

ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE NA SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO

DANIEL MARCOS DE SOUSA SANTOS

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS AO ACESSO DAS POPULAÇÕES DO CAMPO

BRASÍLIA – DF

2021

DANIEL MARCOS DE SOUSA SANTOS

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS AO ACESSO DAS POPULAÇÕES DO CAMPO

Trabalho de Conclusão de Residência desenvolvido como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família com Ênfase na Saúde da População do Campo pela Escola de Governo Fiocruz (EGF-Fiocruz/Brasília-DF).

Orientador: Prof. Me Osvaldo Peralta Bonetti  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jacinta de Fátima Senna da Silva

BRASÍLIA – DF

2021

### **Ficha catalográfica**

S237e Santos, Daniel Marcos de Sousa.  
Estratégia saúde da família: reflexões sobre os desafios ao acesso das populações do campo / Daniel Marcos de Sousa Santos; Orientador: Osvaldo Peralta Bonetti; Coorientador: Jacinta de Fátima Senna da Silva – Brasília, 2021.  
37 f. ; 30 cm.

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

1. Atenção Primária à Saúde. 2. População Rural. 3. Saúde da Família.  
I. Bonetti, Osvaldo Peralta. II. Silva, Jacinta de Fátima Senna da. III. Título.

CDU: 614-058.232.6

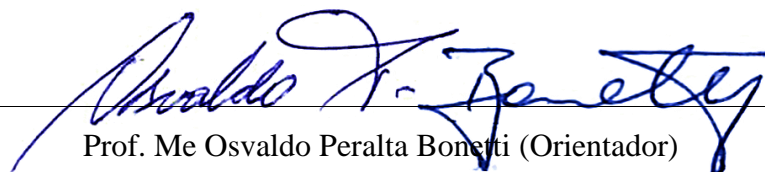
DANIEL MARCOS DE SOUSA SANTOS

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:**  
REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS AO ACESSO DAS POPULAÇÕES DO CAMPO

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como requisito parcial para a obtenção de Título de Especialista em Saúde da Família com Ênfase na Saúde da População do Campo pela Escola de Governo Fiocruz (EGF-Fiocruz/Brasília-DF).

Aprovado em 03/03/2021

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof. Me Osvaldo Peralta Bonetti (Orientador)



---

Profª Drª Jacinta de Fátima Senna da Silva (Coorientadora)

---

Drª Helena Maria Scherlowski Leal David (Membro Titular)

---

Dr. Suderlan Sabino Leandro (Membro Titular)

BRASÍLIA – DF

2021

Dedico esta monografia, primeiramente, a Deus por propiciar os meios necessários nesta trajetória. À minha noiva, meus familiares, amigos e aqueles que estiveram próximos a mim, incentivando nessa árdua jornada que propiciou tamanho crescimento pessoal e profissional. Ao meu orientador, Prof. Me Osvaldo Peralta Bonetti, e minha coorientadora, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jacinta de Fátima Senna da Silva, colegas de profissão que se tornaram referências pessoais na busca de um cuidado em saúde orientado pela universalidade, equidade e integralidade e me acompanharam, me motivando e guiando ao longo de todo esse caminho.

*“[...] pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.”*

*(Sérgio Arouca)*

## RESUMO

Identifica-se que a Estratégia Saúde da Família surge como proposta de reorganização da Atenção Primária à Saúde no desenvolvimento de suas ações e que este modelo orienta o primeiro contato dos indivíduos com o Sistema Único de Saúde, rompendo com os moldes tradicionais de como se configurava a atenção primária no Brasil. O estudo parte do pressuposto de que essa forma de organização do cuidado possibilita uma visão ampliada dos indivíduos, desfragmentando a atenção à saúde e favorecendo a reorientação do processo de trabalho que se apresenta mais eficaz no enfrentamento das vulnerabilidades. Contudo, diversos desafios ainda são latentes na efetivação da Estratégia, sobretudo, populações camponesas seguem com dificuldades no que tange ao acesso à saúde. Ou seja, percebe-se a necessidade da adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para a promoção da equidade em saúde e outros aparatos que contribuam com o desenvolvimento de ações voltadas para essas populações. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, tipo relato de experiência articulado à reflexão teórica que tem como objeto central analisar e refletir sobre o acesso à saúde das populações do campo ao Sistema Único de Saúde, em especial, via Atenção Primária à Saúde. Nesse contexto, reflete-se a partir da experiência enquanto residente em uma Unidade Básica de Saúde estabelecida por meio da Estratégia Saúde da Família. A experiência enquanto residente no serviço da atenção primária à saúde demonstra a importância do contato facilitado dos indivíduos ao sistema de saúde, possibilitando a diminuição da morbimortalidade e melhoria na qualidade de vida das populações. Neste espaço faz-se necessário compreender as características da população do campo por meio de suas especificidades, de modo a fomentar uma prática mais equânime e integral. As reflexões sistematizadas apontam um conjunto de dificuldades e barreiras de acesso vivenciadas pela população do campo, as quais devem ser consideradas alargando a visão acerca do acesso por parte dos gestores públicos na formulação das políticas de saúde para o campo.

**Palavras-chave:** Acesso; Estratégia Saúde da Família; População do Campo; Saúde; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

It's identified that the Family Health Strategy appears as a proposal to reorganize Primary Health Care in the development of its actions and that this model guides the first contact of individuals with the Unified Health System, breaking with the traditional molds of how it was configured primary care in Brazil. The study is based on the assumption that this form of care organization allows an expanded view of individuals, defragmenting health care and favoring the reorientation of the work process that's most effective in addressing vulnerabilities. However, several challenges are still latent in the implementation of the Strategy, especially, rural populations continue to have difficulties with regard to access to health. So, there is a need to adopt management and planning mechanisms to promote equity and contribute to the development of actions aimed at these populations. This is a study with a qualitative approach, of experience report articulated with theoretical reflection, whose main object is to analyze and reflect on the access to health of rural populations to the Unified Health System by Primary Health Care. It's reflected from the experience as a resident in a Basic Health Unit established through the Family Health Strategy. The experience as a resident in the primary health care service demonstrates the importance of facilitating individuals' contact with the health system, making it possible to reduce morbidity and mortality and improve the quality of life of populations. In this space, it's necessary to understand the characteristics of the rural population through their specificities, in order to foster a more equitable and integral practice. The systematized reflections point to a set of difficulties and barriers of access experienced by the population of the countryside, which should be considered, broadening the view about access by public managers in the formulation of health policies for the countryside.

**Keywords:** Access; Family Health Strategy; Rural Population; Health; Unified Health System.



## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....  | 9  |
| 2. METODOLOGIA .....   | 14 |
| 3. CONTEXTUALIZAÇÃO, CARACTERIZAÇÃO E REFLEXÕES SOBRE O ACESSO À SAÚDE.....          | 16 |
| 3.1. Acesso à saúde no Brasil .....  | 16 |
| 3.2. Lutas e iniciativas de ações de saúde para as populações do campo .....         | 18 |
| 3.3. COVID-19 e suas reverberações.....  | 20 |
| 3.4. Conhecendo o território .....   | 23 |
| 3.5. Percepções e reflexões a partir da vivência na APS .....                        | 24 |
| 3.5.1. Disponibilidade.....  | 25 |
| 3.5.2. Acessibilidade.....   | 26 |
| 3.5.3. Acomodação .....  | 27 |
| 3.5.4. Capacidade financeira.....  | 28 |
| 3.5.5. Aceitabilidade .....  | 28 |
| 3.5.6. Desenvolvendo o olhar crítico a partir de outras perspectivas .....           | 29 |
| 4. POTENCIALIDADES COM O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO TERRITÓRIO..... | 31 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 33 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 35 |

## 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente denominada de Programa Saúde da Família (PSF), foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS). A ESF surge como proposta de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>1</sup> no desenvolvimento de suas ações, coadjuvando no processo de ampliação da proximidade dos serviços de saúde ofertados às comunidades (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

O modelo de APS, atualmente vigente no Brasil, funciona prioritariamente através das equipes de Saúde da Família (eSF) que são compostas por um enfermeiro, um médico de família, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Estes têm responsabilidade por atuar dentro de um território com uma população adscrita, ou seja, uma comunidade quantificada em até 3.500 pessoas, caracterizada com suas demandas e necessidades que estão referenciadas aos cuidados primários de uma eSF. As equipes devem funcionar de forma articulada com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), compostos por profissionais de saúde formados em outras áreas, que vem a apoiar casos mais complexos (BRASIL, 2017; CORRÊA *et al.*, 2019).

Esse modelo rompe então com os moldes tradicionais de como se configurava a APS no Brasil, que anteriormente funcionava com o enfoque dos cuidados na figura médica dividida nas especialidades de Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria. Essa nova forma de cuidado possibilita uma visão ampliada dos indivíduos, desfragmentando a atenção à saúde, favorecendo a reorientação do processo de cuidado que se apresenta mais eficaz no enfrentamento das vulnerabilidades (CORRÊA *et al.*, 2019; MACINKO; HARRIS, 2015).

Nessa lógica, a APS transforma-se em porta de entrada, para os usuários e as famílias da comunidade, ao Sistema Único de Saúde (SUS) na busca do cuidado. De forma que a Atenção Primária à Saúde se configura como pilar orientador do trabalho em saúde em todos os níveis de atenção, além de demonstrar efetividade e resolutividade, dedicando-se desde os problemas mais comuns aos mais complexos, perpassando pela oferta de ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação favorecendo a saúde e bem-estar da comunidade (DA COSTA *et al.*, 2009; STARFIELD, 2002).

O exercício da APS deve estar orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, e seu trabalho

---

<sup>1</sup> No âmbito do SUS, costuma-se referir à atenção primária na qualidade de atenção básica. Essas nomenclaturas são utilizadas com o mesmo sentido semântico no discorrer do texto.

necessita ser desenvolvido em equipe multidisciplinar. Na implementação da APS, faz-se necessária a integração da comunidade de forma democrática e participativa, assumindo as peculiaridades de cada território (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). A visão do indivíduo a partir de suas singularidades deve ser um propósito na APS, deixando de reproduzir um modelo biomédico focado na doença para admitir um novo que pense a inserção sociocultural, as determinações sociais em saúde e demais situações que possam estar comprometendo a forma de um indivíduo viver saudavelmente (BRASIL, 2017).

A expansão da ESF<sup>2</sup> demonstra favorecer a equidade e a universalidade da assistência à saúde. Porém, não podemos afirmar que a problemática sobre o acesso e a integralidade do cuidado disponibilizado pelos serviços de saúde esteja sanada. Pois, é necessário compreender a dinâmica de cada território e comunidade. Além disso, é preciso ter uma visão pautada na contínua formação, envolvimento e reorientação dos profissionais de saúde para não reproduzirem um modelo em que se percebe o indivíduo de forma fragmentada, como um mero portador de patologias e descontextualizado do território onde vive (DA COSTA *et al.*, 2009).

A vivência enquanto residente demonstrou-me que superar obstáculos e desafios constantes faz parte do cotidiano das ações da ESF na busca do cuidado integral à saúde da população atendida, sendo que, mesmo que possua intencionalidades e objetivos transformadores, está inscrita muitas vezes em modos conservadores de organização da rede, como também permeada por uma cultura em que as práticas de saúde são desumanizadas com o usuário e suas demandas.

Nesse sentido, alinhar conceitos como acolhimento, vínculo e cuidado continuado é trazer para o debate ferramentas que desconstruam o modelo biomédico de lidar com a saúde e construir efetivamente um modelo que alcance todos os níveis dos conceitos de integralidade, não focando somente no componente puramente biológico do binômio saúde-doença. Essa prática busca resolutividade por meio de medidas sanitárias humanizadas que tenham como aliados corresponsáveis gestores, trabalhadores e a população, possibilitando a transformação da realidade por meio de ações articuladas e cooperativas que reinventem os processos de trabalho e ampliem as transformações nos serviços na busca do cuidado em seu sentido mais amplo (BRASIL, 2017; DA COSTA *et al.*, 2009; STARFIELD, 2002).

---

<sup>2</sup> No Distrito Federal a expansão da ESF não acompanhou o cenário nacional, sendo que, pouco mais de duas décadas após o lançamento do PSF o DF apresentava uma cobertura de apenas 28,17% segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Esse acontecimento correlacionava-se à maior parte dos estabelecimentos de saúde, que eram componentes formais da APS não funcionaram na modalidade ESF e/ou não prestaram cuidados primários propriamente ditos (CORRÊA *et al.*, 2019).

Porém, diante de um cenário transformador, populações mais vulneráveis estão sujeitas a desigualdades em diversos níveis da atenção, sendo o acesso uma das questões mais recorrentes. Os percalços e desafios apontados, comuns a toda rede de atenção primária, se apresentam de maneira mais aguda quando contextualizados nos territórios do campo, onde as iniquidades tornam-se concretas. Principalmente quando as políticas públicas, por vezes, não alcançam as populações desses territórios, observando-se maiores índices de analfabetismo, fome, pobreza e outras determinações que os indivíduos encontram nas suas rotinas diárias (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Os territórios do campo apresentam particularidades e diferenças do meio urbano, vivenciadas na cultura, nos modos de produção, nas organizações da rede, nas relações interpessoais e outros fatores que agregam questões próprias ao seu *modus operandi*. A população do campo<sup>3</sup> tem sua prática de vida a partir da terra, da necessidade de subsistir com o que se cultiva, aquilo que se produz; diferentemente de outras situações em que o sujeito não percebe o processo, encontrando-se inscrito na ótica do produto final, sem necessariamente conhecer o percurso envolvido (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Em função dos desafios e vazios da assistência à saúde no campo, foi formulada e instituída a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) pelo MS por meio da Portaria Nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. De forma intrínseca a PNSIPCF desmitifica a questão que trata a população rural como algo homogêneo, sem singularidade e que por isso a torna invisibilizada. Nesse sentido, a Política traz uma nomenclatura própria que dá significado para tais comunidades que possuem características próprias e são completamente heterogêneas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

A PNSIPCF visa difundir metodologias que possibilitem o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, com foco nas populações do campo e da floresta. As estratégias de execução, as responsabilidades e os objetivos para agir com esse grupo populacional são definidos pela Política que atua de forma transversal, sendo imprescindível a interlocução com as demais políticas ministeriais que abrangem o SUS e o diálogo com as três esferas do Governo (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

---

<sup>3</sup> Ao longo da pesquisa os termos “população rural” e “população do campo” são utilizados como sinônimos tendo como base a PNSIPCF, referencial norteador para abordar especificidades características dessa população relacionadas a saúde. O termo população rural está indexado nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, [s. d.]) e foi utilizado como argumento para busca na literatura.

O Plano Operativo da referida Política, programado para ser implementado no período de 2012 a 2015, pauta-se num vínculo intra e intersetorial e na transversalidade, no desenvolvimento das ações preconizadas pela Política e destas com outras políticas públicas. Além disso, é essencial que haja uma discussão colegiada permanente para o êxito da estratégia de intersetorialidade, com o intuito de promover os ajustes necessários às práticas cotidianas dos estabelecimentos de saúde, assim como a articulação com outros programas governamentais, em especial aqueles que objetivam o desenvolvimento social e econômico (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Quatro eixos estratégicos compõem o Plano Operativo da PNSIPCF, os quais buscam operar sobre as injustiças e iniquidades que afetam as populações do campo e da floresta. O Eixo I, Acesso das Populações do Campo e da Floresta na Atenção à Saúde, aborda a questão do acesso dessas populações aos serviços de saúde, a Estratégia Saúde da Família composta originalmente para atuar em regiões onde *a priori* não existiam serviços de saúde, disponíveis para grupos mais vulneráveis (DA COSTA *et al.*, 2009), busca contribuir com essa perspectiva.

Entretanto, o problema não foi resolvido e as populações camponesas seguem com dificuldades no que tange ao acesso ao SUS. Ou seja, faz-se necessária a adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para a promoção da equidade em saúde e outros aparatos que contribuam com o desenvolvimento de estratégias voltadas para as questões de saúde dessas populações, possibilitando um acesso de qualidade com equidade e aprimorando a Política Nacional de Atenção Básica, entre outras que venham a contribuir com esses grupos em condição de vulnerabilidade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; BRASIL, 2017).

O acesso das populações do campo ao SUS requer uma articulação intersetorial que envolva diversos saberes, para lograr a atenção à saúde com qualidade e integralidade. Isso deve ser garantido da forma como prevê o Art. 13º do Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, assegurando ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; BRASIL, 1990, 2011).

Frente ao exposto e à vivência cotidiana dentro de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em Planaltina, região norte do Distrito Federal (DF), a qual abrange a atenção à saúde da população do campo, fui incitado a um processo reflexivo de construção do pensamento crítico, do olhar focado sobre as populações do campo e os fatores que limitam o seu acesso à saúde. Nesse sentido, originou-se o interesse em aprofundar o tema, sendo que, através da vivência no serviço e no território, foi possível notar o quanto essa população vivencia dificuldades no acesso. Assim, busco com este trabalho me aperfeiçoar em minha prática

profissional voltada a essa população, além de contribuir com o fortalecimento do campo da pesquisa e produção científica relativa a esse importante segmento populacional. Para atender ao estudo, foram traçados objetivos que auxiliaram no desenvolvimento e/ou aprimoramento das informações pretendidas nesta pesquisa.

### **Objetivo Geral**

Analisar os desafios da população do campo ao acesso à saúde no contexto da APS em uma UBS da região rural do Distrito Federal.

### **Objetivos Específicos**

- 1) Contribuir com a identificação das dificuldades de acesso enfrentadas pela população do campo na APS.
- 2) Refletir sobre a oferta de cuidados em saúde e sua aplicação para as populações do campo.
- 3) Refletir sobre as potencialidades de um serviço de saúde ao agregar profissionais em formação de integração ensino-serviço.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência articulado à reflexão teórica, vivenciado no contexto do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na Saúde da População do Campo (PRMSFSC). Realizado pela Escola de Governo Fiocruz (EGF), no território de uma UBS situada em Planaltina, região norte do DF.

A pesquisa de abordagem qualitativa visa o estudo de certo grau da realidade que se concentra em questões específicas e minuciosas, cuja mensuração e quantificação não são aplicáveis. Esse tipo de investigação fundamenta-se em particularidades próprias do ser humano que não podem ser limitadas a variáveis numéricas. O relato de experiência é um texto que apresenta considerações pertinentes e efetivas para as áreas de estudo a qual se referem. Este tipo de texto busca descrever precisamente as experiências e vivências ocorridas durante certo período, num contexto e cenários específicos. As narrativas vivenciadas necessitam estar articuladas com aporte teórico a fim de possibilitar reflexões relevantes que contribuam com a discussão, mesmo que a experiência muitas vezes não seja exitosa; indicando caminhos para certo fazer. Com base nos objetivos, este estudo intenta estabelecer uma proximidade com o problema ou tema de pesquisa tornando-o mais compreensível (MINAYO, 2010; UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, [s. d.]).

Quanto aos procedimentos necessários para a realização do estudo, desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica feita a partir do levantamento do referencial teórico que colheu informações prévias sobre o tema (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). A experiência a ser relatada ocorreu durante o cumprimento das atividades do componente prático do PRMSFSC, ofertado pela EGF no Distrito Federal, e se passou no contexto institucional de uma Unidade Básica de Saúde da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF) no ciclo bienal 2019-2021.

Os procedimentos propostos em relação à intervenção prática dizem respeito às próprias competências enquanto residente da categoria profissional Enfermeiro no contexto da APS do Distrito Federal. Dessa forma, as reflexões retratadas exprimem o cotidiano de observações durante as diversas atividades próprias que compõem a vivência e a intencionalidade de ser residente no que diz respeito à prática do núcleo e à do campo profissional. Tais considerações estão compreendidas a partir das dimensões de acesso definidas com base no referencial teórico-conceitual adotado, adaptadas em função do cenário onde ocorreu a experiência. Foi utilizado como instrumental na elaboração do trabalho o “diário de reflexões do residente”, uma

atividade proposta pelo PRMSFSC para registro/ relato das atividades cotidianas vivenciadas durante a residência.

Destaca-se que as dimensões do acesso citadas são: a) disponibilidade: compreendida como relação entre a oferta e a demanda; b) acessibilidade: relação entre a localização da oferta e os usuários; c) acomodação: relação entre o modelo organizacional da oferta e a capacidade dos usuários se acomodarem a esse modelo; d) capacidade financeira: custos dos serviços; e) aceitabilidade: relação entre os usuários e os trabalhadores de saúde no cotidiano da assistência prestada nos serviços de saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996; PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Ressalta-se que por ser um estudo teórico, sem participação ou informações de indivíduos e animais, conforme preconizam a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, e a Lei nº 11.794/2008, não foram adotados cuidados éticos específicos dado o caráter do trabalho (BRASIL, 2008; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).



### **3. CONTEXTUALIZAÇÃO, CARACTERIZAÇÃO E REFLEXÕES SOBRE O ACESSO À SAÚDE**

#### **3.1. Acesso à saúde no Brasil**

A saúde pública no Brasil em seus primórdios é caracterizada por uma estrutura organizacional excludente, ao guardar um modelo de seguro que confere assistência à saúde somente às pessoas que estão vinculadas ao Instituto Nacional de Previdência Social. Nesse sentido, somente trabalhadores do sistema formal conseguiam acessar os serviços de saúde, o que causava extrema disparidade já que grande parcela da população acabava sem acesso aos serviços próprios do governo e seu cuidado ficava à mercê da filantropia (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Esse sistema de cuidados em saúde às pessoas que não faziam parte do sistema formal tinha um cunho religioso pautado na caridade. Dessa forma, trabalhadores informais e trabalhadores rurais acabavam excluídos sem acesso aos serviços de saúde formais. O Estado cuidava apenas da intervenção de algumas doenças negligenciadas como as doenças mentais, a hanseníase e a tuberculose. Somente mais tarde surgiu o atendimento às emergências gerais e internações (CARVALHO, 2013).

No início dos anos 80, o Brasil ainda vivenciava e enfrentava a ditadura militar, período da história brasileira marcado pela ausência de direitos humanos, com atos de extrema violência, crises no sistema de ensino e pesquisa públicos, e grande desigualdade social. Com o decorrer da década diversas manifestações ocorriam reivindicando o direito ao voto, sendo que em 1985, ano marcado como fim da ditadura, foi eleito ainda de forma indireta o presidente Tancredo Neves. Nesse contexto processual de democratização e crise econômica, ganha força o movimento sanitário que vinha sendo gestado ao longo dos anos 70, graças a grande movimentação social (CARVALHO, 2013; GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Observa-se como parte desse arcabouço a histórica importância das conferências nacionais de saúde (CNS). De forma especial, deve-se ressaltar a 8ª CNS realizada em 1986 onde se concebe o SUS nos moldes que temos hoje; na conferência permeava a discussão de uma proposta inovadora, tendo como atores diversos membros da sociedade (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

O relatório final dessa grande assembleia que foi a 8ª CNS trouxe como consonância a necessidade de criação de um sistema único de saúde universal, que fosse estabelecido de forma hierarquizada e regido por um único ministério, sendo que os estados e municípios ofereceriam

serviços integrais de saúde de forma descentralizada. Além disso, também foi apontada a necessidade da participação dos movimentos populares, representados por sindicatos e organizações próprias da sociedade civil (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

A 8ª CNS também aponta para um conceito de saúde que se afasta das concepções biomédicas que vinham operando até então. Os indivíduos presentes assinalaram uma concepção de saúde que se estabeleceria como resultante de diversos fatores, entre eles: condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso à posse de terra e a serviços de saúde. Tudo isso passa a ser dever do Estado, garantido por políticas econômicas, sociais e de saúde, o que propicia, assim, condições dignas de vida (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

O relatório da 8ª CNS se tornou o documento base e orientador da luta por saúde consubstanciada no Movimento da Reforma Sanitária, a partir da qual foi intensificada a mobilização social para tornar a saúde um direito. Assim, esse e outros postulados dessa conferência se tornaram a tônica do debate e das reivindicações do setor da saúde junto à Assembleia Nacional Constituinte de 1987.

Em 5 de outubro de 1988, foi promulgado o texto final da Constituição da República Federativa do Brasil (CF 88). O escrito aprovado por 559 congressistas que organizavam e compunham a Assembleia Nacional Constituinte, presidida por Ulysses Guimarães, unia esforços para a criação de uma constituição que conseguisse implementar um regime democrático no Brasil. O teor da CF 88 foi considerado muito avançado, pois abarcava uma série de direitos e deveres do cidadão, bem como proteção das minorias, que antes estavam desassistidas. Um exemplo disso está presente no seu Art. 6º, que estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social e a proteção à maternidade e à infância. Esse fenômeno aconteceu graças à grande participação social ocorrida na elaboração dessa carta constitucional (BRASIL, 1988; GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

A Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, tendo que ser logrado através de políticas públicas que garantam o acesso universal aos serviços de saúde e consigam a diminuição do risco de desenvolvimento de doenças e outros agravos. Dentre os direitos sociais, o direito à saúde é tido como de fundamental importância (BRASIL, 1988).

O SUS passa a ter sustentáculo por meio de princípios e diretrizes, fundamentado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado por intermédio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dentre as diretivas estabelecidas, este trabalho busca ressaltar a

universalidade do direito à saúde como princípio elementar, em que se compreende que o acesso é orientador, garantindo completo bem-estar e felicidade comum a todos, independentemente de extrato social, e não sendo permitidas quaisquer formas de discriminação (BRASIL, 1988, 1990).

A palavra “acesso” tem etimologia do latim *accessus*, que assume dentre alguns significados o sentido de aproximação. Estudos sobre acesso aos serviços de saúde costumam utilizar a conceituação de acessibilidade formulada e compreendida como a disponibilidade de recursos de atenção à saúde, envolvendo todos os processos que facilitam ou dificultam seu uso por parte da população (GIOVANELLA; FLEURY, 1996; MICHAËLIS; MICHAELIS, [s. d.]). Conforme Frenk (1985), considera-se acessibilidade “como o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde da população no processo de busca e obtenção da atenção” (FRENK, 1985).

Outros autores, entretanto, assumem que a conceituação de acesso deve conglomerar uma série de dimensões específicas que descrevem adequação entre usuários e serviços de saúde, tais como: disponibilidade, acessibilidade, acomodação, capacidade financeira e aceitabilidade. Essa forma de conceituação é orientadora para as reflexões apresentadas neste trabalho (GIOVANELLA; FLEURY, 1996; PENCHANSKY; THOMAS, 1981). Compreende-se então que o acesso é uma categoria chave na análise das inter-relações entre os usuários e serviços de saúde de diferentes níveis de atenção à saúde na construção da continuidade do cuidado.

### **3.2. Lutas e iniciativas de ações de saúde para as populações do campo**

A luta pelo acesso à saúde por parte da população do campo é caracterizada em seus primórdios pela criação da Liga Pró-saneamento no ano de 1918, cujo objetivo era desenvolver atividades de saneamento rural, voltadas principalmente ao sistema capitalista das monoculturas. Já no início da década de 40 foram instituídos os Serviços Nacionais de Combate às Endemias e a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), tendo como principal intuito a interiorização dos serviços e atividades de saúde pública, sobretudo na região amazônica. Objetivava-se através das ações em áreas rurais o combate à febre-amarela e a malária, estes eram os principais agravos que acometiam os trabalhadores dos seringais e assim causavam uma perda na mão de obra, devido ao elevado número de mortes. Entende-se que as ações de saúde para população rural nesse contexto possuíam um viés de manutenção da mão

de obra braçal, não exatamente almejando melhor qualidade de vida para a população (FENNER *et al.*, 2018).

No ano de 1956, o MS buscando aprimorar e unificar ações de controle às endemias que prevaleciam no território brasileiro decidiu criar o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu). Nesse mesmo período se torna mais expressiva a luta dos trabalhadores rurais na busca pela assistência à saúde e políticas públicas que os incluíssem na pauta governamental. Em 1963, com o auge do movimento das ligas camponesas, é instituído o Estatuto do Trabalhador Rural, que incluiu o Programa Nacional de Assistência ao Trabalhador Rural (Pró-Rural) o qual passava a agregar ações de amparo para os trabalhadores do campo, instituindo-se o direito a aposentadoria por idade, invalidez, pensão, dentre outros benefícios (FENNER *et al.*, 2018).

Em 1976, com enfoque de implementar ações para aumentar a cobertura de saúde no território rural, o MS cria o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), inicialmente voltado para a região nordeste do país aprovado pelo decreto nº 78.307 de 24 de agosto 1976 e posteriormente pelo decreto nº 84.219 de 14 de novembro 1979, que dispunha a intensificação e expansão de serviços básicos de saúde e saneamento, aprovando o PIASS para o período 1980-1985 (FENNER *et al.*, 2018). De acordo com o documento “Saúde dos povos e populações do campo, da floresta e das águas: a Fiocruz e sua atuação estratégica na temática de saúde e ambiente relacionada aos povos e populações do campo, da floresta e das águas” (2018):

“Nesse cenário, aos trabalhadores rurais/camponeses, restaram dois distintos caminhos: a luta organizada da categoria pela reforma agrária e pela garantia de direitos sociais ou a submissão permissiva à exploração de sua força de trabalho pelo capital e a acomodação diante da pequena assistência social prestada pelos proprietários de terras.” (FENNER *et al.*, 2018).

Em resposta às grandes reivindicações dos movimentos sociais rurais, os governos militares da época decidiram instituir uma contribuição sindical para a população rural. Dessa forma, as ações de enfrentamento e outras ações de saúde passaram a ser obrigação dos movimentos sindicais que através dos recursos arrecadados deveriam destinar parte da verba para manutenção de serviços essenciais, realizando a contratação de pessoal e aquisição de equipamentos e medicamentos para o funcionamento de ambulatórios e hospitais. Isso significa que os sindicatos deixavam de fazer a luta de classe precisamente dita para constituir o

instrumental de ações próprias do Estado. Na época, esses sindicatos passaram a ser os maiores prestadores de assistência à saúde para o setor rural, em geral (FENNER *et al.*, 2018).

Um marco na caminhada da conquista do acesso à saúde na área rural diz respeito à criação do Grupo da Terra. O Ministério da Saúde, observando diversas condições desfavoráveis, iniquidades, determinações sociais e agravos em saúde vivenciadas pelas populações do campo, instituiu esse coletivo por meio da Portaria nº 2.460/2005, com o objetivo de auxiliar na formulação da PNSIPCF. Outras competências do Grupo da Terra são: articular e monitorar a implementação das ações reivindicadas por movimentos sociais organizados do campo e da floresta; participar das iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde destas populações; integrar saberes técnico-políticos provenientes de pesquisas e debates com os movimentos sociais para ampliar o conhecimento sobre a situação de saúde das Populações do Campo e da Floresta (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

### **3.3. COVID-19 e suas reverberações**

A história da COVID-19 teve início na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China, local onde o primeiro caso da doença foi notificado. No final do ano de 2019, observou-se o aumento considerável de diagnósticos de pneumonia relatados na cidade, entretanto a comunidade científica não sabia ao certo o que estava gerando o incremento no número de casos. Os profissionais de saúde perceberam que a doença não se assemelhava a outras pneumonias virais outrora já atendidas. Com o desenvolvimento de estudos clínicos, percebeu-se então que as pessoas estavam sendo contaminadas por um novo tipo de vírus ainda não registrado em humanos. Em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus e a partir daí trabalhos para divulgação da sequência genética do vírus, que em 11 de fevereiro de 2020 passou a se chamar SARS-CoV-2, ganharam força (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, [s. d.]; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Na primeira quinzena de janeiro de 2020, a doença começou a se espalhar no mundo e países asiáticos registraram casos do novo vírus em pacientes acometidos com quadros respiratórios agudos e piora progressiva. Devido aos diversos relatos clínicos, a comunidade científica identificou uma série de sintomas característicos, presentes na maior parte dos indivíduos acometidos com a doença. Tosse, cansaço acompanhado por dificuldade respiratória, dor na garganta e febre passaram a ser sinais de alerta para identificação de pessoas possivelmente infectadas com o vírus SARS-CoV-2. Durante o período em que a doença se

espalhou para outros continentes e países, novos sintomas surgiram e também passaram a integrar o quadro de alerta para diagnóstico da COVID-19, de forma especial em indivíduos apresentando anosmia e ageusia (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, [s. d.]; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Também foram identificados os meios prevaletentes de transmissão do vírus, sendo a via respiratória a principal responsável com disseminação através de tosse, espirros, contato direto e compartilhamento de objetos contaminados com gotículas produzidas pelas vias aéreas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a orientar que a maneira mais eficaz de evitar a disseminação do novo vírus é o distanciamento social, política adotada diferentemente por diversos países que usavam medidas mais rigorosas ou brandas de modo a evitar aglomerações. As entidades de saúde internacionais passaram a orientar que o uso de máscaras, a higienização frequente de mãos com água e sabão ou álcool em gel, a manutenção de uma distância mínima de 2 metros de indivíduos em espaços públicos, a higienização dos produtos comprados nos supermercados e dos objetos utilizados diariamente (Ex.: celulares, teclados, mouses etc) também são fundamentais no combate ao vírus (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, [s. d.]; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A partir de dados clínicos das pessoas que eram acometidas com o novo coronavírus, definiu-se que certos grupos populacionais apresentavam maior risco para desenvolvimento da doença em sua forma grave. Passavam a necessitar de um cuidado ainda maior pessoas com doenças respiratórias crônicas descompensadas, doentes cardíacos crônicos, diabéticos, indivíduos com doenças renais crônicas em estágio avançado, imunossuprimidos, gestantes, portadores de doenças cromossômicas ou estado de fragilidade, obesos e puérperas. Entretanto, a maior parte das pessoas que contraem a doença, cerca de 80%, não desenvolve sintomas graves e não necessita de internação. Porém, uma estimativa diz que uma a cada seis pessoas acabam necessitando do serviço especializado (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, [s. d.]; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A COVID-19 trouxe impactos diferentes em diversos países. No Brasil, infelizmente, somam-se mais de 250 mil mortos, reflexo de políticas públicas pouco eficientes para um país que foi considerado como o pior ao lidar com a pandemia (LENG; LEMAHIEU, 2021). Esse fato tem relação direta com o posicionamento de figuras de autoridade que semeavam desinformações a respeito da doença e mitigavam ações de prevenção e combate ao vírus, acarretando uma ação civil desordenada em relação aos cuidados necessários para evitar a disseminação do patógeno, o que provocou direta e indiretamente uma saturação do SUS.

A pandemia influenciou e continua gerando repercussões no cotidiano de cada pessoa e consequentemente na forma como os indivíduos acessam os serviços de saúde. As instituições apresentam como reflexo da situação calamitosa incremento no número de atendimentos realizados, lotações acima do habitual e falta de recursos humanos e equipamentos de proteção individual para lidar com os infectados. O acesso à saúde no próprio território ao qual este trabalho se refere foi alterado. Exemplo disso são os atendimentos das demandas programáticas, que foram suspensas durante certo período no início da pandemia, concentrando esforços para atendimento dos casos da COVID-19 até o delineamento de um plano estratégico que respeitasse normas de biossegurança para não contaminar pessoas que buscassem o serviço por motivos alheios ao novo coronavírus.

Impactos profundos foram gerados na economia do país, diversos empreendedores se viram obrigados a fechar seus negócios devido às restrições de circulação de pessoas, inúmeros indivíduos perderam seus empregos, e a sustentação financeira das famílias e do próprio Estado se tornou mais complexa - passamos a vivenciar uma realidade de preços ainda mais altos do que os praticados antes da pandemia. Também há uma mudança notória nas relações interpessoais, a população precisou aprender a utilizar as tecnologias da informação e comunicação para conseguirem se vincular a outras pessoas ou até mesmo desenvolver seus trabalhos diários. Outro fenômeno relacionado à pandemia é a carga de estresse e sofrimento psíquico vivenciado pelas pessoas, que por vezes acabavam adoecendo mentalmente devido à obrigação do distanciamento social. Estatísticas também demonstraram uma realidade triste do aumento do número de casos de violência doméstica.

Retrato dessa realidade de sobrecarga passou a ser parte do cotidiano do cuidado da saúde no serviço citado no trabalho, onde os profissionais desgastados física e mentalmente dispuseram sua mão de obra cotidianamente, mesmo num contexto incerto, no qual os achados científicos ainda não estavam dispostos sobre o manejo da doença. Esses profissionais muitas vezes movidos por solidariedade ativa organizaram formas de arrecadação de cestas básicas (dentre outras atividades) para assistir famílias que não tinham o que comer.

Também, foram propostas ações de territorialização, levando-se em conta todas as medidas necessárias para resguardar a saúde da população e dos trabalhadores de saúde, a fim de rastrear condições sensíveis do território. Dessa forma, foi desenvolvido um trabalho interdisciplinar avaliando a cada domicílio os seguintes eixos: 1. Acesso aos programas governamentais (Ex.: auxílio emergencial); 2. Acesso a renda e alimentação; 3. Monitoramento de casos suspeitos e/ou confirmados para COVID-19; 4. Monitoramento dos focos e casos de dengue na comunidade; 5. Saúde mental da população no período de distanciamento social.

### 3.4. Conhecendo o território

O Distrito Federal é o único território autônomo do Brasil, sendo que comparado aos estados brasileiros apresenta a menor dimensão territorial, mas com intensa densidade populacional. É formado pela sede do Governo do Distrito Federal (GDF) e a Capital Federal da República Federativa do Brasil, Brasília e por diversas regiões administrativas (RAs). A Região Administrativa de Planaltina (RA VI) criada em 19 de agosto de 1859 é a mais antiga das RAs do Distrito Federal.

Planaltina conserva, em suas ruas estreitas, centenários casarões. O local, na época chamado de Vila Mestre D'Armas devido a um armeiro que morou na região, era ponto de escoamento do ouro retirado de Goiás e em 1917 a cidade foi batizada com o nome atual. A população da RA VI, calculada no último censo em 2010, era de 171.303 pessoas, sendo que 3.267 pessoas, com base nos cálculos do mesmo censo, correspondiam à população estimada da área de abrangência da UBS referida neste trabalho (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O território observado neste estudo está inserido na porção noroeste da Região Administrativa VI do Distrito Federal, sendo composto por nove setores censitários e apresentando diferenças substanciais nos modos do viver. A área e a população adscrita possuem características singulares, visto que o território abrange macrozonas urbanas e rurais.

Acerca das determinações sociais observadas no território, a saber dados sociais, ambientais, políticos e econômicos, foi possível notar que várias realidades permeiam a região estudada. Ao passo que se encontram indivíduos com certo poder socioeconômico morando num condomínio fechado, poucos metros adiante observam-se pessoas com alto risco social devido às vulnerabilidades às quais estão submetidas, na maior parte das vezes devido a moradias precárias e falta de acesso a serviços e bens de consumo básico. Constata-se, também, a presença de um assentamento da reforma agrária na região, liderado pelo Movimento dos Trabalhadores sem Terra (MST). Neste percebe-se que os assentados têm suas atividades dedicadas à produção agrícola e estão organizados de forma estruturada que favorece o controle social e as ações coletivas, contudo enfrentam problemas comuns das regiões mais vulneráveis da área.

O território também vive uma constante mudança ambiental, sendo que a partir do ano de 2009 a região sofreu uma explosão demográfica. Os indivíduos oriundos do próprio distrito de Planaltina e de outras Regiões Administrativas do DF, além de diferentes estados, passaram



a ocupar regiões de mata nativa e, com a falta de abastecimento de água por parte da Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal (CAESB), vários posseiros da terra começaram a perfurar o solo com poços artesianos prejudicando o lençol freático. Como consequência dessa ação antrópica, hoje dois lagos da região estão secos. Outra situação que diz respeito à questão ambiental é a dificuldade que os moradores encontram com a coleta seletiva de resíduos, que ficam acumulados até que num dia específico de cada semana o Serviço de Limpeza Urbana (SLU) realize a retirada dos dejetos.

Pavimentação e saneamento também são dificuldades encontradas na região. Somente as vias principais são pavimentadas com asfalto, o que prejudica o cotidiano dos indivíduos que habitam na localidade devido à erosão das vias e o acúmulo de água no período de chuvas, bem como a poeira excessiva no período da seca; fatores que contribuem para diversos agravos. Na localidade, também não existe esgotamento sanitário, dessa forma na maior parte das moradias observa-se que o esgotamento é realizado por meio de fossas rudimentares<sup>4</sup>.

A despeito das questões políticas e econômicas da Região, são visíveis ao primeiro olhar os conflitos pela terra devido à irregularidade dos terrenos. Também, nota-se a fragilidade nas relações entre os moradores, apresentando um baixo nível de organização coletiva e uma escassez de lideranças que possam dialogar com as diversas esferas que transpassam a vida dos indivíduos.

A localidade possui pequenas empresas que escoam sua produção para o Distrito Federal e, em alguns casos, mais restrita para outros estados. Essa experiência de produção em maior escala foi observada em duas localidades que têm sua vocação voltada para o plantio. A economia, então, gira em torno do capital dos habitantes que têm suas atividades, majoritariamente, fora da região.

### **3.5. Percepções e reflexões a partir da vivência na APS**

A vivência no serviço de atenção primária à saúde demonstra que o ambiente se apresenta continuamente como uma extensão do lar da pessoa, seja na necessidade de retirar medicações, realizar algum procedimento ou até mesmo para conversar com alguém sobre

---

<sup>4</sup> Esse meio de saneamento bastante primitivo surgiu com o intuito de evitar contaminação de rios, lagos e o próprio solo, visto que os dejetos humanos eram lançados diretamente nesses locais. Esse tipo de fossa consiste numa simples perfuração do solo, a problemática surge porque o buraco, onde os excrementos são armazenados, não apresenta os cuidados necessários para evitar infiltração do conteúdo no solo que pode provocar contaminação do lençol freático. Apesar de muito antigo, esse tipo de fossa ainda é encontrado em áreas rurais ou regiões mais pobres que não contam com redes de esgoto.

quaisquer questões. Nesse espaço, onde é possibilitada a criação de um vínculo intenso com os profissionais de saúde, é possível observar como o cuidado em saúde impacta diferentemente a vida de cada indivíduo. Além disso, também é possível analisar como os dispositivos institucionais se estruturam para acolher diferentes populações, permitindo ampliar o olhar crítico sobre as barreiras de acesso que ainda se fazem presentes no cotidiano do Sistema Único de Saúde.

As percepções e reflexões apresentadas neste bloco estão concentradas e voltadas principalmente a um segmento da sociedade: as populações do campo. Estas são o mote de estudo apresentado no decorrer da pesquisa. Ressalta-se que dentro de cada dimensão alguns aspectos gerais que se configuram como barreiras de acesso são comuns a quaisquer indivíduos. Entretanto, toda vivência enquanto residente ocorreu em uma UBS que atende a população do campo. As observações a seguir aderem ao enfoque das dimensões descritas, para refletir, compreender e analisar o cotidiano da vivência.

### **3.5.1. Disponibilidade**

Apesar do número de consultas disponibilizadas à população, é possível notar a presença de uma demanda reprimida<sup>5</sup> representativa na comunidade. Esse fato pode ser observado quando há o contrarreferenciamento de indivíduos atendidos na média e alta complexidade, os quais nem sequer foram acolhidos no serviço de saúde que é referência do seu domicílio. Em outras palavras, pessoas que necessitam de um acompanhamento, por vezes longitudinal, ainda não são conhecidas pelo serviço de atenção primária. Entende-se que esse fato pode estar relacionado a uma questão própria do território. Como descrito, a população estimada no censo de 2010 era de 3.267 habitantes, o que uma única UBS comportaria como população adscrita, levando-se em conta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Entretanto, no ano de 2009, a região sofreu um grande aumento demográfico e atualmente os profissionais de saúde da UBS estimam que a população supere 8 mil habitantes, o que impacta diretamente na qualidade do serviço oferecido devido a uma quantidade insuficiente de consultas, tendo em vista a necessidade de outra eSF para referenciar a população.

Outra questão diz respeito ao quantitativo de eSF disponíveis em território rural. Atualmente, o Distrito Federal dispõe de 170 Unidades Básicas de Saúde para atender uma população estimada em 3.055.149 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de

---

<sup>5</sup> A demanda reprimida é compreendida como um fenômeno que ocorre quando a população tem o acesso incompleto às ações do serviço de saúde, sendo que esse fato está relacionado a causas interconexas.

Geografia e Estatística. Do total de unidades disponíveis, apenas 18 estão atuando em território rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020; SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2020). Conforme dados do Cadastro Único - ferramenta utilizada pelo poder público para identificar e caracterizar as famílias de baixa renda com intuito de direcioná-las ao acesso às políticas públicas - aproximadamente 20% das cerca de 167 mil famílias que estão inscritas no Distrito Federal representam a população rural atualmente (SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

### **3.5.2. Acessibilidade**

Uma das grandes barreiras vivenciadas nos serviços de saúde se concentra na acessibilidade. Ao se tratar da população rural, percebe-se que o impacto se torna ainda maior do que o que é vivenciado por outras comunidades. Na maioria das vezes, isso se relaciona às longas distâncias que existem entre os domicílios e serviços de saúde. Ao longo da vivência, observou-se que muitas usuárias e usuários necessitavam percorrer a pé trajetos superiores a 10 km, por não disponibilizarem de nenhum tipo de transporte público que pudesse fazer a ligação entre a sua residência e o serviço de saúde mais próximo. Além disso, outro entrave diz respeito às estradas não pavimentadas que dificultam ou acabam limitando o acesso de pessoas que enfrentam algum tipo de incapacidade ou deficiência física.

Nesse sentido, também há prejuízo nas linhas de transporte público devido à não pavimentação das estradas. Nota-se que o governo não objetiva aumentar a frota de ônibus que circulam nessas vias. Assim, a questão do transporte afeta o acesso das famílias aos serviços, mantendo-as desassistidas.

Outro aspecto notado durante a vivência, que atravessa a reflexão crítica e que também diz respeito a realidade de certas unidades de saúde as quais compõem o território do Distrito Federal, está relacionado ao fato do serviço de saúde funcionar em uma casa alugada (local improvisado) pelo governo do DF. A estrutura física, dividida em dois pavimentos, havia passado por algumas reformas a fim de adequar minimamente o espaço, para que fosse possível prestar algum tipo de atenção à saúde. Contudo, mesmo assim o (auto) cuidado era limitado em diversos aspectos. Por exemplo, não existiam banheiros acessíveis para pessoas com alguma incapacidade ou deficiência física. O único banheiro reservado para a população era de uso comum de homens e mulheres e ficava no segundo piso. Dessa forma, pessoas que tinham

alguma dificuldade de deambulação, como gestantes e idosos, precisavam subir uma escada para utilização do espaço.

Os ambientes muito apertados impossibilitavam a passagem de alguma maca caso fosse necessário realizar algum atendimento de urgência. Outras limitações estruturais acabavam configurando-se como barreiras de acesso, dado que certos atendimentos não podiam ocorrer no espaço físico da unidade de saúde devido à falta de adequações.

### 3.5.3. Acomodação

Ao longo do relato tem-se abordado que as populações do campo apresentam um *modus operandi* diferente de outras comunidades. Afinal, devido ao seu vínculo com a terra e sua forma de subsistência diretamente relacionada ao trabalho braçal, torna-se necessário que os indivíduos despendam a maior parte do seu dia nas atividades de semeadura, plantio e cultivo do solo<sup>6</sup>. Dessa forma, populações do campo encontram-se repetidamente numa condição excludente ao buscar os serviços de saúde, pois esses possuem horários de funcionamento limitados afetando diretamente o acesso dos indivíduos.

Essa realidade de horários incompatíveis com o processo de trabalho dos camponeses é evidente no território onde se passou a vivência. A Unidade Básica de Saúde, que funciona de segunda a sexta de cada semana, inicia seus atendimentos às 7 horas da manhã com encerramento às 17 horas, sendo que durante sábados e domingos o serviço é fechado.

O processo para que os indivíduos pudessem marcar alguma consulta, gradativamente alterado com a chegada do PRMSFSC, era caracterizado pela distribuição de uma quantidade “N” de senhas num dia específico de cada mês, sendo esses episódios caracterizados por longas filas ainda durante a madrugada. Esse método limita o acesso à retirada de senhas por parte da população camponesa, afinal os indivíduos estavam realizando suas atividades em campo. Isso privava a entrada nos serviços de saúde, pois não podiam demandar seu tempo nas filas para poder desenvolver os trabalhos diários e assim manter a renda do domicílio.

Considerando a dimensão da acomodação onde buscamos compreender como os usuários conseguem se adaptar ao modelo de serviço ofertado, a reflexão enquanto residente

---

<sup>6</sup> Essa característica do trabalho manual que se apresenta de maneira diversificada no campo, ou seja, na forma como cada um produz e se relaciona com a terra, também faz com que esse modelo gere diversos impactos na saúde dos indivíduos. Podemos citar como exemplo que parte significativa dos agravos que acometem as populações do campo estão relacionadas ao sistema osteomuscular, destacando-se as inflamações das articulações e ligamentos, dores lombares crônicas, cervicalgias e problemas na coluna dorsal. Além disso, a exposição dos camponeses aos agrotóxicos é outra questão recorrente que impacta numa maior predisposição para o desenvolvimento de cânceres.

parte do sentido de que muitos indivíduos ainda apresentam dificuldade em compreender o que é a Atenção Primária à Saúde. Dessa forma, era realizado, quase que diuturnamente, um trabalho de conscientização da população acerca da importância, eficácia e efetividade da Atenção Básica.

No contexto diário, muitas vezes os indivíduos chegavam aos serviços perguntando se o médico pediatra ou obstetra estava atendendo, indagando quais especialidades profissionais estavam disponíveis naquele dia. A partir dessa narrativa, é possível compreender um pouco da dificuldade de acomodação ao serviço, visto que as pessoas associavam a ESF ao período em que os serviços da APS eram divididos por especialidades. Essa dificuldade pode estar relacionada ao fato de que no Distrito Federal esse modelo continuou existindo até recentemente em algumas unidades que funcionavam como Centros de Saúde convencionais.

Dessa forma, a população ainda por vezes encontra-se habituada e tem obstáculos na compreensão e acomodação à ESF. Essa barreira se torna palpável quando, durante a vivência, eu recebia usuários que não queriam acessar o serviço de saúde porque diziam que ali não havia a especialidade necessária ao seu atendimento e no serviço pediam somente um encaminhamento.

#### **3.5.4. Capacidade financeira**

Entende-se que pelo fato do SUS ser gratuito, sem nenhuma forma de cobrança direta aos usuários, analisar o acesso por essa perspectiva poderia induzir nosso pensamento à não aplicabilidade dessa dimensão. Entretanto, podemos observar o fenômeno a partir de outra ótica. Por exemplo, onde atuei como residente era perceptível que populações do campo necessitavam por vezes pagar altas taxas nos transportes particulares, devido à escassez de linhas do transporte público para conseguir acesso à unidade. Esse fato está intrinsecamente relacionado à dimensão da acessibilidade mencionada anteriormente.

Outra questão em relação à capacidade financeira, intimamente conexas à dimensão da disponibilidade, é o fato de alguns exames, assim como certos procedimentos, não estarem disponíveis na SES-DF. Por esse motivo, os usuários e as usuárias acabam precisando acessar a rede de serviços privados, despendendo uma quantia monetária que por vezes onera as famílias de um território caracterizado por diversas vulnerabilidades socioeconômicas.

#### **3.5.5. Aceitabilidade**

A aceitabilidade, dimensão que versa sobre a relação que os usuários e os trabalhadores possuem no cotidiano da assistência prestada, acaba sendo uma das questões do acesso que aparentemente gera menos barreiras aos serviços de saúde, mas não deve ser ignorada. Na vivência enquanto residente foi possível observar que no cotidiano do serviço as relações interpessoais se desgastam pela própria convivência diária num ambiente cercado por dificuldades, as quais acabam produzindo conflitos nas relações entre profissionais de saúde e usuários. Esses, por vezes, manifestam sua indignação com o funcionamento do serviço e atribuem sua frustração aos profissionais de saúde.

Essa prática é presente em várias partes do território nacional, por isso cabe então ao profissional de saúde manejar a relação interpessoal de forma a explicitar as possibilidades de atuação que o sistema proporciona, sem limitar de forma alguma o acesso. Desse modo, uma dificuldade de convivência de profissional com certa pessoa, um conflito antepassado ou uma reclamação apresentada por um indivíduo sobre a conduta de certo profissional da UBS não são justificativas impeditivas para o acesso.

Todavia, ao longo de parte dos atendimentos realizados, os pacientes relatavam que não queriam ser atendidos em certa Unidade Básica de Saúde. Os motivos eram as afirmações de que na unidade as pessoas seriam grosseiras. Por isso, os pacientes preferiam percorrer uma distância maior para serem atendidos em outro serviço no qual se vinculavam melhor com a equipe.

### **3.5.6. Desenvolvendo o olhar crítico a partir de outras perspectivas**

Podemos ainda compreender e analisar os desafios de acesso no contexto da APS a partir da ótica da Educação Popular, uma vez que ainda é visível a existência de um fosso cultural, como descrito por Eymard Vasconcelos (2015), no qual os profissionais de saúde e população acabam sem ter um diálogo que promova compreensão mútua. A Educação Popular proporciona o rompimento de uma lógica ainda presente nos serviços de saúde, onde o profissional verticaliza sua relação com o usuário quando apenas prescreve uma medicação ou orienta uma prática, sem considerar sua culturalidade e heterogeneidade (VASCONCELOS, 2015).

O fazer em saúde necessita aliar os saberes populares e os saberes técnicos, para assim o atendimento proporcionado ser mais holístico e humanizado. Nesse cenário, também é necessário atentar-se para a possibilidade do indivíduo sentir-se intimidado por questões próprias de classe como estar diante de um “Dr.”, um profissional de saúde detentor de certo

conhecimento. Por essa razão, é preciso repensar o próprio comportamento para propiciar um cuidado acolhedor (VASCONCELOS, 2015).

Entende-se que a Educação Popular não é a única forma possível para reorientação desse processo, mas tem tido papel fundamental na saúde pública brasileira, em especial na APS. Isso causa impacto no modelo de forma que os saberes populares não sejam menosprezados, além de trazer maneiras para que os indivíduos não acabem deixando de acessar o serviço de saúde por se sentirem intimidados (VASCONCELOS, 2015).

Outra questão que ainda podemos abordar sobre o acesso à saúde na ESF é a despreocupação dos governos atuais com a contratação de Agentes Comunitários de Saúde, categoria fundamental para a manutenção do cuidado e primeiro contato, assim como vinculação entre serviço e comunidade. Infelizmente, a atuação desse profissional não tem sua importância devidamente considerada, quando olhamos o quantitativo de ACS disponíveis no território. Como exemplo, na UBS referida neste trabalho existem dois ACS atualmente para uma população estimada em mais de 8 mil habitantes, esses revezam entre desenvolver atividades administrativas no próprio espaço físico da unidade e ir a campo realizando visitas domiciliares.

Por fim, como já citado anteriormente a COVID-19 alterou estruturalmente as condições e maneiras de funcionamento de todos os serviços. Em especial, o setor da saúde acabou sendo um dos mais impactados. Nesse processo, devido à superlotação dos serviços as pessoas acabaram enfrentando maiores dificuldades no acesso. Isso se reflete em todo território nacional, pois são poucos os profissionais para atuar e superar a demanda reprimida e agudizada durante a pandemia.

#### **4. POTENCIALIDADES COM O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO TERRITÓRIO**

A inserção do PRMSFSC no território ocorreu em abril de 2019, após um mês de imersão teórica extensiva discutindo questões próprias das populações do campo transversalizadas pelas perspectivas de gênero, raça e classe, modos de produção e configurações do território. Essa imersão possibilitou um aporte conceitual fundamental para o início das atividades práticas. Sobre a experiência prática em serviço, fora aquilo que já havia vivenciado durante o período da graduação em enfermagem, eu ainda não possuía vivência de trabalho nos serviços de saúde. Dessa forma, os primeiros momentos na UBS foram animadores ao passo que também eram muito desafiadores, dado estarmos inseridos num ambiente que já possuía um processo de trabalho bem consolidado e nossa presença tensionava uma mudança em diversos aspectos.

Os trabalhos no serviço de saúde tiveram início com o reconhecimento do território, percorrendo toda a extensão da área que é adscrita à Unidade Básica de Saúde, com intuito de elaborar planos relacionados às condições sensíveis mapeadas que necessitariam ser desenvolvidas ao longo da vivência. Todo esse processo possibilitou meu desenvolvimento pessoal e profissional adquirindo um senso crítico sobre uma população com a qual até o momento eu não possuía contato próximo. Isso gerou um sentimento de inquietação ao pensar o que é possível ser feito para lograr uma prática de saúde universal, integral e equânime, assim como satisfação e alegria por estar, ainda que minimamente, fazendo diferença no território.

Uma das primeiras consequências que a residência provocou no serviço de saúde foi a mudança na forma em que as vagas para marcação de consultas eram oferecidas. Ao contrário de como era feito anteriormente em que eram disponibilizadas apenas num dia específico de cada mês uma quantidade “N” de senhas para agendamento dos atendimentos, a equipe de residentes propôs uma ampliação inicial para dois dias de marcação no mês em dois turnos, sendo que anteriormente só o turno da manhã era destinado para esse fim. Alguns profissionais se mostraram temerosos com a possibilidade, pois se imaginava que não era possível realizar o trabalho dessa forma devido à alta demanda de atendimentos.

Porém, mesmo com essas questões, a proposta foi aceita e com o passar do tempo os trabalhadores perceberam que a rotina de trabalho funcionava bem daquela forma. Com o êxito da ação, os residentes decidiram sugerir a marcação de consultas diárias em todos os turnos, de forma a atender o que é disposto na Política Nacional de Atenção Básica. O agendamento diário



começou a vigorar e atualmente funciona perfeitamente dessa maneira, o que beneficia imensamente as populações do campo, entre outros segmentos da sociedade.

Mudanças também foram provocadas no próprio espaço físico da unidade, a fim de reorganizar as formas de atendimento para ser mais centrado na família. Além disso, foram trazidas mais cadeiras para os consultórios e assim acompanhantes e familiares poderiam participar das consultas.

Outra questão para ser ressaltada, que foi oportunizada a partir da integração gradual dos profissionais em ensino-serviço, diz respeito ao processo de territorialização que consequentemente trouxe maior vinculação dos usuários e famílias com o serviço de saúde. Ao longo do desenvolvimento das atividades transversais e longitudinais os residentes buscaram estar imersos no campo pelo máximo de tempo possível, extrapolando o espaço físico da Unidade Básica de Saúde de forma que o processo de trabalho estivesse profundamente conectado ao território.

Desenvolver atividades em campo com as famílias oportunizava o cuidado integral e o reconhecimento das determinações sociais em saúde e das vulnerabilidades presentes no território que se fazem latentes nos espaços onde essas pessoas habitam. Esse olhar direcionado possibilitou uma intervenção mais coesa, correspondendo com a realidade das famílias assistidas.

Além dos impactos na comunidade, também se percebe um impacto na própria rede de serviços ofertados na SES-DF. O ingresso de novos profissionais de saúde que estão introduzidos nessa lógica de ensino-serviço possibilita uma diversificação da carteira de serviços das unidades em que são inseridos, aliando-se a uma prática reflexiva que está apoiada na cientificidade, nos protocolos e nas discussões interprofissionais. Esse novo leque de atendimentos possibilita a busca por um cuidado que extrapola o componente biológico como cerne da conduta, realidade presente em diversos serviços, e remonta a concepção de saúde que surge com os ideais da reforma sanitária.

Apesar dos desafios do processo de formação ensino-serviço que são apresentados ao profissional residente, a possibilidade de alinhar eixos que acabam se tornando opostos no cotidiano dos serviços de saúde é notória. A reflexão crítica das condutas desenvolvidas por intermédio do ensino torna possível uma prática que logre a universalidade, a integralidade, a equidade e a justiça no cuidado dos indivíduos, mesmo diante de situações estressoras ocasionadas até mesmo por limitações que a estrutura de um local possam trazer.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender as características da população do campo através de suas especificidades é fundamental para fomentar práticas de saúde equânimes e integrais. A operacionalização do Plano Operativo da PNSIPCF também necessita ser monitorada e retomada diuturnamente nos espaços da gestão do SUS e nos próprios serviços de saúde que são referência para populações do campo. Isso possibilitará aos usuários o suporte às suas necessidades e demandas durante o processo de adoecimento e outros momentos em que necessitem acessar os diferentes níveis de assistência no SUS.

Deve-se refletir e compreender os desafios de acesso à saúde que se apresentam para populações do campo, além de buscar a adoção de arranjos que contribuam com o fortalecimento da efetividade do direito à saúde. Esses arranjos devem implicar na garantia e manutenção do acesso e na implementação da PNSIPCF.

Compreende-se que as barreiras de acesso se encontram imersas em diversas dimensões, sendo necessário analisar a partir daí as formas a conseguir mesmo diante das limitações impostas no serviço uma prática profissional em saúde que possibilite a universalidade. Foram várias as barreiras identificadas na vivência enquanto residente, porém grande parte delas podem ser transformadas quando discutidas com a comunidade para construir formas de acesso às ações e serviços da saúde.

Entender o papel que a ESF representa para as populações é importante para melhor acolher a comunidade e pensar formas de conscientização sobre a importância da APS, dissociando uma imagem que vincula o cuidado a um ambiente hospitalar. A unidade de saúde é um ambiente favorecedor para os indivíduos, pois trabalha nos eixos da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde.

Conceber a Estratégia da Saúde da Família como modelo a ser adotado nacionalmente é apropriar-se do conceito de que a APS é porta de entrada dos indivíduos ao SUS e assim tratá-la como uma importante redutora das morbimortalidades, já que no primeiro contato o acesso facilitado aos serviços de saúde possibilita a diminuição desses índices. A ESF é orientadora do serviço, possibilitando tratar as questões de saúde da população sem estar pautada na doença, mas sim orientada no cuidado longitudinal voltado ao indivíduo (STARFIELD, 2002).

Essa atividade de conscientização, educação e comunicação integrada com a comunidade instigada pela ESF é extremamente eficaz, oportuna e imprescindível nos contextos dos serviços de saúde. Baseado no que foi vivenciado quando o trabalho do

profissional de saúde está aliado ao território, a prática na comunidade se torna mais integral e fluida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da Saúde: DeCS**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2506632>.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: [s. n.], 2003.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Política nacional. **Diário Oficial da União**, Brasil: [s. n.], 2013. p. 48. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_campo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf)
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. **Texto constitucional originalmente publicado no Diário Oficial da União de 5 de outubro de 1988.**, Brasil: [s. n.], 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- BRASIL. **Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011**Brasil: [s. n.], 2011. p. 1–8.
- BRASIL. **Lei Nº 11.794, de 8 de Outubro de 2008**Brasil: [s. n.], 2008. p. 1–6.
- BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**Brasil: [s. n.], 1990. p. 1–15.
- BRASIL. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). **21 de setembro**, Brasil: [s. n.], 2017.
- CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 27, n. 78, p. 5–26, 2013.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012****Diário Oficial da União**, Brasil: [s. n.], 2012. p. 12. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- CORRÊA, Daniel Seabra Resende Castro *et al.* Reform movements in the federal district health care system: Conversion of the primary health care assistance model. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 6, p. 2031–2042, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>
- DA COSTA, Glauce Dias *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do

- modelo assistencial. **Revista brasileira de enfermagem**, [s. l.], v. 62, n. 1, p. 113–118, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000100017>
- FENNER, André Luiz Dutra *et al.* **Saúde dos povos e populações do campo, da floresta e das águas: a Fiocruz e sua atuação estratégica na temática de saúde e ambiente relacionado aos povos e populações do campo, da floresta e das águas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2018.
- FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publica de Mexico**, [s. l.], 1985.
- GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. 1. ed. Porto Alegre: [s. n.], 2009.
- GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sonia. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. *In: POLÍTICA DE SAÚDE: O PÚBLICO E O PRIVADO*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 312. *E-book*.
- GOMES, Clarice Brito E.Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SORANZ, Daniel. National primary care policy 2017: Analysis of teams composition and national coverage of family health. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 1327–1338, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Características da População e dos Domicílios. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, [s. l.], 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama Brasília**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama>.
- LENG, Alyssa; LEMAHIEU, Hervé. **Covid Performance Index: Deconstructing pandemic responses**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/>.
- MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. Brazil’s Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 372;23, p. 2177–2181, 2015.
- MICHAËLIS, Carolina; MICHAELIS, Henriette. **Dicionário Michaelis**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/>.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ªed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa COVID-19**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
- PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. **The concept of access: Definition and**

**relationship to consumer satisfaction.** [S. l.: s. n.], 1981. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>

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 em Debate**, [s. l.], v. 42, n. spe1, p. 302–314, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s120>

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DO DISTRITO FEDERAL. **População rural inscrita no Cadastro Único corresponde a 20% do total no DF.** [S. l.], 2020. Disponível em: <http://www.sedes.df.gov.br/populacao-rural-inscrita-no-cadastro-unico-corresponde-a-20-do-total-no-df/>.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **InfoSaúde - DF.** [S. l.], 2020. Disponível em: <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/atencao-primaria-estabelecimentos-saude/>.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. ISSN 1098-6596.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA. **Instrutivo para elaboração de relato de experiência.** Governador Valadares: Universidade Federal de Juiz de Fora, [s. d.]. Disponível em: <https://www.ufjf.br/nutricaoqv/files/2016/03/Orientações-Elaboração-de-Relato-de-Experiência.pdf>

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e atenção à saúde da família.** 6. ed.ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19).** [S. l.], 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.