



O ACESSO A SAÚDE PÚBLICA PELAS POPULAÇÕES RURAIS DO AGRESTE PERNAMBUCANO*

José Roberto Henrique Souza Soares ¹
Anselmo César Vasconcelos Bezerra ²
Alcindo José de Sá ³

RESUMO

As populações rurais pernambucanas possuem exclusivamente os serviços públicos de saúde em seus territórios. Este estudo teve por objetivo identificar as condições de acesso das populações residentes em áreas rurais aos serviços da atenção primária nos municípios de Limoeiro e Cumaru, localizados no Agreste de Pernambuco. Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza aplicada, na qual utilizaram-se técnicas qualitativas, como entrevistas semiestruturadas para coleta de informações e análise de conteúdo na modalidade temática para sistematização dos resultados. Evidenciou-se que os municípios investigados estão em fases diferentes de implementação da Estratégia de Saúde da Família. Os principais problemas de acesso aos serviços públicos de saúde das populações rurais foram as distâncias geográficas, as condições das estradas e dos transportes, a ausência de estratégias formais da gestão municipal para esse público e a fragilidade na oferta de serviços básicos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Concluiu-se que o município de Limoeiro apresentou maior capilaridade e protagonismo nas ações da atenção primária do que o município de Cumaru. Entretanto as ações ainda são incipientes para atender as demandas básicas das populações rurais destes territórios.

Palavras-chave: Acesso a Saúde, Saúde Pública, Rural, Atenção Primária, Pernambuco.

ABSTRACT

The rural populations of Pernambuco exclusively have public health services in their territories. This study aimed to identify the conditions of access to populations living in rural areas to primary care services in the municipalities of Limoeiro and Cumaru, located in Pernambuco's Agreste. This is an exploratory research of an applied nature, in which qualitative techniques were used, such as semi-structured interviews to collect information and analyze content in the thematic modality to systematize the results. It was evident that the municipalities investigated are in different stages of implementation the Family Health Strategy. The main problems of access to public health services for rural populations were geographical distances, road and transport conditions, the absence of formal municipal management strategies for this public, and the weakness in the provision of basic services within the scope of Family Health. It was concluded that the municipality of Limoeiro presented a greater capillarity and protagonism in the actions of primary care than the municipality of Cumaru. However, the actions are still incipient to meet the basic demands of rural populations in these territories.

Keywords: Health Access, Public Health, Rural, Primary Care, Pernambuco.

¹ Doutorando em Geografia pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, roberto.henriquesoares@ufpe.br;

² Doutor em Geografia. Instituto Federal de Pernambuco - IFPE, anselmo@recife.ifpe.edu.br;

³ Doutor em Geografia. Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, alcindo@ufpe.br;

*Resultado parcial da dissertação "O acesso das populações rurais aos serviços de saúde no território da II Gerência Regional de Saúde de Pernambuco" financiada pela CAPES e desenvolvida no PPGeo/UFPE.



INTRODUÇÃO

Os territórios rurais brasileiros são complexos espaciais concebidos, muitas vezes, como áreas ligadas ao atraso e à falta de desenvolvimento socioeconômico, devido ao intenso processo de transformação espacial. São territórios representados por diferentes modos de vida, desde o campesino ao novo rural, destacando-se nesse sentido, as necessidades socioeconômicas que divergem de acordo com o tipo de espaço ocupado pelos indivíduos. A diversidade presente nestes territórios influencia nas condições de acesso aos serviços básicos essenciais a manutenção da vida como a educação, a segurança, a moradia e a saúde.

Tratando especificamente dos aspectos sanitários, as formas de acesso aos serviços públicos de saúde entre as populações rurais do Brasil apresentam dificuldades uniformes que se perpetuam pelas barreiras geográficas impostas pelas longas distâncias que necessitam ser percorridas. A dificuldade de acesso e locomoção, devido às más condições das estradas, a distância entre a sede do município e a localidade, a falta de assistência e acompanhamento devido pelas equipes de atenção à saúde e o baixo nível de formação escolar são características que dificultam o acesso da população rural aos serviços de saúde (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Os espaços rurais brasileiros são áreas organizados territorialmente dentro dos limites municipais e comportam a menor parcela do contingente populacional do país. Nesse sentido, é papel dos municípios enquanto entes federados autônomos, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988 (CF – 1988), garantir as condições básicas de sobrevivência da população nestes territórios, assegurando-lhes serviços de educação, saúde, segurança, moradia e alimentação. Do ponto de vista da saúde os municípios são responsáveis pela oferta dos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2009). Assim, é compromisso dos municípios garantir o atendimento aos serviços de saúde para os munícipes residentes nos territórios rurais, observadas as características específicas deste contingente populacional.

No entanto, estes não são os únicos entes federados responsáveis pela prestação dos serviços de saúde a população. A rede de atendimento organiza-se em um sistema hierárquico, no qual as localidades disponíveis com melhores condições de tratamento e cuidado recebem os casos mais graves, oriundos de municípios que não possuem as condições necessárias para o tratamento. Assim, forma-se uma teia de serviços de atenção à saúde, organizada a partir da disponibilidade dos serviços e das necessidades de saúde que a população apresenta. E neste sentido, a população rural que é menos provida de condições de acesso é a que mais sofre com os problemas do sistema de saúde.



Os povos rurais no Brasil podem ser caracterizados como Populações dos Campos, das Florestas e das Águas (PCFA) distinguindo-os entre si a partir das formas de reprodução social relacionadas predominantemente com o uso e a apropriação da terra (RUCKERT; CUNHA; MODENA, 2018). Neste contexto, um marco legal importante do setor saúde foi a implantação em 2011 da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), que sofreu alterações em 2014, através da Portaria MS/GM nº 2.311 para incluir o termo ‘das Águas’, passando a ser denominado de Política Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) (BRASIL, 2013; 2014).

Tal Política visa garantir e aprimorar as condições de acesso à saúde nas áreas rurais que possuem basicamente os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS). Ao centrar as ações da APS no eixo funcional das doenças, muitos municípios transformaram as unidades em centros de pronto atendimento e lugares burocráticos de passagem para outros tipos de serviços (OLIVEIRA et al. 2015). Assim, é imperativo o desenvolvimento de estratégias que visem a adequação do novo modelo assistencial no desenvolvimento de ações próprias designadas pela APS nos contextos rurais (PITILIN; LENTSCK, 2015).

Assim, essa pesquisa investiga as condições de acesso aos serviços da APS pelas populações rurais dos municípios pernambucanos de Limoeiro e Cumaru, considerando a distribuição espacial dos serviços de saúde nestes municípios, que não ponderam as dificuldades e características peculiares dos indivíduos residentes nos espaços rurais para organizar espacialmente os serviços ofertados. Portanto, realizou-se uma análise das condições de acesso aos serviços da APS, tendo em vista as dificuldades de locomoção, comunicação e atendimento enfrentadas pelas populações do campo ao buscarem os serviços básicos de saúde.

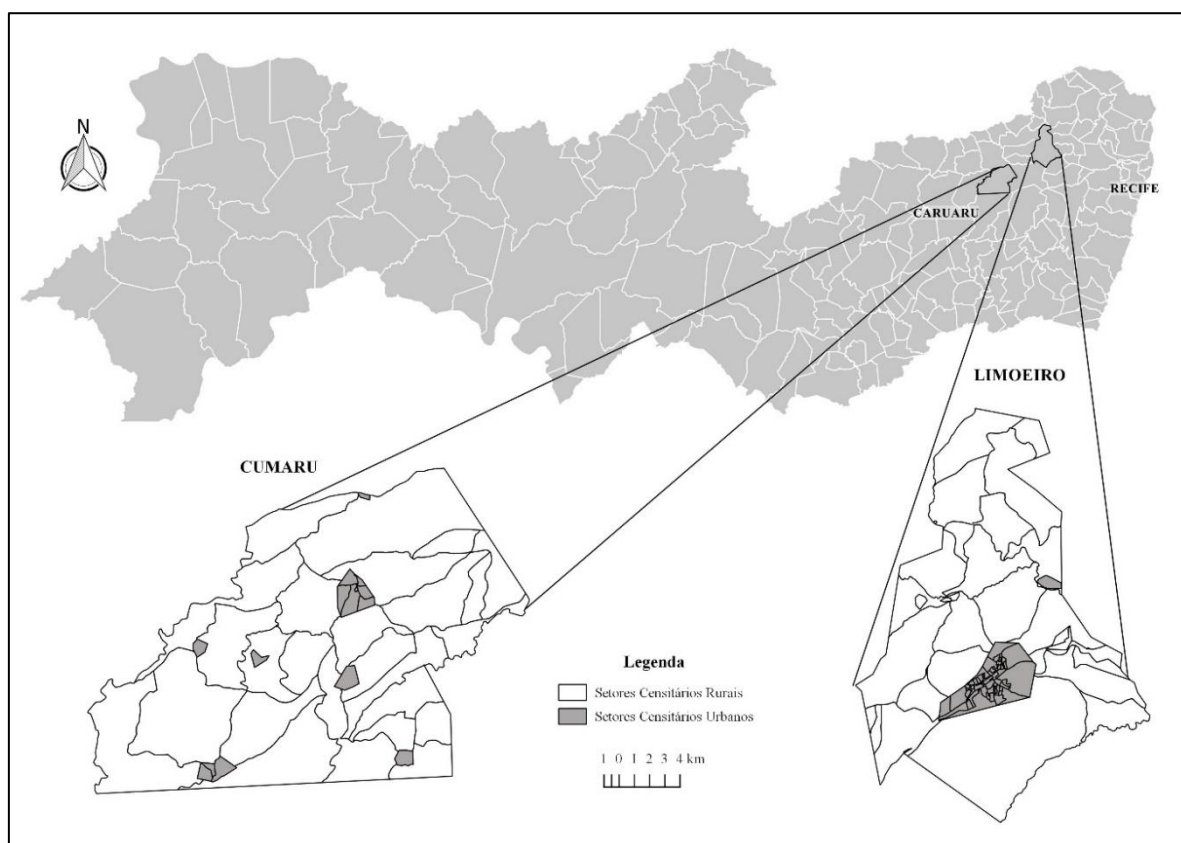
METODOLOGIA

Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa de natureza aplicada com objetivo exploratório. Do ponto de vista procedimental realizou-se um estudo de caso. Os procedimentos adotados basearam-se na revisão de literatura, nos trabalhos de campo e na realização de entrevistas semiestruturadas com usuários, profissionais da ESF nos territórios rurais e gestores de saúde dos municípios estudados. Foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática para compreensão e discussão das informações coletadas (MINAYO, 2014).

Os dois municípios estudados (Figura 1) localizam-se na Região de Desenvolvimento do Agreste Setentrional do estado de Pernambuco e apresentam padrões de ruralidade distintos

(ARAGÃO, 2017). A escolha desses territórios foi realizada mediante a classificação de tipologia espacial dos municípios realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), buscando verificar o impacto de diferentes ruralidades nas condições de acesso da população aos serviços prestados na APS.

Figura 1 – Localização de Limoeiro e Cumaru em Pernambuco, com destaque para os setores censitários dos municípios no ano de 2010



Fonte: IBGE (2010). Elaboração própria

Limoeiro destaca-se como um centro de zona capaz de articular as dinâmicas de circulação econômica da microrregião na qual se insere, possibilitando a integração entre a Região Metropolitana do Recife (RMR) e os municípios da parte norte do Agreste pernambucano. Este município apresenta dimensão territorial de 273,739 km², dividido entre áreas rurais e urbanas com predominância de setores censitários rurais (Figura 1). No entanto, a maior parte dos domicílios concentram-se na zona urbana, com 14.497 residências, enquanto na zona rural existem 1.721 domicílios espalhados por espaços que apresentam baixa densidade demográfica (IBGE, 2017; 2019).



Por sua vez, Cumaru é classificado na hierarquia urbana como um centro local. Na tipologia rural-urbana esse município é definido como rural adjacente, pois apresenta dependência dos serviços localizados nos centros de zona do entorno e possui distribuição dispersa da população pelo território. O território municipal possui extensão de 292,231 km², e os setores censitários predominantes são os rurais (Figura 1), com 50% das residências localizadas em espaços rurais e 50% na área urbana, que somadas abrigam 10.906 habitantes (IBGE, 2017; 2019).

Para a identificação das condições de acesso aos serviços de saúde nas áreas rurais do município de Limoeiro recorreu-se a trabalhos de campo apoiados por alguns atores-chaves do território, especialmente das localidades dos Sítios Pitombeira, Guia, Várzea, Pinto e Vila Urucuba. Em Cumaru, participaram alguns usuários e trabalhadores da APS do Sítio Cabaças, Gavião, Camarada, Vila Água Doce de Cima e Vila Poços. Essas localidades rurais situam-se em áreas distantes das sedes municipais e encontram-se em diferentes realidades socioespaciais nos municípios, pois são áreas que apresentam distribuição espacial das residências de maneira dispersa e estradas com condições de tráfego limitadas pela estrutura e tamanho, algumas delas impossibilitando a passagem de dois veículos de pequeno porte ao mesmo tempo.

Para compreender a realidade vivenciada pela população rural desses municípios no que tange o acesso aos serviços da APS foram realizadas entrevistas semiestruturadas durante os anos de 2019 a 2020 com alguns atores selecionados, que foram capazes de contribuir com informações sobre a conjuntura do acesso aos serviços de saúde pela população rural. O uso de elementos e informações empíricas obtidas através das narrativas e experiências dos entrevistados foram valorizados como elementos constitutivos dos resultados alcançados nesta pesquisa, tendo em vista que as aproximações teórico-metodológicas do senso comum à ciência podem resultar na compreensão mais aproximada das condições de vida das populações (ALVES, 2015).

Foram ouvidas 21 (vinte e uma) pessoas, que através de suas experiências como usuários, profissionais e gestores dos serviços da ESF identificaram os desafios apresentados das populações rurais no acesso aos serviços de saúde nos municípios de Cumaru e Limoeiro. No entanto, percebem-se algumas limitações na realização desta etapa da pesquisa, como a participação de apenas uma profissional de saúde em Cumaru, provocado pelo receio e não consentimento de participação nas entrevistas de profissionais de saúde do município. Bem como a participação de apenas uma integrante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Limoeiro, restringindo os dados a um número variado entre os municípios e atores participantes.



A realização dessas entrevistas ocorreu por meio de contato prévio entre o pesquisador e os entrevistados. Através de um diálogo inicial foram apresentadas as informações sobre a pesquisa, o objetivo e os principais assuntos que seriam tratados. Posteriormente, apresentou-se aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi devidamente assinado pelos participantes.

As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante consentimento dos participantes, através de gravador de voz portátil, bem como por meio do envio das respostas dos voluntários via e-mail. Posteriormente, as respostas foram transcritas sem a identificação dos entrevistados.

Após essa etapa, passou-se a fase de análise de conteúdo, baseada na modalidade temática para a organização e estruturação das comunicações realizadas pelos voluntários. Essa análise buscou sistematizar os procedimentos adotados na verificação das comunicações, objetivando a inferência de conhecimentos acerca das informações prestadas (MINAYO, 2014). Esse material foi organizado em quadros, divididos pelos tipos de participantes (FERREIRA et al. 2020), identificados pela abreviatura de Usuário da Atenção Básica (UAB); Profissional da Atenção Básica (PAB) e Gestor Municipal de Saúde (GMS) e números que diferencia cada voluntário.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os padrões éticos exigidos pela resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob parecer nº 3.222.439, expedido em 26 de março de 2019.

REFERENCIAL TEÓRICO

O rural, neste estudo, é compreendido como um espaço além do agricultável, com fontes de renda e comércio ligadas as atividades do setor primário, sendo apreendidos como lugares dinâmicos e pluriativos, com características espaciais e demográficas específicas (ARAÚJO; BEZERRA, 2017). No debate científico internacional há muito tempo foi superado o equívoco de se identificar a agropecuária com o rural. Diante dos fenômenos de pluriatividade e da intensificação de atividades não ligadas ao setor primário da economia, surgiu uma nova forma de compreensão dos espaços rurais, denominada de nova economia rural (VEIGA, 2004).



Os espaços não podem ser vistos como categorias a-histórica, uma vez que detêm direta correspondência com a trajetória da formação social brasileira. O rural brasileiro conserva heterogeneidade marcante, a qual se manifesta desde as diferentes escalas dos subespaços nacionais até as formas predominantes de propriedade de terra e de organização econômica e social. Diante do esvaziamento institucional que predomina nessas áreas, destaca-se a importância da elaboração e aplicação de uma referência para estes espaços, assim, como existe o estatuto das cidades, para os espaços urbanos (WNADERLEY; FAVARETO, 2013).

A população residente nos espaços rurais brasileiros enfrenta uma diversidade significativa de situações capazes de determinar as condições de saúde-doença. Estas situações caracterizam-se através da consolidação das condições socioespaciais e o desenvolvimento das práticas de vida presentes nas realidades do campo. Portanto, faz-se necessário a adequação das práticas profissionais dos trabalhadores em saúde à realidade dos territórios rurais (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Ocorrem diferentes modos de produção do espaço rural, que vão desde a pesca artesanal até a agricultura, o extrativismo, a mineração, expondo as PCFA a um conjunto de agravos específicos, que precisam ser conhecidos e cuidados pela APS. Tais grupos estão sendo atingidos pelos avanços do agronegócio através da agricultura agroquímica por meio das sementes híbridas, fertilizantes e agrotóxicos que são dispersados de forma assustadora sobre o campesinato brasileiro. Tais transformações resultam em doenças específicas das populações rurais, que requerem atenção privilegiada dos SUS (KREFTA, 2017).

As PCFA sofrem sobremaneira com as gastroenterites infecciosas e suas complicações. Estas doenças são as principais causas de internações, como reflexo das baixas condições higienistas dessa população. O acesso à água potável é um dos principais empecilhos enfrentados pela população rural brasileira (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017). Em torno de 72,2% da população rural brasileira utiliza água extraída diretamente de poços, cacimbas, açudes e barreiros, potencializando o uso da água sem o tratamento adequado e favorecendo o surgimento de enfermidades oriundas da falta do saneamento ambiental adequado (IBGE, 2015).

O SUS enquanto estratégia de saúde pública ainda não tem atendido às necessidades das PCFA. “O acesso à saúde rural passa por um grande desafio que é a superação das distâncias para garantir atenção à saúde, que coloca em cena outro componente que é a atenção domiciliar.” (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018. p. 308). O acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em espaços rurais ultrapassa a existência de UBS nos territórios. Para se



alcançar o acesso a saúde das populações rurais é necessário fortalecer as ESF, por meio de visitas periódicas das equipes de saúde às residências, reduzindo assim as barreiras de acesso geográfico (SOARES et al., 2017).

Tendo em vista a necessidade de uma cobertura universal e equânime da APS no Brasil a população rural brasileira necessita ser considerada como um grupo prioritário nas ações de promoção a saúde. O reconhecimento deste grupo como prioritário nas ações de controle, prevenção e promoção da saúde necessita ser pautado pelo reconhecimento do espaço rural como um território com dinâmica própria, organizado por meio de elementos culturais e econômicos capazes de interferir nas condições de saúde dos habitantes (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As populações rurais dos municípios de Limoeiro e Cumaru enfrentam dificuldades que interferem nas condições de acesso aos serviços da ESF disponíveis nos espaços rurais desses territórios. Os principais desafios enfrentados pela população rural para alcançar os serviços da APS estão nas condições de locomoção e nas grandes distâncias que necessitam ser percorridas para os serviços de saúde (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

As condições do acesso apresentam consequências no uso e na disponibilidade aos serviços da ESF utilizadas pela população nos diferentes municípios (Quadro 1). Os participantes desta pesquisa forneceram informações que refletem as características do tipo de espaço rural predominante nos municípios, desde os pequenos aglomerados populacionais aos domicílios dispersos pelo território, geralmente interligados por estradas vicinais, algumas vezes construídas exclusivamente para dar acesso às residências.

Quadro 1 – Análise Temática de Conteúdo dos Usuários da Atenção Primária em Saúde dos Municípios de Limoeiro-PE e Cumaru-PE em 2020

NÚCLEO DE SENTIDO	TEMAS						SÍNTESES HORIZONTAIS
	Doenças	Serviços de Saúde em Espaço Rural			Condições de acesso aos serviços de saúde em espaço rural		
	Doença Crônica	Utilização dos Serviços de Saúde	Serviços dos ACS	Serviços de Saúde no espaço Rural	Dificuldades de acesso	Alternativas para superar as dificuldades de acesso de saúde	
UAB 1	Não possui	Uso mensal da APS	Visitas mensais na residência.	Uma ambulância para emergências, um posto de saúde e a USF	Custos com transportes	Medicina Popular	Os serviços da ESF não diminuem as dificuldades de acesso



UAB 2	Não possui	Uso mensal da APS	Visitas anuais para atualizar o cadastro	Uma ambulância para emergências.	Custos com transportes	Apoio de um ACS de outra área	A ausência do ACS provoca dificuldades no acesso a ESF
UAB 3	Não possui	Em casos de emergência	Visitas mensais na residência.	Posto de Saúde que atende uma vez por semana.	Locomoção e superlotação dos serviços.	Uso de transportes pagos	A presença da ESF não diminui as dificuldades de acesso.
UAB 4	Não possui	Uso semanal da ESF para controle de doenças.	Visitas mensais na residência.	Existência da USF na área rural	Ausência de dificuldades	Uso de transportes pagos	Os pagamentos para transportes não geram dificuldades de acesso.
UAB 5	Hipertensão	Uso semanal na USF e periódico de especialidades na RMR.	Visitas mensais na residência.	Disponibilidade e de uma ambulância para emergências	Locomoção da população idosa até a USF	Uso de transportes pagos	A população idosa apresenta maiores dificuldades de locomoção
UAB 6	Não Possui	Uso mensal da APS	Visitas mensais na residência.	As especialidades são marcadas pela SMS	Problemas de locomoção	Uso de transportes pagos e solicitação de favores	As principais dificuldades de locomoção
UAB 7	Não possui	Uso em casos de emergência	Não existe mais na zona rural	Não existem serviços de saúde no sítio	Locomoção e a falta do ACS	Uso de transportes pagos, da água de poços e automedicação.	Pouca utilização da ESF, mas reconhece a necessidade do ACS na comunidade rural
UAB 8	Câncer de Pele	Uso mensal dos serviços complexos fora do município.	Não existe mais no sítio	Existência de médicos na UBS	Diminuição das dificuldades	Automedicação e uso de motos e carros de familiares	Apesar da ausência do ACS os serviços na UBS estão melhores
UAB 9	Hipertensão	Uso apenas quando o médico vai a zona rural.	Não existe mais no sítio	Há uma ambulância da cidade para emergências	Locomoção e falta do ACS.	Uso de transportes pagos e recebimento de medicações por terceiros.	Os serviços da ESF são eventuais com características precárias
UAB 10	Não Possui	Uso anual dos serviços da APS.	Não é visitada	Um PSF com atendimentos semanais	Locomoção e falta de medicamentos	Uso de transportes pagos e de recursos da medicina popular.	Ausência de serviços no PSF causa dificuldades de locomoção.
UAB 11	Não possui	Uso anual dos serviços da APS.	Visitas mensais na residência.	Um prédio na zona rural que já foi um PSF, mas não está em funcionamento	Dificuldades de Locomoção	Procura de serviços da APS em municípios vizinhos e de transportes com vereadores.	A falta do ACS e dos serviços da APS, provoca deslocamentos para outros municípios
UAB 12	Não possui	Uso mensal dos serviços da APS.	Visitas mensais na residência.	O prédio de uma UBS fechado	Falta de Transportes e ausência de serviços básicos no município	Marcações dos serviços especializados na SMS	A ausência de serviços da APS na zona rural dificulta o acesso da população
UAB 13	Hipertensão	Uso mensal dos serviços da APS.	Visitas mensais na residência.	Um PSF com atendimento semanal e um carro do hospital da cidade para emergências.	Locomoção e a alta demanda da população	Uso de transportes particulares, ou pagos, a medicina popular e da automedicação	Apesar de utilizar regularmente, os serviços apresentam falhas de organização e execução
Síntese Vertical	Boa parte não	A maior parte dos	Visitas domiciliares	Estratégias que buscam a	Problemas de distância aos	Utilizam transportes pagos,	A população rural apresenta



	possui doenças crônicas	voluntários utilizam os serviços de saúde da APS.	dos ACS em quase todas as famílias entrevistadas.	oferta da ESF, nos espaços rurais.	serviços e transportes	automedicação e medicina popular	dificuldades de acesso provocadas pelas condições de locomoção e a ausência de serviços da ESF na área rural
							SÍNTESE GERAL

Fonte: Elaboração própria

As dificuldades de locomoção e a necessidade de recursos financeiros para acessarem os transportes e assim chegarem aos estabelecimentos de saúde foram destacadas de forma mais frequente entre os usuários participantes desta pesquisa. Para a UAB 6, em algumas áreas rurais do município de Limoeiro as dificuldades intensificaram-se pelas condições das estradas, tornando-as áreas remotas. Já a UAB 5 considerou o agravamento das dificuldades para a população idosa das zonas rurais desta localidade, tendo em vista as limitações de locomoção provocadas por algumas doenças e a falta de assistência dos transportes da prefeitura. Entre as dimensões do acesso, a localização geográfica dos estabelecimentos de saúde é uma das principais condições que impacta na tomada de decisão da população para acessar os serviços de saúde (GENE; JAVIER; BERROCAL, 2017).

Para os UAB 2, 7, 8, 9, 10 e 11, a percepção em relação ao trabalho do ACS é diversificada, com opiniões negativas em relação a baixa frequência de visitação ou mesmo a ausência deste profissional no território. Entretanto, o papel dos ACS nas áreas rurais dos municípios é primordial, uma vez que muitas famílias dependem unicamente desse serviço para acessarem os cuidados básicos de saúde (RUCKERT; CUNHA; MODENA, 2018). A UAB 2 afirmou que busca superar essa ausência pedindo apoio a outro ACS que não é responsável pelo território da sua residência, mas auxilia nas informações sobre os atendimentos e no fornecimento das medicações.

Aqui não temos mais nenhum Agente de Saúde e isso é um problema, porque antes entregavam aqueles cloros pra colocar na água, sabemos que a água que a gente consome muitas vezes não é tratada, hoje, eu acho que só indo até o posto para conseguir o cloro, eles já não passam mais nas casas entregando. Isso é um problema, porque muitas vezes as pessoas também nem ligam de ir pegar no Posto de Água Doce de cima, que é o PSF mais próximo daqui (UAB 7).

Já no Município de Cumaru, a maioria dos usuários afirmaram não existir acompanhamento de um ACS em suas residências. Esse é um fator negativo, pois os ACS desenvolvem o trabalho de base essencial para a manutenção das condições saudáveis da população, em especial os residentes em espaços rurais, haja vista as dificuldades enfrentadas



para se locomoverem até os estabelecimentos de saúde. A APS, assim como a Vigilância em Saúde apresentam importância singular para garantir o monitoramento das condições sanitárias dos territórios (BEZERRA; BITOUN, 2017).

O GMS 3 destacou a ausência de serviços básicos nos espaços rurais como os relacionados ao saneamento ambiental, que é agravado pelo uso de água sem tratamento correto. O UAB 7 apresentou informações referentes à uma estratégia de superação dessa dificuldade no município de Cumaru, representada pela distribuição de produtos químicos que buscam amenizar os impactos do uso da água sem o tratamento adequado. No entanto, como existiam áreas sem acompanhamento do ACS, a população estava vulnerável às enfermidades pela falta de assistência domiciliar.

Na superação dos problemas identificados pela população rural dos dois municípios evidenciou-se o pagamento pelos transportes informais, como as “lotações”, que muitas vezes proporcionam riscos aos próprios usuários devido às condições de tráfego nas estradas e a superlotação dos veículos. Somando-se a essa situação, a maioria dos participantes afirmaram realizar uso de automedicação e das alternativas fitoterápicas, que são práticas comuns em áreas rurais, justificadas pelas dificuldades enfrentadas na busca pelos serviços da APS e por questões de ordem cultural (RUCKERT; CUNHA; MODENA, 2018).

Com relação a conjuntura dos serviços públicos de saúde ofertados à população rural do município de Limoeiro verificou-se a existência de ambulâncias localizadas nas áreas rurais para os casos de urgências. Também se constatou uma sistemática de marcações pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para os serviços de média e alta complexidade, reduzindo o número de viagens dos usuários até a área urbana. Além disso, existe a oferta de um transporte para os tratamentos na capital do Estado, Recife. No entanto, ainda persistiam as dificuldades organizacionais das ações e estratégias adotadas pela SMS, como a falta de distribuição de medicamentos nas USF e pelos ACS, além da ausência de uma estratégia que busque amenizar os impactos provocados pelas distâncias que necessitam ser percorridas pela população rural das localidades mais remotas.

Os serviços de saúde disponíveis na zona rural desse município estavam organizados através da ESF e do NASF a partir das demandas de cada comunidade rural, contando com a estrutura de postos de apoio, que são estabelecimentos com menor dimensão e capacidade de oferta dos serviços, uma vez que serve como uma Unidade de Apoio da USF, atendendo a população duas vezes por semana.

No que tange a disponibilidade dos serviços públicos oferecidos à população rural do município de Cumaru, destacaram-se a existência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e



Postos de Saúde da Família (PSF) que dispunham de atendimento médico semanalmente, enfermeiras e os demais profissionais da APS. Através dos tipos de estabelecimentos disponíveis nas áreas rurais estudadas percebe-se uma ação mais efetiva do município de Limoeiro em implantar a ESF nas áreas rurais, ao contrário de Cumaru, que mantém o modelo assistencial curativo e não apresenta as condições integrais para o cuidado e tratamento de saúde na área rural (PINTO; GIOVANELLA, 2018), mesmo sendo um município classificado como predominantemente rural (IBGE, 2017).

A UAB 8 destacou o serviço de transportes para emergências, mediante ligação telefônica para a Unidade Mista na sede urbana de Cumaru, que se desloca até a zona rural. A UAB 9 corroborou com essa informação destacando a existência de um automóvel da SMS que deveria ficar na área rural para os atendimentos de emergência, porém esse transporte nunca ficou na UBS, e sempre que se faz necessário a população aguarda o socorro chegar da cidade para deslocar-se de volta até a sede do município e assim iniciar o atendimento das urgências.

De outra forma, foi relatado pelas UAB 11 e UAB 12 a existência de prédios, em zonas rurais de Cumaru, antes utilizados como estabelecimento de saúde e que até a data da coleta de dados desta pesquisa encontravam-se fechados. O GMS 3 confirmou a existência de postos de saúde que se encontravam em reforma, alguns inclusive com obras já concluídas, aguardando apenas a inauguração. No entanto, constatou-se a existência de 7 (sete) estabelecimentos de saúde localizados na zona rural do município desativados (CNES, 2019).

O problema do distanciamento geográfico é superado pelo uso de transportes alternativos, ou aluguel de veículos, que em ambos os casos requerem gastos financeiros por parte dos usuários. Também foi descrito por uma das usuárias, práticas de apadrinhamento político para conseguir acessar os serviços públicos de saúde.

Não acontece comigo, mas outras pessoas daqui da comunidade procuram vereadores que vem com carro próprio pegar essas pessoas e levam ao serviço de saúde. Quando precisamos ser encaminhados do município pra outro lugar geralmente tem transporte da prefeitura, mas mediado por algum vereador, eles mandam o transporte até aqui e depois tem outro que leva até o Recife ou Caruaru, mas sempre tem um vereador de frente (UAB 11).

A UAB 11 destacou a existência de veículos da prefeitura municipal para realizar o transporte dos pacientes para outros municípios, no entanto, a marcação dos tratamentos e a disponibilidade desses serviços são alcançados pela população através de autoridades legislativas públicas que deveriam planejar, organizar e fiscalizar os serviços da prefeitura municipal e não usufruir de sua autoridade para barganhas políticas, através da prestação de



favores para suprir as dificuldades enfrentadas pela população. O uso de trocas políticas para conseguir vantagens de acesso aos serviços públicos de saúde é uma estratégia que inviabiliza a distribuição dos equipamentos e tratamentos de saúde de maneira universal e igualitária, estas diretrizes estruturantes do SUS são negligenciadas quando práticas como as relatadas interferem no funcionamento adequado do fazer público em saúde (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Como os serviços da ESF não são realizados de maneira adequada, a população rural das áreas limítrofes busca acessar os serviços públicos de outras localidades vizinhas a Cumaru. Na porção oeste do município, onde localiza-se o Sítio Gavião, que faz fronteira com o território do município pernambucano de Riacho das Almas, a UAB 11 relatou que a população residente nesta área procura os serviços de saúde no município vizinho, devido à proximidade geográfica e a disponibilidade maior de equipamentos de saúde.

Nos espaços rurais de Limoeiro os profissionais de saúde desenvolvem estratégias para amenizar as dificuldades enfrentadas pelos usuários visando garantir as condições de acesso da população aos serviços, fator que também é desenvolvido pelos trabalhadores de Cumaru (Quadro 2). Os profissionais que trabalham na APS desempenham um papel primordial para a garantia dos serviços de saúde à população. Estes são responsáveis pelo acolhimento no sistema e o tratamento das doenças, a partir das condições disponibilizadas pela equipe de gestão dos serviços (PITILIN; LENTSCK, 2015).

Quadro 2 – Análise Temática de Conteúdo dos Profissionais da Saúde em Espaços rurais e da Gestão em Saúde dos municípios de Limoeiro-PE e Cumaru-PE em 2020

NÚCLEOS DE SENTIDO	TEMAS						SÍNTESE HORIZONTAL
	Local de Trabalho		Acesso da População Rural aos Serviços de Saúde				
	Residência	Área de Atendimento	Atendimento e Serviços de Saúde	Dificuldades de acesso	Esforços contra as dificuldades	Ações dos Governos para amenizar as dificuldades	
PAB 1	Sítio próximo	A população da área da USF bem como os demais fora da área.	Imunização; Consulta com profissionais variados, inclusive especialistas.	Falta de serviços mais complexos no espaço rural	Atua indicando os serviços para a população.	Organização das marcações sem necessidade de locomoção da população para a SMS.	Os serviços prestados à população não são suficientes quantitativamente.
PAB 2	Reside na Comunidade rural em que trabalha	A população da área da USF.	Visitas Domiciliares; Vacinação; Acompanhamento de grupos de risco; atendimento da equipe da ESF e do NASF.	Necessidade de aumentar a oferta de serviços e a falta de transportes.	Os ACS buscam os ônibus das escolas para transportar até a USF.	Existência de uma ambulância a disposição da população rural	As distâncias e a falta de profissionais permanecem como um empecilho no acesso da população rural.
PAB 3	Não reside na	Área urbana e em nas	Atendimento dos profissionais da	Dificuldade de	Visitas domiciliares,	Ausência de ações	Dificuldade de locomoção para



	comunidade rural.	localidades rurais.	ESF e do NASF, Na USF e nos PSF.	transportes, necessitando pagamentos	e a divulgação dos serviços pelos ACS.	relacionadas aos problemas de transportes.	chegar até o estabelecimento de saúde rural.
PAB 4	Reside na área urbana.	A população da área da USF	Os profissionais da ESF; Vacinações; curativos; medição de pressão; a prevenção e acompanhamento. E os profissionais do NASF.	Dificuldades de locomoção	Ampliação do número de tratamentos diários por pacientes.	Oferta de um ônibus para os pacientes que precisam ir até o Recife.	Apesar da dificuldade de locomoção da população rural o município oferece transporte para os serviços de alta complexidade
PAB 5	Reside na área urbana	Áreas próximas da UBS.	Visitas domiciliares, atendimento médico, psiquiátrico e distribuição de remédios.	Pagamento de transportes para a UBS ou Unidade Mista.	Orientação aos pacientes sobre os serviços da UBS	Disponibiliza médicos e enfermeiras na zona rural.	A UBS atende áreas rurais além da que está localizada, e a população necessita pagar transportes.
GMS1	*	*	A ESF como estratégia específica voltada para a população rural.	*	*	As UBS atendem um dia a mais na semana, no sábado.	A ESF garante os serviços à população rural.
GMS 2	*	Existência de 6 UBS que atendem a população urbana e rural do município.	Equipes da ABS, do PACS e do NASF, além dos atendimentos domiciliares e dos transportes.	Falta de ações voltadas para a população rural	O problema de resistência ao modelo preventivo de saúde, ocasionado pela falta de educação e informação.	Disponibilidade de transportes nas áreas rurais, e para Recife ou Caruaru, além da abertura de novos PSF.	Necessidade de ações voltadas para o contexto da população rural.
GMS 3	*	4 UBS e 3 PSF, além de mais 3 para serem reabertos.	As equipes da ABS e nas áreas descobertas atuam o PACS, e o projeto Saúde Itinerante, com as equipes da ABS e do NASF mensalmente	Há necessidade de mais UBS e PSF distribuídos pela zona rural.	As distâncias que são percorridas para chegar as UBS e/ou PSF e a falta de saneamento ambiental.	A estratégia de promoção da saúde, através de orientações pelos ACS e a distribuição de suplementos para tratamento de água e dos serviços da ABS.	Dificuldade de locomoção da população, que é suprimida pelas visitas domiciliares dos profissionais da ESF.
Síntese Vertical	A maioria dos profissionais não residem no espaço rural em que trabalham.	A área atendida é maior do que a estipulada territorialmente para as USF.	As áreas rurais dispõem dos serviços da ESF e do NASF.	A dificuldade de locomoção destaca-se entre as demais limitações.	Utilizam recursos variados e criativos para superar os desafios.	A SMS busca amenizar as dificuldades da população na maioria das vezes.	As condições dos transportes e das estradas são empecilhos no acesso a saúde pela população rural.

SÍNTESE GERAL

* Informação não consultada, pois a estrutura das entrevistas alterou-se de acordo com a função dos participantes ou o participante absteve-se da resposta.

Fonte: Elaboração Própria

Os profissionais e a gestão dos serviços públicos de saúde no município de Limoeiro apresentaram conhecimento acerca das dificuldades específicas enfrentadas pelas populações rurais. Muitos profissionais da USF Virgílio Lapenda destacaram o uso de alternativas criativas



para auxiliar a população na diminuição dos impactos causados pelo distanciamento locacional entre os estabelecimentos e as residências, bem como a ausência de serviços em alguns territórios. O NASF é utilizado na prestação continuada dos serviços de saúde no município, sendo responsável por suprir a falta de algumas especialidades básicas na USF.

Somos do NASF, que é o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, uma vez por mês ou de quinze em quinze dias dependendo da demanda da população, os profissionais como farmacêutico, assistente social, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e o educador físico vem para unidade (PAB 3).

A PAB 3 identificou que os diversos profissionais buscam implementar as práticas desenvolvidas na USF e auxiliar os usuários com atendimentos nas residências e nas unidades de saúde amenizando os impactos do distanciamento locacional comum nos territórios rurais. Por meio de atendimentos mais próximos e com especialistas que buscam diminuir os agravos de saúde na população as equipes do NASF da SMS de Limoeiro busca desenvolver suas atividades.

As PAB 2 e PAB 4 identificaram a necessidade de recursos financeiros para arcar com os custos de transporte como uma dificuldade marcante para que os indivíduos cheguem aos serviços de saúde da APS. A PAB 2 destacou que muitas vezes os ACS da zona rural de Limoeiro buscam apoio dos motoristas de ônibus escolares, para que os usuários com maiores dificuldades financeiras e de locomoção possam acessar os serviços oferecidos nos estabelecimentos rurais. Percebe-se assim, uma tática de adaptação a ausência de transportes públicos desenvolvida pelos trabalhadores da ESF do município de Limoeiro.

As questões de deslocamento dos profissionais de saúde pelo território também é um fator importante na concepção do acesso. A disponibilidade de transportes para as equipes da ESF realizarem o trabalho nos territórios rurais torna-se uma dificuldade que interfere na qualidade do acesso da população. Para a PAB 2 existem problemas de atraso ou até mesmo a falta de veículos para que os profissionais possam chegar até a população na zona rural de Limoeiro.

A GMS 1 destacou a necessidade de uma estratégia de saúde específica voltada para a população rural. Mesmo dispondo da ESF e do NASF no município de Limoeiro, as condições específicas dos habitantes das zonas rurais necessitam ser enfrentadas com medidas que busquem amenizar os impactos do distanciamento geográfico e da falta de recursos econômicos suficientes. As PCFA sofrem demasiadamente devido à falta de estratégias locais elaboradas



pelas gestões municipais e estaduais para que garantam os serviços da ESF às populações rurais respeitando suas condições socioeconômicas e culturais (OLIVEIRA et al. 2015).

Os profissionais de saúde do município de Cumaru que atuavam nos espaços rurais realizam suas atividades dentro dos limites territoriais estabelecidos pelas microrregiões que formam as USF, sediadas por uma UBS e os Postos de Saúde. A PAB 5 afirmou trabalhar em comunidades rurais próximas da UBS, mas residia na área urbana do município. Dentre as atividades destacadas pela profissional são realizadas as visitas domiciliares pelos ACS e a equipe de médicos e enfermeiros que realizam visitas periódicas aos pacientes com doenças crônicas, além do atendimento na UBS da comunidade Água Doce de Cima, onde localiza-se a sede de uma das USF. Neste estabelecimento são realizadas consultas semanais e o desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção da saúde, voltadas para os aspectos curativos das doenças (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Corroborando com as informações prestadas pelos usuários participantes deste estudo, a PAB 5 destacou como principal empecilho para a população rural chegar aos serviços de saúde, a necessidade de pagamentos para utilização de transportes que levam a população para a UBS ou a Unidade Mista na sede urbana da localidade. As condições socioeconômicas dos indivíduos destacaram-se como um dos fatores preponderantes na definição dos determinantes sociais da saúde. Ao utilizar a determinação social como modelo de compreensão crítica dos sistemas de saúde percebe-se que o acesso da população depende de fatores referentes aos indivíduos e à sociedade organizada através do Estado, que deve garantir as condições essenciais de acesso e cuidado à saúde (BREILH, 2013).

Para o GMS 2 e o GMS 3, o aspecto cultural também interfere nas condições de acesso dos residentes em espaços rurais provocando o distanciamento das práticas de promoção e prevenção em saúde. Assim, persiste o modelo de busca dos serviços de saúde para os tratamentos curativos e não para a prevenção e promoção.

Além das dificuldades de locomoção, destacam-se a resistência que persiste na população baseada no modelo curativo de saúde, então a implantação das estratégias de prevenção e promoção sofrem empecilhos. Estas práticas são consequências da falta de informação e educação com relação aos serviços prestados no município (GMS 2).

A resistência dessa parcela da população em buscar os serviços de saúde para os tratamentos menos complexos resulta na necessidade da oferta de serviços de média e alta complexidade que não são ofertados no município, provocando assim deslocamentos maiores para localidades que oferecem esses serviços. As transformações ocorridas nos espaços rurais



brasileiros provocadas pela exacerbação do modelo capitalista de produção proporcionaram um estilo de vida predador na população rural, impulsionando práticas que negligenciam os cuidados essenciais à vida dos indivíduos, como o uso de agrotóxicos ou os modelos de trabalho por arrendamento de terras e assalariamento, nos quais a população utiliza o espaço de terceiros mediante pagamento pelo uso das terras, impedindo que as pessoas busquem os serviços em situações menos graves por priorizarem o trabalho no campo (RIGOTTO et al. 2012)

A ausência de acompanhamento domiciliar realizado pelos ACS nas áreas rurais de Cumaru intensifica as dificuldades enfrentadas pelos usuários na busca pelos serviços públicos de saúde. Tal situação representa uma contradição entre os usuários e a gestão municipal de saúde que afirmou possuir 100% (cem por cento) de cobertura do território municipal por meio das ações da APS e do NASF. As condições de educação da população rural interferem no acesso destes aos serviços de saúde, o baixo nível de alfabetização dos indivíduos habitantes dos espaços rurais é considerado um obstáculo no acesso aos serviços de saúde disponíveis (ASSIS; JESUS, 2012). Na busca de superação dessa problemática o trabalho dos ACS torna-se essencial devido a possibilidade de divulgação das informações de saúde e articulação entre os usuários e os serviços (BEZERRA; BITOUN, 2017).

O GMS 3 destacou uma estratégia desenvolvida para superar a falta de assistência da APS em algumas áreas rurais do município, que foi denominada de Saúde Itinerante. Esta ação foi desenvolvida em áreas descobertas do território, proporcionando a visita mensal de toda a equipe da ESF e do NASF. O gestor ainda afirmou que a equipe do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é responsável por atender as áreas descobertas, porém como são espaços dispersos o trabalho do ACS torna-se inviável. É perceptível o esforço da SMS de Cumaru na realização de atividades que busquem amenizar os impactos do distanciamento locacional dos residentes em espaços rurais através de ações pontuais, que não solucionam definitivamente os problemas, mas proporcionam atenção periódica.

Verificou-se que os municípios estão em fases diferentes de implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no âmbito da APS. Em Limoeiro existem estratégias de atenção à saúde baseadas na legislação que estabelece as diretrizes para a concretização de uma assistência integral por meio da ESF (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Enquanto em Cumaru, a estratégia de assistência em saúde permanece baseada no modelo anterior a implantação da ESF. O fato de ser um município com características mais rurais não justifica esse atraso na implementação de um modelo que apresenta resultados importantes em vários outros municípios do estado e do país (PITILIN; LENTSCK, 2015).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diretrizes da PNSIPCFA não são consideradas efetivamente no planejamento e desenvolvimento das ações nos municípios estudados. Portanto, faz-se necessária a divulgação e fiscalização por parte dos diferentes atores sociais, conforme as condições estabelecidas na PNSIPCFA, bem como o interesse por parte dos administradores públicos em aplicar a política em seus territórios. Numa perspectiva de justiça social, o princípio da equidade do SUS deve ser objetivado a partir do enfrentamento das dificuldades e demandas variadas em consequência da heterogeneidade das realidades vivenciadas pelas populações.

Os habitantes dos espaços rurais dos municípios de Limoeiro e Cumaru apresentam dificuldades de acesso representadas pela disposição geográfica dos estabelecimentos de saúde no território municipal, pela falta de cobertura adequada da APS, pela frágil política de mobilidade e custeio dos transportes, pela falta de medicamentos e ainda por percorrerem longas distâncias para acessar os serviços da ESF, concentrados em USF e demais estabelecimentos. Esses empecilhos devem ser considerados na elaboração das políticas municipais e estaduais de saúde para garantir condições básicas na entrada do sistema de atendimento de saúde.

A busca pela integração entre os diversos atores responsáveis pelo SUS nos municípios, estados e na federação necessitam atuar de maneira conjunta. Dessa maneira, as políticas públicas de saúde poderão ser guiadas no sentido da universalidade e da equidade necessárias para que o acesso aos serviços básicos seja garantido de maneira eficaz. Assim, as populações rurais necessitam ser inseridas nas políticas públicas de saúde por meio das especificidades determinadas pelo tipo de espaço em que residem e trabalham com o objetivo de assegurar as condições de saúde estabelecidas na PNSIPCFA.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. **Filosofia da ciência**: introdução ao jogo e a suas regras. 19 ed. São Paulo: edições Loyola, 2015.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 2865-2875, 2012.

ARAGÃO, J.P.G.V. **Uso e ocupação das margens do rio Capibaribe**: vulnerabilidades socioambientais em áreas urbanas. 2017. Tese (Doutorado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) – Centro de Filosofia e Ciência Humanas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017. 294p.



ARAÚJO, T. B.; BEZERRA, M. L. Introdução. In: MIRANDA, C.(org.) **Tipologia Regionalizada dos Espaços Rurais Brasileiros: implicações no marco jurídico e nas políticas públicas**. Brasília: IICA, 2017 (Série Desenvolvimento Rural Sustentável; v. 22). pp. 29-36.

BEZERRA, A.C.V.; BITOUN, J. Metodologia participativa como instrumento para a territorialização das ações da Vigilância em Saúde Ambiental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3259-3268, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172210.17722017

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria nº 2.866/2011. **Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**. Brasília: MS, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. **Altera a Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta**. Brasília: MS, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v. 31, n.1, p. 13-27, 2013.

CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Estabelecimentos de Saúde** [acessado 2019 Jul 12] Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. In **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 22, n. 4. [S.I.]. 2017. pp.1225-1234.

GENE, H.; JAVIER, F.; BERROCAL, R.C. Accesibilidad física de la población a servicios de salud pública en San Pelayo y Cereté, Córdoba, Colombia, año 2015. **Perspectiva Geográfica**, v. 22, n. 2, p. 67-84, 2017.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013** [internet]. 2015. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. [acesso em 2019 jul 25]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>.

_____. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE/Coordenação de Geografia, 2017.

_____. **Estimativas populacionais dos municípios em 2019**: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579>.

KREFTA, N.M. A Construção da PNSIPCFA e do Obteia. In.: CARNEIRO, F.F.; PESSOA, V.M.; TEIXEIRA, A.C.A. (Org.) **Campo, Florestas e Águas: Práticas e saberes em saúde**. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 2017. pp. 56-58.



MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

OLIVEIRA, E.M.D.; FELIPE, E.A.; SANTANA, H.D.S.; ROCHA, I.H.; MAGNABOSCO, P.; FIGUEIREDO M.A.D.C. Determinantes sócio-históricos do cuidado na Estratégia Saúde da Família: a perspectiva de usuários da área rural. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 901-913, 2015. Available from: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2015.v24n3/901-913/>

PESSOA, V.M.; ALMEIDA, M.M.; CARNEIRO, F.F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, 42 (1): 2018. pp. 302-314.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>

PITILIN, E.B.; LENTSCK, M.H. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 49, n. 5, pp.726-732, 2015. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500003>.

RIGOTTO, R.M.; CARNEIRO, F.F.; MARINHO, A.M.C.P.; ROCHA, M.M.; FERREIRA, M.J.M.; PESSOA, V.M.; TEIXEIRA, A.C.A.; SILVA, M.L.V.; BRAGA, L.Q.V.; TEIXEIRA, M.M. O verde da economia no campo: desafios à pesquisa e às políticas públicas para a promoção da saúde no avanço da modernização agrícola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1533-1542, 2012.

RUCKERT, B.; CUNHA, D.M.; MODENA, C.M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu-SP, v. 22, n.66, p. 1-12, 2018. Available from: DOI: 10.1590/1807-57622017.0449.

SOARES, R.A.S.; MORAES, R.M.; PESSOA, V.M.P.; CARNEIRO, F.F.; VIANNA, R.P.T. A invisibilidade da população do campo, da floresta e das águas no Brasil: desafio para os sistemas de informações em saúde. In: CARNEIRO, F.F.; PESSOA, V.M.; TEIXEIRA, A.C.A. (Org.) **Campo, Florestas e Águas**: Práticas e saberes em saúde. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 2017. pp. 56-58.

VEIGA, J.E. A dimensão rural do Brasil. **Estudos Sociedade e Agricultura**. v. 12, n. 1, pp. 71-94. 2004.

WANDERLEY, M.N.B.; FAVARETO, A. A singularidade do rural brasileiro: implicações para as tipologias territoriais e a elaboração de políticas públicas. In: MIRANDA C. (org.) **Concepções da ruralidade contemporânea**: as singularidades brasileiras. Brasília: IICA, p. 413-473, 2013