornou a área rural apenas como um espaço de produção agrícola sem considerar os aspectos culturais nesse contexto. (MATTEI, 2015).

Considerando esta perda de identidade rural pautada na agricultura familiar, variedade de produção destinada a subsistência, formas de produção que beneficiam a todos que pertencem à mesma estrutura social, meios próprios de lidar com as adversidades e doenças e expressão da cultura por meio de festividades e eventos ligados à produção agrícola e a fé, a população do campo vem sendo colocada a mercê da sociedade capitalista, sofrendo com oscilações dos valores de mercado de seus produtos e sendo levados a depender cada vez mais do capital, tendo cada vez mais novas “necessidades”, inclusive em saúde sendo levados a abrir mão de suas práticas tradicionais e se incorporar dentro da lógica do que é “cientificamente comprovado” e conseqüentemente depender mais dos serviços de saúde.

2.3 Capítulo 3: Acessibilidade e acesso

Para Marx (1867), no capitalismo, não há preocupação pelas condições de vida e saúde dos trabalhadores a não ser por meio de pressão social, visto que é a exploração da grande massa que traz lucro aos poderosos, sendo assim, os trabalhadores estariam sendo convencidos a trabalhar incessantemente para fugir do ócio gerado pelo “*devaneio romântico de liberdade*” e manter as engrenagens do capitalismo girando.

A sociedade capitalista, segundo Willens (1994) almeja que o homem do campo abandone sua autossuficiência, tenha relações de produção e consumo, abandone suas crenças religiosas, adquirindo comportamento saudável e que as taxas de mortalidade infantil decresçam e esta sujeição aos valores da “civilização urbana” é barganhada pelo fornecimento de possibilidades de vida mais “dignas e salubres” e o autor ressalta que a autossuficiência do homem do campo seria sua defesa contra a instabilidade econômica na sociedade capitalista e a partir do momento que troca sua diversidade por uma monocultura fica sujeito às oscilações do mercado.

A partir do momento em que as pessoas “comem da árvore do conhecimento” persuadidas pela sociedade capitalista e seus olhos são abertos, surgem novas necessidades de consumo e conseqüentemente passam a depender cada vez mais de novos produtos, o que se torna um ciclo vicioso sendo forçadas a acumular mais capital para poder atender a mais necessidades e para conseguir atendê-las deverá corresponder às demandas do mercado.

Todavia, esta submissão a este modo de produção traz uma sobrecarga de trabalho ao homem do campo o que gerará um impacto negativo em sua saúde e qualidade de vida, mas em compensação ao seu “nobre esforço” lhe será oferecida uma assistência médico-sanitária.

O uso de agrotóxicos, por exemplo, podem assegurar o aumento da produtividade de pequenos produtores rurais, garantindo sua manutenção no mercado, ainda que em uma posição um pouco desfavorável comparando-se com grandes produtores, no entanto ficam mais expostos aos efeitos nocivos desses produtos químicos e nas

grandes monoculturas, caso o empregado se recuse a utilizar agrotóxicos estará fora do trabalho visto que há uma mão de obra excedente (PERES, 2009).

Uma série de doenças, tais como problemas osteomusculares e hipertensão arterial, estão associadas às atividades laborais agrícolas que demandam alta carga de esforço físico dos trabalhadores no campo. (MOREIRA et al, 2015).

Deste modo, conclui-se que muitos destes problemas relacionados à saúde da população rural advêm da relação com o trabalho, da exploração, questões educacionais que transcendem o biológico e deixa evidente que são resultados da desigualdade social em nosso país.

Embora tenha surgido em meio ao avanço de políticas neoliberais, o Sistema Único de Saúde público e gratuito e por meio da Constituição Federal de 1988 a saúde é um direito de todo cidadão, sendo dever do Estado assegurá-la a toda a população. Com base nos princípios doutrinários do SUS da universalidade, equidade e integralidade, os serviços de saúde deveriam estar disponíveis a toda população. No entanto, estes serviços estariam sendo acessíveis à população do campo?

Sendo assim, faz-se necessário discutir um outro conceito, o de acesso e acessibilidade.

Travassos e Martins (2004) destacam que o termo acesso é complexo e que alguns autores preferem usar o termo “acessibilidade” para se referir àquilo que é acessível e o termo “acesso” como entrada, ao passo que para alguns autores ambos os termos são utilizados para indicar a facilidade de se obter cuidados em saúde.

Para Donabedian (2003, p.18) a acessibilidade é vista como a facilidade na obtenção de atendimento e depende de fatores geográficos, organizacionais, sociais e culturais, a autora cita como exemplos: distância de fontes de atendimento, disponibilidade e custo com transporte; dia e horário de funcionamento dos estabelecimentos; renda ou posse de plano de saúde; e preferências étnicas e religiosas de quem procura ou presta o atendimento.

O acesso aos serviços de saúde é conceituado por um “conjunto de características da oferta que atua aumentando ou obstruindo a capacidade dos indivíduos de utilizarem serviços de saúde” (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). O acesso, “como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades, tem inter-

relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de ofertas de serviços” (SOUZA, et al., 2008).

Sanchez e Ciconelli (2012) descreve quatro dimensões de acesso à saúde, a disponibilidade, a aceitabilidade, a capacidade de pagamento e a informação. Segundo os autores, a disponibilidade tem a ver com a existência de um serviço em tempo oportuno, englobando questões geográficas, meios de transporte e horário em que o serviço está disponível à população; a aceitabilidade tem a ver com a maneira que o serviço se apresenta ao usuário e como ele percebe e conseqüentemente recebe ou se recusa a receber a ação em saúde prestada e tem relação com questões subjetivas que envolvem tanto o usuário como o profissional; a capacidade de pagamento que tem a ver com o quanto um serviço de saúde custa e o quanto o usuário pode ou tem que pagar por ele direta ou indiretamente; e a informação tem a ver com a comunicação entre o serviço de saúde e o usuário, isto é, quanto mais empoderado for, mais o indivíduo poderá tomar decisões conscientes sobre sua saúde.

Com base nas considerações sobre o conceito de acesso e acessibilidade, o presente estudo utilizou o termo acesso e, no seu sentido mais amplo, como sinônimo também de acessibilidade.

2.3.1 Dificuldades de acesso e fatores causais

A Constituição Federal de 1988 dispõe em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todo cidadão e que é dever do Estado assegurar por meio de políticas econômicas e sociais a redução do risco a doenças e agravos à saúde, bem como o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. (BRASIL, 1988). Todavia, a população rural vem sofrendo com a falta de acesso aos serviços de saúde. (KESSLER, 2016).

As áreas mais pobres e isoladas são as que mais sofrem com a falta de profissionais, principalmente médicos que são mal distribuídos geograficamente. (GIRARDI et. al, 2011). Profissionais que prestam os serviços à população rural como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), importantes para estabelecer o elo entre equipe e comunidade (BRASIL, 2009), também possuem dificuldades para assegurar o acesso da população aos serviços ofertados, sofrendo com as barreiras geográficas para realização das visitas domiciliares, demandando estratégias para realização do atendimento (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014).

Alguns fatores são determinantes no acesso aos serviços de saúde, um deles é o horário de funcionamento da unidade, importante fator organizacional, capaz de determinar o acesso aos serviços ofertados (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Questões culturais levam os homens no campo a procurar os serviços de saúde quando os problemas prejudicam o trabalho, quando possuem dores decorrentes do esforço físico ou quando se acidentam. (FERRAZ et. al, 2012).

Um estudo que analisou os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) dos anos de 1998 e 2008 do IBGE evidenciou uma procura menor pelo serviço de saúde na área rural em comparação com a urbana. Contudo, os que residiam na área rural avaliaram pior a saúde e houve uma menor autodeclaração de doenças crônicas, revelando a falta de acesso aos serviços de saúde para detecção dos problemas. (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

A falta de acesso aos serviços de saúde, acompanhada pela baixa escolaridade e saneamento básico deficitário são reflexos da perversa distribuição de renda no Brasil. (BRASIL, 2013).

O saneamento básico também é um importante fator social (no contexto rural) que interfere na saúde da população, uma vez que a água pode levar ao aumento de doenças parasitárias e diarreicas, impactando na taxa de mortalidade infantil (BRASIL, 2013).

Os domicílios na área rural que não dispõem de abastecimento pela rede pública podem obter água por meio de poços rasos ou cisternas capazes de acumular água do lençol subterrâneo mais raso, no entanto pode estar sujeita à contaminação por água da chuva, infiltração de esgoto, agrotóxico e dejetos de animais (LEAL, 2012).

2.3.2. Em busca da garantia de acesso

Com a finalidade de garantir o acesso aos serviços de saúde e melhorar qualidade de vida das populações do campo e especificamente diminuir acidentes de trabalho no campo, promover saúde dos idosos, deficientes, trabalhadores rurais, das mulheres, crianças e realizar ações de saneamento, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), que prevê ações compartilhadas entre as três esferas do governo e da sociedade civil, buscando reduzir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde por estas populações. (BRASIL, 2013).

O acesso à Rede de Atenção à Saúde se dá pela “porta principal”, a Atenção Básica (AB), caracterizada por um conjunto de ações individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de agravos à saúde alicerçada nos princípios de universalidade, equidade, acessibilidade, integralidade, responsabilização, humanização, participação social, continuidade do cuidado e vínculo, sendo a Saúde da Família a estratégia prioritária para sua expansão e consolidação. (BRASIL, 2012).

Antes da implementação do SUS, não havia uma definição de “porta de entrada” para os serviços de saúde e era dada muita ênfase na atenção especializada; no contexto rural, o trabalhador era coberto parcialmente pelo FUNRURAL, por meio das Santas Casas, sendo em 1994 criado o Programa Saúde da Família (PSF) levando à ampliação do acesso e mudança do modelo assistencial transformado em 2006 em “Estratégia Saúde da Família”. (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Um estudo que apresentou a cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil apontou que populações com menor escolaridade receberam mais visitas domiciliares mensalmente e ainda que, em relação à proporção de domicílios cadastrados em unidades de saúde da família no Brasil, houve um maior percentual na área rural (70,9%) que na urbana (50,6%) e a proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em ESF foi maior entre aquelas com menor nível de instrução ao se comparar com maior nível de escolaridade, levando a conclusão de que a ESF é de suma importância na garantia da equidade. (MALTA et al, 2015).

A expansão da ESF no Brasil garantiu o acesso de populações mais vulneráveis, diminuindo as desigualdades na saúde, contribuiu para a redução na mortalidade infantil e adulta, expandindo o acesso a tratamentos, controlando doenças infectocontagiosas e evitando internações desnecessárias (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

O Programa Mais Médicos, instituído pela Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013 tinha por objetivo diminuir as desigualdades regionais reduzindo a falta de médicos em regiões carentes, preparando esses profissionais para atuar no SUS (BRASIL, 2013).

Para induzir a melhoria da qualidade da AB e a ampliação do acesso aos serviços de saúde foi instituído por meio da portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que compõe-se de quatro fases: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização. O valor do recurso recebido pelo Município dependeria da classificação resultante do processo de avaliação. (BRASIL, 2011).

Contudo, embora haja incentivo para melhoria do acesso e qualidade, a AB não tem se mostrado efetiva no contexto rural no que se refere a promoção de saúde e prevenção de doenças e tornar as ações curativistas em práticas voltadas para a produção do cuidado tem sido um grande desafio no Sistema Único de Saúde (SUS) (PITILIN; LENTSCK, 2015) e na maioria dos municípios brasileiros, a atenção primária à saúde disponibilizada para a população rural é bem inferior quando comparada à urbana. (ROUQUAYROL, 2006).

2.4 Capítulo 4: Estrutura Fundiária no Brasil

2.4.1 A origem da estrutura fundiária

Com o cultivo de cana-de-açúcar desde 1530 no Brasil, grandes espaços de terra eram concedidos pelo rei de Portugal àqueles que se estabelecessem nas colônias tendo como critério o status social. Em 1822 não havia uma legislação específica para posse de terra, no entanto era possível ter direito à propriedade sendo comprovado que a área estaria sendo cultivada e habitada pelo requerente, sendo em 1850, por meio da Lei de Terras, estabelecido que o direito à propriedade de terra apenas se daria através de compra, diminuindo a possibilidade das populações menos privilegiadas socialmente terem acesso a esse bem. Nesse período, grileiros, por meio de documentos falsos, tentavam ter direito às propriedades de terra alegando habitá-las e cultivá-las antes da lei (HESPANHOL et al, 2013).

A industrialização e a urbanização intensificaram-se na década de 1950 e houve um movimento a favor da reforma agrária e em 1960 o presidente João Goulart se propôs a realizar a reforma agrária, todavia com o Golpe de 1964, levando à sua deportação, houve uma repressão aos movimentos em prol da reforma agrária que durou até o final dos anos 1970, quando houve um fortalecimento dos movimentos e em 1984 é criado o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra com o objetivo de realizar uma pressão ao governo em prol da reforma agrária (HESPANHOL, et al, 2013).

Com o fim da ditadura militar em 1985, durante o governo de José Sarney foi lançado o Primeiro Plano Nacional de Reforma Agrária e criado o Ministério da Reforma e do Desenvolvimento Agrário. O MST continuou pressionando os governantes trazendo questionamentos em relação a grandes latifúndios sem produção e às monoculturas. Ainda que existam esses movimentos, o trabalhador rural é explorado, principalmente em áreas mais pobres, estando submissos aos grandes proprietários de terra. (HESPANHOL, 2013).

A urbanização da sociedade ocasionada pelo processo de industrialização levou a diminuição da importância econômica e demográfica dada ao meio rural. (HESPANHOL, 2013).

2.4.2 O êxodo rural

A urbanização ocorre quando o crescimento da população urbana supera o da rural, estando relacionada a transformações da economia e da sociedade. (MAGNOLI, 2012).

O fenômeno da urbanização que acelerou-se nos países desenvolvidos no século XIX esteve relacionado a mudanças de um padrão econômico baseado na agricultura fechada, para outro baseado na indústria e comércio. (MAGNOLI, 2012) Há um predomínio de população urbana nos Estados Unidos desde a década de 1920 e no mundo em desenvolvimento, a América Latina é a região mais urbanizada.(MAGNOLI, 2012)

Ainda que alguns países na Europa Ocidental apresentam nível de urbanização inferior a 75%, as vilas formadas por parcelas de suas populações estão integradas à economia urbana e industrial.(MAGNOLI, 2012).

No Brasil, a região Sudeste, na primeira metade do século XX apresentou um crescimento urbano bem maior que as demais regiões do país, sendo que no Rio de Janeiro em 1900 possuía uma população de 691.565 habitantes que passou para 1.896.998 após quase 40 anos e São Paulo, no mesmo período passou de 239.820 para 1.322.643 habitantes, sendo um fenômeno observado pontualmente na região Sudeste, uma vez que em 1940 a população rural no Brasil ainda correspondia a 68,6% da população total (MONTEIRO, 2016).

A região Sudeste do Brasil é uma região privilegiada, onde ocorre a expansão da industrialização, culminando em desigualdades regionais. (MONTEIRO, 2016).

Ao se comparar o crescimento da população rural com o total da população brasileira, observa-se que a população rural cresce em um ritmo bem mais lento e a

crise das regiões agrícolas de cultura tradicional leva as populações marginalizadas pela manutenção da estrutura fundiária, para regiões com melhor desempenho econômico ou para as cidades (MONTEIRO, 2016).

Não havia até o censo de 1940 uma estatística precisa sobre a distribuição da população entre a área rural e urbana no Brasil, além de que há uma certa dificuldade em distinguir uma população urbana da rural visto que para ser considerada urbana, os censos levam em consideração a população residente em sede de municípios. (MONTEIRO, 2016).

A transferência das populações do campo para a cidade no Brasil acompanhou a modernização da economia e esteve relacionada à mecanização das atividades ligadas ao campo, subdivisão de propriedades familiares, predomínio de grandes propriedades e serviços e possibilidades de empregos que a zona urbana fornece (MAGNOLI, 2012).

A série histórica disponível na **Tabela 4.0** traz dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística referentes ao número de pessoas residentes em área urbana e rural com base nos censos de 1950 a 2010.

Tabela 4.0 Número de pessoas residentes em área rural e urbana de 1950 a 2010.

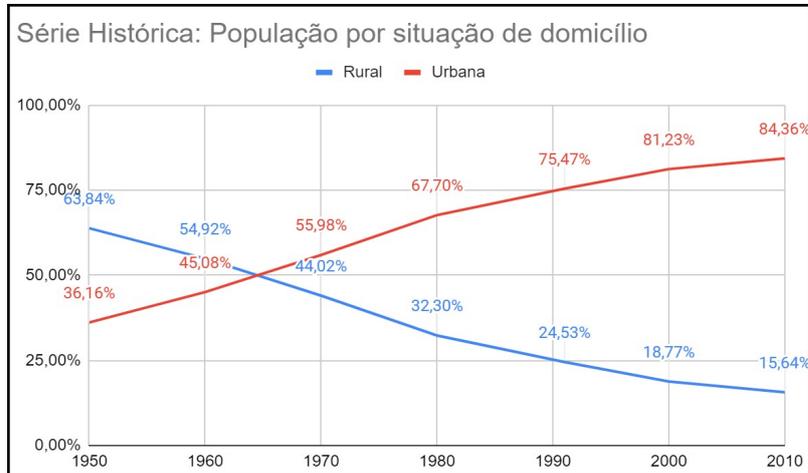
Zona	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
Rural	33161506	38987526	41603839	39137198	36041633	31835143	29830007
Urbana	18782891	32004817	52904744	82013375	110875826	137755550	160925792
Total	51944397	70992343	94508583	121150573	146917459	169590693	190755799

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo demográfico 2010.

Os dados disponíveis no **Gráfico 1.0** mostram uma população predominantemente rural antes da década de 1970, ano que em evidenciou-se um predomínio de uma população urbana.

No Brasil há maior urbanização nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste em comparação às regiões Norte e Nordeste. (ROUQUAYROL, 2006).

Gráfico 1.0 Série histórica: População por situação de domicílio de 1950 a 2010.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - Censo demográfico, 2010.

A queda do número de pessoas residindo em área rural foi bastante expressiva no período de 1950 a 1980 devido às políticas de industrialização e substituição da importação, diversificando o mercado urbano, levando à população rural migrar para as cidades em busca de novas oportunidades e melhores condições de vida. (ALVES; SOUZA; MARRA, 2011).

No período de 1990 a 2010 não havia mais as políticas de substituição de importação, o processo de industrialização se expandiu para pequenas e médias cidades que passaram a competir com o meio rural juntamente com as grandes cidades, atraindo a população do campo para a área urbana. (ALVES; SOUZA; MARRA, 2011).

Segundo os dados disponibilizados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no Brasil, ao analisarmos o número de usuários cadastrados no período de 2010 ao ano de 2015, observa-se uma redução do número de cadastros de usuários a partir de 2013 tanto na zona urbana como na zona rural, no entanto ao comparar o número de usuários da zona urbana com o da zona rural para cada ano dentro deste período, é possível observar uma progressiva redução do número de cadastros de usuários da zona rural em comparação à zona urbana.

Tabela 5.0 Número de pessoas cadastradas por ano em área rural e urbana.

Zona	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Urbana	95380533	89109527	95063382	95779657	92973795	72827986
Rural	28288731	25520334	25509106	25142659	23616387	18481141
Total	123669264	114629861	120572488	120922316	116590182	91309127

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB

Tabela 6.0 Percentual de pessoas cadastradas por ano em área rural e urbana.

Zona	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Urbana	77,10%	77,70%	78,80%	79,20%	79,70%	79,80%
Rural	22,90%	22,30%	21,20%	20,80%	20,30%	20,20%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

2.5 Capítulo 5: Desigualdades em saúde

Biologicamente, todos os indivíduos são diferentes e fazem escolhas distintas capazes de impactar de diferentes formas em suas vidas e saúde, havendo portanto desigualdades naturais em saúde que estão relacionadas às características orgânicas de cada pessoa. (BRASIL, 2015). Todavia, também existem as desigualdades sociais em saúde que estão relacionadas à estrutura social a qual o homem está inserido ou o padrão comportamental determinado pela sociedade. (BRASIL, 2015).

Quando estas desigualdades são consideradas injustas por uma sociedade, são chamadas de iniquidade e estas desigualdades não ocorrem aleatoriamente, mas atingem grupos específicos, tendo um caráter político-normativo porque refere-se a valores e normas sociais e é um resultado das relações de poder (BRASIL, 2015).

Os serviços de saúde devem se preocupar com estas desigualdades, pois primeiramente se trata de uma questão de justiça, podendo afetar a todos em uma

sociedade; são em grande parte evitáveis; e por fim, há um custo-benefício na resolução das iniquidades. (WOODWARD; KAWACHI, 2000).

Poder-se-ia argumentar que as escolhas do indivíduo interferem em sua saúde e qualidade de vida e portanto cada pessoa seria a única responsável pelo seu estado atual, isto é, as diferenças do estado de saúde entre pessoas seria unicamente responsabilidade do comportamento inadequado, ou seja, as desigualdades não seriam consideradas pela sociedade como uma injustiça, uma vez que tratar-se-ia de uma consequência de más escolhas (WOODWARD; KAWACHI, 2000). Deste modo caberia aos serviços de saúde considerar apenas as desigualdades que não dependem da vontade do indivíduo, o que seria contraditório visto que muitos dos hábitos “escolhidos” pelas pessoas são adquiridos, determinados ou mantidos a depender dos determinantes sociais e muitas vezes a exposição a um determinado risco não é necessariamente uma escolha e até mesmo as decisões dos indivíduos são determinadas mediante o ambiente (WOODWARD; KAWACHI, 2000).

As desigualdades existentes em nosso país contribuem para que muitas pessoas vivam na pobreza, sem acesso às condições essenciais para saúde, sem oportunidades e possibilidade de escolha, falta de emprego e expostas à violência (BRASIL, 2013).

As iniquidades afetam toda população, pois em dada circunstância, como em uma epidemia por exemplo, todas as pessoas independentemente da posição que ocupam na sociedade são afetadas, gerando um interesse coletivo na resolução do problema. (WOODWARD; KAWACHI, 2000).

A pandemia do novo coronavírus, conhecido como COVID-19, detectado após notificação de surto na cidade de Wuan na China em dezembro de 2019, foi declarada pela Organização Mundial de Saúde em janeiro de 2020 como uma Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, buscando a cooperação global para o controle da disseminação da doença. (OMS, 2020).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2022), foram confirmados mais de 396,5 milhões de casos de COVID-19 e a doença foi responsável por cerca de 5,7 milhões de mortes em todo mundo e no Brasil, foram registrados mais de 26,5 milhões de casos confirmados e 632.193 mortes.

A relevância epidemiológica do COVID-19 no que diz respeito à mortalidade e morbidade, bem como os impactos econômicos em termos globais, não acometendo apenas grupos ou estratos sociais específicos, tornou a urgência do controle da disseminação da doença algo de interesse mundial.

As iniquidades em saúde podem ser evitáveis por meio de políticas públicas e há custo-efetividade relacionada à redução das iniquidades visto que investimentos em ações de prevenção de doenças e promoção de saúde impedem o agravamento dos problemas em saúde que levam ao aumento dos gastos, o que traz benefícios à população geral (WOODWARD; KAWACHI, 2000).

A equidade se constrói a partir de justiça social, que se dá pela priorização das ações frente aos grupos mais vulneráveis; da igualdade, no que diz respeito às possibilidades de se ter uma vida saudável e digna; do acesso universal, sem qualquer forma de discriminação; e da redução das iniquidades, isto é, das diferenças que consideramos injustas (GRANJA et. al, 2010).

Considerando a extensão territorial do Brasil e diversidade de povos e culturas e desigualdades sociais existentes, criar e implementar uma política de saúde estruturada com as mesmas concepções para toda população seria incabível, sendo assim, faz-se necessária a criação de políticas focais, como é o caso da Política de Atenção Integral da População do Campo e da Floresta, trazendo as especificidades necessárias para a garantia do acesso aos serviços de saúde de forma equânime.

A equidade vai muito além da desigualdade social, sendo necessário trazer por meio de políticas focais, a adaptação das políticas nacionais de saúde à cultura, questões biológicas, ou seja, de toda diversidade.

As populações que vivem no contexto rural possuem diferenças, havendo, portanto uma heterogeneidade no que diz respeito aos modos de produção e representação social sendo necessário que haja um processo de educação permanente a fim de capacitar os profissionais de saúde a lidar com estas diferenças.

A mobilização social de grupos sociais específicos fizeram com que suas demandas se tornassem prioridades de governo, proporcionando maior equidade em saúde e universalidade do acesso (COSTA, 2010).

O reconhecimento da existência de determinantes sociais no processo de

adoecimento do indivíduo leva a uma responsabilização de outros setores de políticas sociais, isto é, se admite-se a existência do racismo e discriminação no processo do cuidado como um determinante social, por exemplo, é possível, por meio de políticas públicas, dividir a responsabilidade na produção de saúde entre o setor saúde propriamente dito com os demais setores de políticas sociais. (COSTA, 2010).

Os determinantes sociais da saúde correspondem as condições de vida às quais as pessoas estão submetidas, incluindo aspectos econômicos, políticos, culturais e ambientais, podendo interferir no processo saúde-doença da população, sendo que dentre os determinantes mais importantes geradores de iniquidades em saúde, estão aqueles que levam à estratificação social, tais como os determinantes estruturais que incluem a distribuição de renda, a posição socioeconômica, preconceito de gênero e étnico e estrutura política. (CARVALHO, 2013).

Deste modo, entende-se que para se alcançar equidade em saúde é preciso intervir nos determinantes estruturais, isto é, não é possível combater as iniquidades em saúde sem que se intervenha nas iniquidades sociais (CARVALHO, 2013).

Portanto, para que se reduzam as iniquidades é imprescindível que haja intervenção direta sobre os determinantes sociais, busca pela melhoria da saúde e bem-estar da população, procurando alcançar metas em saúde, considerando que a busca pela justiça social é uma questão moral. (CARVALHO, 2013).

No que diz respeito a melhoria das condições de vida, entende-se nem todos possuem as mesmas oportunidades para alcançar boas condições de saúde e qualidade de vida e esta desigualdade de oportunidades inicia-se ainda na primeira infância, considerando-se que as condições ambientais onde o indivíduo se desenvolve, bem como toda série de oportunidades e condições de trabalho às quais está sujeito está envolvido determinará os problemas biológicos, psíquicos e sociais. (CARVALHO, 2013).

Os modos de vida da população rural estão relacionados à terra e a construção histórica da realidade rural no Brasil se dá pela concentração de terra, escravidão, extermínio de povos indígenas e movimentos sociais (BRASIL, 2013).

A operacionalização da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do

Campo e da Floresta depende da articulação com outras políticas públicas e da participação das três esferas da gestão e deverá estar alicerçada no respeito à diversidade sociocultural, valorizando o conhecimento tradicional. (BRASIL, 2013).

Os desafios na execução das políticas públicas à favor da população rural estão ligados às desigualdades que surgem a partir de aspectos relacionados à estrutura fundiária, com um grande número de pequenos produtores rurais ocupando uma pequena área territorial do país contra um pequeno número de latifundiários cujas propriedades ocupam uma grande parte do território brasileiro; à precariedade da saúde dessas populações quando comparada às populações da zona urbana, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade e ao saneamento básico, o que leva ao adoecimento por doenças de veiculação hídrica contribuindo para o aumento da mortalidade infantil. (BRASIL, 2013).

Dentre as estratégias para diminuição das desigualdades encontram-se as ações afirmativas, capazes de beneficiar grupos que no processo histórico foram vítimas de exclusão e discriminação acelerando o processo de equidade, um exemplo de ação afirmativa é a criação de cota da agricultura familiar para o curso Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Catarinense, *campus* Concórdia, buscando atender as demandas locais, considerando que a cidade se caracteriza pela agricultura familiar e presença de pequenos produtores rurais, promovendo a democratização do acesso. (MARCHESAN; OLIVEIRA, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as condições de acesso da população rural às ações da Estratégia Saúde da Família Rural situada em seu território no município de Poços de Caldas.

3.2 Objetivos específicos

- Analisar a percepção do acesso da população rural às ações da Estratégia Saúde da Família Rural situada em seu território;
- Identificar fatores que facilitam ou dificultam o acesso da população às ações da Estratégia Saúde da Família Rural situada em seu território;
- Analisar a percepção da população rural em relação à assistência prestada pela Estratégia Saúde da Família Rural em seu território durante a pandemia do novo coronavírus;
- Elaborar, como produto técnico, um roteiro para uma roda de conversa com a equipe da Estratégia Saúde da Família Rural e representantes da comunidade rural trazendo uma discussão sobre acesso e direitos em saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Local do estudo

O estudo foi realizado na zona rural do município de Poços de Caldas (MG). Na área rural possuem 6 (seis) unidades da Estratégia Saúde da Família, cada uma atendendo uma microárea, localizadas na Fazenda Córrego D'Antas, Fazenda Lambari, Fazenda Aparecida, Fazenda Aleixo, Fazenda Boa Vista e Fazenda Souza Lima. O total de famílias e pessoas cadastradas é de 597 e 1801 respectivamente.

4.2 Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, a partir de um estudo de caso único, cujo objetivo segundo Selltiz et al (1967, p.63, apud GILL, 2002, p.41) é gerar uma maior familiaridade com o problema em questão. Segundo Gill (2002, p. 54), esta é uma modalidade de pesquisa onde o pesquisador investiga de forma aprofundada o objeto do estudo permitindo o seu conhecimento mais detalhado.

A abordagem utilizada no presente estudo é quanti-qualitativa. Segundo Gil (2008, p.55) a pesquisa quantitativa se caracteriza pela “interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer”, sendo selecionada uma amostra do que se deseja estudar, buscando projetar as conclusões obtidas para a totalidade do universo. (GIL, 2008, p.55).

Já a pesquisa qualitativa, por sua vez, lida com os fenômenos, prevendo a coleta de dados a partir das interações sociais e sua análise a partir da interpretação do pesquisador não permitindo generalizações (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010, p.26-27). Na pesquisa qualitativa não se utiliza instrumentos estatísticos, não havendo a pretensão de medir categorias homogêneas, sendo uma abordagem importante na compreensão dos fenômenos sociais. (RICHARDSON, p.79).

4.3 Técnicas de produção de dados

Para a coleta dos dados quantitativos foi aplicado um questionário estruturado, contendo 14 perguntas, aos usuários dos serviços de saúde cadastrados na zona rural por no mínimo 01 ano, sendo a princípio, devido a pandemia de COVID-19, os questionários realizados em formato digital via Microsoft Forms e enviados via WhatsApp para os grupos de aplicativos dos quais participavam os Agentes Comunitários de Saúde e membros da comunidade, sendo solicitado que houvesse divulgação da pesquisa por meio desta mídia social; devido à baixa adesão, as

coletas de dados passaram a ser realizadas durante as visitas domiciliares respeitando-se as orientações sobre as visitas domiciliares impostas pelo município. Os questionários também foram aplicados aos usuários dos serviços de saúde que procuraram atendimento na Unidade Básica de Saúde rural. Devido a falta de acesso à internet em algumas regiões, foi necessário realizar uma versão impressa do questionário e após a coleta dos dados, as respostas da via impressa foram transferidas para o formulário do Microsoft Forms. A amostragem escolhida foi aleatória.

Foi aplicado um pré-teste a 10 usuários da Estratégia Saúde da Família na zona rural para assegurar que não houvesse falhas que pudessem prejudicar o entendimento das questões ou que haja perguntas desnecessárias (GIL, 2008, p.134).

Com a utilização da ferramenta Microsoft Forms as frequências são distribuídas em números absolutos automaticamente, sendo necessária a tabulação dos dados no Excel posteriormente com distribuição das frequências absolutas e relativas e sumarização em tabelas e gráficos.

Considerando o número de usuários cadastrados na Estratégia de Saúde da Família rural de 1801 a amostra foi de 317 pessoas abordadas. O número da amostra foi calculado através da seguinte fórmula, onde n representa o tamanho da amostra, p representa a proporção esperada que será de 0,5, Z representa o valor de distribuição normal de acordo com o nível de confiança que é de 1,96 para o nível de confiança de 95% e ε é o tamanho do intervalo de confiança que será de 0,05 (BUSSAB; BOLFARINI, 2005 *apud* AGRANONIK; HIRAKATA, 2011):

$$n = \frac{p(1-p)Z^2 N}{\varepsilon^2(N-1) + Z^2 p(1-p)}$$

O questionário foi construído a partir dos conceitos de acesso e acessibilidade descritos no capítulo teórico e embasado no instrumento de avaliação da atenção primária PCATool construído a partir do modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian (1966) e o Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Foi utilizado o atributo “Acesso primeiro contato” e os componentes “utilização” e “acessibilidade” do PCATool e utilizado o “Módulo 3 – Entrevista com o usuário” do PMAQ. Não foi realizado compilação de ambos os documentos na elaboração do questionário, as questões existentes nos instrumentos avaliativos foram utilizadas como base para elaboração das questões.

Como forma de abordagem técnica do trabalho de campo foi utilizada a observação participante, que segundo Minayo (2002, p.59-60) se realiza por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno para obtenção de informações sobre a realidade das pessoas inseridas em seus contextos, podendo o pesquisador modificar o contexto do sujeito, como também ser modificado por ele.

Segundo Richardson et al (2012, p.261):

Na observação participante, o observador não é apenas um espectador do fato que está sendo estudado, ele se coloca na posição e ao nível dos outros elementos humanos que compõem o fenômeno a ser observado [...] Este tipo de observação é recomendado especialmente para estudo de grupos e comunidades.

Introduzida pela Escola de Chicago nos anos 20 e amplamente contestada pelas pesquisas experimentais, a observação participante consiste no contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, a fim de se recolher as ações dos atores em seu contexto natural, a partir da perspectiva do observador (CHIZZOTTI, 2000).

Bronislaw Malinowski publicou em 1922 o livro *Argonautas do Pacífico*, obra precursora no uso da etnografia, lançando mão da observação participante como técnica de investigação social (MARQUES, 2016).

Para o registro das informações obtidas foi utilizado um Diário de Campo, sendo realizado anotações do período de 15 de janeiro até 14 de fevereiro e de 10 de março até 29 de março no período das 07:30 até as 16:30, isto é, desde a saída da Secretaria de Saúde até chegada nas unidades de saúde rurais e da saída das unidades até retorno na Secretaria de Saúde. Contemplando dias de atendimento de consultas de enfermagem de nível superior, dias de atendimento médico, bem como as atividades de acolhimento de demanda espontânea, agendada e programada,

visitas domiciliares e dia de entrega de medicação para hipertensos e diabéticos.

5.4 Análise dos dados

Foi empregada a técnica de triangulação de dados, que segundo Triviños (1987, p.138-140) permite uma melhor descrição, explicação e compreensão do fenômeno observado, ressaltando a importância do contexto histórico, cultural e social envolvidos neste fenômeno. Segundo o autor, a triangulação de dados envolve três aspectos, estando o primeiro relacionado aos *“Processos e produtos centrados no sujeito”* por meio averiguação das percepções dos sujeitos por meio de entrevistas e questionários e o comportamento dos sujeitos mediante a observação; o segundo aspecto envolve os *“Elementos produzidos pelo meio do sujeito”*, englobando os documentos, instrumentos legais e estatísticos e os *“Processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macroorganismo social do sujeito”*, incluindo forças de relação de produção, propriedade dos meios de produção e classes sociais (TRIVIÑOS,1987, p.138-140). Esses três aspectos foram considerados em sua complementaridade.

5.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Campinas (CAAE: 25352619.9.0000.5404) e da Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas. Foram cumpridos todos os requisitos propostos na resolução do Plenário do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, resolução 510 de 07 de abril de 2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a

pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e resolução 580 de 22 de março de 2018 que regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências.

Foram incluídos no estudo todos os usuários que aceitaram responder o questionário e concordaram com as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que tinham 18 anos ou mais e que estavam cadastrados em uma das 6 unidades na área rural há pelo menos 1 ano.

Foram excluídos todos os usuários menores de 18 anos, não vinculados à ESF há pelo menos 1 ano, que recusaram a participar do estudo ou não concordaram com as informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6 RESULTADOS

6.1 Descrição e análise dos dados quantitativos

Os dados aqui apresentados referem-se primeiramente a análise dos dados quantitativos obtidos através dos questionários aplicados à população rural.

Tabela 7.0 Resultado do questionário aplicado à população rural sobre acesso em frequência absoluta e frequência relativa.

Escolaridade	FA	FR
Não alfabetizado	25	7,9%
Ensino fundamental incompleto	186	58,7%
Ensino fundamental completo	35	11,0%
Ensino médio incompleto	18	5,7%
Ensino médio completo	42	13,2%

Ensino superior incompleto	3	0,9%
Ensino superior completo	7	2,2%
Não sei/não quero responder/não se aplica	1	0,3%
Total	317	100%
Local de primeira escolha	FA	FR
ESF da Zona Rural	157	49,53%
UBS, ESF da Zona Urbana	4	1,26%
UPA	123	38,80%
Hospital conveniado ao SUS	1	0,32%
Rede privada (particular ou convênio)	32	10,09%
Não sei/ não quero responder/ não se aplica	0	0,00%
Total	317	100,00%
Distância	FA	FR
Longe ou muito longe	78	24,61%
Razoável	83	26,18%
Perto ou muito perto	156	49,21%
Não sei/ não quero responder/ não se aplica	0	0,00%
Total	317	100,00%
Meio de transporte	FA	FR
Nenhum, vou a pé	112	35,33%
Bicicleta	6	1,89%
Veículo de tração animal	0	0,00%
Veículo próprio	166	52,37%
Carona	28	8,83%
Transporte coletivo	5	1,58%
Taxi ou transporte por aplicativo	0	0,00%
Outro	0	0,00%
Não sei/ não quero responder/ não se aplica	0	0,00%
Total	317	100,00%
Horário de funcionamento	FA	FR
Não atende	8	2,52%
Atende parcialmente	25	7,89%
Atende totalmente	274	86,44%
Não sei/ não quero responder/N.A	10	3,15%
Total	317	100,00%
Orientação rápida por meios de comunicação	FA	FR
Nunca ou quase nunca	102	32,18
Às vezes	38	11,99%

Quase sempre ou sempre	157	50,06
Não sei/não quero responder/N.A	20	6,31%
Total	317	100,00%
Orientações voltadas à prevenção de doenças e cuidados à saúde	F.A	F.R
Nunca ou quase nunca	40	12,61%
Às vezes	46	14,51%
Quase sempre ou sempre	231	72,87%
Não sei/não quero responder/N.A	0	0,00%
Total	317	100,00%
Disponibilidade de vacinas	F.A	F.R
Nunca ou quase nunca	11	3,47%
Às vezes	45	14,20%
Quase sempre e sempre	238	75,08%
Não sei/não quero responder/N.A	23	7,26%
Total	317	100,00%
Facilidade de obter atendimento com médico/enfermeiro	F.A	F.R
Com certeza sim	191	60,25%
Provavelmente sim	65	20,50%
Provavelmente não	34	10,73%
Com certeza não	17	5,36%
Não sei/não quero responder/N.A	10	3,15%
Total	317	100,00%
Facilidade em coletar exames laboratoriais na ESF Rural	F.A	F.R
Com certeza sim	32	10,09%
Provavelmente sim	45	14,20%
Provavelmente não	54	17,03%
Com certeza não	157	49,53%
Não sei/não quero responder/N.A	29	9,15%
Total	317	100,00%
Acesso a procedimentos de enfermagem	F.A	F.R
Nunca ou quase nunca	9	2,84%
Às vezes	66	20,82%
Sempre ou quase sempre	223	70,35%
Não sei/não quero responder/N.A33	19	5,99%
Total	317	100,00%
Disponibilidade de medicações	F.A	F.R
Nunca ou quase nunca	34	10,73%
Às vezes	141	44,48%

Sempre ou quase sempre	124	39,12%
Não sei/não quero responder/N.A	18	5,68%
Total	317	100,00%
Disponibilidade do atendimento de urgência	F.A	F.R
Nunca ou quase nunca	109	34,39%
Às vezes	38	11,99%
Quase sempre ou sempre	147	46,37%
Não sei/não quero responder/N.A	23	7,26%
Total	317	100,00%
Assistência ao usuário durante pandemia de COVID-19	F.A	F.R
Com certeza sim	135	42,59%
Provavelmente sim	108	34,07%
Provavelmente não	20	6,31%
Com certeza não	19	5,99%
Não sei/não quero responder/N.A	35	11,04%
Total	317	100,00%

Fonte: Autoria própria.

Foram entrevistados 317 usuários que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. As frequências obtidas foram apresentadas na **Tabela 7.0**. Em relação à escolaridade, 25 (7,9%) entrevistados não haviam sido alfabetizados, 186 (58,7%) tinham ensino fundamental incompleto, 35 (11,0%) tinham o ensino fundamental completo, 18 (5,7%) tinham ensino médio incompleto, 42 (13,2%) concluíram o ensino médio, 3 (0,9%) tinham o ensino superior incompleto, 7 (2,2%) haviam concluído o ensino superior e 1 (0,3%) não soube ou não quis responder.

A escolaridade é um importante fator capaz de implicar na percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde. A desinformação sobre as doenças, meios de contágio, fatores de risco e prevenção podem levar ao indivíduo não só ao adoecimento como também dificultar a percepção da doença já instalada ou pensar em possibilidades de atividades que levem à melhoria de qualidade de vida e promoção de saúde. (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

A baixa escolaridade no contexto rural advém da necessidade do homem do campo ter que trabalhar nas lavouras, o que não exige qualificação profissional (KESSLER,

2016). Mulheres que não são orientadas sobre a coleta citopatológica e sua importância, por exemplo, estão expostas a um maior risco de desenvolver câncer do colo de útero. (CARVALHO et al, 2016).

Apesar da alta cobertura da coleta citopatológica no Brasil, a prevalência ainda não é satisfatória em alguns grupos da população, dentre os quais também se encontra a baixa escolaridade. (TIENSOLI et al, 2018).

Considerando que a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde varia de acordo com sua escolaridade, podemos inferir que, conseqüentemente a busca pelos serviços de saúde para fins de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado em tempo oportuno também será afetada pelas necessidades em saúde subjetivas de cada indivíduo. Em outras palavras, não basta que os serviços de saúde estejam disponíveis, mas é preciso que os usuários saibam quando e como utilizá-los.

Para Starfield (2002) existe uma diferença entre os termos acessibilidade e acesso, o primeiro está relacionado às características de um serviço, tais como localização, horário de funcionamento e abordagem frente as demandas e o segundo à maneira como as pessoas percebem a acessibilidade.

Considerando que quase 60% da população entrevistada possui baixa escolaridade, é importante que a ESF Rural desenvolva ações voltadas à educação em saúde elevando sua autonomia.

No Brasil, entre 2013 a 2019 a prevalência de multimorbidade aumentou 5,0 pontos percentuais entre os de menor escolaridade e 3,8 pontos percentuais entre aqueles que tinham ensino superior completo. (DELPINO et al, 2021).

A taxa de mortalidade neonatal em recém-nascidos de mães com baixa escolaridade no Rio de Janeiro, no período de 2004 a 2010 não apresentou nenhuma redução, ao passo que entre recém-nascidos de mulheres com escolaridade intermediária ou elevada, a mortalidade neonatal teve uma redução de 4% ao ano. (FONSECA et al, 2017).

Um estudo que investigou a associação entre indicadores socioeconômicos e mortalidade de adultos por doenças cardiovasculares no período de 1999 a 2001 mostrou associação inversa entre as condições econômicas, dentre as quais estava

a escolaridade, e a mortalidade por doenças cardiovasculares. (ISHITANI et al, 2006).

O aumento da escolaridade e a inserção da população feminina no mercado de trabalho contribui para que as mulheres adiem a maternidade e conseqüentemente tenham menos filhos (BRASIL, 2015). O fato de quase 60% da população rural possuir apenas o ensino fundamental completo coloca esta população em situação de risco de desenvolver doenças e agravos ao considerarmos os dados das pesquisas que associam a baixa escolaridade com aumento da morbidade e mortalidade. Desta forma, é preciso que a atenção básica desenvolva estratégias de comunicação eficazes no sentido de empoderar essa população para que tome decisões conscientes em relação à manutenção da saúde.

É importante destacarmos que embora a escolaridade como “saber formal” seja um importante fator a ser considerado, não se deve descartar o saber popular e as equipes de saúde devem estar preparadas para “ouvir” e saber se estão sendo ouvidas.

Segundo Lima et al (2019), “o conhecimento popular sobre processo saúde-doença e suas diversas formas de manifestação, muitas vezes não é valorizado pelos profissionais de saúde, não sendo sequer ouvido” e isto é uma barreira de acesso e a autora traz como exemplo o uso de plantas medicinais e fitoterapia no serviço de saúde como uma forma de dar mais autonomia à população sendo necessário, evidentemente, que haja capacitação de profissionais nesta modalidade de saber.

Assim como é esperado que o saber formal eleve a autonomia dos usuários, a população rural também espera que os profissionais de saúde saibam utilizar dos recursos disponíveis na natureza e saiba abordar temas voltados para a população do campo (LIMA et al, 2019), ou seja, é importante que haja troca de saberes entre os profissionais de saúde e a população.

Esse saber popular também deve ser considerado pelos profissionais de saúde e não apenas o saber formal, pois caso contrário haveria o risco de se “patologizar” a falta de instrução e pobreza.

Ao serem questionados sobre qual estabelecimento de saúde é procurado primeiro em caso de necessidade de atendimento médico, 157 (49,53%) responderam o PSF

(postinho de saúde) da Zona Rural, 4 (1,26%) utiliza a UBS/PSF (postinho de saúde) da Zona Urbana, 123 (38,8%) disseram procurar a UPA, 01 (0,32%) usuário disse utilizar hospital conveniado ao SUS, 32 (10,09%) disseram utilizar rede privada.

A maioria dos entrevistados (49,53%) tem a Unidade de Saúde da Família rural como primeiro local de procura na obtenção do atendimento médico. Considerando a possibilidade da Atenção Básica atender de 80% a 90% das demandas em saúde do indivíduo ao longo de sua vida, podemos dizer que um percentual de 38,8% de usuários que deslocam-se da Zona Rural para obter atendimento médico na UPA como primeiro local de procura em caso de necessidade denota uma ineficácia do serviço de saúde para absorver esta demanda.

A influência do modelo biomédico na sociedade, com ênfase no curativismo, pode influenciar os indivíduos a buscar o atendimento somente no momento da doença já instalada, buscando obter alívio imediato e para isto, a Unidade de Pronto Atendimento se tornou o primeiro estabelecimento procurado por esta parcela da população.

O modelo biomédico é restrito e de caráter reducionista e os métodos tradicionais não têm sido capazes de impactar efetivamente na saúde e qualidade de vida das populações menos privilegiadas economicamente, além de que apenas o uso de tecnologias não são suficientes para resolver todos os aspectos que permeiam as condições de saúde dos indivíduos. (MINAYO, 2006). Este modelo, que vai ao encontro dos interesses capitalistas, tem enfoque no consumo de produtos e serviços destinados à saúde e não na saúde dos indivíduos (AKERMAN et al, 2006) além de inferiorizar o saber e as experiências vivenciadas pelo paciente e colocar suas questões em saúde como verdades absolutas sem valorizar as múltiplas interpretações do processo saúde-doença, além do mais, a fragmentação gerada por meio deste modelo faz com que o indivíduo seja reduzido a um corpo a ser manipulado (MINAYO, 2006), não considerando o ser humano em sua plenitude, ou suas relações sociais e assim, os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença não são abordados, desde modo, a causa real, que nem sempre é biológica, não é tratada e o problema se reinstala, gerando um ciclo vicioso.

O desenvolvimento do conhecimento científico teve como base o surgimento da microscopia e conseqüentemente da microbiologia o que posteriormente levou ao desenvolvimento da medicina clínica, da patologia e fisiologia. (WESTPHAL, 2006).

Com a Revolução Industrial e aumento da mortalidade da população, as condições de vida passaram a ser vistas como um fator importante, junto às questões biológicas no processo saúde-doença, todavia os avanços da biomedicina, importantes para conter as doenças infecto-contagiosas, fizeram com que a doença continuasse a ser pensada como um produto da interação entre agente e hospedeiro e deixando de lado questões relacionadas às questões sociais, norteadas também as práticas voltadas à prevenção. (WESTPHAL, 2006).

Com o surgimento de fármacos de eficiência comprovada, as práticas em saúde passaram a ser pautadas cada vez mais no mecanicismo, unicausalidade, biologicismo e individualismo fortalecendo ainda mais o modelo biomédico hegemônico que perdura até a atualidade. (WESTPHAL, 2006).

Um estudo que buscou identificar o perfil de usuários que utilizam um serviço não hospitalar de urgência e emergência apontou que a maioria dos motivos de procura ocorreu por problemas agudos de baixa gravidade e por pessoas que residiam próximo ao estabelecimento e que 73% dos usuários procuravam o serviço de pronto-atendimento nos dias de semana, no horário de funcionamento da USF. (GARCIA; REIS, 2014).

Dentre as razões pela procura de unidades de pronto atendimento por usuários sem queixas agudas destacam-se a demora no atendimento; ausência do médico na unidade básica (PICOLI; CAZOLA; MAURER, 2016), percepção de que os sintomas no momento da procura são urgentes; comodidade, pela crença de obtenção de solução fácil e rápida; pela demora no agendamento na unidade de saúde, falta de medicações na atenção básica; pela qualidade da assistência prestada pelas unidades de pronto atendimento na concepção dos usuários. (AMARANTE et al, 2020).

Considerando os dados do presente estudo que vão ao encontro dos resultados obtidos em diversas pesquisas, podemos inferir que a população procura as unidades de pronto atendimento para resolução de problemas de baixa gravidade,

demandas estas que poderiam ser absorvidas pela atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família e que esta procura pode estar relacionada às dificuldades para obtenção do atendimento médico em tempo oportuno, questões estruturais e qualidade da assistência.

Outro estudo que buscou identificar o perfil das demandas pelo serviço de emergência de uma UPA constatou que grande parte dos atendimentos poderiam ter sido realizado nas unidades básicas e metade dos diagnósticos eram sensíveis à atenção primária (FABRIZZIO, 2018).

As dificuldades de acesso e a ineficácia na resolução dos problemas pela Atenção Básica à Saúde levam os usuários dos serviços de saúde a buscar atendimento preferencialmente nos serviços de urgência. (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Os usuários também foram questionados se quando sentiam que precisavam de um atendimento com o médico ou com o enfermeiro no PSF rural, conseguiam esse atendimento com facilidade, 191 (60,25%) responderam com certeza sim, 65 (20,50%) disseram provavelmente sim, 34 (10,73%) pessoas disseram que provavelmente não conseguiriam, 17 (5,36%) usuários disseram que com certeza não conseguiriam este tipo de atendimento com facilidade e 10 (3,15%) pessoas não souberam responder. E quando perguntado se ao precisar de uma consulta de urgência no PSF Rural o usuário conseguiria obter este atendimento, 71 (22,4%) responderam que nunca conseguiam, 38 (11,99%) disseram que quase nunca, 38 (11,99%) disseram que às vezes conseguiam, 17 (5,36%) disseram quase sempre, 130 (41,01%) responderam que sempre conseguiram e 23 (7,26%) não souberam responder.

Se a maioria (80,75%) dos usuários percebe uma certa facilidade em obter atendimento médico ou do enfermeiro, por que quase 40% dos usuários estariam se deslocando até a Unidade de Pronto Atendimento na zona urbana em vez de procurar a ESF Rural? A resposta pode estar no fato de um percentual bem menor de pessoas (46,37%) que percebe uma certa facilidade em se obter atendimento de urgência na unidade.

Ou seja, é fácil, desde que a demanda não seja de urgência. Deste modo, entende-

se que há uma indisponibilidade de serviços de urgência na ESF Rural, porém a relação construída entre o serviço e o usuário fez com que o mesmo encarasse com certa naturalidade o fato de não haver serviço de urgência disponível à população rural, ou seja, a população poderia estar condicionada a pensar que o serviço da ESF Rural estaria voltado para resolução de “problemas que poderiam esperar”, levando o usuário a procurar a UPA para problemas agudos.

No entanto, o primeiro atendimento às situações de urgência e emergência até a transferência do usuário até outros pontos de atenção é uma das responsabilidades da Atenção Básica em Saúde, cabendo aos profissionais atuantes a realização do acolhimento à demanda espontânea e classificação de risco. (BRASIL, 2013).

Quando questionados sobre avaliação entre a residência e a Unidade de Saúde rural, 20 (6,31%) usuários avaliaram como muito longe, 58 (18,30%) como longe, 83 (26,18%) responderam razoável, 126 (39,75%) acharam perto, 30 (9,46%) muito perto.

Uma pesquisa que objetivou analisar a evolução da cobertura da ESF a partir dos resultados dos inquéritos populacionais das Pesquisas Nacionais de Saúde entre os anos de 2013 a 2019 evidenciou que há uma cobertura mais alta entre a população vulnerável (considerando escolaridade do chefe de família e renda per capita) sendo mais presente em áreas rurais onde o acesso aos serviços de saúde é mais difícil deixando em evidência o papel do SUS em atender os grupos populacionais que mais dependem de cuidados em saúde advindos do setor público (GIOVANELLA, et al, 2020).

Entre 2013 a 2019 houve aceleração da expansão da cobertura populacional da ESF comparado com o período de 2008 a 2013 com aumento de 6,5 pontos percentuais o que pode estar relacionada com o avanço do Programa Mais Médicos instituído pelo governo da ex-presidenta Dilma Rousseff. (GIOVANELLA et al, 2020). O município de Poços de Caldas dispõe de 33 Unidades Básicas de Saúde com Estratégia Saúde da Família e 6 (18,18%) delas prestam atendimento à população rural corresponde a 2% da população do município e considerando o número de 1801 pessoas cadastradas, cada unidade de saúde atende em torno de 300 pessoas.

O número pequeno de pessoas que cada estabelecimento de saúde atende nos faz inferir que há um interesse do município em garantir que a população rural tenha acesso físico até o estabelecimento de saúde, considerando os aspectos geográficos da região e as condições socioeconômicas da população que dificultariam o acesso aos estabelecimentos de saúde na zona urbana ou até mesmo dentro da área rural caso houvesse menos unidades físicas.

A existência de seis estabelecimentos físicos de saúde na área rural pode ser um fator facilitador do acesso e este fator tem contribuído para percepção de proximidade entre a residência e o estabelecimento de saúde por quase 50% da população atendida pela ESF Rural, todavia há uma outra metade que não tem tido esta mesma percepção.

Embora esta estratégia de ampliar o número de estabelecimentos físicos tenha sido utilizada pelo município como tentativa de diminuir as desigualdades no que diz respeito ao acesso, é necessário pensar em meios para atender a outra metade dos entrevistados que têm a “sensação” de algum grau de distância que pode estar relacionada a falta de meios de transporte, o que dificulta a chegada até a unidade por outros meios.

A respeito do meio de transporte utilizado para ir até a Unidade de Saúde Rural, 112 (35,33%) disseram que vão a pé, 6 (1,89%) utilizam bicicleta, 166 (52,37%) responderam veículo próprio, 28 (8,83%) responderam que utilizam veículos de terceiros, 5 (1,58%) disseram transporte coletivo.

Ao realizar o cruzamento dos dados referentes à percepção de distância com o meio de transporte utilizado para acessar a ESF rural, dos 83 entrevistados que responderam achar razoável a distância, 72 (86,75%) utilizam carro próprio e 11 (13,25%) vão de carona; dos 156 que responderam achar a distância perto ou muito perto, 62 (41,7%) responderam que vão a pé e 94 (58,3%) utilizam carro próprio; e dos 78 que responderam muito longe ou longe, 50 vão a pé (64,1%), 5 (6,41%) utilizam transporte coletivo, 17 (21,8%) vão de carona e 6 (7,69%) vão de bicicleta.

Com base nos dados, podemos afirmar que a percepção de distância entre o domicílio e a ESF Rural está relacionada a duas variáveis, a primeira diz respeito a disponibilidade do meio de transporte, ou seja, aqueles que dispõem de carro

próprio tem maior autonomia, podendo se deslocar para locais um pouco mais distantes para obter atendimento e conseqüentemente a localização da unidade não se torna um problema, ao passo que aqueles que dependem de outros meios de transporte possuem maior dependência de terceiros e conseqüentemente o deslocamento até o estabelecimento de saúde se torna um desafio e a segunda variável diz respeito à localização estratégica dos estabelecimentos de saúde ou seja, a distribuição das ESF Rurais geograficamente, privilegiando algumas comunidades rurais e dificultando o acesso de outras, de modo que aqueles que dispõem de meios de transportes sejam forçados a utilizá-los para obterem o atendimento, onerando o usuário e, ainda, dificultando o acesso daqueles que não possuem veículo próprio ou dependem de terceiros.

O transporte público com preço justo e porque não gratuito em algumas situações é importante na garantia de autonomia do indivíduo, proporcionando acesso a melhores oportunidades de trabalho, capacitação profissional, serviços de saúde, atividades de lazer, democratizando o acesso às oportunidades em uma sociedade marcada pela desigualdade (SILVEIRA; COCCO, 2013).

Os altos preços das passagens dos transportes coletivos onera as pessoas de baixa renda, que são as que mais dependem deste tipo de transporte. (SILVEIRA; COCCO, 2013).

Evidentemente, a questão da tarifação zero envolve interesses de empresários de transportes, questões políticas e repasse de recursos tornando-se uma possibilidade distante, principalmente no momento político atual. (SILVEIRA; COCCO, 2013).

De acordo com Santos (1981), tanto na zona urbana como na área rural a ida a pé até a unidade deveria ser vista como um ponto positivo desde que o tempo de chegada não excedesse 20 minutos de caminhada. Desta forma, segundo ao mesmo autor a necessidade de usar transporte coletivo tanto pelo tempo demandado para o trajeto como para o preço gasto com passagens é uma barreira de acesso.

Embora a solução do problema relacionado aos meios seja complexo e envolva muitos fatores e interesses, é necessário que a gestão crie outras estratégias para diminuir esta não equidade causada pela má distribuição de renda e exploração do

trabalhador na lógica de exploração capitalista. Deste modo, concluímos que não basta acreditar que a igualdade de acesso aos serviços de saúde esteja sendo assegurada à população rural apenas considerando a colocação de uma equipe de saúde dividida entre unidades físicas à disposição dos usuários, pois mesmo assim haveria fatores, como a falta de meios de transporte, limitações físicas por exemplo, ou distribuição irregular das unidades físicas não atendendo os locais de maior densidade de pessoas, que barrariam a utilização dos serviços disponibilizados. Desta forma entende-se que a divisão uniforme de recursos não é suficiente para realização de necessidades em saúde e, portanto, não é garantia para promover equidade e, por fim, justiça social. (BARATA, 2006).

Outra questão importante é sobre o horário de atendimento da unidade uma vez que contexto rural, a população masculina, por exemplo, possui dificuldade de obter atendimento, pois o horário de funcionamento na unidade coincide com o horário de trabalho nas lavouras. (KESSLER, 2016).

Sobre o horário de funcionamento do PSF, 08 (2,52%) usuários responderam que o horário não atende às suas necessidades, 25 (7,89%) responderam que o horário atende parcialmente, 274 (86,44%) disseram atender totalmente e 10 (3,15%) pessoas não souberam ou não quiseram responder.

O horário de funcionamento das Unidades de Saúde da Família Rurais não tem sido visto como um problema pela maioria da população, já que 86,44% acreditam que este horário atende totalmente suas necessidades de um modo geral (é claro que o horário de funcionamento não está relacionado especificamente ao horário de atendimento médico).

É preciso considerar que uma limitação do presente estudo foi não levar em conta a questão do gênero, ou seja, pode ter havido uma feminilização da amostra, ou seja, o horário seria acessível para a população feminina que estruturalmente no contexto rural executa atribuições domésticas, ao passo que o homem realiza trabalho nas lavouras. Culturalmente, a população masculina, que na maioria das vezes é a principal provedora financeira do lar, acredita não poder se afastar do trabalho para cuidar da saúde e essa incompatibilidade entre o horário de funcionamento da

unidade e atividade laboral levaria a uma necessidade de readequação do turno de trabalho da equipe. (CAVALCANTI et al, 2014).

A possível feminilização da amostra denota uma deficiência da ESF Rural em atender uma das determinações da Política Nacional de Saúde Integral da População do Campo e da Floresta que é promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do campo e floresta conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2013).

Quando questionados se os usuários conseguiam uma orientação rápida por telefone, celular, Whatsapp ou qualquer meio de comunicação quando precisavam, 79 (24,92%) disseram nunca conseguir, 23 (7,26%) disseram que quase nunca conseguiam, 38 (11,99%) disseram que conseguiam às vezes, 30 (9,46%) relataram que quase sempre conseguiam, 127 (40,06%) disseram que sempre conseguiam e 20 (6,31%) não souberam responder.

Considerando as possíveis dificuldades de acesso às Unidades Básicas de Saúde rurais, far-se-ia necessário o estabelecimento de comunicação via telefone ou aplicativos de comunicação para que os usuários não precisassem se deslocar fisicamente até a unidade de saúde.-

Contudo 32,18% disseram que nunca ou quase nunca conseguiam obter orientação via telefone ou aplicativo.

A comunicação via telefone eficiente em todas as Unidades Básicas de Saúde seria um meio de acesso às informações sobre vacinação, agendamento de consultas com médico e enfermeiros, orientações em saúde, sobretudo no contexto atual da pandemia de COVID-19. O fato de apenas menos da metade da população (49,52%) dizer que sempre ou quase sempre consegue orientação por telefone, mostra que esta comunicação não tem ocorrido de forma eficaz.-

Um estudo que analisou as características estruturais da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais apontou que em três municípios os agentes comunitários de saúde eram fundamentais para manutenção da comunicação com a população, levando as demandas dos usuários equipe, visto que em algumas regiões não havia sinal telefônico, deixando o agente de saúde sobrecarregado com funções administrativas. (ALMEIDA et al, 2021).

Uma das responsabilidades da Atenção Básica é realizar o monitoramento dos casos sintomáticos de COVID-19, identificando sinais de agravos e encaminhando para outros níveis de atenção, para esta finalidade é imprescindível que os estabelecimentos de saúde disponham de meios de comunicação eficientes, permitindo resposta rápida frente as demandas. (GIOVANELLA, 2020).

Em relação às orientações realizadas pela equipe do PSF sobre como se prevenir contra doenças e/ou cuidar da saúde, 21 (6,62%) disseram nunca receber orientações, 19 (5,99%) pessoas responderam quase nunca, 46 (14,51%) disseram que às vezes recebem orientações, 38 (11,99%) disseram que quase sempre recebem e 193 (60,88%) responderam que sempre recebem estas orientações da equipe.

O acesso à informação é imprescindível para assegurar a autonomia do indivíduo no seu auto-cuidado e busca por novos estilos de vida. No que tange às orientações voltadas para prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, 75,08% dos entrevistados responderam que sempre ou quase sempre recebiam orientações da equipe na residência, no entanto estas orientações não têm sido suficientes para assegurar que um percentual maior de usuários tenha a Unidade Básica de Saúde Rural como primeira escolha na busca pelo atendimento, recorrendo à UPA possivelmente com a doença já instalada.

Embora as ações preventivas sejam importantes, um estudo que objetivou avaliar os fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 87,06% dos entrevistados relataram motivo da busca pelo serviço classificado como tratamento/diagnóstico e 12,94% prevenção, resultados que sugerem a necessidade de incorporar ações preventivas na população pela Estratégia Saúde da Família. (SILVA; TORRES; PEIXOTO, 2013).

O desenvolvimento e apoio a pesquisas voltadas à saúde da população rural e floresta, bem como a integração de saberes e práticas de cuidado aos processos educativos e a inserção de temas referentes à saúde da população rural na educação permanente dos profissionais atuantes na ESF faz parte do eixo temático que fala a respeito da educação permanente e educação popular em saúde com

foco nas populações do campo e da floresta da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Floresta, valorizando a importância da construção de saberes voltados a grupos específicos para um melhor cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

As informações sobre prevenção de doenças e agravos e promoção de saúde são importantes ferramentas que contribuem para adesão de usuários a programas voltados à prevenção, detecção e tratamento de doenças tais como o câncer de colo de útero e de mama, por exemplo. (BRASIL, 2013).

Em relação a disponibilidade da vacina na unidade, 9 (2,84%) pessoas responderam que nunca encontram a vacina disponível na unidade quando procuram o PSF para tomar uma vacina, 02 (0,63%) responderam que quase nunca encontram, 45 (14,2%) responderam que às vezes encontram a vacina disponível, 19 (5,99 %) responderam quase sempre, 219 (69,09%) disseram sempre encontrar e 23 (7,26%) não souberam responder.

No âmbito da prevenção, a população tem tido acesso às vacinas o que pode contribuir para a diminuição de muitos agravos à saúde, tais como doenças infectocontagiosas virais e bacterianas. No entanto, o estudo não aborda a frequência com que os usuários procuram este atendimento ou se sabem quais vacinas estão disponíveis para suas faixas etárias.

As ações em imunização na infância contribuíram para redução da mortalidade de crianças e conseqüentemente para o processo de transição epidemiológica, colocando as doenças crônicas não transmissíveis como as principais causas de mortalidade, sendo concentradas nos grupos de idade mais avançada, indicando que as pessoas estariam morrendo mais tarde. (BRASIL, 2015).

Foi perguntado aos usuários se quando precisavam realizar coleta de exame laboratorial no PSF da Zona Rural, conseguiam este serviço com facilidade, 32 (10,09%) usuários responderam, com certeza, sim, 45 (14,20%) disseram que provavelmente conseguiriam realizar, 54 (17,03%) disseram que provavelmente não, 157 (49,53%) responderam que, com certeza, não conseguiriam e 29 (9,15%) pessoas não souberam responder.

O fato de que 66,56% tinham certeza ou acreditavam que provavelmente não teriam

acesso à coleta de exames laboratoriais nas Unidades de Saúde Rurais chama atenção considerando que a realização de exames laboratoriais contribui para a realização do diagnóstico precoce das doenças, direcionando para um tratamento mais assertivo.

Durante o pré-natal a realização de exames laboratoriais auxilia na detecção de problemas que podem comprometer a saúde materno-fetal como a anemia, a diabetes gestacional, pré-eclampsia, a doença hemolítica perinatal, a infecção do trato urinário que pode levar ao aborto, infecções sexualmente transmissíveis, a toxoplasmose dentre outras (BRASIL, 2012).

A realização de exames laboratoriais é importante na prevenção de doenças de relevância epidemiológica, associadas ao aumento de morbidade e mortalidade, como por exemplo o diabetes e hipertensão arterial e ajudar no controle de complicações causadas por elas. Estes exames são utilizados no rastreamento, estratificação, classificação e controle destas doenças. (BRASIL, 2012).

A falta do serviço de coleta de exames laboratoriais na zona rural onera o usuário que precisa deslocar-se até a zona urbana e pode, inclusive ser um impeditivo para que o exame seja realizado o que conseqüentemente levará a dificuldades para diagnóstico precoce e acompanhamento de portadores de doenças crônicas ou pessoas em situações específicas como gestantes.

Foi questionado se quando os usuários procuravam o PSF para realizar algum procedimento como verificar pressão arterial ou controle da glicemia capilar (exame de diabetes), curativos conseguiam ter acesso a este(s) procedimento(s) no mesmo dia, 8 (2,52%) responderam que nunca conseguiam, 01 (0,32%) disse que quase nunca, 66 (20,82%) responderam que às vezes, 179 (56,47%) disseram que sempre, 44 (13,88%) responderam quase sempre e 19 (5,99%) não quiseram ou não souberam responder.

Quanto ao acesso aos procedimentos de enfermagem tais como aferição de pressão arterial, controle da glicemia capilar e curativos, a maioria (70,35%) relatou que sempre ou quase sempre encontram tais procedimentos disponíveis, o que contribui para a detecção precoce de problemas tais como hipertensão arterial sistêmica e diabetes, possibilitando a intervenção precoce sobre estes agravos à saúde.

Ao serem questionados sobre a frequência que os usuários encontravam a medicação de que precisavam disponível para entrega no PSF, 7 (2,21%) usuários responderam que nunca encontraram, 27 (8,52%) responderam que quase nunca encontravam, 141 (44,48%) responderam às vezes, 44 (13,88%) disseram que quase sempre, 80 (25,24%) disseram sempre e 18 (5,68%) não souberam responder.

O fato de quase 45% dos entrevistados responderem encontrar “as vezes” as medicações que precisavam disponíveis na unidade indica que a unidade de saúde não oferece condições para que o indivíduo mantenha continuidade no tratamento medicamentoso, sendo assim, deverá se deslocar até a zona urbana caso queira manter o tratamento.

Ao realizar o cruzamento de dados, concluímos que das 34 pessoas que responderam que nunca ou quase nunca encontravam as medicações que necessitavam disponíveis na unidade, 20 (58,82%) tinham a UPA como primeiro local de escolha para obtenção de atendimento e das pessoas que responderam às vezes encontrar as medicações que necessitam, 101 (71,63%), tinham a UPA como primeiro local de escolha para obtenção do atendimento. O que mostra uma associação entre a indisponibilidade da medicação e a busca por atendimento em outro estabelecimento de saúde.

Por fim, foi perguntado aos usuários se após o início da pandemia do “coronavírus”, o PSF rural estaria dando a assistência que o usuário precisava, 135 (42,59%) disseram que com certeza sim, 108 (34,07%) responderam que provavelmente sim, 20 (6,31%) responderam que provavelmente não, 19 (5,99%) disseram que com certeza não e 35 (11,04%) não souberam ou não quiseram responder.

Durante a pandemia de COVID, a atenção básica atuou como porta de entrada para os usuários com sintomas gripais, trabalhando na estratificação dos casos e encaminhando aqueles com maior gravidade para os hospitais de referência e realizando ações educativas e de monitoramento. (CARDOSO et al, 2020).

Levando em conta o contexto atual de pandemia de COVID-19, a maioria (76,66%) dos entrevistados tem certeza ou acredita que a ESF rural esteja dando assistência adequada aos usuários do serviço de saúde mostrando que a pandemia de modo

geral não trouxe, na percepção dos usuários, um impacto negativo naquilo que consideram como “assistência necessária”.

É inegável o impacto positivo que a expansão das ações da Estratégia Saúde da família trouxe para a população brasileira. Um estudo que examinou as tendências em saúde da população idosa brasileira utilizando-se dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998-2008) mostrou um aumento gradativo da boa autoavaliação da saúde (39,3%, 43,5% e 45,0% em 1998, 2003 e 2008, respectivamente) e uma diminuição na prevalência de artrite, doença do coração e depressão autorreferidas. (LIMA-COSTA, 2011).

No período de 2006 a 2008 no Brasil, o número de equipes da Estratégia Saúde da Família passou de 3062 para 29300, sendo assim, a cobertura populacional aumentou 43% e a mortalidade infantil diminuiu 42%. (CECCON et al, 2014).

Uma pesquisa que avaliou o impacto do Programa Saúde da Família da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG) no período de 1992 a 2003 mostrou que após a implantação do PSF, houve um aumento de 40,4% do diagnóstico de doenças, redução das internações hospitalares de 42,7% para 27,2%, a cobertura de pré-natal aumentou de 30,6% para 90% e partos domiciliares reduziram de 48,9% para 1 %. (GOMES et al, 2009).

De forma geral, as melhorias do acesso aos serviços de saúde, ao saneamento básico levou a impactos positivos no perfil epidemiológico da população. No Brasil, a taxa de mortalidade infantil passou de 31,7% em 1999 para 22,5% em 2009, contribuindo para melhorias no IDH do país. (BRASIL, 2015).

A qualidade do atendimento tanto no âmbito da promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos como no tratamento e diagnóstico é de extrema importância para esta população que não dispõe de assistência privada e, portanto, depende da saúde pública e que utiliza a ESF Rural não necessariamente por opção, mas porque não tem escolha devido às dificuldades de acessar outros serviços.

6.2 Descrição e análise dos dados qualitativos

6.2.1 Aspectos da organização do serviço.

A equipe da Estratégia Saúde da Família na zona rural é formada por 01 médico e 01 enfermeiro itinerantes, 04 técnicos de enfermagem, sendo 02 fixos e 02 que atendem 02 unidades em dias da semana estabelecidos pelo enfermeiro responsável, 06 agentes comunitários e 04 agentes comunitários rurais. Cada unidade física atende a uma microárea, de forma que o atendimento possa ser descentralizado e a distância até o estabelecimento físico não seja um fator dificultador do acesso. Desta forma, a divisão da população por microáreas não é homogênea, pois a proximidade das residências com cada uma das unidades físicas é o fator mais importante, havendo agentes comunitários que atendem um número bem maior de famílias que outros.

Embora a Secretaria de Saúde considere a equipe da ESF Rural como uma só que se distribui entre seis pontos distintos, na prática, cada uma das unidades físicas representa uma equipe, sendo os agentes comunitários de saúde os principais articuladores do serviço, que exercem as atividades inerentes à função como as visitas domiciliares e também funções administrativas, como marcações de especialidades de forma informatizada, marcações de consultas e atendimento ao público na unidade (recepção).

Os problemas de ordem administrativa e que demandam conhecimentos de nível técnico são resolvidos em cada uma das unidades pelos próprios agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, sendo os problemas mais complexos reportados ao enfermeiro por telefone ou via Whatsapp que realiza as devidas orientações. Este aspecto revela a importância de tomar os meios de comunicação como tema a ser melhor compreendido.

6.2.2 Entrada em campo

Como enfermeiro atuante na Estratégia Saúde da Família da área rural do Município de Poços de Caldas, local da pesquisa, há inúmeros desafios a serem enfrentados uma vez que o pesquisador, atuando diretamente no local da pesquisa possui informações privilegiadas sobre o contexto o que pode ser um fator negativo, uma vez que o pesquisador tende a querer explicar os fenômenos observados a partir de experiências vivenciadas previamente.

Uma outra dificuldade enfrentada foi que desde o início da elaboração do projeto de pesquisa e aplicação dos questionários até o momento atual onde foi acrescentada uma abordagem qualitativa muitas mudanças no âmbito mundial como a pandemia do novo coronavírus alterando toda a dinâmica da sociedade, impactando a economia e a saúde das populações ocorreram.

Essa nova realidade fez com que o acesso da população rural fosse pensado não só no que diz respeito às populações com alto grau de vulnerabilidade social, mas também em uma população vulnerável em um contexto de pandemia.

A “entrada” no campo ocorreu em 15 de janeiro na Fazenda Aparecida e finalizou-se em 29 de março de 2021 na Fazenda Souza Lima. Além destas duas unidades citadas, a observação foi realizada também nas unidades de saúde rurais da Fazenda Aleixo, Fazenda Lambari, Fazenda Boa Vista e Fazenda Córrego Dantas.

Por fazer parte da equipe da Estratégia da Saúde da Família na Zona Rural, o pesquisador já era conhecido por todos e o projeto de pesquisa foi apresentado aos membros da equipe e solicitado permissão para iniciar a observação participante.

Poderia se dizer que o fato do pesquisador fazer parte da equipe e ser conhecido por ela e pela população e já ter experimentado e traçado seus próprios conceitos sobre o fenômeno a ser explorado e esta observação ocorrer durante a jornada de trabalho tire a legitimidade da pesquisa, principalmente no que se diz respeito à abordagem qualitativa e em especial no fato de ser uma observação participante. Todavia, embora seja esperado do pesquisador uma certa neutralidade, como diria Minayo (2001): “a neutralidade da investigação científica é um mito” e segundo a

mesma autora, desde a elaboração do projeto de pesquisa, a definição de nosso objeto de estudo parte de uma questão ideológica.

Minayo (2004) cita Malinowsk como importante referência a respeito da observação participante e resume seu método em ter um objetivo científico, dispendo de um embasamento teórico interagindo socialmente com o grupo e sendo o pesquisador flexível em relação às suas hipóteses; se integrar no contexto da pesquisa; e utilizar métodos de coleta e análise dos dados.

Deste modo, ao seguir estes passos, não há falta de idoneidade na pesquisa conduzida pelo próprio profissional da equipe e nem um tempo pré-determinado para permanência no campo, além do mais, a própria lógica do mestrado profissional regulamentado pela Portaria do MEC nº 389 de 23 de março de 2017 que dispõe sobre o mestrado e doutorado profissional no âmbito da pós-graduação stricto sensu tem por base o objetivo de capacitar profissionais para realização de prática avançada, transferir conhecimento à sociedade atendendo demandas específicas, integrar a formação profissional com as entidades públicas ou privadas, permitindo a solução de problemas de forma inovadora e contribuir para o aumento da competitividade das empresas. (BRASIL, 2017).

Sendo assim, o mestrado profissional está relacionado ao atendimento das demandas do mercado e o estudante terá interesse em aplicar seus conhecimentos em sua prática profissional, uma vez que faz uma experimentação direta da realidade e dos problemas e deseja desenvolver novas habilidades para solucionar as adversidades por ele enfrentadas e está mais afastado do contexto acadêmico. Todavia é um desafio abster-se de ideias preconcebidas sobre a situação abordada e estar preparado para discutir dados obtidos diferentes do que se espera obter.

6.2.3 Descrição dos dados qualitativos

Em 18 de março de 2021, no período da manhã, uma usuária do serviço de saúde procurou a ESF Rural apresentando uma úlcera crônica vascular em membro inferior

esquerdo para realização de curativo com bota de Unna, acompanhada de uma conhecida que residia na zona urbana e que prestava esta ajuda há dois anos.

No entanto, na ocasião o produto estava em falta na unidade, sendo necessário utilizar outra cobertura disponível até a chegada do material, mantendo a realização do curativo pela própria usuária. A equipe preocupou-se com a realização do curativo pela usuária devido as dificuldades técnicas. Foi solicitado que a usuária mantivesse repouso para evolução da ferida, porém a mesma alegou que o repouso era inviável, pois precisava realizar todas as atividades domésticas, porque não recebia ajuda dos filhos ou do marido que trabalhava na lavoura.

Na mesma data, foi realizado visita a uma usuária do serviço de saúde, idosa, aposentada, cadeirante, que apresentava escoriações na pele, residindo com a filha e neta desempregadas. O esposo da idosa havia falecido há menos de 01 mês vítima de COVID-19; a residência estava em situações precárias de higiene. A residência encontra-se localizada em uma área de difícil acesso e a família não possuía meio de transporte e a neta relatava conflitos interpessoais devido a não aceitação da condição de transexual pela família alegando sofrer de depressão e ter realizado diversas tentativas de autoextermínio.

Em seguida, foi realizada uma visita domiciliar a uma mulher de 30 anos que havia perdido o esposo há 15 dias vítima de afogamento na represa onde pescava para sustentar sua família. Segundo a mesma, o corpo foi encontrado quase uma semana após o desaparecimento do marido e dizia ainda estar em choque. A mesma era mãe de um adolescente de 16 anos e uma menina de dez anos. O filho de 16 anos tornou-se o principal provedor da casa, assumindo o trabalho na lavoura de café, função que já desempenhava desde cedo. Alegava ter sido atendida pelo CRAS e recebido uma cesta básica, porém para aquele mês estava abastecida, cedendo a cesta para outra usuária do serviço de saúde. A mulher, que nunca trabalhou fora, passou a depender de seu filho adolescente que recentemente estava envolvido com drogas e uso abusivo de álcool. Após a realização das visitas, retornamos à unidade de saúde e ao final da tarde concentramos a realizar atividades administrativas.

Em 21 de janeiro de 2021 foi prestado atendimento a uma puérpera para retirada de

pontos de cesárea e que trouxe sua irmã, moradora nova, gestante, apresentando dor em baixo ventre havia três dias e dificuldade para urinar, não realizou os exames previamente solicitados alegando que ao chegar no laboratório, a atendente solicitou que a mesma comparecesse na próxima semana para colher os outros exames juntamente com a cultura de estreptococos, não realizando o exame de urina. Neste caso em particular, houve o deslocamento desnecessário da usuária do serviço de saúde até a zona urbana porque ainda não estava com a idade gestacional para coleta da cultura de estreptococos conforme recomendado pelo protocolo municipal, no entanto, tendo em vista as queixas urinárias da gestante, o enfermeiro havia solicitado o exame de urina e urocultura que poderiam ter sido coletados, uma vez que a gestante já havia procurado o estabelecimento para esta finalidade, embora houvesse possibilidade de tratá-la apenas pela clínica. Se houvesse a coleta de exames laboratoriais na Zona Rural, problemas como esse poderiam ser evitados.

Foi necessário, mediante a clínica, considerando o protocolo municipal, ser prescrito antibioticoterapia pelo enfermeiro para tratamento de infecção do trato urinário. Devido as dores abdominais, sugeriu-se chamar o SAMU para levá-la até o hospital de referência, uma vez que não possui veículo próprio, porém a mesma recusou, preferiu tomar o analgésico e seguir o tratamento com o antibiótico. Orientada a chamar o SAMU em caso de necessidade, pois poderiam enviar uma ambulância. Sua irmã, que entrou em trabalho de parto recentemente, disse que não sabia que nessas condições poderia acionar o SAMU e disse que quando entrou em trabalho de parto, foi para a cidade de ônibus. A proximidade da residência da usuária com a unidade de saúde tornava possível um melhor acompanhamento por parte da equipe à família e mesmo com a recusa do SAMU por parte da usuária, a equipe estaria na retaguarda para eventuais problemas. No entanto, a família não dispunha de carro próprio e caso residissem longe da unidade de saúde, provavelmente teriam dificuldade de obter atendimento imediato.

Em 15 de janeiro de 2021, a equipe itinerante saiu Secretaria Municipal de Saúde às 07:40, sendo necessário realizar o abastecimento do veículo, para isto, foi preciso buscar a autorização na garagem e após, ir abastecer o veículo. O trajeto fez a equipe chegar até o primeiro estabelecimento de saúde às 08:40, para deixar o

primeiro membro da equipe itinerante. Por motivo de doença, a agente comunitária de uma das ESF Rurais necessitou ir à cidade para fazer um exame médico, sendo necessário manter a unidade fechada e a chave aos cuidados da moradora mais próxima.

Outra servidora também se atrasou, pois devido à Pandemia, precisava deixar sua filha com necessidades especiais na casa de familiares, tendo de se deslocar até o município vizinho. Após a chegada da agente comunitária às 10:30 fomos até a casa de uma usuária do serviço de saúde para verificar se seu bebê de 4 meses estava realizando o acompanhamento adequado na rede especializada com o pediatra para acompanhamento de sífilis congênita. Foi constatado que a mãe estava em dia com o acompanhamento de sua filha quanto à sífilis congênita. À tarde foi realizada uma puericultura de uma moradora próxima à unidade de saúde, em seguida iniciou-se a avaliação de resultados de exames citopatológicos com anotação de resultados nos prontuários e planilhas e indicação de agendamento de consulta para casos que demandassem intervenção medicamentosa. Às 15:30 saímos da ESF Rural para buscar os outros membros da equipe itinerante, sendo ainda resolvidos alguns problemas de ordem administrativa, saindo desta unidade às 16:10, a seguir foi necessário passar na Farmácia da Policlínica para retirada de medicações destinadas aos usuários participantes do Programa Antitabagismo

Em 22 de janeiro de 2021 chega até a unidade uma mãe cuja filha apresentava uma lesão no pé, tratada sem melhoras procurou a unidade de saúde. Na ocasião, não havia médico na zona rural, pois o mesmo havia solicitado demissão e por questões administrativas não havia sido contratado um outro médico, sendo necessário a avaliação pelo enfermeiro que fotografava a lesão para mostrar ao médico folguista para verificar a necessidade de encaminhamento para o dermatologista. Devido a impossibilidade de contratação imediata de um médico para a zona rural, o médico folguista estava atendendo duas vezes por semana as demandas mais prioritárias e fazendo as receitas de psicotrópicos. O atendimento médico provisório foi centralizado na ESF fazenda Boa Vista para atenderem os usuários das microáreas: Fazenda Boa Vista, Fazenda Aleixo e Fazenda Souza Lima e na fazenda Lambari,

para atender as microáreas: Fazenda Lambari, Fazenda Córrego Dantas e Fazenda Aparecida.

Em 08 de fevereiro de 2021 foi contratada uma nova médica para atuar nas ESF rurais, considerando que a equipe não dispunha de médico desde 28 de dezembro de 2020, havendo necessidade dos usuários se deslocarem até a zona urbana para obtenção de qualquer tipo de atendimento.

Em 25 de março de 2021, a equipe recebe ligação de uma das técnicas de enfermagem residente na zona rural que estava de férias dizendo que um idoso de 79 estava em casa apresentando febre, prostração e que se recusava ir ao hospital, a comunidade fez contato com o SAMU, porém sob recusa do usuário a equipe disse via telefone que não poderia prestar o atendimento. A microárea onde o problema estava ocorrendo não dispunha de profissional de nível técnico no momento em virtude das férias da servidora que atuava no local. Embora temerosos com a exposição da equipe a uma região sabidamente com grande número de sintomáticos respiratórios e com a sensação de impotência frente a situação, tornou-se prudente deslocar enfermeiro, médica e técnica de enfermagem até o local uma vez que diante da recusa do usuário os vizinhos se recusavam a realização de novo contato telefônico ao SAMU. Ao chegar na colônia, constatamos que embora houvesse um número alto de infectados, os moradores circulavam tranquilamente no local sem uso de máscaras de proteção e adentrando as casas uns dos outros, ignorando nossa presença e nossas advertências sobre o risco de exposição. Ressalto que as agentes comunitárias locais confirmaram a existência de 10 casos suspeitos na colônia com dez casos sintomáticos ou contactantes, sendo sete casos positivados. Na residência do usuário que recusava assistência do SAMU constatou-se que o mesmo se encontrava torporoso, hipotenso, dispneico, com queda de saturação de oxigenação e apresentando períodos de confusão, sendo necessário acionarmos novamente o SAMU, pois tratava-se de um risco iminente de morte, não se tratando apenas de um caso de aceitação ou não do usuário, embora a equipe tivesse o convencido a aceitar a conduta. Foi necessário fazer contato com o SAMU via dispositivo móvel, todavia a dificuldade em obter acesso a rede de telefonia móvel demandou nosso deslocamento para quase 01 Km do local. Embora distante

da zona urbana, o tempo de espera do SAMU foi de quinze minutos sendo o usuário transferido para o serviço de referência para casos suspeitos de COVID no município.

Embora a equipe estivesse realizando o rastreamento de casos suspeitos de COVID-19 a equipe não foi informada que o paciente atendido estava sintomático respiratório já há sete dias e segundo os vizinhos, o mesmo recusava atendimento médico vindo a se agravar no sétimo dia. O fato de tantos moradores de uma mesma colônia estarem infectados pelo COVID-19 denota uma ineficiência da Atenção Básica no âmbito da prevenção de doenças e agravos, bem como a questões culturais dos usuários que não acreditam na gravidade da doença, expondo-se ao risco de contágio. Durante o atendimento ao usuário em questão, uma das vizinhas disse que: “muito obrigado por vocês terem vindo porque o posto daqui da [ESF Rural x] não presta pra nada, outro dia pedi para alguém vir aqui ouvir o pulmão da minha sogra que estava com falta de ar e ninguém fez nada”. Esta fala denota o impacto negativo que a característica itinerante do médico e enfermeiro gera, uma vez que estes profissionais, que estão habilitados a realização do exame físico do paciente, muitas vezes não estão disponíveis no momento da queixa aguda, considerando que tanto o enfermeiro como o médico atendiam nesta unidade a cada quinze dias. Outro ponto preocupante nesta fala é que a população não reconhece a equipe itinerante como parte integrante da equipe daquela unidade rural física, uma vez que a usuária criticou “ a ESF Rural X” e agradeceu a equipe itinerante que também faz parte da mesma equipe. O reconhecimento da equipe itinerante composta basicamente pela equipe médica e de enfermagem como parte integrante da equipe permite a ampliação das possibilidades de atendimento do usuário às outras unidades de saúde físicas dentro da área rural, no entanto este desconhecimento mostra que estas possibilidades não são oferecidas pela população. No entanto, ainda que estas possibilidades fossem oferecidas, há uma distância considerável entre uma unidade de saúde rural e outra. Um ponto importante é que, embora a equipe tenha se deslocado até o local, a mesma não dispunha de cilindro de oxigênio de transporte ou de medicações de urgência, limitando o atendimento a uma avaliação e acionamento do SAMU. O usuário

apresentava uma saturação de oxigênio de 89% o que em tese já demandaria uso de oxigênio medicinal.

Considerando a Estratégia Saúde da Família como porta de entrada aos serviços de saúde, é possível inferir que diversas queixas diferentes e com graus de riscos variados chegarão às Unidades Básicas de Saúde em busca de atendimento, tanto queixas urgentes como não urgentes. Sendo assim, é imprescindível que haja profissionais capacitados nesses estabelecimentos para realizar um acolhimento adequado e intervir ou encaminhar o usuário para os outros pontos de atenção. Considerando-se, ainda, que haja no contexto rural trabalhadores, homens e mulheres que executam atividades braçais utilizando ferramentas cortantes e, ainda, agrotóxicos utilizados em lavouras, faz-se necessário que os profissionais tenham no mínimo uma formação de nível técnico em saúde e noções de primeiros socorros com habilidades para conter um sangramento, realizar uma imobilização até a chegada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ou do médico ou enfermeiro itinerante.

Todavia, há quatro técnicos de enfermagem para seis unidades, isto significa que em algum momento, suas unidades sempre ficarão sem cobertura de técnicos de enfermagem, sendo apenas um médico e um enfermeiro, quatro unidades sempre estarão sem cobertura de profissional de nível superior.

A falta de profissionais de nível no mínimo técnico é uma preocupação dos agentes comunitários, pois temem não poder ou não saber intervir frente a uma situação específica e da comunidade. A ata da Segunda Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural Sustentável (CONDRAS) realizada em julho de 2015 trazia como uma das pautas a serem abordadas nas reuniões subsequentes a permanência do técnico de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde. Foram encontradas apenas três atas de reunião em domínio público, não sendo possível acompanhar o que foi discutido nas reuniões sobre a questão do técnico de enfermagem.

6.2.4 Categorização

Considerando-se que o acesso aos serviços de saúde está condicionado a fatores geográficos e sócio-organizacionais (Donabedian, 2003), a partir da análise qualitativa surgiram duas grandes categorias e a partir delas, elencados os principais fatores dificultadores do acesso as ações da ESF Rural.

Categoria 01: Fatores sócio-organizacionais que dificultam o acesso

A1) Indisponibilidade de insumos frente as demandas:

A indisponibilidade de insumos para realização de procedimentos pôde ser evidenciada pela ausência do curativo indicado para o tratamento da usuária com úlcera crônica que procurou o serviço, o que levou a equipe a utilizar de recursos alternativos podendo comprometer o tratamento proposto.

A ausência de insumos para a prestação de serviços de urgência como medicações ou cilindro de oxigênio comprometem a assistência ao usuário que, distante da Zona Urbana, possui apenas a ESF Rural como recurso imediato, limitando os profissionais ao acionamento do SAMU após o primeiro contato. Os dados quantitativos do presente estudo também mostraram a falta de medicamentos percebidos pela população rural uma vez que 44,48% disseram encontrar as medicações que precisavam somente as vezes contra um percentual menor de usuários que sempre ou quase sempre encontravam as medicações disponíveis (39,12%). Ao somar o percentual de pessoas que encontram as medicações somente às vezes com o percentual de pessoas que nunca ou quase nunca encontram as medicações que necessitam (10,73%), conclui-se que 55,21% dos

usuários possuem algum tipo de dificuldade em encontrar disponíveis as medicações que necessitam.

B1) Horário de atendimento reduzido:

O tempo de deslocamento gasto pela equipe itinerante da zona urbana até as ESF Rurais leva à redução de tempo de atendimento pelos profissionais de nível superior e técnico nas unidades.

Conseqüentemente, isto pode gerar um impacto negativo, uma vez que o usuário por não conseguir obter atendimento em tempo oportuno, procura a resolução do problema na UPA do município, isto pode justificar os quase 40% dos entrevistados que tem a UPA como local de primeira escolha para obtenção do atendimento. Porém, de forma contraditória, 86,44% acreditam que o horário de atendimento atende suas necessidades e 80,75% percebiam certo grau de facilidade na obtenção de atendimento médico ou com o enfermeiro.

Considerando-se esta evidente redução de oferta de atendimento relacionado à redução de tempo na agenda, por que a população entrevistada não tem uma percepção negativa em relação a oferta do atendimento? Que tipo de relação vem sendo construída entre o usuário e o serviço de saúde para que este problema não seja tão explícito para a população?

C1) Baixa oferta de profissionais de saúde frente a demanda

A existência de 01 médico e 01 enfermeiro itinerante para o atendimento de 6 unidades de saúde inviabiliza a procura do usuário que reside em áreas mais distantes para problemas agudos, o que pode resultar no agravamento do quadro daqueles que dependem exclusivamente da ESF Rural ou impactará na ida do

usuário até a UPA após agravamento do quadro agudo. O desligamento do médico da unidade e o tempo demandado para a sua substituição e medidas paliativas como disponibilização de um médico folguista 2 vezes na semana para atender as 6 unidades de saúde levaram o enfermeiro a tomar condutas alternativas para realizar o atendimento ao usuário que trazia consigo uma demanda médica. A necessidade do atendimento ser destinado a realização de receitas endossa a hipótese de uma prática curativista na zona rural. Mesmo neste contexto, a população julga ser fácil ou muito fácil conseguir obter atendimento com médico ou enfermeiro (80,75%). Esta percepção de “facilidade” percebida, não quer dizer necessariamente que a ESF Rural esteja ofertando o que “realmente é necessário” à população, mas tem sido ofertado aquilo que está sendo “construído como necessário” a partir das relações de poder.

Quanto mais os serviços são disponibilizados à população e quanto mais acesso as pessoas têm a esses serviços, mais necessidades novas surgem.

O acesso, assim como a utilização dos serviços, é determinado pela demanda, que surge a partir de uma necessidade percebida do indivíduo, e da oferta, a partir da existência de um serviço (BARATA, 2008).

Nikolas Rose, em entrevista feita por Sérgio Rezende Carvalho (2015) disse que quando o Serviço Nacional de Saúde na Grã-Bretanha foi criado, pensava-se que a melhoria da saúde da população diminuiria as necessidades de serviços de saúde, no entanto, a procura pelos serviços continuou a crescer cada vez mais, de forma que os gestores tiveram que criar estratégias para controlar o desperdício de recursos e garantir a qualidade dos serviços prestados e, na mesma entrevista, Rose diz que os próprios usuários receberam autonomia para controlar a qualidade do serviço, pois podiam escolher o estabelecimento de saúde que queriam frequentar e obviamente escolheria o de melhor qualidade e os estabelecimentos receberiam recursos conforme os atendimentos prestados.

Com base nesta entrevista, podemos inferir que esta “neutralidade” da população frente aos problemas existentes pode estar relacionada a uma “assistência trivial” cronificada prestada durante muitos anos. Em outras palavras, em um contexto de tão poucas possibilidades, o que se tem disponível se tornou muito.

Durante muito tempo, o povo brasileiro ficou silenciado e negado como sujeito político e cultural, ficando a mercê de trabalhos braçais e que não exigem qualificação profissional e este silenciamento tem relação com a construção de imaginários sociais negativos sobre “o povo” visto como ignorante e “atrasado”.

Faz-se necessário que esta cultura política seja veementemente questionada para que a autoimagem estereotipada da população deixe de existir e a imagem que a ciência e os profissionais de saúde tem do povo brasileiro seja reconstruída. (ARROYO, 2009).

Entre as diversas imagens tidas em relação ao povo, encontram-se as visões naturalizadas, biologizadas e patológicas uma vez que o analfabetismo, por exemplo, é visto como uma “doença social” e os movimentos populares enxergados como uma ameaça ao equilíbrio social, um pensamento que acaba por nortear a construção de políticas públicas que buscam por meio de ações preventivas para “evitar a contaminação do corpo social sadio”. (ARROYO, 2009).

Outra imagem construída do povo é a de “carente social”, devido as situações de pobreza e falta de qualificação profissional que logo se converteu em “carência moral” e acompanhando esses problemas de ordem socioeconômica foi atribuída à população brasileira uma imagem de honestidade, pacificidade e honestidade o que marcou as políticas paternalistas e infantilizadoras. (ARROYO, 2009).

Estas imagens construídas sobre o povo levaram à aniquilação da importância dos papéis políticos e sociais da população rural gerando este silenciamento, que é uma espécie de violência, pois gera uma relação de subordinação do usuário ao serviço de saúde que fica à mercê das características do serviço no que diz respeito ao acesso e qualidade, pois dentro desta relação o “serviço de saúde sabe o que é melhor para o usuário”, sendo assim, a população não participa da construção do modelo de assistência à saúde que acaba por fugir de suas necessidades específicas e é forçada a receber “um pacote de serviços preestabelecidos” muito aquém de uma assistência universal, integral e equânime.

Sendo assim, ao se discutir o conceito de equidade não busca-se apenas a justiça social do ponto de vista econômico, mas também do ponto de vista político e social em uma tentativa de dar voz a esta população historicamente silenciada.

Para Arroyo (2009), uma das formas de mudar esta concepção a respeito do “povo”, é modificar a maneira como o “povo” se vê e se apresenta perante à sociedade e as ações populares coletivas acabam por gerar mudanças políticas e culturais e nesta perspectiva, o autor faz um convite à sociedade para deixar-se educar pelos movimentos populares.

A existência de apenas quatro técnicos de enfermagem para seis unidades e não disponibilização de ferista também são fatores que podem limitar o usuário no que diz respeito a possibilidade de realização de procedimentos importantes para o monitoramento de condições de saúde e prestação de primeiros atendimentos em caso de urgências. Em complemento a isso, a permanência apenas da figura do agente comunitário em uma unidade de saúde nos dias em que a equipe itinerante não está presente, torna esta apenas um espaço para resolução de questões administrativas.

As urgências podem ocorrer em qualquer momento e a Estratégia Saúde da Família, por ser a porta de entrada aos serviços de saúde e, no contexto rural, o estabelecimento mais próximo e, portanto, o meio mais rápido de se obter atendimento de saúde, deveria proporcionar ao usuário meios de realizar o acolhimento e resolução do agravo ou estabilização do quadro até a chegada do SAMU ou encaminhamento ao estabelecimento adequado a depender da clínica do usuário.

O aperfeiçoamento da Urgência e Emergência por meio da ampliação da cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência nas regiões de saúde com bases na especificidade da população rural faz parte do eixo estratégico que fala sobre o acesso das populações do campo e da floresta na atenção à saúde que estrutura o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Floresta. (BRASIL, 2013).

D1) Falta de recursos financeiros do usuário

O estudo apontou a existência de famílias que vivem em situação de alta vulnerabilidade e conflitos interpessoais e que dependem exclusivamente das ações da Estratégia Saúde da Família Rural e de órgãos de promoção social, não dispondo de meios de transporte ou vivendo em situação de baixa renda, sendo necessário que a equipe assegure por meio de estratégias, como visitas domiciliares, o acesso ao atendimento de profissionais de saúde.

E1) Acesso às informações

A falta de acesso às informações levam os usuários a assumir decisões capazes de comprometer sua saúde, como por exemplo, no caso da gestante que não sabia que poderia acionar o SAMU para se deslocar até a zona urbana no momento do trabalho de parto, indicando a necessidade da equipe da ESF Rural redobrar a atenção em relação à sua população e, por meio de ações educativas, buscar empoderar sua população para que os usuários possam ter escolhas conscientes.

O agravamento do quadro clínico do usuário que há sete dias estava em casa pode ter sido um reflexo do manejo inadequado da ESF Rural frente aos casos da doença, uma vez que a equipe não “havia sido comunicada”, ou melhor, a busca ativa de casos sintomáticos talvez não tenha sido realizada de maneira eficaz e as visitas a usuários com maior potencial de desenvolver complicações da doença tenham sido negligenciadas e a maneira como a política do “fique em casa” foi conduzida pela equipe foi danosa, pois não foi acompanhada de orientações acerca dos possíveis agravos.

Categoria 02: Fatores geográficos que dificultam o acesso

A2) Distância entre a residência e o estabelecimento de saúde e indisponibilidade de meios ou custo com transporte

A existência de 6 ESF Rurais expressam a dimensão do território rural e não homogeneidade da distribuição populacional, considerando o baixo número de pessoas cadastradas. Os usuários que não dispõem de meios de transporte, ainda que seja oferecida a possibilidade de se obter atendimento em outra ESF Rural, isto é, que corresponda a outra microárea, enfrentarão dificuldades por depender da disponibilidade de terceiros. Desta forma, oferecer o atendimento em outro estabelecimento, ainda que dentro da área rural, não estaria necessariamente gerando uma oferta baseada no princípio da equidade, mas privilegiaria pessoas com melhores condições de deslocamento físico.

Embora haja fatores que dificultam o acesso da população à ESF Rural, foi possível identificar fatores que facilitam o acesso aos serviços de saúde do ponto de vista sócio-organizacional e geográfico.

Categoria 3: Fatores socio-organizacionais que facilitam o acesso

A3) Apoio da Comunidade

O apoio da comunidade tem contribuído para que usuários que possuem dificuldades relacionadas a indisponibilidade de meios de transporte pudessem dar continuidade no tratamento como no caso da usuária que precisava se deslocar semanalmente até a unidade para realização do curativo.

B3) Realização de visitas domiciliares periódicas e disponibilização de veículo à equipe da ESF Rural

O fato de haver famílias vivendo em situação de vulnerabilidade social, tais como conflitos interpessoais ligados às questões de gênero e drogas, e mudanças de papéis sociais dos usuários em virtude de acontecimentos imprevisíveis como no caso da morte do principal provedor da família, devendo sua atribuição ser assumida por outro membro, torna as visitas domiciliares do agente comunitário de saúde, profissionais de nível técnico e superior um importante instrumento para garantir o acesso às ações da Estratégia Saúde da Família.

A disponibilização de um veículo para a equipe realizar as visitas domiciliares é uma forma objetiva de tornar a visita domiciliar viável no contexto rural, permitindo que ações preventivas sejam realizadas também às famílias com dificuldade de deslocamento físico e contribuindo para que sejam realizados os primeiros atendimentos em casos de urgência e emergência como a situação ocorrida com o usuário que estava com COVID havia sete dias e que desenvolveu complicações.

Categoria 4: Fatores geográficos que facilitam o acesso

A4) Proximidade entre domicílios e o estabelecimento de saúde e posse de meio de transporte

É evidente que haja muitos usuários prejudicados com a distância existente entre sua residência e a unidade de saúde, todavia, a existência de seis estabelecimentos físicos contribuem para que muitos usuários, que residem nas proximidades sejam beneficiados, como no caso da gestante que apresentava dor abdominal e recusou ser levada para a zona urbana de SAMU, podendo ser acompanhada mais de perto

pela equipe de saúde. No entanto, nem sempre haverá um médico ou enfermeiro na unidade, tendo o agente ou técnico de enfermagem (quando disponível na unidade) realizar as orientações ao usuário e encaminhá-lo a outro estabelecimento de saúde. De qualquer forma é importante que o local onde o estabelecimento de saúde esteja seja acessível ao maior número de usuários possível e que sejam oferecidos meios de chegar até a unidade para aqueles que residem em áreas mais remotas.

Considerando os fatores facilitadores e dificultadores do acesso, faz-se necessário pensar em estratégias para garantir que a população rural tenha acesso aos serviços de saúde com qualidade e disponível em tempo oportuno e esses gargalos assistenciais devem ser identificados e eliminados por meio da articulação de políticas públicas buscando eliminar o preconceito e interferir nos determinantes sociais que modulam a saúde e qualidade de vida das populações.

Os profissionais de saúde que atuam em prol da saúde da população rural precisam refletir se os usuários da Estratégia Saúde da Família Rural estão se sentindo representados por este serviço, ou seja, se a equipe atua considerando os valores e crenças da população, portanto se faz necessário que haja um processo de educação continuada que vise capacitar os profissionais a compreender as expressões populares, valores e as diferentes concepções de saúde.

As políticas públicas devem buscar atender as necessidades em saúde que reproduzam os modos de viver, aproximando o saber científico às práticas tradicionais, devendo haver uma articulação intersetorial.

É importante a criação de espaços coletivos e empoderamento de associações para discussão de temáticas relevantes para a população rural e dar voz aos representantes destas comunidades frente ao poder público na busca de melhorias no campo da saúde, meio ambiente, educação entre outros. Além disso, é importante também criar espaços de diálogo entre comunidade e o serviço de saúde no intuito de compartilhar o saber dos profissionais com o saber popular.

Ao término deste estudo serão realizadas duas rodas de conversa, uma com representantes da comunidade rural que participam do CONDRAS e da Associação de Líderes Comunitários; e outra com a equipe da Estratégia Saúde da Família da

Zona Rural contextualizando o acesso da população rural no município de Poços de Caldas e trazer uma discussão sobre acesso e direitos em saúde.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que a maioria dos entrevistados relatou conseguir atendimento com médico ou enfermeiro quando necessário, no entanto, um pouco menos da metade disse conseguir atendimento de urgência na ESF Rural e a maioria tinha ESF Rural como local de primeira escolha na busca por atendimento médico. Quase metade dos entrevistados considerou perto ou muito perto a distância entre a residência e a ESF Rural, sendo que esses se locomoviam de carro próprio até a Unidade. Aqueles que consideravam a distância entre a residência e a ESF Rural longe ou muito longe iam a pé. Esse dado sugere a que percepção do acesso e dos obstáculos para o mesmo é fortemente influenciada pelos recursos de outra natureza a que se tem ou não acesso, como é o caso dos recursos referentes à mobilidade social.

Quanto ao horário de funcionamento da unidade, um percentual muito expressivo disse atender totalmente às necessidades e quase metade dos entrevistados conseguiam orientação rápida por meio de veículos de comunicação caso necessitassem. Quanto às orientações, dadas pela equipe da ESF Rural, voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde, a maioria alegou recebê-las e, em relação às vacinas, a maioria sempre as encontrava disponíveis da ESF Rural. Apesar da maioria dos participantes relatar que conseguia realizar procedimentos de enfermagem no mesmo dia em caso de necessidade, o mesmo não se aplicava em relação a outros serviços, tais como coleta de exames laboratoriais, ou dispensação

de medicação. Esta percepção dos usuários mostra-se em consonância com a literatura sobre a organização do cuidado em Rede, que aponta a existência de gargalos assistenciais na área da atenção especializada e do suporte diagnóstico no SUS como um todo e não apenas na zona Rural. Contudo, os problemas referentes à entrega de medicamentos pode ter na característica rural da ESF estudada um fator de agravamento; o que poderia ser investigado em maior detalhamento em estudos que comparassem o funcionamento da ESF Rural com as demais ESF.

No que diz respeito aos atendimentos de urgência, durante a observação participante, notou-se uma limitação na abordagem à urgência devido à falta de insumos endossando a percepção de uma parcela considerável da população no que diz respeito a disponibilização do atendimento de urgência.

Em relação à assistência prestada durante a pandemia de COVID-19, a maioria dos usuários respondeu que a ESF Rural prestou a assistência necessária. Embora esta sensação de ter sido apoiado e cuidado durante a pandemia deve ser valorizada, é necessário reforçar que pouco se sabia até aquele momento da coleta de dados sobre todas as ações que a Atenção Básica poderia ofertar durante a pandemia. Por isso, este dado requereria, também, maiores aprofundamentos a respeito do que era esperado/preconizado e ao que os usuários tiveram acesso.

Assim, a despeito de tais limitações sobre o estudo, foi possível apreender que, de modo geral, a população rural cadastrada tem a percepção de que as ações da ESF Rural situada em seu território são acessíveis, mas com dificuldades recorrentes em relação às ações voltadas ao atendimento de urgência, entrega de medicamentos e coleta de exames laboratoriais. Além disso, a análise dos dados permitiu a identificação de fatores sócio-organizacionais e geográficos que dificultam o acesso tais como: a indisponibilidade de insumos frente as demandas; o horário de atendimento reduzido; a baixa oferta de profissionais de saúde frente à demanda; a

falta de recursos financeiros do usuário; a distância entre a residência e o estabelecimento de saúde e indisponibilidade de meios ou custo com transporte. E, como fatores que facilitam o acesso foram identificados: apoio da comunidade; realização de visitas domiciliares e disponibilização de veículo à equipe da ESF Rural; proximidade entre domicílios e o estabelecimento de saúde e posse de meio de transporte.

Cabe mencionar que os fatores mencionados como problemáticos no acesso dos usuários ferem os princípios do SUS e o disposto na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 dentre os quais está “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização das ações assistenciais e das atividades preventivas”; descumpre a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que define a Atenção Básica como um conjunto de ações em saúde que envolvem além da promoção de saúde e prevenção dos agravos, o diagnóstico e tratamento; e não atendendo à responsabilidade de assegurar ao usuário o acesso equânime aos serviços de saúde.

A triangulação de dados também permitiu observar contradições entre a percepção de acesso dos entrevistados e o serviço ofertado. Embora a população considere fácil obter atendimento com médico e enfermeiro, o mesmo só é ofertado uma vez por semana ou a cada quinze dias a depender da microárea e quase 40% dos usuários estariam se deslocando até a zona urbana para obter atendimento na Unidade de Pronto Atendimento, denotando uma precariedade da Atenção Básica que deveria atender entre 80% a 90% das necessidades em saúde. E, ainda que a maioria da população considere que o horário de funcionamento das unidades atenda sua necessidade, na prática há um horário reduzido de atendimento médico e de enfermagem a essa população considerando o tempo gasto durante o trajeto e a característica itinerante desses profissionais. Deste modo, podemos considerar

que a população rural convive com o descompasso de acesso entre o que se poderia esperar de uma ESF abrangente, que cumpre todas as diretrizes estabelecidas na legislação, e aquilo que tem sido ofertado à população. Neste aspecto, seria possível argumentar que as equipes têm se esforçado para efetivar o melhor cuidado, dentro do que é possível, e que isso é reconhecido pelos usuários, mas que, à rigor, assiste-se a uma precarização do cuidado ofertado na ESF. Tal precarização reflete-se na escassez de condições de trabalho e culmina na não efetivação dos preceitos da integralidade, da longitudinalidade e do papel da atenção básica como ordenadora do cuidado e coordenadora da rede. E, dentro do escopo da zona Rural, o não cumprimento de tais preceitos deságua na impossibilidade da Atenção Básica operar como dispositivo de efetivação do princípio da equidade e a ESF acaba por reproduzir desigualdades.

Sendo assim, o estudo indica que se faz necessário discutir junto à população os resultados aqui reunidos, com ênfase em questões sobre direitos em saúde, além de buscar, juntamente à Secretaria de Saúde do município, estratégias para melhorar o acesso da população rural conforme as diretrizes do SUS e da ESF.

8. REFERÊNCIAS

- AGRANONIK, Marilyn; HIRAKATA, Vania Naomi. Cálculo de tamanho de amostras: proporções. **Revista HCPA**, Porto Alegre, RS, 2011; 31(3):382-388. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159229/001015562.pdf?sequence=1>. Acesso em 14 de outubro de 2019.
- AKERMAN, Marco et al. Saúde e desenvolvimento: que conexões. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec, São Paulo, SP, 2006.
- ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2009, v. 25, n. 6 Acesso em 31 Janeiro 2022, pp. 1337-1349. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>>. Epub 02 Jun 2009. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2021, v. 37, n. 11 Acesso em 31 Janeiro 2022, e00255020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00255020>>. Epub 01 Dez 2021. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00255020>.
- ALVES, Eliseu; SOUZA, Geraldo da Silva; MARRA, Renner. Êxodo e sua contribuição à urbanização de 1950 a 2010. **Revista de Política Agrícola**. Brasília, ano XX, n.2, pág 80-88, Abril/ Maio/ Junho/ 2011. Disponível em: <https://www.alice.cnptia.embrapa.br/alice/bitstream/doc/910778/1/Exodoesuacontribuicao.pdf>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2021.
- AMARANTE, Lidiane Cintia de Souza et al . Motivos apresentados por usuários para a utilização inadequada de Unidades de Pronto Atendimento. **Rev. salud pública**, Bogotá,v. 22,n. 4, e207, Aug. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642020000400207&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan 2022. , 2021.

<https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.54092>.

ARROYO, Miguel G. Educação popular, saúde, equidade e justiça social. **Cadernos CEDES** [online]. 2009, v. 29, n. 79 Acesso em 22 de março de 2022 , pp. 401-416. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-32622009000300009>>. Epub 10 Fev 2010. ISSN 1678-7110. <https://doi.org/10.1590/S0101-32622009000300009>.

ARRUDA, Natália Martins; MAIA, Alexandre Gori; ALVES, Luciana Correia. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.6, e00213816, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:28 de abril de 2019. Publicado em 21 de junho de 2018.<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00213816>.

BAPTISTINI, Renan Almeida; FIGUEIREDO, Tulio Alberto Martins de. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambient. soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 53-70, junho 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-753X2014000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 de maio de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-753X2014000200005>.

BARATA, Rita Barradas. Desigualdades Sociais e Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coetiva. Editora Hucitec, São Paulo, SP, 2006.

BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 49-54, Mar. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2016000100049&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Jan. 2021. Epub Mar 11, 2016. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010106>.

BRASIL. Lei n. 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, (2013). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.

Acesso em 13 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Agricultura familiar. Brasília: DF. Disponível em: <https://www.gov.br/agricultura/pt-br>. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Cartilha Nacional de Alimentação Escolar. O Programa Nacional de Alimentação Escolar. Brasília: DF, 2014. Acesso em 28 de janeiro de 2022.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE . Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Brasília: DF. 2002. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/declaracao_alma_ata. Acesso em: 01 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 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: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.866, de 02 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília: DF, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html. Acesso em 13 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32) ISBN 978-85-334-1936-0. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 18 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Brasília: DF. 2017. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>. Acesso em: 18 de outubro de 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em 14 de fevereiro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 64 p.: il. ISBN 978-85-334-2334-3. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em 13 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 978-85-334-1628-4. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 13 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1939-1. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em 13 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33) ISBN 978-85-334-1970-4. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 18 de outubro de 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em 14 de janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série E. Legislação em Saúde) ISBN 978-85-334-1399-3. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 18 de outubro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral

das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. Reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p.: il. ISBN 978-85-334-1985-8. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em 13 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2015. 216 p. : il. Disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br/uploads/Livro-MS-Saude-e-Ambiente-Marmo-e-Wilson.pdf>. Acesso em 27 de março de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1831-8. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 18 de outubro de 2019.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em 13 de maio de 2019.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio de 2016.

BRASIL. Resolução nº 580 de 22 de março de 2018. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece

que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 de julho de 2018.

CAPELLARI FABRIZIO, G.; MAROCCO, K. C.; SAVI GEREMIA, D.; GALÃO DA COSTA, L. C.; DE MESQUITA MOREIRA GALUPO, A. Redes de atenção à saúde e as demandas dos usuários pela Unidade de Pronto Atendimento: Conflitos e possibilidades. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care* | ISSN 2179-6750, [S. l.], v. 9, 2018. DOI: 10.14295/jmphc.v9i0.572. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/572>. Acesso em: 30 jan. 2022.

CARDOSO, Lânia da Silva et al. Contribuições da Atenção Primária à Saúde no Contexto da Pandemia de COVID-19. In: SOUZA, Luís Paulo de Souza e, COVID-19 no Brasil: Os Múltiplos Olhares da Ciência para Compreensão e Formas de Enfrentamento. Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

CARVALHO, Al. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf>. Acesso em 22 de maio de 2022.

CARVALHO, Igho Leonardo do Nascimento; NUNES, Renata Barbosa; SOUZA, Isaura Danielle Borges de; BATISTA, Rose Danielle de Carvalho; SOUSA, Antônia Sylca de Jesus; SOUZA, Caroline da Silva. Exame citopatológico: compreensão de mulheres rurais acerca da finalidade e do acesso. *Rev. Rene*. Piauí, 2016 set-out; 17(5):610-7. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/6183/4421. Acesso em 05 de maio de 2019.

CARVALHO, Sérgio Resende. Governamentalidade, 'Sociedade Liberal Avançada' e Saúde: diálogos com Nikolas Rose (Parte 1). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2015, v. 19, n. 54 [Acessado 14 Fevereiro 2022], pp. 647-658. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0216>>. Epub Jul-Sep 2015.

ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0216>.

CECCON, Roger Flores et al. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998-2008. **Cadernos Saúde Coletiva** [online]. 2014, v. 22, n. 2 [Acessado 2 Fevereiro 2022], pp. 177-183. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201400020011>>. ISSN 2358-291X. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400020011>.

COELHO, Thereza Christina Bahia; SCATENA, João Henrique G. Financiamento do SUS. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (Organizadores). Saúde coletiva : teoria e prática - 1. ed. - Rio de Janeiro : MedBook, 2014. 720 p. : il. ; 28 cm.

COSTA, Ana Maria. Promoção da Equidade em Saúde para a população negra. Transcrição da fala apresentada na reunião técnica implementando a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra realizada em Salvador em 03 e 04 de agosto de 2010. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EL2hmlSuC88J:https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/bis/article/download/33670/32490+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em 22 de março de 2022.

DELPINO, Felipe Mendes et al. Occurrence and inequalities by education in multimorbidity in Brazilian adults between 2013 and 2019: evidence from the National Health Survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2021, v. 24, suppl 2 Acesso em 29 Janeiro 2022], e210016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720210016.supl.2>>. Epub 10/Dez/2021. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210016.supl.2>.

Departamento de Engenharia de Saúde Pública da Funasa (com dados do Censo Demográfico - IBGE, 2010). Panorama do Saneamento Rural no Brasil. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br:8080/web/guest/panorama-do-saneamento-rural-no-brasil?inheritRedirect=true>. Acesso em: 05 de maio de 2019.

DONABEDIAN, Avedis. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford: FAIRTRADE INTERNATIONAL. Fairtrade for producers, 2022. Disponível em: <https://www.fairtrade.net/about>. Acesso em 27 de janeiro de 2022.

FERRAZ Lucimare; TRINTADE Leticia de Lima; BEVILAQUA Elias; SANTER

Jocondo. As demandas do homem rural: informações para a assistência nos serviços de saúde da atenção básica. **Rev. Min. Enferm.** Minas Gerais, 2013 abr/jun; 17(2): 349-355. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/654>. Acesso em 06 de maio de 2019. DOI: 10.5935/1415-2762.20130026.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. A Trajetória da Atenção Primária à Saúde no Brasil: De Alma Ata ao Programa Mais Médicos: Coletânea Alocação Equitativa de Recursos do SUS. 1. ed. Belo Horizonte: [s. n.], 2018. 75 p. v. 1. Disponível em: <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/grupos-de-pesquisa-1/grupo-saude-e-politicas-publicas/831-ebook-1-publi-vf/file>. Acesso em: 2 jun. 2019.

GARCIA, Vinicius Maniezo e REIS, Renata Karina. Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2014, v. 67, n. 2 [Acessado 30 Janeiro 2022], pp. 261-267. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140035>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140035>.

GATTI, Bernadete Angelina. Análise dos Dados Obtidos com o Grupo Focal In:_____.Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas.Volume,10, Liber Livro Editora. Brasília, DF. P.44-49.

GIL, Antônio Carlos. Como Classificar Pesquisas? In:_____.Como Elaborar Projetos de Pesquisa.4ª Edição, São Paulo, SP. Editora Atlas, 2002. P. 41-57

GIL, Antônio Carlos. Delineamento da Pesquisa. In: GIL, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas em Pesquisa Social. 6ª Edição, São Paulo, SP. Editora Atlas SP. P. 28-29.

GIOVANELLA, Ligia et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde em Debate* [online]. 2020, v. 44, n. spe4 [Acessado 2 Fevereiro 2022] , pp. 161-176. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>>. Epub 23 Ago 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>.

GIOVANELLA, Ligia et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, suppl 1 [Acessado 30 Janeiro 2022] , pp. 2543-2556. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>>. Epub 14 Jun 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>.

GIRARDI, S. N. et al. Índice de escassez de Médicos no Brasil: estudo exploratório no âmbito da Atenção Primária. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; ObservaRH, 2011. p. 171-186. Acesso em 13 de maio de 2019.

GOMES, Karine de Oliveira et al. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2009, v. 14, suppl 1 [Acessado 31 Janeiro 2022] , pp. 1473-1482. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800020>>. Epub 08 Set 2009. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800020>.

GRANJA, Gabriela Ferreira, et al. Equidade no Sistema de Saúde Brasileiro (SUS): uma teoria fundamentada em dados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2010, vol. 34, p. 74-88. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1415.pdf>. Acesso em 21 de março de 2022.

HESPANHOL, Rosângela Aparecida de Medeiros et al. Fluxos e redes no campo e na cidade. In: GUIMARÃES et al. Geografia. São Paulo: Cultura Acadêmica: Universidade Estadual Paulista: Núcleo de Ensino à Distância, 2013. p. 238-245. Disponível em: https://acervodigital.unesp.br/bitstream/unesp/141302/1/unesp_nead_redefor_ebook_geografia_libras_legendas.pdf. Acesso em 06 de fevereiro de 2021

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 31 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA em parceria com os órgãos Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus. Produto Interno Bruto Per Capta. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/pibmunbmg.def>. Acesso em 06 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Área da unidade territorial: Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pocos-de-caldas/panorama>. Acesso em 06 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Abastecimento de água. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/aagmg.def>. Acesso em 06 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Coleta de lixo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/lixmg.def>. Acesso em 06 de maio de 19.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Instalações sanitárias. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/sanmg.def>. Acesso em 06 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/crianpobrmg.def>. Acesso em 06 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Proporção de pessoas com baixa renda. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/pobrezamg.def>. Acesso em 06 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Renda média domiciliar per capita. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/rendamg.def>. Acesso em 06 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Taxa de analfabetismo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/alfmg.def>. Acesso em 06

de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Taxa de desemprego. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/desemprmg.def>. Acesso em 06 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Taxa de trabalho infantil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/trabinfmg.def>. Acesso em 06 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pocos-de-caldas/panorama>. Acesso em 06 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e Estados. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/pocos-de-caldas.html>. Acesso em 27 de janeiro de 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil : uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia. – Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: 2017.<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 29 de março de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Poços de Caldas: Histórico. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/desemprmg.def>. Acesso em 06 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Produto Interno Bruto dos Municípios. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pocos-de-caldas/pesquisa/38/47001>. Acesso em 27 de janeiro de 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Série Histórica: População Residente 1950-2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010 Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=series-historicas>. Acesso em 27 de março de 2021.

ISHITANI, LENICE HARUMI et al. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2006, v. 40, n. 4 Acesso em: 29 Janeiro 2022, pp. 684-691. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500019>>. Epub 18/Out/2006. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500019>.

KAUARK, Fabiana; MANHÃES, Fernanda Castro; MEDEIROS, Carlos Henrique. A pesquisa. In: _____ Metodologia da pesquisa: guia prático. Itabuna: Via Litteraru,. 2010.

KESSLER Marciane. BERTASI, Luciano Márcio; TRINDADE, Letícia de Lima; ERDTMANN, Bernadette Kreutz; SOARES, Rhea Silvia de Avila; LIMA, Suzinara Beatriz Soares de. Morbidities of the Rural Population and the Use of Health Services. Ver. Enferm. UFPI, 2016 Jul-Set; 5(3): 24-29. Disponível em: [http://www.ojs.ufpi.br/Capa/v.5, n.3\(2016\) Kessler](http://www.ojs.ufpi.br/Capa/v.5, n.3(2016) Kessler). Acesso em 22 de setembro de 2018.

LEAL, Jane Terezinha da Costa Pereira. Água para consumo na propriedade rural. Belo Horizonte: EMATER-MG, 2012. 18 p. Disponível em: https://www.emater.mg.gov.br/doc/intranet/upload/DETEC_Ambientalcartilha%20%C3%A1gua%20para%20consumo%20na%20propriedade%20rural.pdf. Acesso em: 06 de fevereiro de 2022.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2011, v. 16, n. 9 [Acessado 1 Fevereiro 2022] , pp. 3689-3696. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000006>>. Epub 15 Maio 2012. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000006>.

Lima, Ângela Roberta Alves et al. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir?. **Saúde em Debate** [online]. 2019, v. 43, n. 122 Acesso em 22 de março de 2022 , pp. 755-764. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912208>>. Epub 25 Nov 2019. ISSN 2358-

2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912208>.

MACINKO, James; MENDONCA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 18-37, Sept. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500018&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 13 Jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s102>.

MAGNOLI, Demétrio. Dinâmicas Demográficas e Urbanização. In: _____ Geografia: para o ensino médio. 2ª Edição. São Paulo, SP. Editora: Atual. 2012.

MALTA, Deborah Carvalho et al . A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 327-338, Feb. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>.

MARCHESAN, F.; OLIVEIRA, O. S. de. Ação Afirmativa para a Agricultura Familiar no Curso Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Catarinense - Campus Concórdia: origem e motivação para sua criação. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO, 1., 2017, Florianópolis. Anais. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yuOocq-JWa8J:https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/download/2175-8077.2018V20nespp37/pdf/213128+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 22 de março de 2022.

MARQUES, J. P. A “observação participante” na pesquisa de campo em Educação. **Educação em Foco**, [S. l.], v. 19, n. 28, p. 263–284, 2016. DOI: 10.24934/eef.v19i28.1221. Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/educacaoemfoco/article/view/1221>. Acesso em: 28 fev. 2021.

MARX, K. O Capital- Livro I – crítica da economia política: O processo de produção do capital. Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MENDONÇA, Sônia Regina de. Estado e Sociedade: A consolidação da república oligárquica. In: LINHARES, Maria Yeda. História Geral do Brasil. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. In: _____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 21ª Ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002. P.22.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A Observação Participante. In: _____. O Desafio do Conhecimento. 8ª Ed. São Paulo. Hucitec; Rio de Janeiro: 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da antropologia. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec, São Paulo, SP, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Introdução à Metodologia de Pesquisa Social. In: _____. O Desafio do Conhecimento. 7ª Ed. São Paulo. Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde e Ambiente: Uma reação necessária. . In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec, São Paulo, SP, 2006.

MOREIRA, Jessica Pronestino de Lima et al. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2015, v. 31, n. 8 [Acessado 13 Fevereiro 2022], pp. 1698-1708. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00105114>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105114>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da Pandemia de COVID-19. Setor de Embaixadas Norte, Lote 19. Brasília, Distrito Federal, Brasil. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard .

Setor de Embaixadas Norte. 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em 08 de fevereiro de 2022. Oxford University Press; 2003; 240 páginas.

PERES, Frederico. Saúde, trabalho e ambiente no meio rural brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1995-2004, 2009. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v14n6/07.pdf. Acesso em 13 de fevereiro de 2022.

PÍCOLI, Renata Palópoli; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; MAURER, Nilda M. de Jesus Santos. USUÁRIOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 1, mar. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43044/27664>>. Acesso em: 30 jan. 2022. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43044>.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, June 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

PITILIN, Érica de Brito; LENTSCK, Maicon Henrique. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 726-732. Outubro de 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500726&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 de maio de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000500003>.

POÇOS DE CALDAS (MG). Prefeitura Municipal de Poços de Caldas. Água e Esgoto. Poços de Caldas, MG, 2017. Disponível em: <https://pocosdecaldas.mg.gov.br/a-cidade/infraestrutura/agua-e-esgoto/>. Acesso em 06 de fevereiro de 2022.

POÇOS DE CALDAS (MG). Prefeitura Municipal de Poços de Caldas. História. Poços de Caldas, MG, 2021. Disponível em: <https://pocosdecaldas.mg.gov.br/a-cidade/historia/>. Acesso em 28 de março de 2021.

POÇOS DE CALDAS (MG). Prefeitura Municipal de Poços de Caldas. Saúde. Poços de Caldas, MG, 2017. Disponível em: [https://pocosdecaldas.mg.gov.br/a-cidade/infraestrutura/saude/#:~:text=No%20geral%2C%20Po%C3%A7os%20possui%20759,dispon%C3%ADveis%20\(Fonte%3A%20DataSus\)..](https://pocosdecaldas.mg.gov.br/a-cidade/infraestrutura/saude/#:~:text=No%20geral%2C%20Po%C3%A7os%20possui%20759,dispon%C3%ADveis%20(Fonte%3A%20DataSus)..) Acesso em 30 de janeiro de 2022.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD); INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA (IPEA); FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). Atlas do Desenvolvimento Humano Brasil: Ranking – Minas Gerais 2010. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking/>. Acesso em 31 de maio de 2019.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. Observação. In: _____. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. 3ª Edição. 14ª reimpressão. São Paulo. Editora Atlas, 2012.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. Contribuição da epidemiologia. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coetiva. Editora Hucitec, São Paulo, SP, 2006.

Santos, Nelson Rodrigues aos Assistência primária à saúde: alguns aspectos físicos, funcionais, técnicos e políticos. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 1981, v. 05, n. 01 [Acessado 31 Janeiro 2022], pp. 45-52. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v5.1-006>>. Epub 14 Jan 2022. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v5.1-006>.

SILVA, Sílvia Lanziotti Azevedo da, TORRES, Juliana Lustosa e PEIXOTO, Sérgio Viana Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 3 [Acessado 1 Fevereiro 2022], pp. 783-792. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.15462018>>. Epub 06 Mar 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.15462018>.

SILVEIRA, Márcio Rogério e COCCO, Rodrigo Giral di Transporte público, mobilidade e planejamento urbano: contradições essenciais. **Estudos Avançados** [online]. 2013, v. 27, n. 79 [Acessado 30 Janeiro 2022], pp. 41-53. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000300004>>. Epub 25 Nov 2013. ISSN 1806-9592. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000300004>.

SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 de agosto de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.c726p

TIENSOLI, Sabrina Daros, FELISBINO-MENDES, Mariana Santos e VELASQUEZ-MELENDZ, Gustavo. AVALIAÇÃO da não realização do exame Papanicolaou por meio do Sistema de Vigilância por inquérito telefônico* * Extraído da dissertação: “Fatores associados à não realização de exame preventivo de câncer do colo do útero”, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2015. . Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2018, v. 52, n. 0 [Acessado 29 Janeiro 2022], e03390. Disponível em: <>. Epub 23 Nov 2018. ISS<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017029503390> 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017029503390>.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 22. Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 215-241.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2022.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Pesquisa Qualitativa In:_____ Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo. Editora Atlas, 1987.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças. In:

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. Tratado de Saúde Coetiva. Editora Hucitec, São Paulo, SP, 2006.

Willems, Emílio O problema rural brasileiro do ponto de vista antropológico. **Tempo Social** [online]. 2009, v. 21, n. 1 [Acessado 12 Fevereiro 2022] , pp. 187-210. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-20702009000100011>>. Epub 28 Ago 2009. ISSN 1809-4554. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702009000100011>

ANEXO 1
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Acesso da população do campo às ações da Estratégia Saúde da Família em
área rural no município de Poços de Caldas**

José Guilherme Consolini
Dra. Mônica Martins de Oliveira Viana

Número do CAAE: 25352619.9.0000.5404

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa e é elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e pelo participante/responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e objetivos:

O presente estudo oferecerá informações para a adoção de estratégias pelo município que visem garantir que os serviços e ações da Estratégia Saúde da Família cheguem até a população rural, tendo por base o levantamento dos problemas e sugestões de estratégias para melhorias sob a perspectiva dos usuários levando a uma reflexão sobre como o município tem olhado para a população rural e sua especificidade.

Objetivo geral:

Analisar as condições de acesso da população rural às ações da Estratégia Saúde da Família Rural situada em seu território no município de Poços de Caldas.

Objetivos específicos:

- Analisar a percepção do acesso da população rural às ações da Estratégia Saúde da Família Rural situada em seu território;
- Identificar fatores que facilitam ou dificultam o acesso da população às ações da Estratégia Saúde da Família Rural situada em seu território;
- Analisar a percepção da população rural em relação à assistência prestada pela Estratégia Saúde da Família Rural em seu território durante a pandemia do novo coronavírus;
- Elaborar, como produto técnico, uma cartilha que contextualiza o acesso da população rural aos serviços de saúde no Brasil e trazer uma discussão sobre direitos em saúde.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a: responder um questionário contendo questões abertas e fechadas. O tempo de duração do questionário de aproximadamente 15 min.

Desconfortos e riscos:

Você **não** deve participar deste estudo se não for maior de 18 (dezoito) anos, se não estiver vinculado (a) à Unidade de Saúde da Família rural onde é cadastrado (a) há pelo menos 01 (um) ano ou se algum representante da mesma família que reside em sua residência já houver respondido o questionário.

Esta pesquisa não apresenta riscos previsíveis para você (entrevistado) ou para sua família. Você apenas terá o desconforto de dispender 15 minutos de sua rotina para poder responder o questionário. Caso você se sinta desconfortável ou constrangido com alguma das questões, poderá se recusar em responder, sem nenhum prejuízo.

Benefícios:

Esperamos que com este estudo possamos identificar as barreiras do acesso aos serviços de saúde e colaborar na elaboração de estratégias para facilitar o

acesso da população rural às ações e serviços de saúde ofertados pela Atenção Básica no contexto rural. Sua participação é muito importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para alcançar os objetivos propostos.

Acompanhamento e assistência:

Você terá direito ao acesso aos resultados da pesquisa caso seja solicitado. Embora não haja riscos previsíveis, caso você sofra algum dano físico ou psicológico decorrente desta pesquisa você terá direito à assistência médica ou psicológica.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento e Indenização:

Você está ciente de que não haverá nenhum gasto de sua parte e de que não haverá compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador José Guilherme Consolini, aluno do Departamento de Saúde Coletiva – FCM/UNICAMP-SP, pelo telefone (35) 99913-3331, e-mail jgconsolini@bol.com.br ou com a orientadora Mônica Martins de Oliveira Viana, pelo telefone (19) 99641-6114, e-mail monica.viana@isaude.sp.gov.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:00hs às 11:30hs e das 13:00hs as 17:30hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187; e-mail: cep@unicamp.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante da pesquisa:

Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante da pesquisa ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante da pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa.

_____ Data:

____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

Questão 1. Qual é a sua escolaridade?

- Não alfabetizados
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Não sei/ não quero responder/ não se aplica

Questão 2. Como você avalia a distância entre sua casa e o PSF (postinho de saúde) da Zona Rural onde você é atendido (a)?

- Muito longe
- Longe
- Razoável
- Perto
- Muito perto
- Não sei/ não quero responder/ não se aplica

Questão 3. Quando você precisa ir até o PSF (postinho de saúde) da Zona Rural, qual meio de transporte você utiliza?

- Nenhum, vou a pé
- Bicicleta
- Veículo de tração animal (carroça)/ animal (cavalo)
- Veículo próprio (carro ou motocicleta)
- Carona (veículos de terceiros)
- Transporte coletivos
- Taxi ou transporte por aplicativo
- Outro
- Não sei/ não quero responder/ não se aplica

Questão 4. Quando você precisa de um atendimento médico, qual estabelecimento de saúde você procura primeiro?

- PSF (postinho de saúde) da Zona Rural
- UBS, PSF (postinho) da Zona Urbana (cidade)
- Hospital conveniado ao SUS
- Rede privada (particular ou convênio)
- Não sei/ não quero responder/ não se aplica

Questão 5. O horário de funcionamento do PSF (postinho de saúde) as Zona Rural atende as suas necessidades?

- Não atendendo
- Atende parcialmente
- Atende totalmente
- Não sei/ não quero responder/ não se aplica

Questão 6. Quando o PSF (postinho de saúde) rural está aberto, você consegue uma orientação rápida por telefone, celular, Whatsapp ou qualquer meio de comunicação se precisar?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não sei/ não quero responder/ não se aplica

Questão 7. A equipe o PSF (postinho de saúde) da Zona Rural realiza orientações sobre como se prevenir contra doenças e/ou cuidar da saúde?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não sei/ não quero responder/ não se aplica

Questão 8. Quando você vai no PSF (postinho de saúde) para tomar uma vacina, encontra a vacina de que precisa disponível na unidade?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não sei/ não quero responder/ não se aplica

Questão 9. Quando você sente que precisa de uma consulta com o médico ou com o enfermeiro no PSF (postinho de saúde) da Zona Rural consegue este atendimento com facilidade?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não sei/ não quero responder/ não se aplica

Questão 10. Quando você precisa realizar a coleta de exame laboratorial (urina, fezes, sangue) no PSF (postinho de saúde) da Zona Rural consegue este serviço com facilidade?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/ não quero responder/ não se aplica

Questão 11. Quando você procura o PSF (postinho de saúde) da Zona Rural para realizar algum procedimento como verificar a pressão arterial, glicemia capilar (exame de diabetes) curativos, com que frequência consegue ter acesso a este(s) procedimento(s) no mesmo dia?

- Nunca
 - Quase nunca
 - Às vezes
 - Quase sempre
 - Sempre
 - Não sei/ não quero responder/ não se aplica
- Provavelmente não
 - Com certeza não
 - Não sei/ não quero responder/ não se aplica

Questão 12. Quando você precisa ir até o PSF (postinho de saúde) da Zona Rural para buscar alguma medicação, com que frequência encontra disponível para entrega a medicação que precisa?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não sei/ não quero responder/ não se aplica

Questão 13. Quando você precisa de uma consulta de urgência no PSF (postinho de saúde) rural, você consegue obter esse atendimento?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre
- Não sei/ não quero responder/ não se aplica

Questão 14. Após o início da pandemia do “coronavírus” o PSF (postinho de saúde) da Zona Rural está dando assistência que você precisa?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim

Anexo 3**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE – DIÁRIO DE CAMPO (ROTEIRO)**

Local: _____

Data: _____

Início da observação: _____

Término da observação: _____

- 1) Análise descritiva
- 2) Análise reflexiva
- 3) Análise crítica
- 4) Percepção dos usuários sobre o acesso às ações desempenhadas
- 5) Fatores que dificultam o acesso (sócio-organizacionais e geográficos)
- 6) Fatores que facilitam o acesso (sócio-irganizacionais e geográficos)

Anexo 4

CHECAGEM DE SIMILARIDADE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
(State University of Campinas)
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
(Faculty of Medical Sciences)
BIBLIOTECA
(Library)

Campinas, 24 de fevereiro de 2022

PARECER Nº 25/2022

O documento "[Acesso da população do campo às ações da Estratégia Saúde da Família em área rural no município de Poços de Caldas](#)" passou pela checagem de similaridade do sistema Turnitin. O resultado apontou **14%** de semelhança. Taxa de semelhança **baixa**, dentre os apontamentos do sistema, há trechos **inerentes ao discurso científico** que, obrigatoriamente, se repetem entre as produções e devem ser **desconsiderados** para avaliação de originalidade no Programa de Pós-Graduação da FCM-Unicamp.

Orientadora: Profa. Dra.: MÔNICA MARTINS DE OLIVEIRA VIANA

Aluno: JOSÉ GUILHERME CONSOLINI

Rony Oliveira

Profissional de Apoio Técnico de Serviços

Itens	Apontamentos do Sistema Turnitin	Sugestão																											
1.	A checagem da tese resultou em 14% de similaridade, considerada baixa.																												
	<p>The screenshot shows a Turnitin similarity report. At the top, it states 'Grado geral da 14%'. Below this, there is a list of sources with their similarity percentages:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rank</th> <th>Source</th> <th>Similarity</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Integrar com a...</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>...do...</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>...da...</td> <td><1%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>...da...</td> <td><1%</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>...da...</td> <td><1%</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>...da...</td> <td><1%</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>...da...</td> <td><1%</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>...da...</td> <td><1%</td> </tr> </tbody> </table>		Rank	Source	Similarity	1	Integrar com a...	1%	2	...do...	1%	3	...da...	<1%	4	...da...	<1%	5	...da...	<1%	6	...da...	<1%	7	...da...	<1%	8	...da...	<1%
Rank	Source	Similarity																											
1	Integrar com a...	1%																											
2	...do...	1%																											
3	...da...	<1%																											
4	...da...	<1%																											
5	...da...	<1%																											
6	...da...	<1%																											
7	...da...	<1%																											
8	...da...	<1%																											

ANEXO 5 – PRODUTO TÉCNICO (ROTEIRO PARA RODA DE CONVERSA)

118

SAÚDE, UM DIREITO DE TODOS!!!



Questões norteadoras:

1) O que é saúde?

2) Qual a importância da Estratégia Saúde da Família para a população rural?

3) A Estratégia Saúde da Família está atendendo as necessidades em saúde da população?

4) Quais são os pontos fortes da Estratégia Saúde da Família na zona rural? E os pontos fracos?

5) Qual a importância da população rural para o município?

6) A população rural está se sentindo representada pela Estratégia Saúde da

Família? Os valores, culturas, práticas e saber popular estão sendo respeitados?

7) Como estão as condições de saúde da população rural atualmente? Quais são as demandas trazidas pela população?

8) Por que tantas pessoas estão procurando a UPA para serem atendidas ao invés de recorrer a Estratégia Saúde da Família na Zona Rural?

9) A população rural têm conseguido ser atendida em suas demandas de saúde, infraestrutura, meio-ambiente, transporte, educação, cultura entre outras?

10) A equipe da Estratégia Saúde da Família está preparada para atender a população rural, considerando sua especificidade, valores, cultura? O que falta?