

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM
ÊNFASE NA SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO**

RENATA MUSA LACERDA

**PERCEPÇÕES SOBRE OS PONTOS DE APOIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE
DO CAMPO NO DISTRITO FEDERAL.**

**BRASÍLIA
2021**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM
ÊNFASE NA SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO**

RENATA MUSA LACERDA

**PERCEPÇÕES SOBRE OS PONTOS DE APOIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE
DO CAMPO NO DISTRITO FEDERAL.**

Trabalho de Conclusão de Residência entregue e apresentado a Coordenação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com Ênfase em Saúde da População do Campo, como pré-requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, com Ênfase em Saúde da População do Campo.

Orientador (a): Dra. Jacinta de Fátima Sena da Silva

**BRASÍLIA
2021**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

L131p

Lacerda, Renata Musa.

Percepções sobre os pontos de apoio de uma unidade de saúde do campo no Distrito Federal / Renata Musa Lacerda; Orientador: Jacinta de Fátima Senna da Silva – Brasília, 2021.

46 f., il. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência)—Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. População Rural. 3. Saúde Pública. I. Silva, Jacinta de Fátima Senna da. II. Título.

CDU: 614.2(817.4)

Ficha elaborada por Jaqueline Ferreira de Souza CRB 1/3225

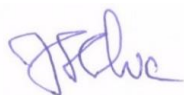
Renata Musa Lacerda

**PERCEPÇÕES SOBRE OS PONTOS DE APOIO DE UMA UNIDADE DE
SAÚDE DO CAMPO NO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Governo Fiocruz como requisito
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família com ênfase em Saúde da
População do Campo

Aprovada em 19/02/2021.

BANCA EXAMINADORA



Dra. Jacinta de Fatima Sena da Silva



Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Recife, PE)



Me Aurélio Matos Andrade (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília, DF)



Dra. Jacinta de Fatima Sena da Silva (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)
Orientador (a)

Dedico esse trabalho a minha família que tem todo meu amor e gratidão pelo apoio que me ofertam sempre, em especial a minha vizinha que partiu esse ano e que teve papel fundamental na minha vida profissional e principalmente na mulher que me torno a cada dia.

RESUMO

No Brasil a saúde é considerada um direito fundamental humano garantido na Constituição Federal. As dificuldades enfrentadas pela população do campo são inúmeras, inclusive no acesso às ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS). A Unidade Básica de Saúde 17 (UBS) localizada no território do Jardim Morumbi, em Planaltina-DF, possui um projeto de implantação dos “pontos de apoio” em cada microárea que compõe o território, os quais funcionam como uma espécie de extensão da UBS que executam ações de promoção, prevenção, educação à saúde, dentre outras. O estudo procurou compreender a percepção dos usuários e trabalhadores de saúde da UBS 17 sobre a criação dos pontos de apoio como estratégia de melhorar o acesso das populações do campo aos serviços de saúde. Para tanto, foi adotada uma metodologia de estudo qualitativo descritivo, tomando os usuários e trabalhadores do território como sujeitos de pesquisa, cuja amostra constou de 15 participantes. Utilizou-se entrevistas, diário de campo e análise de conteúdo como ferramentas de análise. Os principais achados da pesquisa foram que as maiores barreiras ao acesso no território estão relacionadas às de dimensões geográfica e técnica, seguida pela econômica. Quanto ao ponto de apoio, as potencialidades apontadas foram as dimensões geográficas e técnicas, entendidas como facilitador para o contato com a população e para oferta dos serviços. Quanto às dificuldades referentes a dimensão de estrutura física reportadas, elas dialogam com o não reconhecimento da estratégia por parte dos órgãos superiores de saúde. Entende-se que a estratégia dos pontos de apoio tem um grande potencial para suprir as necessidades de atenção e cuidado à saúde, especialmente, das populações do campo. Portanto, é necessário o contínuo rearranjo da rede de cuidados e atenção à saúde para essa população a fim atenuar algumas limitações.

Palavras-chave: Acesso; Ponto de Apoio na Atenção Primária à Saúde; População do campo.

ABSTRACT

In Brazil, health is considered a fundamental human right guaranteed by the Federal Constitution. The difficulties encountered by the rural population are plentiful, including in the access to the initiatives and services from the Unified Health System (SUS). The 17th Basic Health Unit (UBS) located on Jardim Morumbi territory, in Planaltina-DF, houses a project for the implantation of “support points” in each micro-area that comprises the territory, which function as a kind of extension to the UBS that perform initiatives for promotion, prevention and education for health, among others. The study aims to comprehend the perception from users and health workers of UBS 17 on the creation of support points as a strategy to improve the rural population’s access to health services. For such, a qualitative and descriptive research methodology was adopted, taking users and workers in the territory as subjects of research, in a sample consisting of 15 participants. Interviews, field journal and content analysis were employed as research tools. The study finds that the largest barriers to access in the territory were those related to the geographic and technical dimensions, followed by the economic one. In regard to the support points, its identified potentials lie in the geographic and technical dimensions, seen as facilitators to the contact with the population and the offer of services. As for the reported difficulties related to the physical structure dimension, they are attuned to the non-recognition of the strategy by the superior health agencies. It follows that the support points strategy has great potential to fulfill the needs for health care and attention, especially concerning rural population. Therefore, the continuous rearranging of the health care and attention networks is necessary for this population in order to diminish certain limitations.

Keywords: Access; Support Point in Primary Health Care; Rural Population.

LISTAS DE FIGURAS

FIGURA 1 - Percepções das usuárias sobre as dificuldades do acesso no território da UBS 17 Jardim Morumbi, Planaltina-DF, 2020.	23
FIGURA 2 - Percepções dos ttrabalhadores sobre as dificuldades do acesso no território do Jardim Morumbi, Planaltina- DF, 2020.	24
FIGURA 3 - Percepções das usuárias quanto as potencialidades do ponto de apoio do território Jardim Morumbi, Planaltina, DF, 2020.	27
FIGURA 4 - Percepções das usuárias quanto as dificuldades do ponto de apoio do território Jardim Morumbi, Planaltina, DF, 2020.	28
FIGURA 5 - Percepções dos trabalhadores quanto as potencialidades do ponto de apoio do território Jardim Morumbi, Planaltina, DF, 2020.	30
FIGURA 6 - Percepções dos trabalhadores quanto as dificuldades do ponto de apoio do território Jardim Morumbi, Planaltina, DF, 2020.	31

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEB – Companhia Energética de Brasília

CFB – Constituição Federal Brasileira

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PA – Ponto de Apoio

PNSIPCF - Política Nacional das Populações do Campo, Floresta e Águas

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	9
2.OBJETIVOS	11
3. TERRITÓRIO JARDIM MORUMBI – O PONTO DE APOIO	12
3.1 PONTO DE APOIO (PA)	13
4. REFERENCIAL TEÓRICO	14
4.1 POPULAÇÃO DO CAMPO	14
4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	15
4.3 ACESSO	16
4.4 PERCEPÇÃO	17
5. MÉTODO	19
5.1 TIPO DO ESTUDO	19
5.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	20
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO/ CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	20
5.4 PROCEDIMENTOS	20
5.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS	21
5.6 MÉTODO DE ANÁLISE DE DADOS	21
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	21
6. RESULTADOS	22
7. DISCUSSÃO	33
7.1 LIMITAÇÕES	38
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXO	43
APÊNDICE	46

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo processo histórico. Em 1923 a saúde era relacionada a meritocracia, voltando-se apenas para trabalhadores, ficando a outra parte da população sem esse direito. Em 1988, foi instituído na constituição federal brasileira (CFB) a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A partir desse ano, o sistema que já era idealizado foi ganhando força, inclusive com as leis que foram promulgadas posteriormente como a 8080/90 e 8142/90. Em 1988, inicia-se o processo de implementação do Sistema Único de Saúde, recebendo o nome SUS em 1991. Toda essa luta, discussão com a comunidade e técnicos ganhou o nome de reforma sanitária (CARVALHO, 2013), considerada um grande e forte movimento plural que possibilitou a conquista do direito à saúde e do SUS. O SUS é uma forma recente de fazer saúde e que ainda está em processo de consolidação, exigindo grande participação da população e interesse público para a garantir seus princípios e financiamento adequado.

Os princípios e diretrizes do SUS inseridos na legislação referente a saúde são universalidade, equidade, integralidade, descentralização, controle social, hierarquização e descentralização. Princípios esses que são amplamente divulgados, mas torná-los uma realidade é um grande desafio. Logo, é preciso pensar em estratégias e políticas públicas para que sejam cumpridos.

Geralmente, os que menos são beneficiados é a população mais vulnerável, devido às diversas barreiras existentes. Não é por acaso que foi implementado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de atender às populações em risco. Em 2006, foi ampliado para Estratégia de Saúde da Família (ESF) ocorrendo inclusive a alteração da nomenclatura, pois teria como objetivo de reorganização da atenção primária à saúde para aumentar a cobertura da população atendida e a diminuição de agravos em saúde (ALMEIDA, 2014).

Estudos mostram o avanço quanto ao acesso à saúde das populações e aos indicadores da população brasileira, porém em algumas regiões e áreas específicas existem enormes dificuldades de uma Atenção Primária à Saúde (APS) efetiva e que cumpra todos os seus objetivos (FEITOSA, 2016), sendo assim faz necessário a busca de estratégias que possibilitem que todas as pessoas tenham o direito a saúde (SHIMIZU ET AL, 2018).

De acordo com Ministério da Saúde (2011) as populações do campo apresentam perfis de extrema pobreza, onde 53% dos domicílios não estão ligados à rede geral de esgoto pluvial ou fossas sépticas; 48% dos domicílios rurais em extrema pobreza não estão ligados à rede geral de

distribuição de água e não têm poço artesiano ou nascente na propriedade; 71% são negros (pretos e pardos); 26% são analfabetos e 59% estão concentrados na Região Nordeste. São grandes as dificuldades enfrentadas pelas populações do campo, além das dificuldades citadas acima. É preciso ressaltar também as grandes distâncias percorridas pelos moradores que, se somadas às outras vulnerabilidades, acabam se tornando um impeditivo de acesso à saúde.

Com o objetivo de reduzir essas barreiras uma Unidade Básica de Saúde do campo (UBS 17 Jardim Morumbi) em Planaltina-DF desenvolveu um projeto com o objetivo de criar “*Pontos de Apoio*” em cada microárea que faz parte do seu território de abrangência. Os quais funcionam como uma espécie de extensão da UBS, ou seja, diversas atividades também são realizadas nesses locais, como atividades de promoção à saúde, marcação de consultas, atendimento médico, grupos terapêuticos, vacinação, palestras e entre outras atividades.

Tendo em vista esse contexto explicitado, a pergunta de pesquisa deste estudo é: Como a estratégia de pontos de apoio contribui para transpor as barreiras de acesso ao serviço de saúde na percepção de usuários e trabalhadores da saúde da UBS 17 Jardim Morumbi em Planaltina-DF?

2.OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é compreender a percepção dos usuários e trabalhadores de saúde da UBS 17 Jardim Morumbi, localizada em Planaltina-DF, sobre a criação dos pontos de apoio como estratégia de melhorar o acesso das populações do campo ao serviço de saúde. Os objetivos específicos são caracterizar o território da UBS, identificar as dificuldades de acesso aos serviços; conhecer a percepção da comunidade e dos trabalhadores de saúde na atenção básica e refletir sobre estratégias de ampliação do acesso à saúde das populações do campo.

3. TERRITÓRIO JARDIM MORUMBI – O PONTO DE APOIO

A UBS 17 Jardim Morumbi localiza-se em Planaltina – DF onde a equipe é composta por um médico, enfermeira, duas técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, três gerentes, quatro vigilantes e uma auxiliar de serviços gerais.

Os residentes em saúde da família com ênfase nas populações do campo durante o período de residência (2 anos) realizaram o processo de territorialização que segundo PESSOA et. al (2013, v.18, p. 2254) “é uma ação primordial, pois dela decorre a análise da situação de saúde, planejamento e a implantação de ações estratégicas, que garantam resolubilidade ao sistema”.

Com base na territorialização e dados do e-SUS, foi feita uma contextualização sobre as principais características do território e população adscrita. A UBS 17 abrange 09 microáreas são elas: Núcleo Rural Bonsucesso, Núcleo Rural Jardins do Morumbi, Núcleo Rural Sarandi, Núcleo Rural Quintas do Rio Maranhão, Núcleo Rural Quintas do Vale Verde, Núcleo Rural Monjolo, Núcleo Rural Palmeiras, Assentamento Marcia Cordeiro Leite e Vila Taquaril. A UBS se insere fisicamente dentro do Núcleo Rural Jardins do Morumbi que fica próxima de uma rodovia que dá acesso ao município de Planaltina - GO.

É um território diverso e cada microárea contém suas especificidades. Cada microárea fica localizada a diferentes distâncias em comparação à UBS, a mais distante fica, em média, a 23 km. Há lugares de maiores produções agrícola, tanto em larga escala, como agricultura familiar. É uma população média de 3578 mil habitantes.

Existe uma dificuldade com coleta de lixo no território que acontece em média duas vezes na semana e em pontos específicos, o que faz com que a maior parte da população queime ou enterrem seus resíduos. A energia é fornecida pela Companhia Energética de Brasília (CEB) e as condições de abastecimento de água são através de poços e cisternas. É inexistente a rede de esgoto, sendo necessário como forma de escoamento da água oriunda dos banheiros, fossas sépticas ou rudimentares, sendo a maioria essa última. Existem áreas que não tem transporte público e as que possuem, os horários são reduzidos. A população apresenta uma sensação de insegurança e no território existe apenas um posto policial, mas que muitas vezes fica distante caso seja necessária alguma medida de urgência.

A maior parte da população se autodeclara como parda (2335), branca (808) e preta (364). As ocupações mais frequentes são caseiro, empregado doméstico, pedreiro e trabalhador volante da agricultura. A maioria da população tem como escolaridade ensino fundamental incompleto (904). Em se tratando do sistema complementar de saúde, 245 pessoas disseram ter plano de saúde

privado. As situações de saúde em maior número são hipertensão arterial (475), uso de álcool e outras drogas (314) e fumantes (314). 603 pessoas disseram fazer uso de plantas medicinais.

3.1 PONTO DE APOIO (PA)

Em 2004, a Fundação Zerbini foi contratada para gerenciar e coordenar a estratégia de saúde da família da UBS 17, enquanto o contrato estava sendo finalizado, toda a equipe ficou instalada na associação do Núcleo Rural Sarandi por três meses. Depois desse tempo toda a equipe retornou para a UBS 17 Jardim Morumbi, mas devido à distância e pelo vínculo criado com a comunidade do Sarandi, em média de 3 em 3 meses apenas o médico e a enfermeira se dirigiam para a associação para realização de consultas e algumas ações pontuais, esse foi o nascimento do primeiro ponto de apoio em 2004.

Em 2016, a agente comunitária de saúde do Núcleo Rural Sarandi passou a ser protagonista do funcionamento e ampliação do ponto de apoio. Até 2017, o único ponto de apoio que existia era o do Sarandi e em 2018, depois do cadastramento total da população, foram implementados PA's em todas as microáreas. Essa necessidade surgiu devido a redução do número de agentes comunitários de saúde, ou seja, para evitar que as áreas ficassem sem cobertura, definiu pontos de apoio nos locais para facilitar o acompanhamento das famílias, visto que os agentes de saúde poderiam não dar conta do trabalho utilizando apenas a organização espacial vigente até aquele momento.

Sendo assim, a UBS utiliza atualmente os Pontos de Apoio (PA) como instrumento de trabalho, que são locais fixos dentro da comunidade em que em determinados dias da semana os ACS's vão para recolher as demandas da população, formar vínculos, realizar ações, fazer recadastramento para o bolsa família e cadastramento do SUS. Além disso, é um local que, em certa regularidade, o médico, enfermeira e técnica de enfermagem se deslocam para a realização de atendimentos à saúde da população.

Cada PA tem sua estrutura de acordo com a especificidade de cada local. O PA do Assentamento e da Vila Taquaril é a sede da Associação do Assentamento. Do núcleo Rural Palmeiras é a Escola Classe Palmeiras. O PA do Núcleo Rural Bonsucesso, Núcleo Rural Quintas do Rio Maranhão e Núcleo Rural Sarandi tem uma estrutura com salas e banheiro e são localizados na Associação de moradores. Já o Núcleo Rural Monjolo e o Núcleo Rural Quintas do Vale Verde, os pontos de apoio são nas escolas das comunidades.

Nessa perspectiva de modalidade estratégica de acesso no território, Silva (2017, p. 32) afirma que “o acesso é central para qualificar a organização do serviço de saúde no território, de

modo a contribuir para adoção de arranjos de atenção à saúde que sejam adequados às necessidades da população, às suas especificidades, peculiaridades e características locais”.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 POPULAÇÃO DO CAMPO

De acordo com o IBGE (2000), a população rural, neste estudo considerada população do campo, é toda aquela que reside fora dos limites da área urbana, porém essa é uma definição meramente geográfica. Fazer parte da população rural envolve diversas especificidades, desafios e potencialidades. Está ligada ao modo de produzir a vida dentro do território. Como cita o Ministério da Saúde (2013) “Tratam-se das populações do campo, aquelas que denominam-se como povos e comunidades tradicionais e se caracterizam por seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra” (BRASIL, 2013).

Levando em consideração a enorme singularidade dessas populações é que foi criada em 2011 a Política Nacional das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCF) em diálogo com movimentos sociais, representantes dessas populações e governo federal. É preciso reparar a dívida histórica com essas populações que sempre foram negligenciadas e apresentam grandes vulnerabilidades, incluindo o acesso desigual aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

É necessário abordar as situações de saúde que a população do campo tem sido submetida historicamente. Carneiro (2007) traz a junção de vários estudos que demonstram o quanto a população do campo está submetida a mais riscos, o que justifica a necessidade de estratégias e políticas públicas específicas.

Algumas das constatações trazidas se referem a precariedade da alimentação e nutrição, a mesma população que produz em terras férteis foi influenciada a produzir utilizando a monocultura, o que interfere diretamente na sua nutrição, pois a dificuldade de se alimentar de forma diversa aumenta (FLEURET E FLEURET, 1980). Existe também uma dificuldade de acesso a água adequada para consumo, o que pode estar relacionado a doenças gastrointestinais (CARNEIRO ET AL, 2002). Há uma ocorrência maior de doenças causadas pelo esforço corporal que a maioria dos trabalhos no campo exige, além de questões respiratórias. Não é possível deixar de falar do risco com o uso de agrotóxicos e animais peçonhentos, aos quais a população é atingida (MOREIRA E WATANABE, 2006).

Além dos desafios relacionados à saúde física, não se pode deixar de falar de outras dificuldades que se destacam no contexto do campo e atravessam à integralidade do sujeito, podendo causar diversos problemas que vão desde o nível individual até o social. Essas dificuldades são a prevalência de situação de pobreza que impede o acesso às condições básicas e aos bens essenciais à saúde que inclui falta de emprego, moradia adequada, saneamento básico, educação. As distâncias associadas ao sistema de transporte precário ou até mesmo a falta dele, a violência na disputa de terras e dentro das próprias famílias também influenciam nos processos de saúde-doença dessas populações (BRASIL, 2013).

Do mesmo modo que existe uma necessidade maior na busca pelo serviço de saúde, existe dificuldade de chegar até ele por todas as dificuldades que são acometidos de forma histórica, econômica, social e cultural, sendo assim existe uma responsabilidade tanto da sociedade como do Estado com a forma de existência da população do campo no mundo.

4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Uma ferramenta para atenuar esses agravos aos quais são submetidas sociohistoricamente as populações do campo é a Estratégia de Saúde da Família que faz parte da Atenção Primária à Saúde (APS). O Conselho Nacional de Secretários de Saúde descreve a Atenção Primária à Saúde como:

Um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2004, p. 7)

Ou seja, a APS é uma forma de atenção à saúde diferente do que era possível observar antes do nascimento do SUS, uma saúde com foco em especialidades e apenas para aqueles trabalhadores que contribuía financeiramente, já a APS preza pelo olhar integral ao sujeito.

O Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 e posteriormente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006 tem como objetivo a organização e até reorganização da APS, para torná-la uma porta de entrada efetiva e resolutiva, que abarque as populações com especificidades e

vulnerabilidades. A ESF é vista como uma alavanca potencial de consolidação dos princípios da APS (MACINKO e MENDONÇA, 2018).

Em seu estudo, Macinko e Mendonça (2018) trouxeram alguns ganhos com a expansão da ESF para a população brasileira, tais como melhoria do acesso para populações mais vulneráveis, melhores resultados de saúde, expansão de acessos a tratamentos, melhoria na equidade e eficiência no SUS.

Porém, é preciso pensar a ESF a partir da perspectiva da população do campo. Por mais que ela mostre bons resultados de uma forma geral, ainda apresenta algumas dificuldades quando se trata das áreas do campo, assim como, a falta da territorialização nesse contexto para colocar demandas em prioridade e também a pouca existência da participação social (PESSOA, 2013).

É observada uma implementação e manutenção inadequada da ESF para as populações do campo, floresta e águas, visto que não suprem suas verdadeiras necessidades (PESSOA, 2015). Ao mesmo tempo que é uma forma de potencializar às ações de cuidado, também é necessário refletir sobre estratégias específicas na forma de funcionamento dentro dos territórios dessas populações.

4.3 ACESSO

Levando em consideração os princípios da APS, neste trabalho o maior enfoque será dado ao aspecto de acesso universal ao SUS que é uma das grandes dificuldades das populações do campo, devido às distâncias geográficas e vulnerabilidades diversas presentes no território que fazem com que barreiras sejam criadas. Para compreender melhor quais dimensões serão consideradas ao se falar de acesso, é necessário que ele seja conceituado.

Acesso/ acessibilidade é uma palavra polissêmica, logo diversos autores conceituam de diferentes formas. Será levado em consideração as definições levantadas por Unglert (1990) que comenta sobre a dimensão geográfica, técnica e econômica. A primeira diz respeito ao tempo e as dificuldades de deslocamento que os usuários enfrentam da sua casa até o serviço. A segunda diz sobre a organização do serviço e os cuidados ofertados. A terceira diz dos custos envolvidos no deslocamento em busca do serviço e a obtenção de meio diagnósticos e terapêuticos.

Starfield (2002, apud Silva, 2017, p.31) distingue acesso de acessibilidade. Acessibilidade refere – se a características da oferta, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Assim, pode-se inferir que a acessibilidade está contida no acesso.

Outra definição que será importante para esse estudo é a trazida por Giovanella e Fleury (1995) que comentam sobre o aspecto político, econômico, técnico e simbólico do acesso. O

aspecto político tem relação com a participação social da população no acompanhamento do processo de saúde. O econômico tem a ver com as barreiras sociais, culturais, físicas e econômicas. O técnico é sobre o atendimento e a relação entre trabalhador e usuário. Por fim, o simbólico está relacionado aos aspectos subjetivo: cultura, crenças e valores.

Tomando por base essas autoras, esse estudo utilizará como categorias de análise do acesso o aspecto geográfico, técnico, econômico, político e simbólico. O aspecto geográfico abarcou as distâncias percorridas e as dificuldades encontradas no caminho, por exemplo, falta de transporte. O aspecto técnico foi sobre a forma de funcionamento do serviço e a relação entre trabalhador e usuário. O aspecto econômico contemplou os custos envolvidos desde a chegada aos serviços de saúde até a busca pela manutenção da saúde depois de sair da unidade de saúde e ao retorno ao local de moradia, por exemplo. A dimensão política tem a ver com a participação social da população, desde o seu direito de opinar até a participação efetiva nas decisões referentes a saúde. A parte simbólica se refere a características individuais ou grupais subjetivas dos indivíduos, inclusive os traços culturais.

De uma forma geral, falar de acesso significa dizer sobre “o grau de ajuste” entre os serviços de saúde e a população (THIEDE e MCINTYRE, 2008). É um facilitador ou obstáculo na utilização do serviço. Mostrando-se como algo a ser analisado bilateralmente e, não só isso, como todos os diversos fatores que atravessam tanto a realidade dos serviços de saúde como da população de forma individual e/ou comunitária.

Quando o acesso aos serviços de saúde é proporcionado à população é possível chegar ao que se conceitua como equidade, que se resume em tratar as singularidades de formas diferentes para que todos tenham oportunidades, o que significa também formas de organização distintas dos serviços de saúde, implementação de novas ações a fim de superar as desigualdades existentes e trazer o serviço mais próximo à realidade dos sujeitos (ACURCIO E GUIMARÃES, 1988).

4.4 PERCEPÇÃO

Percepção é um conceito que traz consigo uma certa complexidade e que em grande parte das vezes é voltado somente ao aspecto neuronal. Porém, o destaque será dado na percepção do ponto de vista da experiência humana. A percepção como uma forma de abstração de sensações e sentidos a fim de interpretar uma realidade ou um dado objeto (NOBREGA, 2008).

A passagem da sensação à percepção tem o sujeito como ser ativo nesse processo. A percepção é justamente a organização ou síntese que o indivíduo faz em relação a sua própria

existência e a diversos objetos (OLIVEIRA E MOURAO-JUNIOR, 2013). É a transformação das partes em um todo, onde, normalmente, são constituídas opiniões, crenças e valores.

A *Gestalt* (teoria da psicologia) contribui no sentido de mostrar que a percepção não é completa sobre o objeto, ela é provisória e incompleta. Não se pode ter sensações parciais e depois percepções sobre os objetivos, esse processo acontecem simultaneamente, sente-se o todo e se percebem as partes de acordo com o foco em que é dado (OLIVEIRA E MOURAO-JUNIOR, 2013).

Carvalho e Steil (2013, p. 174) citam sobre o contínuo renascimento com base no filósofo francês Merleau-Ponty, na qual “a experiência que o pintor estabelece com as coisas e com o mundo que ele habita o constituem como pintor na medida em que elas são retratadas na sua tela”, ou seja, é na tentativa de perceber o mundo que ele vai ser constituído para as pessoas. Sendo assim a percepção é nada mais que uma vivência, uma forma de existir e se relacionar de todos os modos possíveis. Logo, os mundos dos indivíduos só podem ser compreendidos por meio da própria descrição e narrativa que ele mesmo faz (PERLS, 1988).

5. MÉTODO

5.1 TIPO DO ESTUDO

Neste trabalho adotou-se o método qualitativo descritivo. Segundo Minayo (2001, p. 21) a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

O que é realmente importante não é a quantificação, estatísticas, valores concretos, palpáveis. E sim, compreender a percepção de cada sujeito, de forma individual, do objeto de estudo, para reconhecer e valorizar as singularidades do que é dito. Nesse tipo de estudo o mais importante não é a quantidade de entrevistas, por exemplo, mas sim o conteúdo de cada uma delas, que serão analisadas de forma única.

Não se trata de uma disputa entre método qualitativo e quantitativo, afinal eles se complementam (MINAYO, 2001). A escolha deve ser baseada de acordo com os objetivos do estudo e qual metodologia será a mais acertada para que se chegue aos resultados de forma mais completa e válida.

Quando a metodologia escolhida é a qualitativa significa dizer que serão consideradas as análises dos micropassos e as relações sociais individuais e grupais, significa tentar olhar esses dados em toda sua amplitude e profundidade (MARTINS, 2004). É preciso pensar com bastante cuidado em todas as partes da pesquisa para que o pesquisador consiga captar, interpretar e analisar aspectos subjetivos e que dificilmente conseguiria ser quantificado.

Como ferramenta para análise de dados, foi utilizada a análise de conteúdo que é uma forma de tratamento dos dados advindos de estudos qualitativos e que tem como referência Bardin (1977) “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

É uma técnica que auxilia o pesquisador a compreender o dado obtido em seus mais diversos aspectos, como características, estruturas e sentido. Se divide em etapas, existe a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados que envolve inferência e interpretação (CAMARA, 2013).

Justifica-se a adoção das palavras chaves “pontos de apoio” por ser o objeto do estudo e “população do campo” por dialogarem com a temática e a população do território, mesmo não constando nos Descritores em Ciências da Saúde.

5.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no território de abrangência da UBS 17 Jardim Morumbi em Planaltina – DF, no período de janeiro a dezembro de 2020. O processo de coleta dos dados ocorreu no mês de outubro de 2020.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO/ CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram 15 participantes sendo 6 trabalhadores da saúde e 9 usuárias, entrevistei 1 representante da gerência, 4 agentes comunitários de saúde e 1 técnica de enfermagem. As usuárias entrevistadas são do Núcleo Rural Sarandi, Núcleo Rural Quintas do Rio Maranhão, Núcleo Rural Quintas do Vale Verde, Núcleo Rural Monjolo e Núcleo Rural Bonsucesso.

Os agentes comunitários de saúde, por terem um grande conhecimento da população e do território adscrito, indicaram os usuários que teriam maior disponibilidade de participação, levando em conta os critérios de inclusão e exclusão, além da prioridade por pessoas que participam ativamente dos pontos de apoio e pessoas que não frequentam, para tentar minimizar os vieses.

Foram incluídas no estudo pessoas acima de 21 anos, independente do sexo e que eram adscritos à UBS 17 Jardim Morumbi em Planaltina - DF. Foram excluídos do estudo usuários que não apresentavam capacidade cognitiva de compreensão.

5.4 PROCEDIMENTOS

As entrevistas foram realizadas nos pontos de apoio, dentro da UBS e na residência de uma usuária, duraram em média 15 minutos por participante e foram feitas com todos os cuidados em relação à pandemia, como distanciamento social, uso de álcool em gel nas mãos, limpeza dos ambientes com álcool 70% e uso de máscaras. Os Agentes Comunitários de Saúde faziam a indicação de um usuário, em seguida a pesquisadora entrava em contato e marcava o melhor dia, horário e local para ambos. Quanto aos trabalhadores foi combinado individualmente, de acordo com a disponibilidade e de forma que não atrapalhasse o processo de trabalho dentro da UBS.

5.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Foram realizadas entrevistas com roteiros semiestruturados diferentes (Apêndice A) anexo, um para os usuários e outro para os trabalhadores da saúde e um diário de campo para anotações das percepções da pesquisadora em relação à aspectos subjetivos dos usuários e trabalhadores como reações corporais, olhares, sentimentos e entre outros.

5.6 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos resultados foi feita utilizando a análise de conteúdo. As entrevistas foram transcritas, lidas atentamente, relidas e analisadas diversas vezes a fim de selecionar elementos importantes para o estudo em questão. Inicialmente, analisou-se a percepção dos usuários e trabalhadores de saúde acerca do seu acesso à saúde, englobando as dimensões geográfica, técnica, econômica, política e simbólica. Em seguida, foi dado enfoque a percepção de potencialidades e dificuldades dos pontos de apoio da UBS 17 Jardim Morumbi, seguindo as mesmas categorias de acesso, porém acrescida a dimensão de estrutura física. Dessa forma, durante a análise das entrevistas, as falas foram sendo agrupadas e inseridas nas categorias; em seguida as falas que continham o mesmo sentido e se repetiam dentro da mesma entrevista eram consideradas apenas como uma. A partir desse momento, foi somado o número de menções feitas por usuários e trabalhadores que se encaixavam em cada categoria.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando uma via com a pesquisadora e uma via com eles. Todas as entrevistas foram gravadas a partir da permissão do participante por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), anexo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fiocruz (CAAE - 36127320.2.0000.8027) e pelo Comitê de Ética da FEPECS (CAAE – 36127320.2.3001.5553).

6. RESULTADOS

Apresenta-se a caracterização das entrevistadas quanto ao local de moradia, escolaridade, renda e profissão: 9 usuárias sendo 2 do Núcleo Rural Bonsucesso, 1 do Núcleo Rural Sarandi, 2 do Núcleo Rural Monjolo, 2 do Núcleo Rural Quintas do Vale Verde e 2 do Núcleo Rural Quintas do Rio Maranhão. Referente a escolaridade foram: 2 pessoas concluíram o nível superior, 2 pessoas têm ensino médio completo, 5 pessoas têm ensino fundamental incompleto. As rendas variavam: 5 pessoas recebem entre 0 a 1 mil reais por mês, 2 pessoas recebem entre 1 mil a 2 mil por mês, 1 pessoas tem o salário entre 2 mil e 4 mil reais e 1 pessoas recebe acima de 4 mil mensais. Quanto aos trabalhadores entrevistados foram 6: 1 técnica de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde e 1 representante da gerência, nas seguintes faixas etárias: 2 pessoas de 35 a 40 anos, 3 pessoas de 41 a 50 anos e 1 pessoas acima de 51 anos. Assim, foram entrevistadas um total de 15 pessoas.

As categorias utilizadas foram as definidas de acordo com o referencial teórico sobre acesso sendo as dimensões geográficas, técnicas, econômicas, políticas e simbólicas. Inicialmente, apresenta-se a percepção dos entrevistados por meio dos conteúdos de fala que foram encaixadas nas dimensões de acordo com o significado do que estava sendo dito, mesmo que existissem nos achados da entrevista mais de uma frase sobre determinado assunto, foi levado em consideração apenas uma vez, visto ter o mesmo sentido. Sendo assim, foi sistematizado o número de menções das dificuldades relacionadas às dimensões de acesso apontadas pelas usuárias e trabalhadores como demonstram as figuras 1 e 2 abaixo.

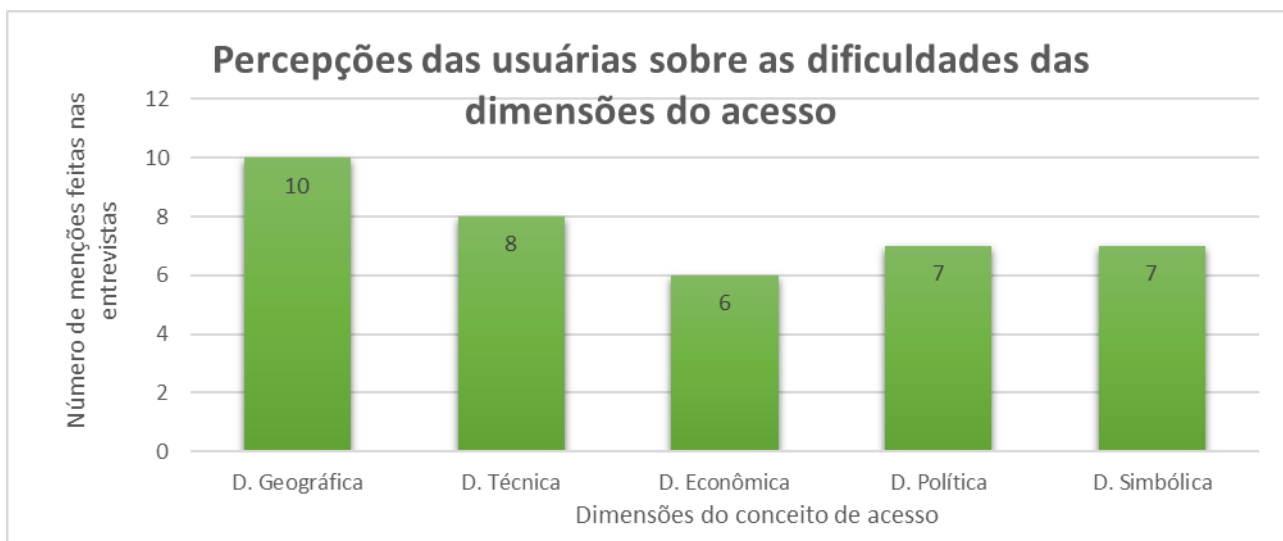


Figura 1: Percepções das usuárias sobre as dificuldades do acesso no território da UBS 17 Jardim Morumbi, Planaltina-DF, 2020.

Fonte: A própria autora

Abaixo estão descritas algumas das falas que se encaixaram nas seguintes dimensões:

Geográfica: “vamos dar um jeito da gente botar aqui era um posto de saúde, *fia*”/ “às vezes ele não tem condições de sair daqui para ir”/ “eu moro muito longe, aí fica muito longe pra *mim* ir pro Morumbi”/ “Tem a dificuldade também de transporte né? Porque aqui, pra *mim* vir pra cá, eu tenho que pegar uns, não tem como eu vir pra cá sem pegar ônibus,”/ “já perdi consulta, já passei por muita dificuldade também, porque realmente meu problema mesmo, é mais para locomover.”

Técnica: “Demora da consulta, né?”/ “a gente precisa de dentista que aqui ainda não tem”/ “a gente não tem aquele profissional específico”/ “em mente que a saúde falta alguns medicamentos, falta algum material, até para o trabalho do dia a dia, por exemplo, máscara” / “Principalmente assim, às vezes você quer consultar e às vezes *tá* muito cheio aqui, não tem como consultar, se não for emergência mesmo, não é fácil”/ “com a forma de atendimento às vezes você sai meio chateado”

Econômica: “aí depois que eu fiz o plano de saúde que eu consegui fazer a cirurgia”/ “porque assim eu não tenho condições de muitas coisas e agora mesmo vou ter que fazer um tratamento

de dentes, (inaudível) tá certo, eu fiz até um plano que meu filho tem, pouquinho que eu pago, mas só faz o necessário também, não faz o que a gente precisa.”/ “crianças às vezes paga ônibus”/ “dependendo totalmente do SUS e às vezes você precisa de um remédio, não tem, aí você tem que comprar, às vezes fica até sem porque você não tem condições de comprar.”/ “vou ter que fazer exame e eu não tenho condição de fazer, não tenho condições de pagar particular.”

Política: “Não, não tenho participação não.” / “Depende, porque assim, aqui nunca ninguém perguntou, assim qual a sua opinião né? Então eu nunca dei a minha opinião.”/ “Eu nunca entrei em debate sobre assunto dá área da saúde, assim de questionar se alguma coisa tá boa ou ruim”

Simbólica: “fica muito difícil com as crianças, inclusive para vacinar”/ “o meu vizinho que tem 82 anos, ele não tem como ele vir para cá”/ “eu tenho a impressão que ninguém gosta de mim, assim em relação a mim, e me chamar para participar disso, daquilo, o motivo eu não sei. Eu tenho essa dificuldade”/ “crianças às vezes paga ônibus, é uma dificuldade porque tem que pegar no colo, aquela coisa toda, então não é fácil lá, o acesso não é fácil de jeito nenhum”/ “Eu *to* passando por um momento que eu *to* evitando tudo, quero me isolar de tudo, de Deus e o mundo.”

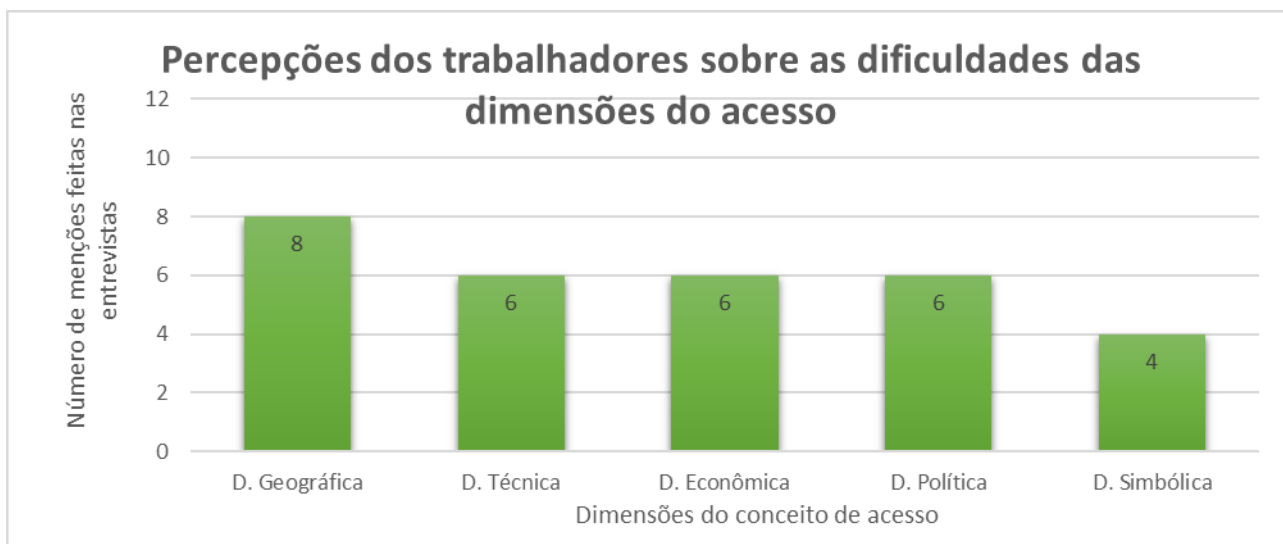


Figura 2: Percepções dos trabalhadores sobre as dificuldades do acesso no território do Jardim Morumbi, Planaltina-DF, 2020.

Fonte: A própria autora.

Seguem fragmentos de falas dos trabalhadores que se encaixaram nas seguintes dimensões:

Geográfica: “Pela distância né? como eu falei que a área rural a pessoa já é comprometida lá com a sua, com o seu trabalho, na sua Chácara e o tempo disponível pra ela ir cuidar da sua saúde é bem pequeno e a distância colabora com essa dificuldade.”/ “a distância é... influencia porque às vezes tem uma família que mora muito longe da unidade e não tem condições, não tem um carro, não tem uma bicicleta e às vezes o próprio paciente não tem nem condições nem de vir andando”

Técnica: “Até a própria legislação né complica esse acesso quando impede o paciente de ir em uma unidade e não na outra, na minha opinião. Eu acho que devia ser livre pra ele ir na que conviesse.”/ “número de vagas é pouco, profissional de saúde, assim é um médico para 3 mil, 4 mil, não sei, não quantos indivíduos tem, mas assim a comunidade é muito grande em número de indivíduos e só tem um profissional, então esse profissional entra de férias ou tira uma folga, uma coisa ou outra, aí a comunidade fica desassistida, então, e tem muita gente que às vezes não consegue, chega aqui não consegue”/ “tem alguns profissionais que falham no atendimento”/ “eu acho que a equipe podia planejar mais junto, mas é planejar e fazer porque às vezes a equipe se une, planeja, mais no fim não faz nada. Então tem que planejar e por para funcionar o negócio do jeito que planeja” / “então a gente não consegue atendê-los em todas as demandas que eles precisam... em questão de horário acho que não, por causa que a gente tá ali num período do dia e a noite eles têm que acessar outros sistemas que talvez também não supre a necessidade que eles precisam né?”

Econômica: “a maioria das pessoas são caseiros, pessoas que o salário é um salário mínimo só, pessoas que não têm carro, então elas dependem de dinheiro para chegar a unidade básica de saúde, entendeu?”/ “área rural geralmente é composta por sua maioria caseiros né? pessoas de renda bem baixa e isso interfere na saúde delas e no acesso também.”/ “Nesse caso, a dificuldade de acesso por conta do financeiro tem, porque às vezes não tem um carro, não tem uma bicicleta, não tem como vir né? fica dependendo de carona, dependendo de favor de outra pessoa pra poder trazer ou mesmo até pagar outra pessoa pra poder trazer aqui, que tem muitos que moram longe,

não têm acesso mesmo, não têm como de vir, mas aí sempre dá um jeito pra poder vir, mas é mais difícil.”

Política: “Eu acho que não. Uai se a opinião dos pacientes fosse levada em consideração, a saúde era melhor né? tinha mais estrutura, funcionava mais, eu acho.”/ “Eu penso que para o usuário ter a opinião dele válida, eles deveriam participar das demandas que surgirem no Posto, é... ser convidados, para participar de reuniões, é... a gente deveria passar para eles, qual a nossa meta de trabalho, qual é, então eles deveriam participar, pelo menos um membro da comunidade *tá* participando para entender como é feito o nosso trabalho, *pra* estarem levando para os demais e isso não é feito, então eles não participam.” / “Eu acho não, eu tenho certeza, que eles não participam porque nós já *botamos* tudo já pronto já, verificamos o quê que estão precisando com eles né? e nós mesmos decidimos, já levamos para eles tudo pronto, já decidido como é que vai ser como é que não vai ser, eles até agora não participaram, (...) eles ainda nunca opinaram não.”

Simbólica: “ainda tem pessoas que ainda é muito resistente, tem aqueles senhores bem de idade mesmo, alguns falam que não *gosta* de médico, de remédio de farmácia, dessas coisas, então são bem resistentes.”/ “Ah, ele gosta só de tomar remédio do mato, ele não gosta de ir em médico, acredita nas suas crenças, na simpatia, na religião. A gente encontra muitas pessoas desse jeito, apesar de ser pouco, mas ainda encontra, principalmente na área rural, que é a nossa área onde a gente trabalha”/ “aquele paciente que tem um poder aquisitivo bem baixo, ele é por si só, ele já não quer ter o acesso, porque ele já se sente humilhado, já se sente mais retraído né?”

Prossegue-se apresentando a sistematização das principais potencialidades e dificuldades dos pontos de apoio na percepção de usuárias e trabalhadores. Assim, as falas foram agrupadas em dimensões pré-estabelecidas e acrescida a categoria estrutura física por aparecer em diversas falas. Abaixo estão demonstradas o número nas figuras 3 a 6 seguidas por fragmentos de fala.

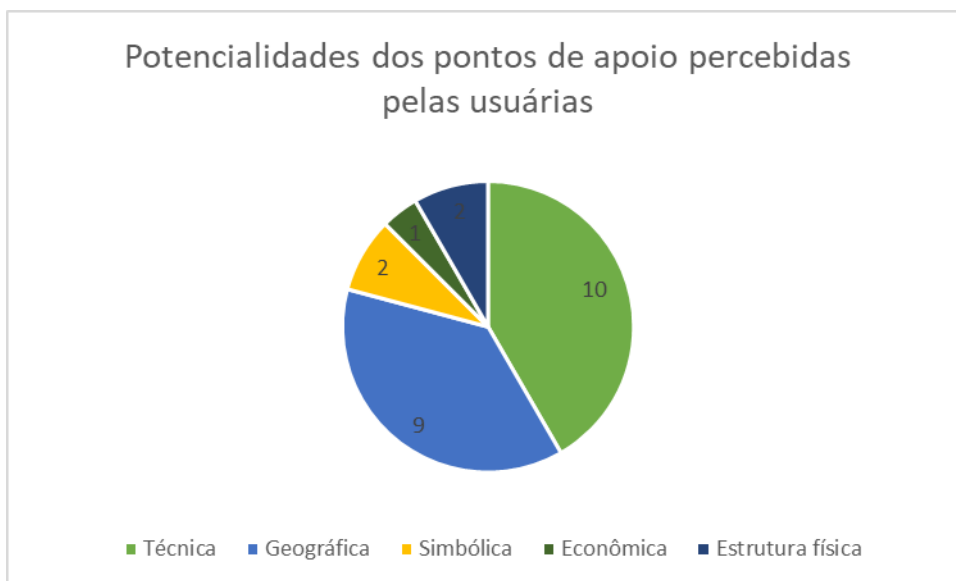


Figura 3: Percepções das usuárias quanto as potencialidades do ponto de apoio do território Jardim Morumbi, Planaltina, DF, 2020.

Fonte: A própria autora.

Técnica: “Aqui a gente chega aqui, é rapidinho, a gente consulta.”/ “De estar marcando consulta, de estar pegando resultado de exame, então a gente tem essa, como se diz, essa ajuda dela que é muito boa para o nosso setor aqui, é muito bom. Facilita um pouco pra gente.”/ “e as meninas sempre quando *marca*, ACS avisa, toda semana ela avisa, ó gente tal dia vai ter médico né? já deixa todo mundo a par.”/ “ela fica aqui toda sexta-feira, aqui na escola no ponto de apoio, então sempre que a gente precisa a gente *tá* aqui com ela, meço pressão direto, já *tô* até sentindo falta né? dela *tá* aqui pra medir minha pressão, esses dias tenho sentido assim muito mal, eu fico com medo de ser a pressão, então com ela tranquilo né? *tá* sempre em dias, que a gente precisa a gente fala com ela, ela *marca* aqui.”/ “O atendimento das meninas muito bom, todos muito *bem*, a gente *tá* muito bem acolhidas por elas, pelo menos eu né?”/ “principalmente aqui, que aqui a gente vinha, conversava, tinha bazar, aqui era muito bom, (inaudível) tinha palestra, dentista, aqui acho tudo muito bom, não tenho o que reclamar não.”

Geográfica: “aqui fica muito mais fácil de a gente ir nas consultas”/ “Aí eu acho muito bom, porque justamente pelo transporte né, que às vezes não tem condições de sair, esse ponto de apoio aqui ajudou demais”/ “aí quando vem aqui né? é mais fácil, mas pra *mim* ir pra lá fica

muito longe”/ “a mãe não tem condição de ir, aqui pode ser mais próximo para pessoa”/ “Facilidade por ser um lugar conhecido né? é na escola e acho que só.

Simbólica: “eu acho que é muito bom, porque tem gente que não tem carro, tem pessoas, um idoso por exemplo.”/ “melhor que eu acho para os idosos que não tem condição de ir, que tem muito aqui né?”

Econômica: “porque tem muita família carente ali, então eu acho que é muito válido. ”

Estrutura: “tem a natureza aqui pertinho, você olha para o lado para o outro vê só verde, é tem, assim um clima bom”/ “Bem ventilado.”

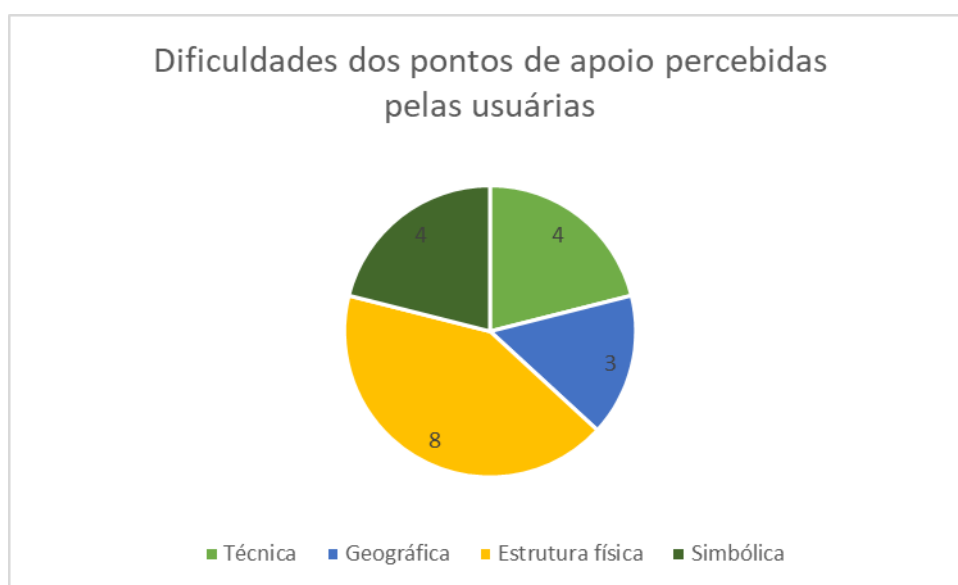


Figura 4: Percepções das usuárias quanto as dificuldades do ponto de apoio do território Jardim Morumbi, Planaltina, DF, 2020.

Fonte: A própria autora

Técnica: “Que ai de vez em quando a gente não fica sabendo das coisas, ai quando vai saber já é no outro dia e já passou.”/ “eu sinto falta das visitas que ela fazia na casa das pessoas”/ “As vacinas lá seria bom, porque não precisava se locomover para cá, ainda mais quem tem criança”/ “se tivesse como, tivesse assim, se ele tivesse, é.. como pegar as pessoas mais carentes, que não tem como chegar lá”

Geográfica: “Vamos dar um jeito da gente botar aqui um posto de saúde *fia, pras* enfermeiras virem aqui *pra tá* medindo pressão, esses negócios.”/ “Lá é um ponto de apoio, mas eu nunca fui porque lá não tem como você ir de ônibus, então assim, eu moro no vale verde, mas não tem, é longe demais”

Estrutura física: “A dificuldade é o próprio lugar né? Isso aqui é uma associação, aqui foi feito né se adaptou o lugar, mas realmente não tem nada a ver com o posto de saúde né?/ Se a escola tivesse uma sala para ceder, para ficar montada, sem ter que revezar, porque acaba que acaba um pode tirar a privacidade do outro e não fica a mesma coisa né? se tivesse uma sala específica, ACS trancaria as coisas e pronto, agora dividindo não, tem que levar, trazer. “/ “precisa de muitas coisas né? vamos supor cadeiras, mais equipamento né? para poder melhorar.”/ só tem uma coisa que eu acho que precisava pra ficar tudo *organizadinho*, tudo bem limpinho né? mas eu acho que aqui precisava ter alguém para ficar tipo assim, tipo um guarda, um vigia, para *tá* cuidando daqui”/ “também, acho que aqui tinha que ter um bebedouro com *águinha* gelada para gente tomar sabe, tinha que dá uma melhorada, assim para as pessoas ficarem mais assim, ter mais conforto”

Simbólica: “Tem meu vizinho de 82 anos, ele não tem como ele vir pra cá”/ “a gente tem um plano de saúde da empresa, então a gente quando precisa, ai gente vai mais no particular que é rápido o resultado, né?”

Segue-se apresentando as potencialidades e dificuldades na compreensão dos trabalhadores.

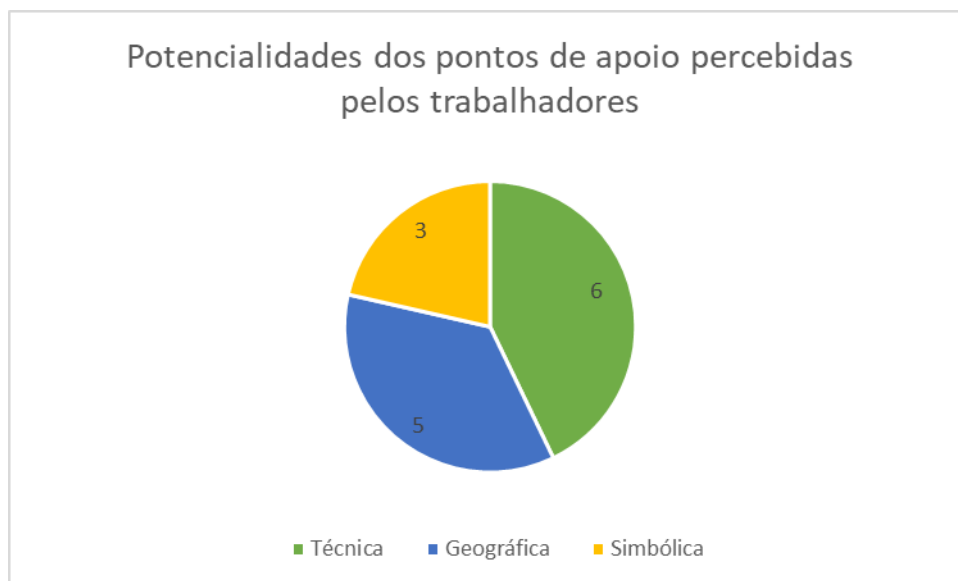


Figura 5: Percepções dos trabalhadores quanto as potencialidades do ponto de apoio do território Jardim Morumbi, Planaltina, DF, 2020.

Fonte: A própria autora

Técnica: “o que melhora também é o, é a nossa aproximação da equipe né? aproximação da equipe, é eles saberem que podem contar com a equipe de saúde lá.”/ “melhora muito, na comunicação”/ “que era interessante a gente estar lá mais, fazer trabalho de informação mesmo, de conhecimento né?” / “Então é uma coisa que dá para a gente resolver lá mesmo, às vezes é só uma informação, é só uma orientação. Então não precisa vir na unidade então lá no ponto de apoio já se resolve isso ”/ “quando tem um atendimento lá melhor ainda né? a cada dois meses sempre tem um atendimento médico e do enfermeiro aí facilita bastante.”/ “ vacinas, laboratório, ações é ações de todas as formas né assim, prevenção, atendimento médico, até vocês os residentes, quantas ações quantas né?”/ “muitos usuários que nunca vieram a UBS, acabam é... a gente consegue, é encontrar essa pessoa né?”

Geográfica: “quando a gente tá lá próximo, diminui essa distância né?”/ “As maiores facilidade eu acho que assim, porque já fica no meio do caminho de vir aqui no posto, e tem essa distância, distância de 2, 3, 4 km para chegar aqui para poder ter uma informação né? E lá não, como já fica na metade do caminho, já fica mais fácil e ele já ficam sabendo exatamente o que procurar, como fazer né?”

Simbólica: “ele veio mesmo pra aproximar a equipe da população”/ “você consegue acolher mais aqueles usuários que não têm como as vezes mesmo vir ao posto”

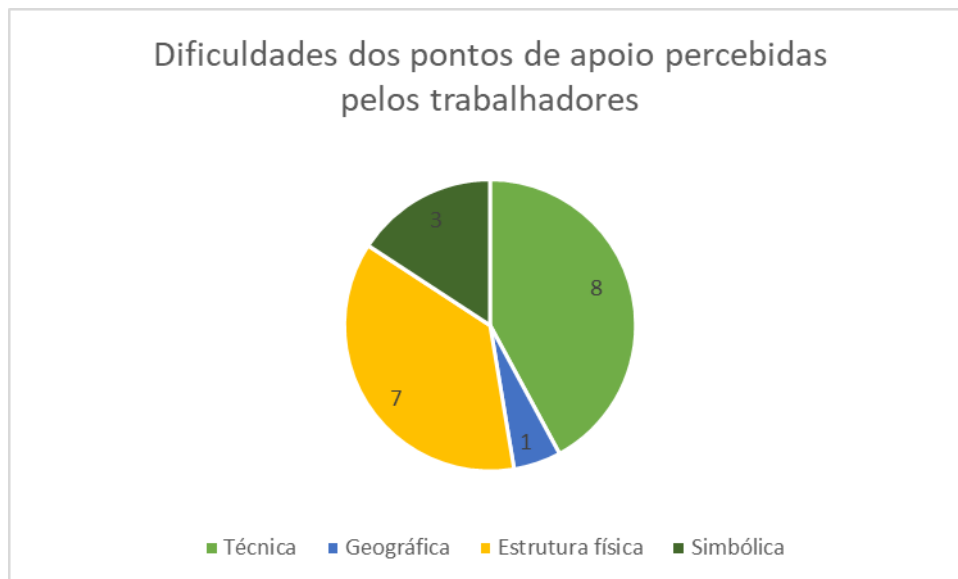


Figura 6: Percepções dos trabalhadores quanto as dificuldades do ponto de apoio do território Jardim Morumbi, Planaltina, DF, 2020.

Fonte: A própria autora.

Técnica: “se eu tivesse um atendimento mais frequente, se a gente tivesse mais medicações, se a gente tivesse como a gente trabalhar mais com a prevenção, estar mais presente, fazendo mais”/ “Interagindo a comunidade com outros órgãos”/ “ele tem uma injeção para tomar, ele toma medicação, ele precisa pegar medicação, se ele for no ponto de apoio, ele no máximo, ele vai levar a receita, eu vou recolher essa receita dele e eu vou ter que entregar essa medicação em um outro momento, então ele perde tempo.”/ “a visita domiciliar era mais significativa, assim ela surtia mais efeito”/ “alguma pessoa que possa assim ajudar a jogar as ideias para esses pacientes, para assessorá-los também”/ “às vezes nem ter como ir também, por causa de transporte, nós não temos carro cedido pela secretaria, nós vamos nos nossos próprios carros, então assim, às vezes a equipe tá né? menor e não tem como ir com o responsável pelo ponto de apoio e nós somos uma equipe pequena que já toma conta de uma grande área, então não tem como eles serem várias pessoas ao mesmo tempo, aí tem a UBS que eles precisam e dar suporte lá no ponto de apoio, então eu acho que é mais essa questão de pessoal mesmo”

Geográfica: “às vezes a casa fica extremamente longe do ponto de apoio”

Estrutura física: “falta um aparelho de pressão, um aparelho de glicemia, é assim, equipamentos né? porque a gente precisava para poder fazer, para prestar um serviço melhor né?”/ “Só falta melhorar a estrutura né? porque para gente representar a unidade de saúde lá tem que ter mais condições físicas”/ “a gente não tem um espaço é destinado ao ponto de apoio né?”/ “ponto de apoio ele precisa ser mais estruturado né? não tem, por exemplo não tem internet, tudo no ponto de apoio a gente tem que estar improvisando né?”/ “a segurança no ponto de apoio é... faz, faz muita falta porque houve época que um agente de saúde não *tava* conseguindo ficar no ponto de apoio porque *tava* acontecendo muitos assaltos”

Simbólica: “o ponto de apoio, por ser uma prática nova, tem muitos que não *dá* muito valor sabe assim”/ “dificuldade maior é de reunir as pessoas nas palestras lá no ponto de apoio, a palestra educativa”/ “ao invés de eles irem para lá, eles insistiam em vir para cá”/ “avisar mais a comunidade de qual a importância desses pontos de apoio, para que efetivamente ela comece a ir, a tudo que ela precisar ela ir lá primeiro, ela entender a importância do cadastramento, de estar cadastrada lá no ponto de apoio”

7. DISCUSSÃO

A percepção das usuárias e trabalhadores quanto as dificuldades de acesso que mais apareceram foram relacionadas às dimensões geográfica e técnica. Em contrapartida, as potencialidades dos pontos de apoio que mais apareceram nos dois públicos também foram relacionadas às dimensões geográficas e técnicas. Com isso, é possível perceber que os pontos de apoio conseguem suprir e atenuar as principais dificuldades de acesso observadas e sentidas pelos entrevistados.

As usuárias levantaram como principais dificuldades ao acesso a atenção à saúde relacionadas a dimensão geográfica, a distância do serviço de saúde e os problemas de mobilidade, visto ser uma área que em sua maioria não tem transporte público ou quando tem passa pouquíssimas vezes em alguns horários específicos, o que também dialoga com a dimensão econômica, pois a maioria recebe salários baixos e não tem dinheiro para pagar o transporte seja ele público ou privado (caronas), dificultando sua chegada à UBS como representada no seguinte fragmento de fala *“já perdi consulta, já passei por muita dificuldade também, porque realmente meu problema mesmo, é mais para locomover”*.

O que corrobora com a literatura que mostra que as populações que estão inseridas em um recorte socioeconômico de altos níveis de pobreza, incluindo as problemáticas, como indisponibilidade de transporte e salários inadequados, o que torna o acesso a saúde um desafio (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018). Um exemplo da dificuldade de acesso na dimensão econômica exposto foi sobre as complicações para dar continuidade as ações que favorecerão a manutenção da saúde são elas: a compra de medicações não fornecidas pelo SUS e a realização de exames no setor privado expressas nas falas *“às vezes fica até sem (medicação) porque você não tem condições de comprar.”/ “vou ter que fazer exame e eu não tenho condição de fazer, não tenho condições de pagar particular”*.

Na dimensão técnica foram relatados obstáculos para conseguir vaga de consulta, falta de recursos (medicação, insumos e entre outros), falta de profissionais de outras especialidades e em certos momentos dificuldade de relacionamento interpessoal com os trabalhadores da saúde. É preciso reconhecer que o SUS ainda apresenta “[...] caráter desintegrado, centralizado, curativo, urbano e não universal [...]” (CARNEIRO; BURIGO; DIAS, 2012, p. 696) o que não contempla e dificulta as políticas e organização da saúde da população do campo.

“[...] Mesmo convivendo com certa dificuldade de acesso a algumas políticas públicas e serviços de saúde (dificuldades tanto funcionais, na forma de ingresso no sistema, quanto culturais), os sujeitos percebem essa situação como algo inerente ao cotidiano” (RUIZ E GERHARDT, 2012, p. 1203), o que pode ser um dos motivos que justifica uma participação social nula da comunidade em questões específicas da saúde.

Na dimensão simbólica foi comentada sobre características pessoais, por exemplo, uma usuária que está enfrentando um processo de luto e prefere se afastar das pessoas e dos serviços que a acompanha como na fala: *“Eu to passando por um momento que eu tô evitando tudo, quero me isolar de tudo, de Deus e o mundo.”*

A percepção dos trabalhadores sobre as dificuldades de acesso se assemelha as percepções que as usuárias emitiram na dimensão geográfica e política. Na dimensão técnica, os trabalhadores acrescentaram aspectos da organização da ESF por área de abrangência, acreditando ser um problema do acesso. Também comentaram da necessidade dos profissionais em planejarem ações e colocar em prática. Por fim, identificaram que o horário de funcionamento da UBS não dá conta das necessidades da população do campo nos períodos noturnos, por exemplo.

Na dimensão econômica, o fator levantado foi a relação entre a dificuldade de chegar até a Unidade de Saúde e a condição financeira precária. O que indica a importância da estratégia de ponto de apoio como facilitador do acesso no território.

Quanto a dimensão simbólica foi o aspecto em que as percepções foram mais diferentes, os trabalhadores falaram da resistência da população do campo em aderir determinadas orientações e ofertas por preferirem formas de tratamentos tradicionais, onde não se dissociam das suas crenças, simbolismos e cultura como na seguinte fala: *“Ah, ele gosta só de tomar remédio do mato, ele não gosta de ir em médico, acredita nas minha crenças, na minha simpatia, na minha religião, [...] principalmente na área rural, que é a nossa área onde a gente trabalha”*. O que aponta a necessidade de formação permanente, que é preconizado como atributo da atenção básica de saúde, desses trabalhadores quanto aos valores e cultura de determinadas populações do território estudado a fim de aumentar a compreensão das especificidades (BRASIL, 2014).

Os trabalhadores também relataram que existe uma falta de tempo dos usuários, pois durante o dia normalmente estão trabalhando e cuidando de suas terras. Acreditam que outro fator

é que, de certa forma, os usuários se sentem humilhados devido suas condições de saúde, o que dificultaria sua busca pelo serviço. Estes achados confirmam que é preciso adequar o funcionamento da UBS as necessidades e demandas dos usuários, o que vai de encontro ao conceito de acesso como um “grau de ajuste” entre o serviço oferecido e a necessidade do sujeito. (THIEDE e MCINTYRE, 2008)

O fator em comum na percepção dos usuários e trabalhadores foram as dificuldades de acesso dos idosos, apontando que no planejamento das ações, deve ser incluída a frequência do dispositivo de visitas domiciliares buscando reduzir as dificuldades de acesso desse grupo populacional.

Já em contraste os trabalhadores e usuárias trazem como vantagens do ponto de apoio a facilidade de conseguir consultas, a relação de proximidade ente usuário e equipe de saúde, atividades diversas que não se limitam apenas aos atendimentos médicos. As usuárias também ressaltaram a importância do trabalho realizado pelos ACS's, desde a relação interpessoal que constroem até o papel que fazem de elo entre comunidade e serviço de saúde, por exemplo na seguinte fala: *“O atendimento das meninas (ACS's) muito bom, [...] a gente tá muito bem acolhidas por elas”*. Os trabalhadores também comentaram que os PA's facilitam a comunicação com as pessoas, assim também servem como um espaço para orientação, evitando que os usuários vão até a unidade de saúde desnecessariamente.

Outro fator levantado por todos os entrevistados foi a facilidade de acesso devido a localização do PA, como na fala: *“Aí quando vem aqui né? é mais fácil, mas pra mim ir pra lá (UBS) fica muito longe”*. As usuárias apontaram que os pontos de apoio ajudam as pessoas mais idosas e aqueles com maiores dificuldades financeiras a terem acesso ao serviço, algumas comentaram que se sentem bem no local devido a estar imerso na natureza e ser bem ventilado.

Os trabalhadores levantaram aspectos simbólicos com a percepção de que os pontos de apoio acabam aproximando-os da comunidade e que facilita o processo de acolhimento das demandas da população como na seguinte fala: *“ele (ponto de apoio) veio mesmo pra aproximar a equipe da população”*.

Tendo isso em vista, é possível notar que o fato do ponto de apoio ser dentro das comunidades atenua algumas barreiras geográficas encontradas. Além de facilitar para aqueles que tem alguma condição específica (pessoas idosas ou aquelas com filhos pequenos), como citadas anteriormente.

Outro fator que vale a pena ser evidenciado é sobre a organização do serviço. Existe a percepção de que é mais fácil conseguir uma consulta dentro do PA, o que ameniza as barreiras de acesso ao cuidado em saúde e reduz a dificuldade de se consultar na UBS relatada pelos usuários.

O trabalho dos ACS's, que são os protagonistas dos pontos de apoio, também contribui para diminuir o distanciamento da população com o serviço de saúde. Eles se sentem mais próximos desses profissionais, mais ouvidos e acolhidos por eles, o que faz com que esse acesso seja facilitado, a comunicação seja mais fluída, as orientações sejam realizadas de forma mais individualizada e a dificuldade técnica de relacionamento com a equipe citada anteriormente seja superada. Afinal, “o agente comunitário de saúde (ACS) é o trabalhador que reduz a distância entre a população e o serviço de saúde, identificando e reconhecendo as necessidades de saúde da população e ampliando a compreensão da comunidade sobre modos de produzir o cuidado e formas de acessar os serviços de saúde” (SOARES, 2020, p. 2).

São inúmeros os benefícios da estratégia dos pontos de apoio, portanto é importante destacar que são necessárias melhorias e não pode limitar o serviço apenas a essa estratégia, visto que existem demandas que ele não consegue suprir, surgiu daí a necessidade de compreender as principais dificuldades do ponto de apoio explicitadas pelas usuárias e trabalhadores.

Tanto usuárias como trabalhadores levantaram a importância da realização das visitas domiciliares, ou seja, para que o trabalho seja potencializado, uma estratégia não deve excluir a outra, pelo contrário, devem se somar. Principalmente, devido a realidade que mesmo com o ponto de apoio dentro da comunidade, ainda não é acessível para todos, pois ainda assim é distante da casa de muitos como no fragmento de fala seguinte: *“Lá é um ponto de apoio, mas eu nunca fui porque lá não tem como você ir de ônibus, então assim, [...] é longe demais”* e continua existindo as mesmas dificuldades econômicas, de transportes e condições individuais. Sem contar que a visita e o ponto de apoio são ferramentas com objetivos distintos. A visita domiciliar, por exemplo, é um instrumento indispensável na ESF. É muito importante para aproximação dos usuários com o serviço de saúde, para o conhecimento da realidade da população atendida e conseqüentemente para o planejamento de ações em saúde efetivas (SILVA, 2014).

A insuficiência do ponto de apoio fica expressa quando algumas usuárias comentam sobre o desejo de ter um posto de saúde perto de casa, o que vai ao encontro com a fala dos

trabalhadores a respeito da baixa resolutividade do ponto de apoio, ou seja, para que haja um serviço potencializado é preciso que sejam pensadas estratégias para que aconteçam mais atividades nos pontos de apoio, mais parcerias com outros órgãos para realização de atividades que vão além da saúde convencional e extrapolam para a saúde integral do sujeito, percepções essas levantados pelos entrevistados.

As dificuldades encontradas também podem ser relacionadas a uma falta de reconhecimento da estratégia dos pontos de apoio pelos órgãos superiores de saúde. Todo o trabalho, desde pedido de insumos a planejamentos diversos, é pensado tendo em vista a UBS. Essa é mais uma constatação de que a estratégia de saúde da família no campo não pode funcionar na mesma lógica da cidade, pois ficarão lacunas e populações desassistidas. Por exemplo, existe um problema crônico da disponibilização de transporte para realização das diversas atividades, com a existência dos pontos de apoio esse problema se agrava, visto que seria necessário mais recurso para dar conta de toda demanda, um exemplo que demonstra é a seguinte fala: *“às vezes nem ter como ir também, por causa de transporte, nós não temos carro cedido pela secretaria, nós vamos nos nossos próprios carros, então assim, às vezes a equipe tá né? menor e não tem como ir com o responsável pelo ponto de apoio e nós somos uma equipe pequena que já toma conta de uma grande área, então não tem como eles serem várias pessoas ao mesmo tempo, aí tem a UBS que eles precisam e dar suporte lá no ponto de apoio”*.

Um dos aspectos que mais apareceram como dificuldade dos pontos de apoio foi quanto a estrutura, o que inclui a construção ou adaptação do local adequado, os problemas envolvidos na utilização de espaços compartilhados com o setor educacional, a falta de insumos, de equipamentos, ambientes apropriados, segurança e limpeza do local. As inúmeras dificuldades listadas trazem uma percepção da equipe de que os usuários não valorizam o ponto de apoio. Na prática é uma estratégia priorizada pela equipe de saúde devido as diversas potencialidades explicitadas, mas que também deveria ser vista, reconhecida e inserida como estratégia na atenção primária para população do campo.

Quanto ao suporte oferecido pelo ponto de apoio durante a pandemia, foi possível observar que houve uma suspensão da rotina de atividades coordenadas pelos agentes comunitários de saúde, o que se justifica pelo contexto vivenciado, onde aos poucos, foi sendo desenvolvida formas alternativas de se trabalhar. Mesmo com toda essa situação, usuárias e trabalhadores reconheceram atividades importantes desenvolvidas nos PA's e fora dele, como

vacinação da H1N1, entrega de cestas básicas, atividades de prevenção no território, monitoramento dos pacientes suspeitos e confirmados com COVID-19, vídeos de educação em saúde que foram divulgados nos grupos de *whatsapp* das microáreas e entre outras.

7.1 LIMITAÇÕES

Julga-se importante citar algumas limitações encontradas no desenvolvimento do trabalho de campo, por exemplo quando foi identificada a pesquisadora como profissional da psicologia. Mesmo explicando sobre o objetivo do encontro, muitas pessoas acabavam se abrindo e falando sobre alguns problemas latentes, o que as faziam ficar mais fragilizadas, exigindo, também, um momento de acolhimento. Alude-se que essas demandas são ampliadas devido ao processo pandêmico vivenciado.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na percepção de usuários e trabalhadores o ponto de apoio consegue romper algumas barreiras de acesso aos serviços de saúde, tais como localização geográfica, dificuldades financeiras e de transporte. Também o consideram como facilitador para o contato com a população e para oferta dos serviços. A estratégia dos pontos de apoio vai ao encontro dos objetivos da atenção primária e estratégia de saúde da família, ou seja, tem um grande potencial para suprir as necessidades da atenção à saúde, especialmente, as populações do campo.

Existem limitações e melhorias que podem ser realizadas para que a estratégia se torne mais efetiva do que já é atualmente, não devendo se limitar apenas ao ponto de apoio. Importante ressaltar a grande importância do dispositivo visitas domiciliares, pois são elas que levam os trabalhadores até os usuários, sobretudo os que não conseguem chegar por si até o serviço na busca do atendimento de suas necessidades e demandas.

Como sugestão para estudos futuros, é importante buscar referencial de outras estratégias para as populações do campo, pois novos elementos importantes podem aparecer e proporcionar novas reflexões. É inegável, que as produções nessa área específica devem se fortalecer e contribuir para o acesso qualificado para que ocorram avanços na rede de cuidado e atenção à saúde ofertada às populações do campo, compreendendo-se que é necessário o contínuo rearranjo da rede de atenção à saúde, em especial, para essa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, Francisco de Assis; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. Uso de los servicios de salud y progresión al sida entre personas con infección por VIH en Belo Horizonte (Minas Gerais), Brasil. **Rev Panam Salud Pública**; 4(5):331-340. 1988 Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998001100006&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 20 de Out de 2020.

ALMEIDA, Patty Fidelis de. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul: Atenção Primária à Saúde no Brasil. Brasília: Isags, Unasur; 2014. Disponível em: <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/08/Mapeamento-APS-Brasil-Portugu%C3%AAs.pdf>. Acesso em: 24 de Set de 2020.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. **Lisboa: Edições 70**, 1977.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária - Seminário do Conass para construção de consensos/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2004. 44 p.,(CONASS Documenta ; v.2)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Plano Operativo de Saúde das populações do campo e da floresta 2012/2015. Brasília (DF): MS; 2011.

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. Brasília (DF): MS; 2013.

BRASIL. Ministério de Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse preliminar do censo demográfico 2000.

CAMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 179- 191, jul. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 de Set de 2020.

CARNEIRO, Fernando Ferreira. A Saúde no Campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “boias-frias” em Unai, Minas Gerais, 2005. **Tese de Doutorado**. Belo Horizonte: Escola Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais. 2007.

CARNEIRO, Fernando Ferreira; BURIGO, André Campos; DIAS, Alexandre Pessoa. Saúde no campo. In: CALDART, Roseli Salete, PEREIRA, Isabel Brasil, ALENTEJANO, Paulo, FRIGOTTO, Gaudêncio, organizadores. Dicionário da Educação do Campo. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular; p. 696-9. 2012

CARNEIRO, Fernando Ferreira; CIFUENTES, Enrique; TELLEZROJO, Martha Maria; ROMIEU, Isabelle. The risk of *Ascaris lumbricoides* infection in children as a environmental health indicator to guide preventive activities and Caparáo and Alto Caparáo, **Brazil. Bulletin of World Health Organization**, v 80 n.1; 40-45. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11884972/>. Acesso em: 10 de Set de 2020.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.** São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 de Mar de 2020.

CARVALHO, Isabel Cristina de Moura; STEIL, Carlos Alberto. Percepção e ambiente: aportes para uma epistemologia ecológica. **REMEA - Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, [S.l.], p.

59-79, mar. 2013. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/remea/article/view/3443>. Acesso em: 17 de Abril de 2020.

e-SUS AB PEC: Saúde Atenção Básica. Versão 3.2.31. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://192.168.0.118:8080/esus/#/pec>. Acesso em 27 de nov. de 2021.

FLEURET, Patrick.; FLEURET, Anne. Nutrition, consumption, and agricultural change. **Human Organization**, v. 39, n. 3, p. 250-260, 1980.

FEITOSA, Rúbia Mara Maia; PAULINO, Ayslon Ayrton; JÚNIOR, José Oscar de Souza Lima; OLIVEIRA, Kallyane Kelly Duarte de; FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira de; SILVA, Wanderley Fernandes da. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 821-829, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000300821&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 de Out de 2020.

GIOVANELLA, Ligia e FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 177-198. 1995.

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: 24 Nov de 2020.

MARTINS, Heloisa Helena T. de Souza. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educ.Pesqui.**, São Paulo, v. 30, n.2, pág.289-300, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022004000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 de nov de 2020.

MERLEAU-PONTY, Maurice. Eye and mind. In.: EDIE, J. M.. The Primacy of Perception, and Other Essays on Phenomenological Psychology: the Philosophy of Art, History and Politics. **Evanston: Northwestern University Press**, p.159–190, 1964.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. **Petrópolis: Vozes**, 2001.

MOREIRA, E.; WATANABE, T (Org). **Ambiente, Trabalho e Saúde**. João Pessoa: Universitária UFPB. 232 p. 2006

NOBREGA, Terezinha Petrucia da. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 13, n. 2, p. 141-148, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2008000200006. Acesso em: 14 de Abril de 2020.

OLIVEIRA, Andréa O.; MOURAO-JUNIOR, Carlos Alberto. Estudo teórico sobre percepção na filosofia e nas neurociências. **Neuropsicologia Latinoamericana**, Calle , v. 5, n. 2, p. 41-53, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792013000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2020.

PERLS, Fritz. A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia (2 ed.). Rio de Janeiro: LTC, 1988.

PESSOA, Vanira Matos; ALMEIDA, Magda Moura; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 302-314, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500302&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 de Dez de 2020.

PESSOA, Vanira Matos; RIGOTTO, Raquel Maria; CARNEIRO, Fernando Ferreira; TEIXEIRA, Ana Cláudia de Araújo. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 de Nov de 2020.

PESSOA, Vanira Matos. Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família. [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; Universidade Estadual do Ceará; 309 p. 2015

RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; GERHARDT, Tatiana Engel. Políticas públicas no meio rural: visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1191-1209, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 de Dez de 2020.

SILVA, Cíntia Aparecida Costa e. A visita domiciliária na promoção à saúde da Família dos moradores da zona rural. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Lagoa Santa. 33f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). 2014

SILVA, Jacinta de Fátima Senna da. Acesso das Populações do Campo, da Floresta e das Águas às ações e serviços no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Universidade Brasília, 202 p. 2017.

SHIMIZU, Helena Eri; TRINDADES, Josélia de Souza; MESQUITA, Monique Santos de; Ramos, Maíra Catharina. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03316, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342018000100404&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 de Fev de 2020.

SOARES, Amanda Nathale; SILVA, Thais Lacerda e; FRANCO, Adriana Alves de Andrade Melo; MAIA, Tatiane Fernandes. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. v. 30, n. 03. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300332>. Acesso em: 28 de Dez de 2020.

THIEDE, Michael; MCINTYRE Di. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad Saude Publica**. 24(5):1168-1173. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500025. Acesso em: 22 de Fev de 2020.

UNGLERT, Carmen Vieira de Sousa. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-452, Dec. 1990. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101990000600002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 de Out de 2020.

ANEXO - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) participante,

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o tema “Ponto de apoio como estratégia de acesso a unidade de saúde do campo: A percepção de usuários e trabalhadores.” desenvolvida pela pesquisadora Renata Musa Lacerda, participante do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo, da escola Fiocruz de Governo, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Brasília - DF, sob orientação da professora, Dr. Jacinta de Fátima Sena da Silva.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a percepção dos usuários e trabalhadores de saúde da UBS 17 sobre a criação dos pontos de apoio, como estratégia de melhorar o acesso das populações do campo ao serviço de saúde.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o(a) senhor(a) poderá solicitar a pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio de contatos descritos neste termo. Cabe destacar que o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a participar deste estudo, já que sua participação é voluntária e tem autonomia para decidir se quer ou não participar, podendo suspender sua participação a qualquer momento, não sendo penalizado(a) de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação.

Outro ponto importante a destacar é que serão garantidas a confidencialidade e a privacidade de todas as informações prestadas.

Assim, para a coleta de dados será aplicado um questionário semi-estruturado de entrevistas, de forma individual. Os resultados de todas as entrevistas serão utilizados na elaboração do trabalho final do estudo e/ou podem ser utilizadas em artigos, apresentações em congressos ou conferências.

Outrossim, informo que será garantido que o seu nome não será citado em nenhum momento e que o(a) senhor(a) será consultado(a) em relação ao uso de trechos que por algum motivo possam identificá-lo (a). Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Esclareço que à sua participação na pesquisa pode envolver riscos mínimos, sendo estes voltados a possíveis constrangimentos mediante a alguma pergunta e ou a divergência de interpretação da informação apresentada, mas neste caso tentaremos ao máximo evitar que isto aconteça e garantimos que tomaremos todas as precauções para que a divulgação deste estudo não cause qualquer problema ao (a) senhor(a).

Informo que não há benefícios diretos, pessoais ou coletivos, associados à sua participação no estudo. Os principais benefícios deste trabalho são para o progresso do conhecimento da realidade de sua comunidade ou da população que apoia.

Dessa forma, sua participação poderá contribuir para estudos não neutros, guiados pelo desejo de construir uma sociedade mais justa e uma saúde capaz de atender às necessidades de saúde da população brasileira, em especial, das populações do campo. Entretanto, não podemos dar qualquer garantia nesse sentido.

Caso o(a) senhor(a) precise, a pesquisadora irá responder, da melhor maneira possível, quaisquer perguntas sobre os procedimentos da pesquisa. Ainda, caso tenha alguma dúvida sobre seus direitos como participantes desse estudo, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato por meio do telefone/fax (61) 3329-4500 ou pelo e-mail: cepbrasil@fiocruz.br. Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 Campus Universitário Darcy Ribeiro, Bairro: Asa Norte, Brasília/DF, CEP: 70.904-130.

Este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3329 – 4907/3329 - 4638 ou e-mail: cepbrasil@fiocruz.br.

_ **Dados da pesquisadora para contato:** Renata Musa Lacerda. Telefone: (61) 99112 - 8933 E.mail: renata.musa24@gmail.com

Participante: Eu, abaixo assinado, concordo em participar deste estudo. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre o estudo e seus procedimentos, bem como os riscos ou benefícios decorrentes da minha participação.

Assinatura: _____ Telefone para contato: _____

Local/Data: _____

Assinatura da Pesquisadora _____

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Para os usuários:

1. Você sente que suas opiniões são levadas em consideração na área da saúde?
2. Você se sente participando de alguma decisão referente a saúde?
3. Você sente dificuldade de acessar o serviço? Se sim, quais são?
4. A forma de funcionamento da UBS e ponto de apoio atende suas necessidades (Horário e formas de atendimento)?
5. A sua situação financeira interfere no seu acesso ao serviço de saúde?
6. O local da sua moradia é um fator que influencia no seu acesso à saúde?
7. O que você acha do ponto de apoio?
8. Quais são as facilidades do ponto de apoio em sua opinião?
9. Quais são as dificuldades do ponto de apoio na sua opinião?
10. Quais suas sensações em relação à COVID -19 e como o ponto de apoio ofereceu suporte?
11. Você tem sugestões de como melhorar o ponto de apoio?
12. Como você avalia o atendimento da UBS 17?

Para os trabalhadores:

1. Você acha que a opinião dos usuários são levadas em consideração na área da saúde?
2. Você acha que os usuários participam de alguma decisão referente a saúde?
3. Você acredita que os usuários têm dificuldades de acessar o serviço? Se sim, quais são?
4. A forma de funcionamento da UBS e ponto de apoio supre as necessidades dos usuários (Horário e formas de atendimento)?
5. Você acha que a situação financeira dos usuários interfere no acesso ao serviço de saúde?
6. Você acha que o local de moradia dos usuários influencia no acesso à saúde?
7. O que você acha do ponto de apoio?
8. Quais são as facilidades do ponto de apoio na sua opinião?
9. Quais são as dificuldades do ponto de apoio na sua opinião?
10. Quais suas sensações em relação à COVID -19 e como o ponto de apoio ofereceu suporte?
11. Você tem sugestões de como melhorar o ponto de apoio?
12. Como você avalia o atendimento da UBS 17?

