



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**



EDINARA FERNANDA DE JESUS COSTA

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: uma abordagem sobre o acesso
dos usuários à atenção primária na zona rural do município de
Monsenhor Hipólito/PI

São Cristóvão/SE
2021

EDINARA FERNANDA DE JESUS COSTA

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: uma abordagem sobre o acesso
dos usuários à atenção primária na zona rural do município de
Monsenhor Hipólito/PI

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade
Federal de Sergipe, como exigência para a obtenção do
título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Nelmiere Ferreira da Silva.

São Cristóvão/SE
2021

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

C837p Costa, Edinara Fernanda de Jesus
Política pública de saúde : uma abordagem sobre o acesso dos
usuários à atenção primária na zona rural do município de
Monsenhor Hipólito/PI / Edinara Fernanda de Jesus Costa ;
orientadora Nelmires Ferreira da Silva. – São Cristóvão, SE, 2021.
218 f. : il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade
Federal de Sergipe, 2021.

1. Política de saúde. 2. Serviço social. 3. Acesso aos serviços
de saúde – Monsenhor Hipólito (PI). 4. Sistema Único de Saúde
(Brasil). Unidade de Atenção Primária à Saúde. I. Silva, Nelmires
Ferreira da, orient. II. Título.

CDU 364.2:61(812.2)

EDINARA FERNANDA DE JESUS COSTA

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: uma abordagem sobre o acesso dos usuários à atenção primária na zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Sergipe, como exigência para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Dra. Nelmiros Ferreira da Silva.

Aprovada em: 13/12/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Nelmiros Ferreira da Silva
(Orientadora - UFS)

Prof. Dr. Josefa Lusitânia de Jesus Borges
(Examinadora Externa - IPS/UFBA)

Prof. Dr. Marcelo Luciano Vieira
(Examinador Externo - DSS/PUC-RJ)

Prof. Dr. Vânia Carvalho Santos
(Examinadora Interna Suplente - UFS)

Para **Edinalva**, a quem certamente deseja e
sonha junto comigo!

AGRADECIMENTOS

Eu tenho em mim, na minha alma, algo gravado, marcado e que talvez seja até divino, algo que algumas pessoas saibam. Para muitos seria algo fútil, ou talvez irrelevante, mas para mim é algo que faz parte do meu ser, da minha personalidade e uma das minhas grandes paixões: o amor pelos livros. São histórias narradas por outras pessoas, de romance, de fantasia, de suspense, mas que sempre contam começos, recomeços, sentimentos e sonhos. Descrevem ciclos, que têm início, meio e fim de pessoas que desejam e sonham com algo grandioso. Existem duas frases que se conectam e complementam de um desses livros, que por sinal é o meu favorito entre todos que já li, o qual me marcou muito e que levo como um mantra na minha vida: “**Às pessoas que olham as estrelas e desejam, Rhys**”, “**Às estrelas que ouvem e aos sonhos que são atendidos**”.

Eu desejei muito na minha vida, e tudo o que consegui concretizar foi graças a um Deus que me olha, me guarda e me protege a cada segundo da minha vida, por isso agradeço em primeiro lugar a **Deus** por me proporcionar a realização de mais um grande sonho. Agradeço não só pela força, mas também pelos percalços, pois sem eles eu não teria me fortalecido tanto e consequentemente não seria o que sou hoje.

Em segundo lugar, a **Universidade Federal de Sergipe**, em especial ao **Programa de Pós-Graduação em Serviço Social**, espaço que me proporcionou durante estes quase 3 anos muito aprendizado e muitas experiências que levo comigo com muito orgulho e apreço, tanto como cidadã, tanto como pesquisadora sobre políticas sociais numa conjuntura de tanto retrocesso na área da educação e da ciência brasileira.

A minha mãe, **Edinalva** e o meu irmão **Edialison**, por todo apoio, amor e cuidado. Obrigada por serem meu alicerce e sempre estarem comigo. Amo vocês!

Aos meus avós, **Maria** e **João**, por terem sido meus exemplos, meus segundos pais e por todos os ensinamentos e palavras de afeto. Agradeço também a toda a minha família, tios, primos, primas, pelas mensagens de apoio.

A **Carlos**, por estar sempre comigo, por cada palavra de incentivo, coragem e amor. Por todo o apoio durante o processo do mestrado, especialmente no processo de construção deste trabalho.

Às minhas lindas meninas, minhas amigas e irmãs de vida e coração: **Silvia, Izabel, Francielle, Robertta, Rafaela, Taynara, Vanessa e Andressa**. Amo muito vocês! A **Silas, Maicon, Manoel e João** que também compartilharam comigo alegrias e boas risadas.

A **Adalberto e Aldenora** por todo o carinho, apoio e incentivo, em especial nos últimos três anos.

A **Claudia Itatiana**, minha eterna supervisora e profissional a qual tenho como espelho, por contribuir de maneira significativa no meu processo de escolha sobre o que pesquisar na saúde.

A **Renk**, pelo total apoio no pré-projeto do mestrado e por sempre contribuir no meu processo de formação profissional desde a graduação.

As minhas, orientadora e coorientadora, **Nelmires e Lusitânia**, por todo o processo de construção, discussão e aperfeiçoamento deste trabalho. Muito obrigada professoras, por compartilhar tanto conhecimento acerca deste tema tão importante e significativo na vida de todos nós.

Aos **docentes do PROSS**, por terem contribuído de forma esplêndida durante todo o processo de ensino e pesquisa a que esse programa me proporcionou, de forma crítica, clara e objetiva.

Aos meus queridos colegas de mestrado, **Tati Cravo, Érica, Bianca, Tati Plínio, Miriam, Neto e Carol** por toda a construção e partilha de conhecimento e afeto.

Aos professores **Vânia e Marcelo** por aceitarem fazer parte da minha banca, pelas contribuições positivas, bem como as críticas que levo como um sinal de construção e aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos **servidores** da Prefeitura Municipal de Monsenhor Hipólito por sempre estarem à disposição sobre quaisquer dúvidas que precisei sanar, aqui em especial a gestão de Dr. **Zenon Bezerra**.

Agradeço imensamente a todas as **pessoas que voluntariamente fizeram parte desta pesquisa**. A vocês, quero dizer que o meu objetivo é, através deste trabalho de “formiguinha”, identificar as dificuldades que vocês enfrentam para ter o mínimo possível, que é uma política de saúde integral, preventiva, que esteja ao seu alcance, e tentar mudar essa realidade.

Agradeço a **Walter**, por todos os “olhe, seu prazo está acabando”. Obrigada por todos os puxões de orelha e todo o incentivo.

Agradeço imensamente a todos que contribuíram nesse processo árduo de construção de conhecimento. Meu muito obrigada!

Por fim, não muito menos importante, **FORA BOLSONARO!!!**

Edinara Fernanda de Jesus Costa

A escola não transforma a realidade, mas pode
ajudar a formar os sujeitos capazes de fazer a
transformação, da sociedade, do mundo e de si
mesmos...

Paulo Freire

RESUMO

A política de atenção primária em saúde diz respeito aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, considerada a porta de entrada no sistema de saúde brasileiro. Em vista disso, a pesquisa em questão tem como principal objetivo analisar as potencialidades e os desafios estruturais, conjunturais e a percepção dos/as usuários/as, no que tange a efetivação do acesso da população as Unidades Básicas de Saúde na zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI, para a efetivação do princípio da universalidade preconizado pelo SUS. O universo da presente pesquisa compreendeu os usuários das unidades básicas de saúde da zona rural de Monsenhor Hipólito/PI, e o acesso à amostra deste estudo, que compreende um total de 75 usuários das unidades de saúde que se deu através da aplicação de um questionário com os usuários de tais unidades. Utilizou-se o aporte teórico-metodológico do materialismo histórico-dialético, o qual apreende a complexidade da realidade social em suas múltiplas determinações a partir de uma perspectiva de totalidade. Conforme dados identificados, percebeu-se que o município é composto majoritariamente por trabalhadores rurais que sobrevivem da agricultura e da pecuária. Com base no Cadastro Nacional de Domicílios de Saúde (2019), o município possui 7 estabelecimentos de atenção primária em saúde geridos pela administração municipal, sendo 5 destes localizados na extensão da zona rural. Mesmo assim, a distância entre as unidades de saúde e as residências dos usuários é a primeira dificuldade enfrentada pelos usuários para terem acesso aos serviços de saúde da rede de atenção primária no município, porém não é a mais evidenciada pelos sujeitos desta pesquisa. Além da distância, as maiores dificuldades enfrentadas pelos usuários para terem acesso aos serviços primários de saúde é a falta de disponibilidade diária de oferta de serviços básicos nas unidades de saúde, principalmente a falta de profissionais médicos. Portanto, compreende-se que a população da zona rural encontra dificuldades não apenas para se deslocar até a unidade de saúde, mais próxima, como também para ter acesso à oferta de serviços básicos, os quais não são disponibilizados todos os dias da semana.

PALAVRAS-CHAVE: acesso; rede de atenção primária; saúde; Sistema único de saúde.

ABSTRACT

The primary health care policy concerns health promotion, protection and recovery services, considered the gateway to the Brazilian health system. In view of this, the research in question has as its main objective to analyze the potential and challenges, structural, situational and the perception of users, regarding the effective access of the population to Basic Health Units in the rural area of the municipality of Monsenhor Hipólito/PI, to implement the principle of universality advocated by the SUS. The universe of this research included users of basic health units in the rural area of Monsenhor Hipólito/PI, and access to the sample of this study, which comprises a total of 75 users of health units, was through the application of a questionnaire with the users of such units. The theoretical-methodological contribution of historical-dialectical materialism was used, which apprehends the complexity of social reality in its multiple determinations from a perspective of totality. According to identified data, it was noticed that the municipality is mostly composed of rural workers who survive from agriculture and livestock. Based on the National Register of Health Households (2019), the municipality has 7 primary health care establishments managed by the municipal administration, 5 of which are located in the extension of the rural area. Even so, the distance between health units and users' homes is the first difficulty faced by users in accessing the health services of the primary care network in the city, but it is not the most highlighted by the subjects of this research. In addition to the distance, the greatest difficulties faced by users in accessing primary health services is the lack of daily availability of basic services at health units, especially the lack of medical professionals. Therefore, it is understood that the rural population finds it difficult not only to travel to the nearest health unit, but also to have access to the provision of basic services, which are not available every day of the week.

KEYWORDS: access; primary care network; health; Unified Health System.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS	61
Quadro 2 – Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários em saúde	65
Quadro 3 – Atributos da atenção primária à saúde	66
Quadro 4 – Estratégia Saúde da Família	73
Quadro 5 – Fundamentos da Atenção Básica	76
Quadro 6 – Amostra Trabalho: Categoria “Seção de Atividade”	97
Quadro 7 – Censo Agropecuário: Agricultura	99
Quadro 8 – Censo Agropecuário: Pecuária	99
Quadro 9 – Regionais de Saúde do Piauí	113
Quadro 10 – Regional Vale do Guaribas	114
Quadro 11 – Incidência de jovens, adultos e idosos ao frequentar os serviços de saúde nas UBS’s	128
Quadro 12 – Homens e mulheres que frequentam os serviços de saúde nas unidades básicas de saúde	130
Quadro 13 – Tempo de uso das UBS’s por parte dos sujeitos da pesquisa	137
Quadro 14 – Quantidade de usuários por unidade de saúde que utilizam os serviços de outras UBS’s	144
Quadro 15 – Vínculo com outra unidade de saúde ou profissional	147
Quadro 16 – Motivo de atendimento	149
Quadro 17 – Dias de atendimento nos equipamentos de saúde da zona rural	152
Quadro 18 – Dias de atendimento por UBS	153
Quadro 19 – As unidades de saúde abrem todos os dias da semana?	154
Quadro 20 – Abertura por unidade de saúde (todos os dias)	155
Quadro 21 – Perfil de morbidade da população rural de Monsenhor Hipólito	156
Quadro 22 – Perfil de morbidade por unidade de saúde	157
Quadro 23 – Localidade de realização do tratamento da doença	159
Quadro 24 – Localidade de realização do tratamento da doença por UBS	160
Quadro 25 – Distância percorridas pelos usuários para realização do tratamento de saúde	160
Quadro 26 – Necessidade de pegar medicação por UBS	165
Quadro 27 – Nível de acesso a medicação por UBS	166
Quadro 28 – Marcação de exames por UBS	167

Quadro 29 – Nível de acesso a marcação de exames por UBS	168
Quadro 30 – Frequência de visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de saúde	169
Quadro 31 – Frequência de visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde por UBS	170
Quadro 32 – Frequência de visita domiciliar realizada pelo (a) médico (a)	171
Quadro 33 – Frequência de visita domiciliar realizada pelo (a) médico (a) por UBS	172
Quadro 34 – Encaminhamento médico por UBS para o serviço especializado	173
Quadro 35 – Tipo de especialista que o (a) médico (a) da UBS encaminhou	174
Quadro 36 – Tipo de especialista que o (a) médico (a) encaminhou por UBS	174
Quadro 37 – Acesso ao serviço especializado de saúde por UBS	176
Quadro 38 – Dificuldade no acesso ao serviço especializado por UBS	177
Quadro 39 – Facilidade no acesso ao serviço especializado por UBS	178
Quadro 40 – Acesso direto ao serviço especializado por UBS	179
Quadro 41 – Tempo para conseguir acesso ao serviço especializado	180
Quadro 42 – Tempo para conseguir acesso ao serviço especializado por UBS	181
Quadro 43 – Distância percorrida pelos usuários das suas residências às UBS's	182
Quadro 44 – Meio de transporte utilizado pela população para se deslocar até as unidades de saúde	184
Quadro 45 – Existe rede de esgoto na sua comunidade?	184
Quadro 46 – Existe água encanada/tratada na sua comunidade?	186
Quadro 47 – Existe coleta de lixo na sua comunidade?	187
Quadro 48 – Serviços de saúde são de fácil acesso?	188
Quadro 49 – Serviços de saúde são de fácil acesso?	188
Quadro 50 – Dificuldades para acessar os serviços disponíveis nas UBS's	189
Quadro 51 – Dificuldades para acessar os serviços de saúde por UBS	190
Quadro 52 – Acesso aos serviços de saúde de modo espontâneo ou por marcação antecipada?	192
Quadro 53 – Existem filas para atendimento?	193
Quadro 54 – Existem filas para atendimento?	194
Quadro 55 – Tempo de espera para atendimento por UBS	194
Quadro 56 – Os serviços de saúde ofertados pelas UBS's atendem as suas necessidades?	195
Quadro 57 – Nível de satisfação do serviço prestado por UBS	196

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População Urbana x População Rural	87
Gráfico 2 – População Homens x Mulheres	88
Gráfico 3 – População Masculina: Urbana x Rural	88
Gráfico 4 – População Feminina: Urbana x Rural	89
Gráfico 5 – População Hipolitana: Urbana x Rural	95
Gráfico 6 – Domicílios: Zona Urbana x Zona Rural	96
Gráfico 7 – População Hipolitana: Masculina x Feminina	96
Gráfico 8 – Município de residência dos entrevistados	122
Gráfico 9 – Povoados onde residem os sujeitos da pesquisa	123
Gráfico 10 – Povoados que a UBS Aroeiras abrange	124
Gráfico 11 – Povoados que a UBS Serra Azul abrange	124
Gráfico 12 – Povoados que a UBS Mearim abrange	125
Gráfico 13 – Povoados que a UBS Libório abrange	126
Gráfico 14 – Quantitativo de Entrevistados por UBS	127
Gráfico 15 – Incidência de Jovens, Adultos e Idosos ao frequentar os serviços de saúde na zona rural	128
Gráfico 16 – Porcentagem entre homens e mulheres que frequentam os serviços de saúde na zona rural	129
Gráfico 17 – Tempo de uso das Unidades de Saúde de referência da zona rural	131
Gráfico 18 – Tempo de uso da UBS Aroeiras	133
Gráfico 19 – Tempo de uso da UBS Serra Azul	134
Gráfico 20 – Tempo de uso da UBS Mearim	135
Gráfico 21 – Tempo de uso da UBS Libório	136
Gráfico 22 – Frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde das UBS's da zona rural ao ano	138
Gráfico 23 – Frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde da UBS Aroeiras ao ano	140
Gráfico 24 – Frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde da UBS Serra Azul ao ano	141
Gráfico 25 – Frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde da UBS Mearim ao ano	142

Gráfico 26 – Frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde da UBS Libório ao ano	142
Gráfico 27 – Quantidade de usuários que utilizam os serviços de outras unidades de saúde	143
Gráfico 28 – Vínculo dos usuários com outra unidade de saúde ou profissional	146
Gráfico 29 – Motivo de Atendimento	148
Gráfico 30 – Retirada de medicamentos	164
Gráfico 31 – Nível de acesso a medicação	165
Gráfico 32 – Marcação de exames	167
Gráfico 33 – Nível de acesso a marcação de exames	168
Gráfico 34 – Encaminhamento médico para o serviço especializado	173
Gráfico 35 – Acesso ao serviço especializado de saúde	175
Gráfico 36 – Dificuldade no acesso ao serviço especializado	177
Gráfico 37 – Facilidade no acesso ao serviço especializado	178
Gráfico 38 – Acesso direto ao serviço especializado	179
Gráfico 39 – Distância percorrida pelos usuários das suas residências às UBS's	182
Gráfico 40 – Meio de transporte utilizado pela população para se deslocar até as unidades de saúde	183
Gráfico 41 – Existe água encanada/tratada na sua comunidade?	185
Gráfico 42 – Existe coleta de lixo na sua comunidade?	186
Gráfico 43 – Acesso aos serviços de saúde de modo espontâneo ou por marcação antecipada?	192
Gráfico 44 – Tempo de espera para atendimento	193
Gráfico 45 – Os serviços de saúde ofertados pelas UBS's atendem as suas necessidades?	195
Gráfico 46 – Nível de satisfação do serviço prestado nas unidades de saúde	196

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 – Dinâmica dos sistemas de saúde	53
Figura 2 – Sistema de saúde brasileiro: 1960-1980	58
Figura 3 – Sistema de saúde brasileiro atualmente	59
Figura 4 – Síntese comparativa dos princípios, diretrizes e conceitos centrais nas edições das PNAB 2011 e 2017	80
Figura 5 – Síntese comparativa dos aspectos organizativos e funcionais nas edições das PNAB 2011 e 2017	81
Figura 6 – Síntese comparativa dos aspectos de gestão e financiamento nas edições das PNAB 2011 e 2017	84
Figura 7 – Localização do município de Monsenhor Hipólito/PI	93
Figura 8 – Limites territoriais do município de Monsenhor Hipólito visto por satélite	94
Figura 9 – Localização das unidades de saúde nos limites territoriais do município de Monsenhor Hipólito	104
Figura 10 – Localização do município de Oeiras/PI	106
Figura 11 – Localização do município de Teresina/PI	106
Figura 12 – Belisário Penna (médico da expedição) atendendo a população rural em Lages no município de São Raimundo Nonato no sul do estado do Piauí	108
Figura 13 – Macrorregiões de Saúde do Piauí	112
Figura 14 – Regionais de Saúde do Piauí	113

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACE Agente de Combate às Endemias

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

CAPs Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPES Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEBES Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CES/PI Conselho Estadual de Saúde do Piauí

CIB/PI Comissão Intergestores Bipartite do Piauí

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DENOCs Departamento Nacional de Obras Contra as Secas

EqSF Equipe de Saúde da Família

ESF Estratégia de Saúde da Família

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

IAPs Instituto de Aposentadorias e Pensões

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IOC Instituto Oswaldo Cruz

MES Ministério da Educação e Saúde

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB Núcleo Ampliado de Saúde da Família e da Atenção Básica

NOB/SUS Norma Operacional Básica do SUS

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde

PAB Piso de Atenção Básica

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PAISC Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PES Plano Estadual de Saúde

PMAQ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMDB Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PMMH Prefeitura Municipal de Monsenhor Hipólito

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PSE Programa Saúde na Escola

PSF Programa Saúde da Família

RAS Rede de Atenção à Saúde

REAE Rede de Atenção Especializada

REAP Rede de Atenção Primária

REAPS Rede de Atenção Psicossocial

REAST Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador

REUE Rede de Atenção à Urgência e Emergência

SESAPI Secretaria de Estado da Saúde do Piauí

SESP Serviço Especial de Saúde Pública

SUDENE Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste

SUDS Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUGAD Superintendência de Gestão da Administração

SUPAS Superintendência de Assistência à Saúde

SUPAT Superintendência de Atenção Integral à Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TFD Tratamento Fora do Domicílio

UBS Unidade Básica de Saúde

UBSF Unidade Básica de Saúde Fluvial

UBSR Unidade Básica de Saúde Ribeirinha

MÊS-SUS Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
JUSTIFICATIVA	23
ESTADO DA ARTE.....	24
METODOLOGIA.....	25
ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO	31
CAPÍTULO I – POLÍTICA SOCIAL NOS MARCOS DO CAPITALISMO MONOPOLISTA E O DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	32
1.1 A Política Social como consequência do desenvolvimento do sistema capitalista e seus desdobramentos frente à relação capital x trabalho	32
1.2 Política de Saúde como Política Social nos marcos do capitalismo monopolista	46
1.3 Os sistemas de saúde e suas redes de atenção	52
1.4 A Rede de Atenção Primária a nível mundial e nacional	63
CAPÍTULO II – O ESPAÇO RURAL E URBANO NO MUNICÍPIO DE MONSENHOR HIPÓLITO E A POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ.....	86
2.1 Os espaços rural e urbano no Piauí.....	86
2.2 O município de Monsenhor Hipólito e seu espaço rural.....	92
2.2.1 Histórias da realidade do município narradas pela pesquisadora	100
2.3 O processo de institucionalização da saúde pública no Piauí	106
2.3.1 As regionais de saúde do Estado do Piauí.....	111
CAPÍTULO III – OS CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O ACESSO A POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE MONSENHOR HIPÓLITO/PI	117
3.1 Os condicionantes do processo saúde-doença e o acesso a política de atenção primária.....	117
3.2 Análise empírica do acesso da população rural hipolitana aos serviços de atenção primária.....	120
3.2.1 O acesso da população rural hipolitana aos serviços de atenção primária nas UBS's rurais	187
CONSIDERAÇÕES FINAIS	199
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	205
APÊNDICES	212
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO USADO NA COLETA DE DADOS DA PESQUISA	213

INTRODUÇÃO

A política de saúde brasileira está posta numa disputa política entre o projeto de Reforma Sanitária (estatal, democrático e de direito de todos os cidadãos) e o projeto privatista (composto pela mercantilização da saúde). A principal conquista referente ao projeto de Reforma Sanitária para a efetivação da saúde pública no país foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1990, que apesar de ser um sistema que se subdivide em áreas tanto simples, como complexas; é constituído pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A saúde pública é um direito social que deve ser assegurado de maneira universal e gratuita, organizada e regida pelo Estado em suas três instâncias – federal, estadual e municipal. No entanto, essa política pública vem passando por problemas relacionados à efetivação de seus serviços, realidade legitimada em função da ausência de profissionais no campo em questão, do déficit de medicamentos e da debilidade da estrutura organizacional, desde a rede primária até a de urgência e emergência, processos engendrados pela avalanche neoliberal¹. Esse sucateamento dos serviços de saúde, incluindo os da rede de atenção primária, traz consequências para o acesso da população usuária a tal política social.

Dessa forma, as determinações reais do objeto de estudo demandaram uma análise dialética que nos permitisse apreender os processos de construção do Movimento de Reforma Sanitária, da implementação do Sistema Único de Saúde e da estruturação da Política de Atenção Primária no âmbito micro e macro, mediando reflexões sobre a realidade nacional às particularidades e singularidades regionais e locais; deriva de tal percurso reflexivo a proposta de entender as potencialidades e desafios do acesso da população às Unidades Básicas de Saúde na zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI.

O interesse pelo presente objeto de estudo surgiu a partir de leituras realizadas acerca da temática, aproximação viabilizada desde a produção do Trabalho de Conclusão do Curso de graduação em Serviço Social. Destaca-se ainda o fato de que a aproximação com uma Unidade de Saúde da Família, espaço onde foi realizado o estágio curricular obrigatório em Serviço Social, contribuiu para a problematização do objeto desta pesquisa.

¹ Segundo Gasparotto et al (2014, p. 07), o neoliberalismo “[...] refere-se à retomada de forma intensa do ideário liberal, o qual apregoa a liberdade dos mercados, as liberdades individuais, a autorregulação dos mercados, ou seja, a não interferência do Estado na economia. O projeto neoliberal defende a retração da intervenção do Estado no campo social”.

Com base na realidade social apresentada, compreende-se que é essencial problematizar o acesso da população usuária à política de atenção primária na zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI. Assim, as questões norteadoras sobre o objeto desta pesquisa são: Quais os fatores que determinam e/ou dificultam o acesso da população usuária aos serviços da atenção primária na zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI? Como se encontra a distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) no território? As UBS's possuem infraestrutura, recursos humanos e administrativos disponíveis e suficientes para o atendimento integral, equitativo, igualitário e de qualidade, conforme preconiza a Lei 8.080/1990 do Sistema Único de Saúde? Qual o perfil de morbidade que incide sobre a população da zona rural do município de Monsenhor Hipólito? Atende as necessidades da população?

Como principais hipóteses para tais questionamentos, temos: 1 – O fato de a pesquisa dar-se no cenário da zona rural do município e possuir ausência de uma política de mobilidade aliada a localização distante entre a UBS e os usuários, que se constitui em fatores que dificultam o acesso aos serviços, impedindo ainda a concretização dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS); 2 – As sucessivas contrarreformas² na agenda social, bem como o desmonte das políticas públicas brasileiras, constituem razões que afetam diretamente a efetivação dos princípios de integralidade da assistência à saúde e universalidade do acesso aos serviços ofertados pela Política de Atenção Primária nas Unidades Básicas da realidade estudada; 3 – As dificuldades de acesso da população aos serviços das UBS's devem-se à possível dificuldade de fixação de profissionais, por haver um número reduzido de mão de obra apta ao trabalho na zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI; 4 – Um aspecto que pode inviabilizar o acesso dos usuários às UBS's da zona rural de Monsenhor Hipólito/PI é a ausência de repasse de recursos financeiros por parte dos governos federal e estadual, realidade que decorre das sucessivas contrarreformas do Estado, prejudicando dessa forma a continuidade na oferta de serviços, a disponibilidade de insumos, a contratação de recursos humanos necessários ao atendimento à população e a disponibilidade de infraestrutura adequada para o funcionamento de tais serviços; 5 – Um fator que pode dificultar o acesso da população aos serviços primários de saúde diz respeito às questões relativas a política local e sua interferência na garantia da saúde como um direito, a qual contextualiza a realidade em que médicos, mesmo

² Com base na visão de Behring (2003), contrarreforma refere-se às medidas adotadas pelo Estado brasileiro que têm por objetivo a valorização do mercado e do setor privado, e consequentemente a desvalorização da classe trabalhadora por meio da implementação dos modelos de flexibilização dos salários diretos e indiretos, adoção de empregos temporários, e a terceirização das políticas públicas.

atendendo em espaço público e possuindo relação contratual com o Estado e o SUS, ainda recusam-se a prestar atendimento a usuários de opção política oposta.

Com base nessa linha de pensamento, definimos o seguinte *objetivo geral* da pesquisa:

Identificar as potencialidades e os desafios estruturais e conjunturais, e a percepção dos (as) usuários (as), no que tange à efetivação do acesso da população às Unidades Básicas de Saúde da zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI, para a efetivação do princípio da universalidade preconizada pelo SUS.

Também definiu-se os seguintes objetivos específicos deste estudo: Verificar quais os principais fatores locais, regionais e nacionais que determinam e/ou dificultam o acesso da população usuária aos serviços de saúde da atenção primária da zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI, em conformidade com os princípios do SUS; identificar as diretrizes que orientam a política de atenção primária por meio das normativas e construções teóricas que dão base à política pública de saúde brasileira; Caracterizar a rede de atenção primária que compõe o Sistema Único de Saúde, com particular destaque para sua composição no município de Monsenhor Hipólito/PI; Mapear as possíveis diferenças, no que diz respeito à oferta e ao acesso aos serviços básicos (promoção, proteção e recuperação) de saúde, entre as Unidades de Saúde da zona rural da referida localidade.

JUSTIFICATIVA

A atenção ao objeto a ser pesquisado surgiu de uma proximidade da política de saúde quando da realização do estágio supervisionado em Serviço Social no período da graduação, em uma Unidade de Saúde da Família no município de Aracaju/SE. Além disso, por se tratar de um dos espaços de maior atuação dos profissionais de Serviço Social, é uma oportunidade para refletir sobre o desmonte da política de saúde pública e os rebatimentos/impactos causados pela onda contrarreformista ao qual tem passado nosso país.

O Brasil é composto, em sua maioria, por municípios pequenos de caráter predominantemente rural. Tais municípios, historicamente, são os que têm encontrado maior dificuldade para estruturar e ofertar serviços de saúde pública. Soma-se a isso a escassez de pesquisas que refletem sobre tais questões na perspectiva dos sujeitos que vivenciam essa realidade. Assim, é possível perceber uma relação intrínseca entre a relevância técnico-científica e a relevância social deste empreendimento de pesquisa. Além disso, cabe acrescentar que a escolha da zona rural de Monsenhor Hipólito/PI deveu-se ao fato de tratar-se do município

de origem da pesquisadora, e que, ao observar a maneira como a atenção primária é gerida no seu espaço rural, decidiu através da pesquisa refletir sobre as dificuldades existentes no acesso da população ao serviço de saúde primária ofertado na região.

Ademais, a pesquisa pretende contribuir para o processo de produção do conhecimento de forma a fornecer subsídios para as reflexões sobre a temática em questão, além de dar base para as possíveis discussões no âmbito da gestão de políticas sociais no processo de construção de potencialidades e estratégias para a melhoria do acesso à atenção primária na zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI.

ESTADO DA ARTE

Em se tratando da produção do conhecimento na área das políticas públicas, há expressividade após a criação e implementação por parte do Estado capitalista, de políticas sociais como parte de estratégias para a superação de crises que são parte constituinte de tal modo de produção de riquezas. Há uma vasta produção na área do Serviço Social sobre as políticas sociais, o que se justifica pelo fato de contextualizarem os espaços de viabilização de direitos sociais por parte do Estado em suas diversas instâncias, além de também configurarem-se espaço de trabalho de assistentes sociais e de outros profissionais que compõem as equipes de saúde.

No que diz respeito, especificamente à política de saúde, também se percebe um vasto volume de produções. No entanto, foi possível observar que – segundo os dados obtidos no site da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)³ – há um número reduzido de produções referentes ao acesso da população rural à política de atenção primária. Na breve busca realizada no site da CAPES, não foram encontradas dissertações que abordassem a temática em questão, o que destaca a relevância da pesquisa para o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe e para a produção do conhecimento de forma mais ampla.

Nessa direção, ressalta-se que foi localizado apenas um artigo⁴ que versava sobre o acesso da população rural à política de atenção primária. Garnelo *et al.* (2018, s.p.) tratou do acesso e da cobertura da atenção primária à saúde nas populações rurais e urbanas nos estados da Região Norte do Brasil. Os autores apontaram que “as populações rurais estão escassamente

³ Pesquisa realizada em 12/02/2020. Disponível em: <<https://www.capes.gov.br/>>.

⁴ Fonte de busca: Scielo.

distribuídas no território e enfrentam limitações no acesso aos serviços de saúde”, além de, com base nos dados coletados, terem percebido a “dificuldade das equipes da ESF em mitigar a rigidez de seus horários para atender à demanda espontânea e prestar serviços ou agendamento no mesmo dia de presença na unidade para quem vem de longe”.

Na busca realizada nos periódicos indexados no site da CAPES⁵, foram identificados outros artigos⁶ que versavam sobre a acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde na zona urbana, como é o caso da discussão feita por Pedraza *et al.* (2018), que trataram da “acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde na perspectiva dos idosos” em Campina Grande-PB, e do debate realizado por Mendes *et al.* (2012), acerca da “acessibilidade aos serviços básicos de saúde: caminho ainda a percorrer” na cidade de Recife-PE.

Em vista do exposto, percebe-se a pertinência e necessidade de realizar o debate acerca do acesso da população rural às Unidades Básicas de Saúde, entendidas como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde brasileiro, apontando para os questionamentos e provocações a respeito dessa realidade ainda pouco pesquisada nas diversas áreas do conhecimento.

METODOLOGIA

O método utilizado para a realização da pesquisa foi o materialismo histórico dialético. Com base na teoria social de Marx, para desvendar a realidade social é necessário captar as determinações mais simples da sua totalidade. A teoria social pontuada por Marx é definida pela nitidez do objeto a ser estudado, de como ele é estruturado e como ele se movimenta (seu movimento real). Portanto, cabe ao pesquisador entender como o objeto de pesquisa se apresenta na realidade. Netto (2011), deixa claro que:

[...] começa-se “pelo real e pelo concreto”, que aparecem como *dados*; pela análise, um e outro elementos são abstraídos e, progressivamente, com o avanço da análise, chega-se a conceitos, a abstrações que remetem a determinações as mais simples. (NETTO, 2011, p. 42).

A partir de todo esse trajeto que se constitui o método apropriado para a obtenção do conhecimento teórico: o ponto de partida se baseia na realidade-concreta (geral), passa pela análise de dados que constitui os conceitos até chegar nas determinações mais simples, e assim, fazendo o caminho inverso, o pesquisador chega ao movimento real do objeto. Em outros

⁵ Busca realizada nos periódicos do site da CAPES, com um recorte temporal de 2012 a 2019.

⁶ Busca realizada nos periódicos do site da CAPES, com um recorte temporal de 2012 a 2019.

termos, isso significa dizer que devemos partir do entendimento de que o princípio da totalidade, mesmo sendo de menor complexidade, possui dinâmica no seu interior supondo-se a existência de contradições nas múltiplas determinações que compõem a realidade social. Cada totalidade possui suas próprias particularidades que são constituídas por um conjunto de relações sociais mediadas por fatores externos e internos.

No que tange ao tipo de pesquisa, adotou-se a abordagem qualitativa por meio **do estudo de caso** – dada a complexidade do fenômeno e a necessidade de aprofundamento do objeto de estudo – além de realizar-se por meio da investigação empírica, visto que é compreendido que em acordo com a perspectiva teórico-metodológica adotada, deve-se partir do particular para o geral, uma vez que “o particular não existe senão quando se vincula ao geral e o geral só existe no particular e por meio dele [...]” (JOJA, apud MINAYO, 2000, p. 114). Ademais, essa modalidade de pesquisa possibilita a busca de evidências tanto qualitativas como quantitativas, pois, em concordância com Minayo (2000, p. 22), concebe-se a ideia de que

Não existe um ‘continuum’ entre ‘qualitativo-quantitativo’, em que o primeiro termo seria o lugar da ‘intuição’, da ‘exploração’ e do ‘subjetivismo’; e o segundo representaria o espaço do científico, porque traduzido ‘objetivamente’ e em ‘dados matemáticos’. A diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região ‘visível, ecológica, morfológica e concreta’, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatística (MINAYO, 2000, p. 22).

Acresce-se a isso o fato de que o **estudo de caso** possibilita ir além de uma simples descrição dos fatos, permitindo contrastar as relações particulares observadas no estudo daquelas próprias ao fenômeno. De acordo com Gil (2007) o **estudo de caso** diz respeito a um estudo tanto profundo como exaustivo, de um ou poucos objetos, utilizando, para isso, uma investigação ampla e detalhada para se alcançar o conhecimento. Yin, nessa mesma direção, acrescenta que essa modalidade é aplicável a “fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados” (YIN, 2005, p. 20).

O campo empírico da pesquisa constitui-se das unidades básicas de saúde da zona rural de Monsenhor Hipólito/Piauí. A população geral da pesquisa compreende os usuários destas unidades. O tipo de amostra utilizado foi a não probabilística⁷ intencional por se tratar de uma

⁷ De acordo com Oliveira (2001) a “amostragem não probabilística é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo”, no qual pode ser: 1- Conveniência (acidental); 2- Intencional (julgamento); 3- Quota (proporcional) (MATTAR, F. p. 132 apud OLIVEIRA, 2001, p. 02). Conforme Oliveira (2001, p. 02-03), a amostragem não probabilística intencional (julgamento) é aquela em que “o pesquisador usa o seu julgamento para selecionar os membros da população que são boas fontes de informação precisa”.

amostragem que seleciona características previamente definidas para compor a amostra, quais sejam: 75 usuários do serviço primário de saúde da zona rural de Monsenhor Hipólito/PI. Portanto, os participantes da amostra da pesquisa são os usuários que acessam os serviços das unidades básicas de saúde da zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI.

Por se tratar de uma amostra não probabilística intencional, o número de participantes a ser escolhido ficou a critério da pesquisadora. Assim, foram utilizados inicialmente 15 questionários por cada unidade de saúde da zona rural, totalizando uma amostra de 75 participantes em toda a extensão do território, caracterizando um grupo único. A esse grupo de 75 participantes foi utilizado o mesmo procedimento: aplicação de um questionário único. Estes foram recrutados de forma aleatória nos horários e locais de atendimento da rede de atenção primária da zona rural do município.

O município de Monsenhor Hipólito/PI é um município de pequeno porte I localizado no sudeste do estado do Piauí, com população estimada em 7.785 (IBGE, 2021). Com base no último censo realizado em 2010, o índice populacional era de 7.391 habitantes, visto que mais da metade vivia na zona rural (3.906 hab.), e na zona urbana, 3.485 habitantes (IBGE, 2010). Assim, as razões da sua escolha enquanto campo empírico da pesquisa justificam-se por observar a maneira como a atenção primária é gerida em tal contexto rural, o que produz indagações sobre a natureza das dificuldades existentes no acesso da população aos serviços de saúde da atenção primária ofertado na região.

Percebe-se que o município é composto majoritariamente por trabalhadores rurais que sobrevivem da agricultura e pecuária, baseadas na plantação do caju, mandioca, feijão e milho, além da criação de bovinos, caprinos e suínos (IBGE, 2010).

Com base no Cadastro Nacional de Domicílios de Saúde (2019), o município possui 7 estabelecimentos de atenção primária em saúde geridos pela administração municipal, sendo 5 localizados em toda a extensão da zona rural. Percebe-se que a maior concentração dessas instituições está no contexto rural, onde vive a maior parte da população. Porém, mesmo com certa quantidade de estabelecimentos de saúde nessa área, não seria possível tais equipamentos estarem próximos das comunidades rurais visto que a extensão territorial do município é vasta.

Os questionários aplicados, conforme sinalizado, são compostos de perguntas abertas e fechadas. De acordo com Marconi e Lakatos (2011, p. 86), o questionário é um “instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito” pelo entrevistado.

Nessa direção, frisa-se ainda que, para apreensão do objeto de estudo em sua totalidade, e como forma de melhor responder as questões da pesquisa empírica em curso, também foram utilizadas fontes bibliográficas: [artigos científicos, monografias, dissertações, teses, livros e periódicos] e fontes documentais: [documentos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do DataSUS, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) e da Secretaria Municipal de Saúde de Monsenhor Hipólito/PI].

A técnica de análise de dados utilizada é a Análise de Conteúdo, a qual, segundo Franco (2003, p. 13-14), tem como ponto de partida a mensagem que se vincula a “condições contextuais que envolvem a evolução histórica da humanidade; as situações econômicas e socioculturais nas quais os emissores estão inseridos” e “assenta-se nos pressupostos de uma concepção crítica e dinâmica da linguagem”, esta entendida “como uma construção do real de toda a sociedade e como expressão da existência humana que, em diferentes momentos históricos, elabora e desenvolve representações sociais no dinamismo da vida social”.

Cabe ressaltar que a pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466 de 12 de setembro de 2012 do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), destaca o compromisso com o respeito aos princípios e normas éticas referentes à pesquisa com seres humanos, considerando que os participantes do estudo são sujeitos munidos de identidade e autonomia, além de serem formados em diferentes contextos sociais, políticos, econômicos, culturais, etc. Assim, possuem subjetividades, experiências, costumes e valores que devem ser respeitados. Tal pesquisa foi submetida, analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, conforme o CAAE: 33641820.1.0000.5546.

A pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a quem se refere as normas de aplicação a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que “envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana”, considera, durante e após a sua realização, os princípios éticos expressos nessa resolução para a realização das pesquisas em ciências humanas e sociais, os riscos da interação com os participantes deste estudo, os quais foram apresentados no processo de sua realização, e o consentimento e assentimento livre e esclarecido dos sujeitos da pesquisa.

A coleta de dados da pesquisa foi pensada a ser realizada em uma única etapa que compreendia os meses de novembro e dezembro de 2020. Porém, devido ao momento de crise sanitária e ao aumento de casos da covid-19 no estado do Piauí, bem como as dificuldades

encontradas para a coletar os dados devido a recusa dos usuários ao participarem da pesquisa, esta foi dividida em duas etapas: 1- novembro e dezembro de 2020, e 2- abril e maio de 2021.

Sabemos que no Cadastro Nacional de Domicílios de Saúde (2019), o município de Monsenhor Hipólito registra até o presente momento 7 estabelecimentos de atenção primária em saúde geridos pela administração municipal, sendo 5 destes localizados na extensão da zona rural. No entanto, ao realizar a coleta de dados, a pesquisadora constatou que existem na realidade concreta apenas 4 Unidades Básicas de Saúde na zona rural, sendo elas: UBS SERRA AZUL, localizada no povoado Serra Azul; UBS AROEIRAS, localizada no povoado Morrinhos; UBS MEARIM, localizada no povoado Mearim I; e, UBS LIBÓRIO, localizada no povoado Libório. Segundo a gestão municipal, a UBS Goulart foi desativada a alguns anos, porém, esta ainda se encontra no Cadastro Nacional de Domicílios de Saúde.

Destarte, a pesquisa foi pensada e elaborada a partir dos dados oficiais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), englobando as cinco (5) UBS's que oficialmente se encontram no Cadastro Nacional de Domicílios de Saúde, sendo distribuídos igualmente 15 questionários para a população atendida em cada Unidade de Saúde, chegando a um total de uma amostra de 75 questionários. Como a 5ª UBS foi desativada e observando o total de questionários a serem aplicados, a quantidade de questionários distribuídos por unidade de saúde também foi modificada, permanecendo a coleta de dados da seguinte forma: 19 questionários aplicados à população atendida na UBS Serra Azul, 19 questionários aplicados à população atendida na UBS Mearim, 19 questionários aplicados à população atendida na UBS Aroeiras e 18 questionários aplicados à população atendida na UBS Libório, totalizando 75 questionários aplicados durante as duas etapas de coleta de dados.

O tempo de aplicação dos questionários durou em média um mês em cada etapa de coleta de dados. O acesso aos respondentes foi difícil devido a recusa de muitos a participar da pesquisa por receios quanto a golpes aplicados na região, principalmente no que tange a assinatura do termo de consentimento e assentimento livre e esclarecido, mesmo com a pesquisadora se identificando como estudante, apresentando a carteira de estudante da instituição federal de ensino e de jaleco.

No decorrer desse estudo, encontrou-se dificuldades para fundamentar a Política de Atenção Primária do município de Monsenhor Hipólito. Não haviam documentos oficiais disponíveis, como por exemplo, leis municipais (Lei Orgânica do município, lei de planejamento urbano e rural, etc.) e, principalmente, o Plano Municipal de Saúde, documento indispensável no processo de direcionamento da gestão, que expressa a maneira como a política

de atenção primária deve efetivamente, realizar-se no município. A não socialização/divulgação de informações oficiais para a comunidade em geral foi o maior obstáculo enfrentado nesta experiência de pesquisa.

Além disso, não existia nenhum documento oficial disponível que tratasse sobre a análise da realidade social da população hipolitana residente da zona rural. As informações apresentadas ao longo desse trabalho foram obtidas através de dados oficiais do Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no Censo em 2010. Para dar conta desta análise, consideraram-se as histórias e narrativas sobre a realidade de tal população através da pesquisadora em questão.

Segundo Baccari (2015, p. 01), a narrativa

da vida se constrói pela não linear lembrança de tudo pelo que passamos, com as histórias que nos identificam, fatos que se desenrolam e dos quais nos lembramos. Narrativa é então a formalização – textual ou não – de uma experiência nossa ou de outrem com quem nos é permitida alguma alteridade. A narrativa se processa apenas pelo transcorrer do tempo e por intermédio da memória (BACCARI, 2015, p. 01).

Mesmo não sendo um aporte teórico-metodológico muito utilizado tradicionalmente na realização de pesquisas e desvendamento da realidade social e cultural de um povo,

no campo da saúde, a formalização de narrativas pode ajudar-nos a tornar verossímil um percurso de tratamento ou de transformação em busca de melhor qualidade na vida. Pode evidenciar e corrigir lógicas errôneas de diagnóstico – que deve ser sempre uma hipótese passível de mudança e nunca definitivo por hipótese. Entrelaçamento de histórias naturais, sociais (BACCARI, 2015, p. 02).

Portanto, com o déficit de documentos oficiais, pesquisas ou qualquer tipo de informações disponíveis, foi utilizado em parte deste trabalho a narrativa da pesquisadora, esta entendida como sujeito e cidadã a qual vivenciou por muito tempo a realidade da vida cotidiana na zona rural do município em questão, e dá embasamento teórico sobre tal realidade através das suas histórias identificando fatores sociais, culturais e econômicos no âmbito do cotidiano da população rural hipolitana.

ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO

Este trabalho foi estruturado em 03 capítulos. No **primeiro capítulo**, discute-se sobre o surgimento do Estado na transição entre os sistemas feudal e capitalista, bem como a emergência das expressões da “questão social” e dos embriões das políticas sociais nos contextos de urbanização e de globalização na era do capital, a fim de compreender as bases de gestação do sistema de proteção social brasileiro, a política de saúde e sua política de atenção primária.

No **segundo capítulo**, abre-se a discussão sobre a organização da Política de Atenção Primária/Básica de Saúde dentro do estado do Piauí por meio das suas regionais de saúde, particularizando a conformação de tais serviços na zona rural do município de Monsenhor Hipólito. Ademais, discorre-se sobre os contextos socioeconômicos e rurais do município de Monsenhor Hipólito através da literatura, de dados oficiais do IBGE e de histórias e narrativas pessoais que descrevem a realidade da cidade em questão.

O **terceiro capítulo** foi construído a partir das reflexões acerca dos condicionantes que determinam o processo saúde-doença, o acesso a Política de Atenção Primária, e principalmente pela análise sobre as condições de acesso da população rural do município de Monsenhor Hipólito/PI aos serviços de atenção primária/básica. O estudo teve como base de dados os questionários aplicados nas comunidades da zona rural, balizando, desse modo, as reflexões finais deste trabalho.

CAPÍTULO I – POLÍTICA SOCIAL NOS MARCOS DO CAPITALISMO MONOPOLISTA E O DESENVOLVIMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

1.1 A Política Social como consequência do desenvolvimento do sistema capitalista e seus desdobramentos frente à relação capital x trabalho

As políticas sociais surgem no contexto de contradições políticas, sociais e econômicas, principalmente a partir de mudanças ocorridas após o processo de ascensão capitalista e de criação do Estado moderno como mediador de conflitos entre as classes sociais. Assim, para entender o processo de surgimento das políticas sociais é necessário fazer uma análise de sua essência para além da aparência, levando-se em consideração a “condição histórica e social da política social” que “deve ser extraída do movimento da sociedade burguesa” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 38). Dito isso, cabe questionar: afinal, o que é política social?

De acordo com Pereira (2016, p. 79), política social se refere

ao processo de desenvolvimento e implementação de medidas geridas pelo Estado e demandadas pela sociedade como direitos devidos para suprir necessidades sociais e promover o bem-estar dos cidadãos – seja prevenindo contingências associadas ao trabalho e a inseguranças sociais, seja combatendo-as quando instaladas. (PEREIRA, 2016, p. 79)

As políticas sociais são criadas como respostas aos desdobramentos/manifestações que se originam na sociedade capitalista a partir da contradição da relação capital/trabalho na passagem da etapa concorrencial para o sistema de monopólios⁸. Tal processo foi mediado por transformações ocorridas no desenvolvimento da produção e reprodução do capital, a exemplo da globalização e urbanização. Esses desdobramentos são denominados, principalmente na literatura marxista, expressões da “questão social”.

A expressão “questão social” surge na terceira década do século XIX para dar conta de um fenômeno novo, sem precedentes na história, o pauperismo. Trata-se de um fenômeno que registra elevado índice de miséria e alargamento da pobreza, realidades produzidas, contraditoriamente, na mesma proporção de criação de riqueza pelo modo de produção

⁸ “A ‘livre concorrência’ é convertida em uma luta de vida ou morte entre os grupos monopolistas e entre eles e os outros, nos setores ainda não monopolizados. Esbatendo-se no mercado mundial – no qual a monopolização rearranja inteiramente a divisão internacional capitalista do trabalho – o capitalismo monopolista conduz ao ápice a contradição elementar entre a socialização da produção e a apropriação privada: internacionalizada a produção, grupos de monopólios controlam-na por cima de povos e Estados” (NETTO, 2005, p. 23-24).

capitalista. A “questão social” é assim definida como o conjunto de expressões das desigualdades sociais próprias do capitalismo, advindas na sua etapa concorrencial, resultantes das suas relações antagônicas fundadas na exploração do trabalho pelo capital e na consciência de classe “para si”⁹ dos trabalhadores, os quais passam a exigir do Estado e do capital respostas às suas condições de vida e de exploração.

Netto (2005, p. 29-30, grifo do autor) percebe a “questão social” de maneira particular:

No capitalismo concorrencial, a “questão social”, por regra, era objeto de ação estatal na medida em que motivava um auge de mobilização trabalhadora, ameaçava a ordem burguesa ou, no limite, colocava em risco global o fornecimento da força de trabalho para o capital – condições *externas* à produção capitalista. No capitalismo dos monopólios, tanto pelas características do novo ordenamento econômico quanto pela consolidação política do movimento operário e pelas necessidades de legitimação política do Estado burguês, a “questão social” como que se *internaliza* na ordem econômico-política: não é apenas o acrescido excedente que chega ao exército industrial de reserva que deve ter a sua manutenção “socializada”; não é somente a preservação de um patamar aquisitivo mínimo para as categorias afastadas do mundo do consumo que se põe como imperiosa – é tudo isto que articula o enlace das funções econômicas e políticas do Estado burguês capturado pelo capitalismo monopolista, com a efetivação dessas funções se realizando *ao mesmo tempo* em que o Estado continua ocultando a sua essência de classe (NETTO, 2005, p. 29-30, grifo do autor).

Se as expressões da “questão social” emergem das contradições entre capital-trabalho na fase concorrencial do sistema capitalista, mediante exigências da classe trabalhadora de melhores condições de vida e de trabalho, cabe tratar brevemente sobre a instituição que medeia tais relações de conflito, o Estado.

A partir da transição do sistema feudal para o capitalista, constituem-se novas relações sociais. O capitalismo é, por regra, constituído do binômio capital-trabalho, caracterizado pela composição de capitalistas (detentores dos meios de produção) e proletários (detentores da força de trabalho); tal realidade baliza o surgimento das classes sociais que muitos autores da tradição marxista pontuaram como luta de classes. Assim, pode-se afirmar que o sistema do capital é uma sociedade de classes, onde uma classe exerce poder sobre a outra, garantindo, desse modo, a produção e reprodução do modo de produção capitalista.

O conflito entre as duas principais classes, burgueses e proletários, reverbera na necessidade de criação de um aparelho “neutro” para mediar os conflitos potencialmente danosos à produção e reprodução do sistema do capital, o Estado moderno. O Estado moderno ultrapassa a imagem de pretensa *neutralidade* dentro da sociedade de classes e se configura, para a tradição marxista, como mantenedor da ordem burguesa e de seus interesses particulares,

⁹ Organização política dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho.

sendo considerado um “instrumento de poder e de dominação de classe” (FERNANDES, 2019, p. 70-71).

Engels (2012, p. 213) define o Estado como

um produto da sociedade, quando esta chega a um determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que essa sociedade se enredou numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis que não consegue conjurar. Faz-se necessário um poder colocado aparentemente um poder por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e mantê-lo dentro dos limites da “ordem”. Esse poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela, distanciando-se cada vez mais, é o Estado. (ENGELS, 2012, p. 213)

Portanto, a partir da sociedade de classes, o Estado surge como categoria histórica da necessidade do homem de se organizar, sendo esse, de acordo com Engels (2012), defensor da cidadania burguesa como determinação de classe no processo de exploração do trabalho do homem pelo homem. Contribui para o “desenvolvimento desigual de um modo de vida em sociedade, estruturada em uma divisão do trabalho marcada pela exploração. O Estado é instituído para administrar essa desigualdade e nunca no sentido de sua resolutividade” (SILVA, 2016, p. 21).

O Estado se torna a expressão política das formas de dominação e exploração, por ser historicamente o aparelho que surge das relações de produção, bem como o principal agente de repressão da classe dominada. Assim, na medida em que o Estado apareceu da precisão de frear “o antagonismo das classes, e como, ao mesmo tempo, nasceu em meio ao conflito delas, é, por regra, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que, por intermédio dele, se converte também em classe politicamente dominante” (ENGELS, 2012, p. 215-216), adquirindo novas formas de coerção e exploração da classe dominada.

Este é o mecanismo essencial utilizado pela classe dominante para reprimir a classe explorada, ligando o poder político ao econômico a fim de concretizar seus interesses, os quais se resumem na produção de mais-valia¹⁰ – derivada da exploração da força de trabalho dos assalariados – e amortecer as desigualdades e os conflitos decorrentes desse novo modo de produção.

É pertinente ressaltar que, na visão de Netto (2005, p. 26, grifo do autor), o Estado “foi capturado pela lógica do capital monopolista – ele é o *seu* Estado; o que se verifica é a integração orgânica entre os aparatos privados dos monopólios e as instituições estatais”.

¹⁰ Para saber mais sobre a produção de mais valia, consultar o livro de Marx “**O Capital**”, volume I, capítulo XIV.

Assim, esclarece de maneira pertinente que “o Estado funcional ao capitalismo monopolista é, no nível das suas finalidades econômicas, o ‘comitê executivo’ da burguesia monopolista”.

As condições necessárias para acumular capital, assim como Netto (2005) preconiza, dizem respeito a mecanismos criados pelo Estado com o intuito de apaziguar os descontentamentos da classe trabalhadora frente às expressões das desigualdades sociais criadas pelo processo de acumulação capitalista. Dentre esses mecanismos, na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, Netto (2005, p. 26, grifo do autor) aponta a “*preservação e o controle contínuos da força de trabalho, ocupada e excedente*” por meio da criação e implementação de direitos sociais, estratégia de desmobilização das lutas sociais da classe trabalhadora por melhores condições de vida e de trabalho. Assim, cria-se consenso para assegurar o processo de crescimento e acumulação capitalistas, garantindo, em última instância, a manutenção da ordem dos monopólios.

Em outros termos, acrescenta-se que é a partir desses desdobramentos sociais, políticos e econômicos que o Estado se volta para as expressões da “questão social”, objetos de intervenção das políticas sociais, as quais se configuram como políticas de conciliação entre as exigências de valorização do índice de acumulação capitalista e a reprodução da força de trabalho.

É a política social do Estado burguês no capitalismo monopolista configurando a sua intervenção contínua, sistemática, estratégica sobre as sequelas da “questão social”, que oferece o mais canônico paradigma dessa indissociabilidade de funções econômicas e políticas que é própria do sistema estatal da sociedade burguesa madura e consolidada. Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes (NETTO, 2005, p. 30).

Nas considerações de Behring e Boschetti (2011, p. 47) em contribuição com Pierson (1991), as políticas sociais têm origem “relacionada aos movimentos socialdemocratas e ao estabelecimento dos Estados-nação na Europa ocidental do final do século XIX”. As protoformas das políticas sociais estão ligadas a manutenção da ordem social de determinado contexto histórico, por meio da produção de consenso e através da execução de ações assistencialistas, de natureza pontual, restrita, caritativa e moral, não pautadas na concepção de direito social.

Ou seja, os embriões das políticas sociais não se originaram de uma só vez. O que se constata, a partir da literatura, é que ao longo dos séculos foram sendo criadas legislações¹¹ variadas que se caracterizavam ações orientadas pela punição e repressão (PEREIRA, 2000 apud BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Desse modo,

O princípio estruturador dessas leis era obrigar o exercício do trabalho a todos que apresentassem condições de trabalhar, e as ações assistenciais previstas tinham o objetivo de induzir o trabalhador a se manter por meio de seu trabalho. Associadas ao trabalho forçado, essas ações garantiam auxílios mínimos (como alimentação) aos pobres reclusos nas *workhouses* (casas de trabalho). Os critérios para acesso eram fortemente restritivos e seletivos e poucos conseguiam receber os benefícios. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 48, grifo do autor).

As concessões dos auxílios garantidos em lei distribuíam-se entre “pobres merecedores”, que, de acordo com Behring e Boschetti (2011, p. 49), eram “aqueles comprovadamente incapazes de trabalhar e alguns adultos capazes considerados pela moral da época como pobres merecedores, em geral nobres empobrecidos”, e “pobres não merecedores [...], todos aqueles que possuíam capacidade, ainda que mínima, para desenvolver qualquer tipo de atividade laborativa”.

Com o passar dos séculos, as leis transformaram-se. Apesar de possuírem caráter moralista, punitivo e restrito, as mudanças ocorridas no mundo do trabalho a partir do século XVIII, no período da Revolução Industrial reverberaram no esquecimento de tais leis, lançando a força de trabalho num destino de “escravidão” sem nenhum tipo assistência ou proteção social. Essa camada é jogada ao pauperismo¹², fenômeno sem precedentes, advindo da “questão social”. Sobre esse processo, Marx (2014, p. 756) explica:

Quanto maiores a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e a energia de seu crescimento e, conseqüentemente, a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível é ampliada pelas mesmas causas que aumentam a força expansiva do capital. A grandeza proporcional do exército industrial de reserva cresce, portanto, com as potências da riqueza. Mas quanto maior esse exército de reserva em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto mais maciça a superpopulação consolidada, cuja miséria está em razão inversa do suplício de seu trabalho. Quanto maior, finalmente, a camada lazarenta da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior o pauperismo oficial (MARX, 2014, p. 756)

¹¹ A exemplo: “Estatuto dos Trabalhadores (1349); Estatuto dos Artesãos (1563); Lei dos pobres elisabetanas (1531-1601); Lei do Domicílio – *Settlement Act* (1662); *Speenhamland Act* (1795); Nova Lei dos Pobres – *Poor Law Amendment Act* (1834). (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 48, grifo do autor).

¹² Behring e Boschetti (2011, p. 52-53), através das contribuições de Netto e Braz (2006), definem pauperização como a “expressão das contradições inerentes ao capitalismo que, ao constituir o trabalho vivo como única fonte de valor e, ao mesmo tempo, reduzi-lo progressivamente em decorrência da elevação da composição orgânica do capital, promove a expansão do exército industrial de reserva ou superpopulação relativa em larga escala”.

Com base no exposto, compreende-se que é por meio desse cenário social, político e econômico que as expressões da “questão social” se agudizam, trazendo à tona o protagonismo da classe trabalhadora na luta frente a tais expressões da “questão social” que a atingem direta e profundamente, o que requer do Estado mecanismos que ofereçam respostas às insistentes desigualdades sociais. Esses mecanismos são as políticas sociais.

Em continuidade, cabe mencionar que entre os séculos XIX e XX houve um redimensionamento no processo de acumulação do capital a partir da constituição do sistema de monopólios. Lênin (1989), em sua obra “Imperialismo – Fase superior do capitalismo”, faz uma análise sobre a concentração da produção capitalista, o surgimento dos monopólios e sua passagem para o estágio imperialista. O sistema de monopólios se define pela grande e rápida concentração de riqueza através do processo de produção, onde grandes empresas vão se aprimorando e abarcando diversos ramos da indústria. Lênin (1989) assinala:

Nem todas as indústrias possuem grandes empresas; por outro lado, uma particularidade extremamente importante do capitalismo, atingida a fase superior do seu desenvolvimento, é a que se designa por *integração*, isto é, a reunião em uma única empresa de diversos ramos da indústria que possam abranger as sucessivas fases de tratamento da matéria-prima ou então que possam desempenhar, uma em relação às outras, o papel de auxiliares. (LÊNIN, 1989, p. 18, grifo do autor)

O sistema monopólico-imperialista é formado por cartéis e trustes, ou seja, associações formadas por grupos monopolistas. Explicando sua lógica, Lênin (1989, p. 22) esclarece que tais associações estabelecem “acordos sobre as condições de venda e de troca, repartem os mercados entre si, determinam a quantidade dos produtos a fabricar, fixam os preços” e assim, “repartem os lucros entre as diversas empresas”. O capitalismo na sua era monopolista torna-se

O monopólio da mão-de-obra especializada, os melhores engenheiros; apodera-se das vias e meios de comunicação, das estradas de ferro da América, das sociedades de navegação na Europa e na América. O capitalismo, chegado à sua fase imperialista, conduz à beira da socialização integral da produção; ele arrasta os capitalistas, seja como for, independentemente da sua vontade e sem que eles tenham consciência disso, para uma nova ordem social, intermédia entre a livre concorrência e a socialização integral. (LÊNIN, 1989, p. 25).

Outro ponto a ser destacado sobre a passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista é o surgimento de inovações tecnológicas, seu aprimoramento, bem como sua apropriação monopólica: “a produção torna-se social, mas a apropriação continua privada. Os

meios de produção sociais permanecem propriedade privada de um pequeno número de indivíduos” (LÊNIN, 1989, p. 25). Ao fundirem-se, os monopólios operam da seguinte forma:

1) privação de matérias primas; 2) privação da mão-de-obra por meio de ‘alianças’; 3) privação dos meios de transporte; 4) encerramento dos mercados; 5) acordos com os compradores para manter relações apenas com os cartéis; 6) baixa sistemática de preços; 7) privação de créditos; 8) boicote (LÊNIN, 1989, p. 25-26).

Certamente que, com tal formação, organização e produção significativa de capital, os capitalistas detentores desses monopólios fazem acordos com os bancos, objetivando transformar o montante produzido de “capital-dinheiro inativo em capital ativo, isto é, criador de lucro”, colocando-o “à disposição da classe dos capitalistas”. (LÊNIN, 1989, p. 30). Deste modo,

À medida que os lucros aumentam e os bancos se concentram em um pequeno número de estabelecimentos, estes deixam de ser modestos intermediários para se tornarem monopólios todo-poderosos, dispondo da quase-totalidade do capital-dinheiro do conjunto dos capitalistas e dos pequenos empresários, assim como da maior parte dos meios de produção e das fontes de matérias-primas de um dado país ou de toda uma série de países. (LÊNIN, 1989, p. 30).

Pode-se resumir essa lógica da seguinte forma: enquanto o sistema de concorrência de capitais se pautava na exportação de mercadorias, o de monopólios baseia-se na exportação de capitais. Esse sistema de capitais articula o capital industrial ao capital bancário, associação denominada capital financeiro, cuja principal serventia é dispor-se aos propósitos dos capitalistas industriais (LÊNIN, 1989). Aqui, o capital financeiro também é considerado uma mercadoria, a qual forma o sistema de créditos. Esse capital excedente-financeiro é a marca registrada do imperialismo no seu estágio mais desenvolvido na contemporaneidade.

Para definir o imperialismo, Lênin (1989) destaca cinco características fundamentais, são elas:

1) concentração da produção e do capital; 2) fusão do capital bancário e do capital industrial, e criação, de uma oligarquia financeira; 3) formação de uniões internacionais monopolistas de capitalistas que partilham o mundo entre si; 4) termo da partilha territorial do globo entre as maiores potências capitalistas (LÊNIN, 1989, p. 88).

Pode-se, assim, definir o imperialismo da seguinte maneira: é o capitalismo que auferiu maturidade e pleno desenvolvimento, o qual se expande e ganha predomínio mediante fusão do capital industrial ao capital bancário, unindo empresas capitalistas internacionais não só pelo sistema de exportação de mercadorias, mas também pela exportação de capital-dinheiro, tendência contextualizada pela divisão do capital internacional pelos grandes capitalistas

mundiais. Porém, não se pode perder de vista que, enquanto o capital se reinventa e se modifica com o passar do tempo, também são criadas novas formas de exploração da força de trabalho para a realização dos objetivos propostos por esse novo estágio do capitalismo.

No que diz respeito ao cenário político entre o final do século XIX até a década de 1930, há uma forte influência do liberalismo no âmbito do Estado moderno. Behring e Boschetti (2011), levando em consideração as concepções de David Ricardo e Adam Smith (2003) sobre o liberalismo, assim assinalam sua dinâmica:

Cada indivíduo agindo em seu próprio interesse econômico, quando atuando junto a uma coletividade de indivíduos, maximizaria o bem-estar coletivo. É o funcionamento livre e ilimitado do mercado que asseguraria o bem-estar. É a “mão invisível” do mercado livre que regula as relações econômicas e sociais e produz o bem comum. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 56).

Observa-se, com base na reflexão das autoras que essa perspectiva sedimentada na concepção de que o mercado é o principal regulador das relações sociais e econômicas, significa dizer que se requisita um Estado ausente, ou seja, uma intervenção estatal minimizada. Tal afirmação permite a compreensão de que “o papel do Estado, resume-se a fornecer a base legal com a qual o mercado pode maximizar os ‘benefícios aos homens’”, sua ação se resume a assegurar “maior liberdade ao mercado” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 56-57). As autoras explicam melhor essa colocação:

Uma mão invisível – o mercado – leva os indivíduos a promover um fim que não fazia parte de sua intenção inicial. A “loucura das leis humanas” não pode interferir nas leis *naturais* da economia, e por isso o Estado deve apenas fornecer a base legal, para que o mercado livre possa maximizar os “benefícios aos homens”. Trata-se, portanto, de um *Estado mínimo*, sob forte controle dos indivíduos que compõe a sociedade civil, na qual se localiza a virtude. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 59-60, grifo do autor).

Logo, por se tratar de um Estado mínimo, há claros rebatimentos dessa tendência liberal no processo de concessão de direitos sociais, os quais são viabilizados via implementação de políticas sociais no capitalismo contemporâneo. No liberalismo, o Estado deve apenas intervir no momento propício para assegurar a lógica do mercado livre, mas nunca no sentido de garantir políticas sociais, nem de intervir nos desdobramentos advindos do surgimento das relações antagônicas entre capital e trabalho.

Behring e Boschetti (2011, p. 61-62, grifo do autor) apontam, conforme disposto a seguir, os princípios liberais de compreensão do Estado, bem como as razões para que essa

corrente defende a perspectiva de um Estado mínimo. De acordo com as autoras, tais princípios são:

- a) *Predomínio do Individualismo*;
- b) *O bem-estar individual maximiza o bem-estar coletivo*. Para os liberais, cada indivíduo deve buscar o bem-estar para si e sua família por meio da venda de sua força de trabalho no mercado;
- c) *Predomínio da liberdade e competitividade*;
- d) *Naturalização da miséria*. A miséria é compreendida como resultado da moral humana e não como resultado do acesso desigual à riqueza socialmente produzida;
- e) *Predomínio da lei da necessidade*. Os liberais entendem que as necessidades humanas básicas não devem ser totalmente satisfeitas, pois sua manutenção é um instrumento eficaz de controle populacional e do consequente controle da miséria
- f) *Manutenção de um Estado mínimo*. Para os liberais, o Estado deve assumir o papel “neutro” de legislador e árbitro, e desenvolver apenas ações complementares ao mercado. Sua intervenção deve restringir-se a regular as relações sociais com vistas a garantir a liberdade individual, a propriedade privada e assegurar o livre mercado;
- g) *As políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício*. Para os liberais, o Estado não deve garantir políticas sociais, pois os auxílios sociais contribuem para reproduzir a miséria, desestimulam o interesse pelo trabalho e geram acomodação;
- h) *A política social deve ser um paliativo*. Como, na perspectiva liberal, a miséria é insolúvel e alguns indivíduos não têm condições de competir no mercado de trabalho, ao Estado cabe apenas assegurar assistência mínima a esses segmentos, como um paliativo. A pobreza deve ser minorada pela caridade privada. (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 61-62, grifo do autor)

Os princípios elencados permitem mencionar que com a adoção dessas medidas por parte do Estado, sua opção pela não implementação de políticas sociais e o surgimento do modelo de produção em massa desenvolve-se uma intensificação no processo de produção e de exploração da força de trabalho. Destarte, a grande riqueza acumulada se concentra nas mãos da minúscula parcela de capitalistas, enquanto que de outro lado, produz-se, na mesma proporção de produção de riquezas, a miséria da classe operária, a qual pode ser recrudescida em períodos de crise do sistema, como é o caso da crise de 1929.

Mas antes de chegar a essa questão, é importante destacar o funcionamento desse processo de crise do sistema capitalista. De acordo com Netto e Braz (2012), as crises do sistema capitalista ocorrem por uma

*Superprodução de valores de uso*¹³ - mais precisamente: não há uma insuficiência na produção de bens, não há carência de valores de uso; o que ocorre é que os valores de uso não encontram escoamento, não encontram consumidores que possam pagar o seu valor de troca¹⁴ e, quando isto se evidencia, os capitalistas tendem a travar a produção; na crise capitalista, a oferta de mercadorias torna-se excessiva em relação à procura

¹³ Para saber mais sobre o processo de valores de uso do sistema capitalista, consultar o livro de Marx “**O Capital**”, volume I, capítulo I.

¹⁴ Para saber mais sobre o processo de valores de troca do sistema capitalista, consultar o livro de Marx “**O Capital**”, volume I, capítulo I.

(demanda) e, então, restringe-se ao limite a produção (NETO e BRAZ, p. 171, grifo do autor).

Ao restringir a produção de mercadorias, as operações dos comércios diminuem muito, “as mercadorias não se vendem, a produção é enormemente diminuída ou até paralisada, preços e salários caem, empresas entram em quebra, o desemprego se generaliza e as camadas trabalhadoras padecem a pauperização absoluta” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 172).

Diante desse cenário de pauperismo, com um quadro de miséria alarmante, os detentores da força de trabalho necessária ao processo de acumulação capitalista no contexto do imperialismo organizam-se reivindicando melhores salários, além de condições dignas de trabalho e de vida.

Para confirmar tal entendimento, observamos o que ocorreu pós-crise de 1929, época entre 1890 a 1940, em que especialistas consideraram a fase clássica do imperialismo. Lembre-se de que, nesse período, ocorreram diversas crises, mas nenhuma conseguiu ultrapassar as consequências causadas pela crise de 1929, pois esta

evidenciou para os dirigentes mais lúcidos da burguesia dos países imperialistas a necessidade de formas de intervenção do Estado na economia capitalista. Registramos que o Estado burguês sempre interveio na dinâmica econômica, garantindo as condições *externas* para a produção e a acumulação capitalistas; mas a crise de 1929 revelou que novas modalidades interventivas tornavam-se necessárias: fazia-se imperativa uma intervenção que envolvesse as *condições gerais* da produção e da acumulação. Essa era uma exigência estritamente econômica; mas o contexto sociopolítico em que ela se punha condicionou largamente a mobilidade em que foi implementada (NETTO; BRAZ, 2012, p. 205, grifo do autor).

Na conjuntura posta, o capital necessitou de um “reforço” para equilibrar sua base econômica, visto que a ideia de intervenção do Estado elaborada pelas vanguardas trabalhistas não ia de encontro aos princípios de acumulação do sistema imperialista. Esse suporte foi idealizado por Keynes, intelectual que defendeu os interesses dos capitalistas ingleses. Assim, conforme assinalou Keynes (apud Netto; Braz, 2012), “o capitalismo não dispõe espontânea e automaticamente da faculdade de utilizar inteiramente os recursos econômicos”, era necessário, “para tal *utilização plena* (que evitasse as crises e suas consequências) que o Estado operasse como um regulador dos investimentos privados através do direcionamento dos seus próprios gastos – Keynes atribuía papel central ao orçamento público enquanto indutor de investimento” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 207-208, grifo do autor).

As ideias de Keynes são implementadas entre as décadas de 1940 a 1970, no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial, momento em que o capital apresentou resultados

significativos em sua produção e reprodução, com forte predomínio do Estado intervencionista. A exemplo do que diversos autores e a própria história apontam, é no contexto de crescimento da produção, principalmente nos anos 1960, que as principais potências mundiais (EUA, Japão, França, Alemanha Ocidental, Itália e Grã-Bretanha) obtiveram um crescimento de “5 a 6 por cento ao ano”, bem como aumento significativo em sua taxa de lucro (NETTO; BRAZ, 2012, p. 208).

As ideias do modelo idealizado por Frederick Taylor, adotadas por Henry Ford, no desenvolvimento da produção automobilística em massa, na fase “clássica” do imperialismo (“anos dourados”) – período de maior crescimento das taxas de lucro no capitalismo contemporâneo, entre os anos de 1940 a 1970 – se universalizam, passando de um simples reordenamento dos processos de trabalho na especificidade das fábricas automobilísticas para tornar-se o “padrão” em todos os ramos da produção industrial.

O novo modelo de produção idealizado por Frederick Taylor caracterizou-se num maior controle do trabalho no processo de produção, combinado ao sistema de produção em massa que se baseava no inovado modelo de organização do trabalho da empresa de automóveis de Henry Ford. A reorganização da produção e dos processos de trabalho foi denominada modelo “taylorista-fordista” de produção capitalista.

Antunes (2009, p. 38-39, grifo do autor) aponta como esse novo padrão de organização do trabalho se estruturou.

[...] baseava-se na *produção em massa* de mercadorias, que se estruturava a partir de uma produção mais *homogeneizada* e enormemente *verticalizada*. Era necessário também racionalizar ao máximo as operações realizadas pelos trabalhadores, combatendo o “desperdício” na produção, reduzindo o *tempo* e aumentando o *ritmo* de trabalho, visando a intensificação das formas de exploração. (ANTUNES, 2009, p. 38-39, grifo do autor).

E continua:

Esse padrão produtivo estruturou-se com base no trabalho *parcelar e fragmentado*, na decomposição das tarefas, que reduzia a ação operária a um conjunto repetitivo de atividades cuja somatória resultava no trabalho coletivo produtor dos veículos. Paralelamente à perda de destreza do *labor* operário anterior, esse processo de *desantropomorfização do trabalho* e sua conversão em *apêndice* da máquina-ferramenta dotavam o capital de maior intensidade na extração do sobretrabalho. À mais-valia extraída *extensivamente*, pelo prolongamento da jornada de trabalho e do acréscimo da sua dimensão *absoluta*, intensificava-se de *modo prevalecente* a sua extração *intensiva*, dada pela dimensão relativa da mais-valia. (ANTUNES, 2009, p. 39, grifo do autor).

Todas essas medidas são expandidas e adotadas principalmente no período dos “anos dourados” – intervalo entre o pós-Segunda Guerra Mundial até o início da década de 1970.

Além do grande desenvolvimento da indústria automobilística baseado no taylorismo-fordismo, modelo que se tornou o “padrão” exigido em todos os ramos industriais, há também, nesse período, a concretização das ideias, esboçadas anteriormente, de Keynes. Isso ocorreu não apenas em função dos resultados significativos do novo modelo de produção, mas também pela conjuntura do pós-Segunda Guerra Mundial, momento em que os Estados dos países que tiveram seus territórios devastados adotaram medidas interventivas na tentativa de reconstruir sua base econômica, assegurando a produção e a reprodução do capital monopolista.

Netto e Braz (2012, p. 216; suprimimos) discorrem sobre as ações/medidas adotadas pelo Estado intervencionista do quadro em tela:

O Estado passou a se inserir como empresário nos setores básicos não rentáveis, a assumir o controle de empresas capitalistas com dificuldades, a oferecer subsídios diretos aos monopólios e a lhes assegurar expressamente taxas de lucro. Suas funções indiretas, além das encomendas/compras aos monopólios, residem nos subsídios mascarados (a renúncia fiscal), nos maciços investimentos em meios de transporte e infraestrutura (NETTO; BRAZ, 2012, p. 216).

Tais medidas são reveladoras, uma vez que desvelam a natureza do Estado em seu modo de intervir e subsidiar diretamente os setores rentáveis da economia. Contudo, as principais medidas adotadas pelo Estado intervencionista nos “anos dourados”, em nossa perspectiva, referiram-se à instituição de sistemas de proteção social constituídos pelo conjunto articulado¹⁵ de políticas sociais. Estas, como já mencionado anteriormente, têm papel fundamental na manutenção da ordem capitalista, na preservação e “no controle da força de trabalho – ocupada, mediante a regulamentação das relações capitalistas/trabalhadores”. Portanto, essas políticas têm o objetivo de assegurar os requisitos essenciais para a produção e reprodução do sistema capitalista (NETTO, 2005, p. 30-31).

Entretanto, há um elemento importante no que se refere à intervenção do Estado nas expressões da “questão social” por meio da instituição de um sistema de proteção social:

enquanto intervenção do Estado burguês no capitalismo monopolista, a política social deve constituir-se necessariamente em *políticas sociais*: as sequelas da ‘questão social’ são recortadas como problemáticas *particulares* (o desemprego, a fome, a

¹⁵ Boschetti (2012, p. 756) aborda essa questão da seguinte maneira: “Um sistema de proteção social não é somente a justaposição de programas e políticas sociais, nem tampouco se restringe a uma política social, o que significa dizer que as políticas sociais não constituem, em si mesmas, um sistema de proteção social. O que o configura é o conjunto organizado, coerente, sistemático e planejado de políticas sociais que garantem a proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços sociais, nas áreas de emprego, saúde, previdência, habitação, assistência, educação”.

carência habitacional, etc.) e assim enfrentadas (NETTO, 2005, p. 32-33, grifo do autor).

Entende-se que o objetivo de tratar a política social e as expressões da “questão social” de maneira fragmentada e particular deve-se ao fato de que, na perspectiva dos capitalistas, os desdobramentos da “questão social” devem ser abordados de forma particular e individual, como se essas resultassem de um “‘desvio’ da lógica social”, conforme Netto (2005), e não da contradição entre o capital e o trabalho (totalidade). Assim, “a ‘categorização’ dos *problemas sociais* e dos seus vulnerabilizados, se dá não só com a decorrente priorização das ações, mas sobretudo com a atomização das demandas e a competição entre as categorias demandantes” (NETTO, 2005, p. 32-33, grifo nosso, grifo do autor), constituindo políticas sociais para cada problemática social.

Além disso, não se deve perder de vista que a instituição dos sistemas de proteção social em cada país é diferenciada, pois sua formação varia, considerando países de Primeiro Mundo, que vivenciaram uma fase de plena efetivação de um sistema de bem-estar social (Welfare State¹⁶) entre os anos de 1940 a 1970, e países como os do Terceiro Mundo, os quais não tiveram, de fato, um período como esse na sua agenda social (como é o caso do Brasil). Os contextos de luta de classes e de mobilização e organização dos trabalhadores variam tanto em relação ao tempo, como entre países, ou seja, são marcados por sua conjuntura política, econômica e social, o que explica, em parte, o fato da não implementação de um sistema de proteção social pleno nos países de Terceiro Mundo. Acrescenta-se que “as particularidades nacionais, como o grau de desenvolvimento das forças produtivas, organização e pressão da classe trabalhadora, composição das forças e partidos políticos e estruturação dos processos democráticos atribuíram características específicas a cada sistema nacional” (BOSCHETTI, 2012, p. 759).

Na visão de Boschetti (2012, p. 758-759; suprimimos),

É a esse conjunto de políticas sociais, articuladas às políticas econômicas, que assegurou o pleno emprego, bem como o acesso universal a direitos de educação, saúde, previdência e assistência social, que se designa como sistema de proteção social. O reconhecimento dos direitos sociais e, sobretudo, sua universalização nos sistemas de proteção social capitalista, seja em forma de bens e serviços, seja em forma de prestações sociais monetárias, possibilitaram a melhoria das condições de vida, certa redução das desigualdades sociais e certa socialização do fundo público,

¹⁶ Segundo Fleury e Ouverney (2008, p. 29-30), o Welfare State ou Estado de Bem-Estar Social “designa as políticas desenvolvidas em resposta ao processo de modernização das sociedades ocidentais, consistindo em intervenções políticas no funcionamento da economia e na distribuição social de oportunidades de vida, que procuram promover a seguridade e a igualdade entre os cidadãos, com o objetivo de fomentar integração social das sociedades industriais altamente mobilizadas”.

mas seguramente não desmercantilizam as relações sociais, que continuam regidas pelas relações capitalistas fundadas na socialização da produção e apropriação privada de seus resultados. (BOSCHETTI, 2012, p. 758-759).

A consideração da autora reporta a experiência europeia. Nessa direção, cabe sinalizar que a depender do país europeu em que foram implementadas, tais políticas sociais estavam fundamentadas entre dois modelos: o modelo beveridgiano e o bismarckiano. A primeira lógica se refere ao conjunto de políticas (saúde, educação, habitação, entre outros/as.) pautadas numa perspectiva de acesso universal, ou seja, todos podiam ter acesso, sendo “todas as prestações sociais garantidas pelo Estado, independentemente de vínculo com trabalho e/ou prévia contribuição” (BOSCHETTI, 2012, p. 759-760). Atribui-se ao segundo modelo a lógica de acesso por meio de contribuição aos seguros sociais, os quais oferecem serviços apenas para os contribuintes com carteira de trabalho, ou seja, aqueles em regime de trabalho formal.

Observa-se que além das diferenças claras entre os dois modelos de políticas sociais, Boschetti (2012, p. 762) destaca uma característica comum nos sistemas de proteção social desses países: “é a intervenção do Estado na regulação do mercado e o estabelecimento de sistemas públicos universais de proteção social”. Tal afirmativa coaduna com o que já fora mencionado anteriormente, o fato de que só por meio do Estado é que seria possível a implementação de políticas sociais.

No entanto, apesar de serem dois modelos totalmente distintos, diversos países adotaram os dois modelos, principalmente a partir dos anos 1990 em que se observa forte predomínio da onda neoliberal¹⁷ com sucessivas contrarreformas no âmbito social. No Brasil, é perceptível o predomínio das duas lógicas nas políticas sociais: enquanto a política previdenciária é regida, na sua maior parcela, pela contribuição dos trabalhadores formais, tendência do modelo bismarckiano, a assistência social, a educação e a política de saúde são organizadas com base na lógica do plano beveridgiano (universal).

Esse breve estudo do contexto social, político e econômico é fundamental, pois contribui de maneira exemplar para entender e situar o quadro histórico relativo ao surgimento das políticas sociais na sociedade capitalista em seu estágio monopolista. Inclua-se a política pública que contextualiza este trabalho, a política social de saúde, a qual também derivou dos processos históricos supracitados. Sendo assim, no próximo item, discorrer-se-á sobre os

¹⁷ Segundo Gasparotto et al (2014, p. 07), o neoliberalismo “refere-se à retomada de forma intensa do ideário liberal, o qual apregoa a liberdade dos mercados, as liberdades individuais, a autorregulação dos mercados, ou seja, a não interferência do Estado na economia. O projeto neoliberal defende a retração da intervenção do Estado no campo social”.

processos de organização e implementação, em âmbito mundial e nacional, da política de saúde, com especial destaque para a sua política de atenção primária.

1.2 Política de Saúde como Política Social nos marcos do capitalismo monopolista

O contexto de surgimento das grandes cidades, polos do modelo industrial, promoveu processos de migração de uma massa de trabalhadores do campo para os espaços urbanos, onde a miséria mostrava-se cada vez mais evidente, realidade que repercutiu nas condições de saúde da classe trabalhadora. Somente a partir da organização e da mobilização do proletariado em diversos momentos da história, e principalmente por meio da instauração do novo modelo de produção capitalista entre os séculos XIX e XX, tornou-se possível a implementação de políticas que intervissem nas condições precárias de vida e de trabalho, ainda que, inicialmente, fossem ações pontuais e restritivas.

Esse “período revolucionário coincidiu, na Saúde, com uma ênfase na Medicina Social e com a emergência do pensamento progressista na área, que vinculava a questão saúde às condições de vida” (BRAVO, 2013, p. 33). Porém, o surgimento das

Protoformas de políticas sociais com relação à saúde surgiram a partir do século XVIII, como parte das estratégias destinadas à legitimação da ordem burguesa e da acumulação capitalista. E, na segunda metade do século XIX, a saúde foi valorizada como questão política governamental. O crescimento do setor da saúde deveu-se à ampliação das necessidades sociais, que foram determinadas tanto pelo processo de acumulação de capital como pela elevação do nível de luta de classes (BRAVO, 2013, p. 34).

Essas determinações tinham o objetivo de controlar a saúde e o corpo dos trabalhadores de forma a deixá-los mais capacitados ao trabalho e menos perigosos aos ditames do capital (BRAVO, 2013). Na fase dos monopólios, e com o surgimento de diversas manifestações advindas da intensificação da exploração do trabalho, o Estado implementou medidas a fim de prover necessidades sociais e medidas de bem-estar para os sujeitos que as demandassem (PEREIRA, 2016).

Exemplo disso foram os movimentos do operariado na Europa, no início do século XX, os quais passaram a reivindicar a saúde como direito, “exigindo do Estado que todos os cidadãos tivessem acesso aos melhores padrões da prática médica” (BRAVO, 2013, p. 55). Nesse âmbito, o Estado, mediante exigências postas por parte dos trabalhadores, atentou-se para o provimento de tais requisições no contexto de inserção de um sistema de proteção social.

De acordo com Fleury e Ouverney (2008, p. 23), “ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania”. Mas a cidadania aqui deve ser entendida nos seguintes termos: é designada como um conjunto de direitos e deveres desempenhados pelos indivíduos em sociedade, mas que “surge como uma possibilidade no processo de construção da dominação burguesa, uma vez que o mercado requer a presença do *status* jurídico de igualdade para o pleno desenvolvimento das relações de troca” (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 26, grifo do autor).

Mediante tal afirmação, a depender de cada país ou sociedade, as políticas são criadas “de acordo com suas instituições, com a relação de maior ou menor peso do Estado, da sociedade e da comunidade. Em cada contexto singular, com uma dada relação das forças sociais, emergirá um modelo de proteção social peculiar àquela sociedade” (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 31). Assim, a política de saúde, como política social, está inserida na trama social, política, econômica e institucional de cada sociedade, levando-se em consideração às particularidades de cada Estado-Nação.

Nas palavras de Fleury e Ouverney (2008, p. 39), “a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado”. Ao fazer a articulação entre Estado, sociedade e mercado, percebe-se que o conjunto das relações estabelecidas entre esses atores compõem a base para a constituição e implementação da política de saúde. Tal relação baseia-se no financiamento do sistema pela sociedade, por intermédio do pagamento de impostos. Ao Estado cabe a administração e definição de normas, obrigações e ações a serem realizadas, além de “recolher os recursos e os alocar em programas”. Ademais, é do mercado a atribuição de produção de insumos, oferecendo “serviços de seguro” e participando “da oferta de serviços e da formação de recursos humanos”.

Além disso, as autoras apontam aspectos que são considerados importantes para a construção e gestão da política de saúde, sinalizando alguns requisitos, os quais se expõem a seguir:

- 1) A definição de objetivos (finalidades) da política – a política de saúde se constrói buscando atingir objetivos projetados e acordados como garantidores de padrões de proteção mínimos contra riscos sociais e a promoção do bem-estar;
- 2) A construção e o emprego de estratégias, planos, instrumentos e técnicas capazes tanto de analisar e monitorar as condições sociais de existência da população quanto de desenhar estratégias, metas e planos detalhados de ação;
- 3) O desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes – a política de saúde produz efeitos em diversas relações sociais ao mesmo tempo (promoção da igualdade, legitimação política de grupos governamentais, manutenção da dinâmica econômica);

- 4) A construção oficial de arenas, canais e rotinas para orientar os processos decisórios que definem as estratégias e os planos de ação da política;
- 5) A assimilação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais provenientes dos mais diversos autores presentes na cena política de um país;
- 6) O desenvolvimento, a reprodução e a transformação de marcos institucionais que representam o resultado de referenciais valorativos, políticos, organizacionais e econômicos, que permeiam, sustentam a política e a interligam ativamente ao sistema de proteção social;
- 7) A formação de referenciais éticos e valorativos da vida social. (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 39-40).

Em vista do exposto, cabe mencionar que com base nos seus objetivos, a política social em questão é definida a partir de estratégias e ações respaldadas no aparato legal para a proteção, promoção e recuperação da saúde de uma determinada sociedade. Tais objetivos são deliberados a partir da realidade social de cada região, levando-se em consideração as estratégias utilizadas pelo poder público local.

Por meio da delimitação dos objetivos das políticas de saúde, a construção e o emprego de estratégias, planos, instrumentos e técnicas deverão ser fundamentados com base na realidade social de cada região, ou seja, é somente a partir dessa análise que será possível estabelecer as “metas para cada campo de atuação das políticas citadas como, por exemplo, política nacional do campo, da mulher, da população negra, de saúde no trabalho, etc.” (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 43).

Desse modo, frisa-se que é necessário para a construção de uma política um “diagnóstico da realidade (qual a situação social), os objetivos pretendidos (que situação futura almejamos) e a estratégia a ser adotada (como iremos atingir o que pretendemos)” (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 43). Tal fato faz reportar ao objeto de pesquisa em questão, ao considerar a necessidade de particularizar a realidade social em que se inserem os usuários da atenção primária de saúde na zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI, com seus aspectos culturais, geográficos, econômicos, sociais, entre outros, os quais conformam os objetivos pretendidos para a presente pesquisa, baseados na identificação dos fatores que determinam e/ou dificultam o acesso da população usuária aos serviços de saúde da atenção primária.

No que se refere ao desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes, as políticas sociais mantêm uma relação tênue entre Estado e sociedade, visto que são produto da sociabilidade humana no contexto histórico do capitalismo monopolista/imperialista a partir das contradições existentes entre capital e trabalho. As consequências das políticas sociais, segundo Fleury e Ouverney (2008, p. 46), permite ter uma análise mais profunda de “seus efeitos na reprodução ou transformação da estrutura social. Isso pode envolver a ampliação de

ganhos econômicos de setores empresariais, a manutenção de *status* de grupos sociais, a sustentação política de grupos que estão no poder, dentre outros fatores”.

Isso ocorre dentro das políticas sociais brasileiras, em especial a política de saúde. Estas, considerando o seu percurso, constituem palco de disputas entre diversos atores sociais, principalmente entre os setores público e privado. França *et al.* (2017, p. 122) discorrem, brevemente sobre o modo como se dá a relação do Estado com a iniciativa privada:

A realidade brasileira nos apresenta o Estado como um espaço exclusivo da classe dominante, onde temos o aparelho estatal voltado a atender tanto das demandas da frágil burguesia nacional quanto a burguesia internacional. Esse quadro é visto na inserção da iniciativa privada no processo de prestação de serviços tanto na saúde, quanto em todas as políticas sociais, com o objetivo de ampliar a acumulação do capital, configurando-se uma das ações da contrarreforma brasileira com objetivo de minimizar a atuação do Estado no campo social. Nesse processo de contrarreforma temos uma redefinição no processo de atuação do poder público por meio da privatização e focalização nos segmentos de assistência à saúde, educação, saneamento básico etc., para a população. (FRANÇA *et al.*, 2017, p. 122)

Tal realidade decorre mediante disputas pela “maior fatia do bolo”, ou seja, pelos recursos financeiros destinados a essas políticas. Assim, a política de saúde recebe recursos financeiros advindos das receitas do Estado que estão em constante disputa entre os interesses do sistema público e privado. Esses recursos são destinados para a

construção e manutenção das unidades médicas, remuneração de profissionais, produção e distribuição de medicamentos e equipamentos etc., ao qual constitui um complexo de produção de bens e serviços que se apresenta como parte significativa do sistema da economia de um país (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 46).

Pode haver diversos interesses frente à construção, implementação e consolidação das políticas sociais (aqui a política de saúde também está inclusa), bem como no contexto do repasse de recursos. Compreende-se, desse modo, que diversas relações de poder se estabelecem e perduram na composição e no “acontecer” dessas políticas dentro da realidade social de cada comunidade. Essas arenas são constituídas por correlações de forças, as quais, de acordo com Fleury e Ouverney (2008, p. 49), configuram-se como mais um dos elementos no processo de construção e gestão da política de saúde, afetando diretamente o “processo decisório que define os planos, programas, estratégias e os processos de alocação de recursos” já mencionados anteriormente. Assim,

A política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas. Portanto, *política de saúde* envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes,

por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74, grifo do autor).

Mediante tais apontamentos, observamos que o embate entre esses atores se dá pela apresentação de diversos projetos sociais os quais defendem seus próprios interesses. No entanto, é imprescindível apontar que ao construir uma política social deve-se levar em consideração o resultado da discussão realizada acerca dos diferentes projetos sociais em disputa. Este resultado expressará

algo que é maior do que propostas setoriais de ganho econômico ou político imediato, algo que transcende particularidades por representar projetos de classe definidos e estruturados, abrangendo questões mais amplas como modelos políticos, econômicos e de organização social (FLEURY; OUVENERY, 2008, p. 53-54).

Portanto, ao formular uma política de saúde, “estamos definindo um padrão civilizatório e um modelo de sociedade que desejamos construir” (FLEURY; OUVENERY, 2008, p. 53-54;).

Para dar sustentabilidade ao projeto final resultante das discussões realizadas por aqueles sujeitos sociais que estão à frente da construção da política de saúde, tornam-se necessárias a constituição e implementação de marcos legais, ou como Fleury e Ouverney (2008) chamam, marcos institucionais, que regulamentem as ações a serem realizadas, bem como planos, projetos e programas a serem elaborados e executados dentro da política social.

No caso da política de saúde brasileira têm-se as Leis Orgânicas da Saúde, as quais constituem a base de tal política social: A Lei nº 8.080/1990 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990a), e a Lei nº 8.142/1990 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1990b). Pode-se afirmar que é por meio da formulação e implementação das leis pelo poder público que as políticas sociais encontram respaldo legal no processo de materialização das suas ações, planos, projetos e programas. Portanto,

É por intermédio do processo decisório de formulação e desenho das políticas sociais e dos mecanismos gerados para sua implementação combinados aos recursos a elas destinados que os interesses sociais se materializam em práticas concretas de regulação, provisão, financiamento, organização e avaliação, criando as condições reais de inclusão e exclusão (FLEURY; OUVENERY, 2008, p. 58).

Referente à construção e a gestão da política de saúde, a formação de referenciais éticos e valorativos da vida social compreende um dos aspectos importantes para a formulação e organização da política de saúde. Tal construção e gestão se dão por intermédio das práticas realizadas dentro da própria política, pois “ao serem fundamentadas em concepções valorativas, somente se afirmam como tal legitimando seus valores junto aos indivíduos, impulsionando a redefinição de suas relações sociais e dos padrões sociais e culturais vigentes” (FLEURY; OUVERNY, 2008, p. 59). A redefinição desses significados sociais ocorre por meio da criação de novos padrões socioculturais que afetam e influenciam diretamente a realidade social dos sujeitos. Como exemplos dessa dinâmica na política de saúde, Fleury e Ouverney (2008, p. 59-60-61) apontam os seguintes aspectos que podem ser observados:

- Construção e difusão de valores cívicos – quando uma política de saúde desenvolve referenciais de fortalecimento da esfera pública mediante valorização de uma cidadania universal, da ampliação da consciência de direitos sociais, de relações sociais de solidariedade;
- Definição de referenciais culturais que afetam o padrão das relações sociais básicas – quando uma política de saúde muda a fronteira entre o normal e o patológico, como verificado em áreas como a psiquiatria; quando busca valorizar determinados padrões de expressão da sexualidade, influenciando as relações de gênero;
- Estabelecimento da fronteira que delimita o espaço público e o privado – uma vez que o conceito de saúde é amplo e, como direito de cidadania, requer a ação do Estado em sua garantia, quais são os limites de intervenção do Estado para assegurar parâmetros mínimos de saúde em domínios particulares como família, empresas, grupos religiosos? A política de saúde interfere, aqui, na determinação de espaços jurídicos e políticos que confrontam ideais de liberdade (FLEURY e OUVERNY, 2008, p. 59-60-61)

A partir dos elementos abordados por Fleury e Ouverney (2008) como fundamentais para a construção e gestão de uma política de saúde, percebeu-se que tal política é pensada no contexto de implementação de políticas sociais, vistas como expressões da cidadania. A política de saúde, em sua particularidade, se encaixa nessa reflexão por se tratar de uma medida idealizada e organizada para promover o bem-estar coletivo num contexto de mudanças do sistema capitalista. Essas transformações sociais que contextualizaram as protoformas das políticas sociais tiveram início a partir do século XVIII, em plena Revolução Industrial. Todavia, as políticas sociais na perspectiva do direito social institucionalizam-se apenas no quadro do Estado interventista, através das reivindicações por melhores condições de vida por parte proletariado. Portanto, a política de saúde possui uma relação direta com os modelos de proteção social (política social) pelo fato de tratar-se de “formas de organização e intervenção estatal para toda a área social, incluindo, além da saúde, as áreas de previdência e de assistência social” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 111).

Assim, a política social de saúde é organizada e gerida através dos objetivos, estratégias e ações a serem realizadas para a promoção do bem-estar coletivo, por intermédio de instrumentos e técnicas. Para auferir tais objetivos, é imprescindível que o Estado garanta “as condições indispensáveis para o seu pleno exercício”. Assim, com base no inciso 1º do artigo 2º da Lei 8.080/1990, o

dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990a).

1.3 Os sistemas de saúde e suas redes de atenção

A política de saúde de qualquer país é organizada por intermédio de sistemas que possuem a estrutura necessária para garantir a proteção, promoção e recuperação para o bem-estar das comunidades em que estão inseridos. Com base nos estudos de Lobato e Giovanella (2008, p. 107), um sistema de saúde é definido como um

conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade (LOBATO e GIOVANELLA, 2008, p. 107)

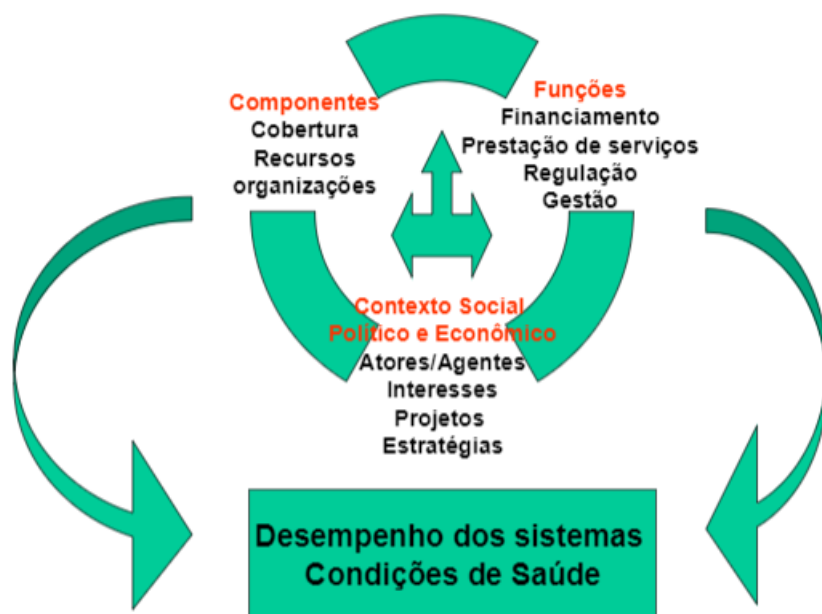
Esse sistema é composto por organizações de saúde públicas e privadas, tendo por objetivo a prestação de serviços a determinadas áreas, conforme grau de atenção. Além disso, sua estrutura é composta necessariamente de “cobertura, recursos (humanos, econômicos, tecnologia e conhecimento), as organizações” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 123), profissionais qualificados para cada rede de atenção, estrutura física, insumos, além de uma vasta rede de serviços.

A cobertura é o componente mais importante de qualquer sistema de saúde. Se o objetivo dos sistemas é zelar pela saúde dos cidadãos, deve-se saber quem é coberto, por quem e para quê. Os recursos são os instrumentos materiais e humanos disponíveis para o funcionamento da atenção à saúde, ou seja, são o conjunto de pessoas, instalações, equipamentos e insumos incorporados na operação do sistema de saúde. As organizações são as agências – públicas e privadas – responsáveis pelas funções dos sistemas de saúde (LOBATO; GIOVANELLA, p. 123).

Analisando como ponto de partida a estrutura dos sistemas de saúde, é necessário compreender a sua dinâmica através das funções realizadas dentro da sua estrutura. Como principais funções dos sistemas de saúde, Lobato e Giovanella (2008, p. 130-131) destacam

quatro. São elas: “o financiamento, a prestação de serviços, a gestão e a regulação”. Não cabe, nesse momento, fazer uma análise sobre cada função, mas é pertinente mencioná-las por integrarem parte da dinâmica dos sistemas de saúde em geral. Assim, o esquema a seguir, elaborado por Lobato e Giovanella (2008, p. 131), evidencia a organização da dinâmica dos sistemas de saúde, pertinente para a compreensão de suas ações posto que de fundamental relevância para a presente pesquisa.

Figura 1 – Dinâmica dos sistemas de saúde



Fonte: LOBATO; GIOVANELLA, 2008.

A partir dos apontamentos expostos na figura 1 sobre o modo como se realiza a dinâmica dos sistemas de saúde, compreende-se, com base nos modelos de proteção social mencionados anteriormente, que existem sistemas organizados através dos modelos beveridgiano e bismarckiano levando em consideração o modelo adotado em cada país. Lembre-se de que o modelo beveridgiano é pautado pelo acesso universal às políticas, sendo o Estado seu principal provedor. No caso da política de saúde, o Estado é quem presta os serviços: “toda a rede de serviços hospitalares e ambulatoriais, ou a maior parte dela, é propriedade pública estatal. Grande parte dos profissionais de saúde são empregados públicos” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p. 111). No que diz respeito ao modelo bismarckiano, o acesso às políticas que o compõem, pauta-se em prévia contribuição que se expressa por meio de vinculação ao regime de trabalho formal.

No caso do Brasil, o modelo universal é adotado no período de redemocratização do país entre as décadas de 1980/1990 com a implementação do Sistema Único de Saúde, a qual teve profícua colaboração do movimento de Reforma Sanitária. Mas antes de entrar na discussão desses dois marcos históricos que orientam a política de saúde brasileira atual, há que se localizar os marcos históricos de organização e formulação das primeiras ações em saúde no Brasil.

De acordo com os estudos realizados por Escorel e Teixeira (2008, p. 333) sobre as políticas de saúde no Brasil, cabe sinalizar que é somente no período entre o final do Império e no início da República Velha (1822-1889) quando se registra a “formulação das primeiras ações governamentais de saúde, ainda restritas aos principais aglomerados urbanos e a algumas doenças epidêmicas com repercussões econômicas”. Além disso, o modelo de ações em saúde era adotado de modo mais centralizado e os municípios assumiam a responsabilidade de “alocação de recursos e execução das ações” (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 336).

Inicialmente, as ações eram limitadas apenas à cura. Na metade do século XIX, ocorreram diversas reformas nas ações e atividades prestadas, as quais passaram a agregar atividades de “*polícia sanitária*”¹⁸, vacinação antivaríola e fiscalização do exercício da medicina” (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 336, grifo nosso), por exemplo, mas foram voltadas apenas para a capital imperial (Rio de Janeiro), deixando o interior do país à margem de uma cobertura e assistência em saúde. Ao final do século XIX, com a instituição do regime republicano e a decadência do regime imperial, mesmo com um cenário internacional promissor em função do êxito da Segunda Revolução Industrial e do avanço da microbiologia, houve pouco avanço no âmbito da saúde no contexto nacional.

Escorel e Teixeira (2008, p. 340) relatam uma mudança, mesmo que limitada: “a maior inovação desse período foi o estabelecimento da vacinação obrigatória contra a varíola em todo o Brasil e a criação de um rol de doenças de notificação compulsória, que passou a englobar a febre amarela, a cólera, a peste, a difteria, a escarlatina e o sarampo”. Pode-se perceber que as ações em saúde se pautavam apenas no combate às epidemias e que, mesmo com “novas” atividades obrigatórias frente às ações no âmbito da saúde, as atribuições e responsabilidades ficavam a cargo dos municípios e de seus respectivos estados, fixando um modelo de saúde centralizado.

¹⁸ O termo “polícia sanitária” se refere a “documentos oficiais dos Estados alemães que utilizavam o termo ‘polícia’ para designar vários ramos do campo da administração pública, ficando a administração da saúde com a designação de ‘polícia médica’. Com o advento da medicina social, a polícia médica passa a caracterizar, de forma mais geral, a política dos Estados em relação à saúde, se conformando como uma política sanitária” (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 336; suprimimos).

Anos mais tarde, mais especificamente em 1916, quando a gripe espanhola se alastrava por todo o país, constatou-se uma precariedade nos serviços de saúde, podendo-se mencionar casos de total desassistência se comparar as ações realizadas entre os grandes centros urbanos e o interior do Brasil. A deficiência no suporte às necessidades da população em questão, somadas ao contexto de efervescência popular das greves e das mudanças que estavam ocorrendo no cenário internacional, desembocou na base para reformas no âmbito da saúde e para o surgimento de instituições sociais, como a Liga Pró-Saneamento do Brasil, que defendia um projeto de reforma sanitária e uma proposta de saneamento no interior do país.

Somente no final da década de 1920, especificamente na Era Vargas, ocorreram transformações mais visíveis no contexto sanitário, a partir da criação e oferta de serviços em saúde pelo Estado com base nas demandas propostas, via movimento grevista, pelo operariado (inicialmente das ferrovias). Mediante tais ofertas, observa-se que o campo da saúde, em tal período histórico, foi constituído, de um lado, pela instituição de uma saúde pública, juntamente com a criação de um ministério próprio, e de outro, pela criação da medicina previdenciária (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O surgimento de uma atividade estatal em relação à assistência médica data de 1923, quando o governo instituiu, pela Lei Eloy Chaves, as primeiras *Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)* voltadas para os funcionários de empresas ferroviárias existentes. Com a criação das CAPs¹⁹, inicia-se a conformação de uma previdência social no país. (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 358; grifo do autor).

Corridos dez anos, o governo Vargas transformou as CAP's em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), os quais passaram a abranger e “beneficiar” outros profissionais para além dos ferroviários. Escorel e Teixeira (2008, p. 360) observam que, a “assistência” dos serviços de saúde “se limitava aos trabalhadores inseridos nos domínios do trabalho assalariado formal e organizados nos cânones do sindicalismo atrelado aos interesses do Estado, instituído pelo governo Getúlio”. Portanto, “numa ideia de *cidadania regulada*, restrita ao mundo do trabalho formal, os desempregados, subempregados e trabalhadores rurais

¹⁹ De acordo com Escorel e Teixeira (2008, p. 358; suprimimos), “as CAPs eram entidades autônomas semipúblicas. Caracterizavam-se como fundos organizados por empresas, compostos por contribuição de trabalhadores (3%), empregadores (1% da renda bruta anual) e consumidores dos serviços das empresas. Eram administradas por empregados e empregadores em colégio paritário. A participação do poder público estava prevista como controle externo, que poderia ser acionado no caso de conflito entre o segurado e a Caixa. Portanto, as CAPs eram organizações de natureza fundamentalmente civil e sua gestão era privada. Os recursos eram destinados às aposentadorias por idade, tempo de serviço e invalidez ou aos dependentes em caso de morte do trabalhador. Algumas CAPs também prestavam assistência médica”.

estavam à margem das ações de assistência à saúde do Estado” (SANTOS, 1987 apud ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 360, grifo do autor).

Em continuidade, salienta-se que, paralelo à medicina previdenciária, a saúde pública estava atrelada ao Ministério da Educação e Saúde (MÊS) e realizava atividades e ações que tinham como principal objetivo a erradicação de doenças contagiosas e de epidemias que pudessem se propagar pelo país. A assistência médica na saúde pública era apenas de maneira “individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhes impediam de trabalhar. O público-alvo das ações assistenciais do Estado varguista era composto por pobres indigentes, crianças e idosos”. Ainda assim, “a assistência individual não estava sobre o controle do MÊS – ou era exercida livremente pelos médicos ou, no caso dos trabalhadores, estava sob a responsabilidade dos serviços vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio” (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 366).

Isso posto, vale reafirmar que os primórdios de uma política de saúde brasileira datam do século XX, uma vez que tal perspectiva se diferencia da assistência em saúde proposta pela medicina previdenciária, de natureza contributiva. Por um período considerável de tempo essas duas bases, que até então compunham o âmbito da saúde brasileira, seguiram paralelas uma à outra, a fim de que suas ações e atividades, bem como o seu público-alvo, não se “somassem”.

Nesse ínterim, vale acrescentar que após o primeiro governo de Vargas desenvolvem-se algumas mudanças na assistência médico-previdenciária. De acordo com Escorel e Teixeira (2008, p. 368), “em 1945, os inativos e pensionistas foram incorporados à clientela da assistência médica previdenciária”, e a previdência social passou a adotar um novo caráter: “as assistências sanitária, hospitalar e médica – inclusive preventiva ao trabalhador e à gestante – foram incorporadas à legislação do trabalho e da previdência social (art. 157), eliminando o argumento de que assistência médico-hospitalar não seria uma ‘atribuição’ previdenciária”. O segundo governo Vargas, que data de 1951 a 1954, marca a criação do Ministério da Saúde, separando-o da pasta da Educação, porém suas ações ainda eram de natureza paliativa.

Sabemos que o campo da saúde, no decorrer de sua existência, sempre foi palco de disputa e barganha políticas; muito pouco mudou desde então. O modelo de assistência médica individual de base privatista prevaleceu majoritariamente até a apresentação de um novo modelo, o SUS, que tinha como objetivo superar a antiga forma de organizar a saúde e defender intransigentemente uma política de natureza pública, estatal e gratuita.

As origens do movimento de Reforma Sanitária remontam ao período da ditadura militar brasileira, principalmente a partir do final da década de 1960 e início de 1970, quando

se colocou em pauta a discussão sobre os problemas de saúde da comunidade brasileira, constituindo “a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social” (ESCOREL, 2008, p. 393-394). O movimento de Reforma Sanitária foi composto por diversos movimentos sociais que almejavam a criação e implementação de um novo sistema de saúde público e estatal, diante do qual, o Estado brasileiro, deveria promover o financiamento, a gestão e prestação dos serviços, contrapondo o modelo imposto pelos governos ditatoriais, baseado na filantropia e privatização.

Esses novos atores sociais que compunham o movimento de Reforma Sanitária adotaram, em suas discussões, uma “‘teoria social da saúde’ a partir da abordagem histórico-estrutural, materialista, marxista” (ESCOREL, 2008, p. 396). Assim, seu objetivo foi elaborar uma política de saúde

Na esfera do Estado: a formulação, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Previdência, do Prev-saúde (1980), como um plano nacional alternativo de saúde, baseado em recomendações da Organização Mundial de Saúde; e o II Plano Nacional de Desenvolvimento, em que é apresentada a necessidade de políticas sociais mais contundentes;

Na esfera da Sociedade Civil: o surgimento de movimentos sociais de periferias urbanas, reivindicando acesso aos serviços de saúde concretiza o já referido deslocamento do princípio de participação comunitária para outro princípio de participação – o popular; e, também, a criação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco (1979), que vão canalizar o debate político-ideológico sobre as políticas de saúde (BRASIL, 2006a, p. 39-40).

Portanto, o movimento de Reforma Sanitária foi identificado como um

‘conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto’, caracterizado em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais) (CARVALHO, 1995 apud BRASIL, 2006a, p. 41).

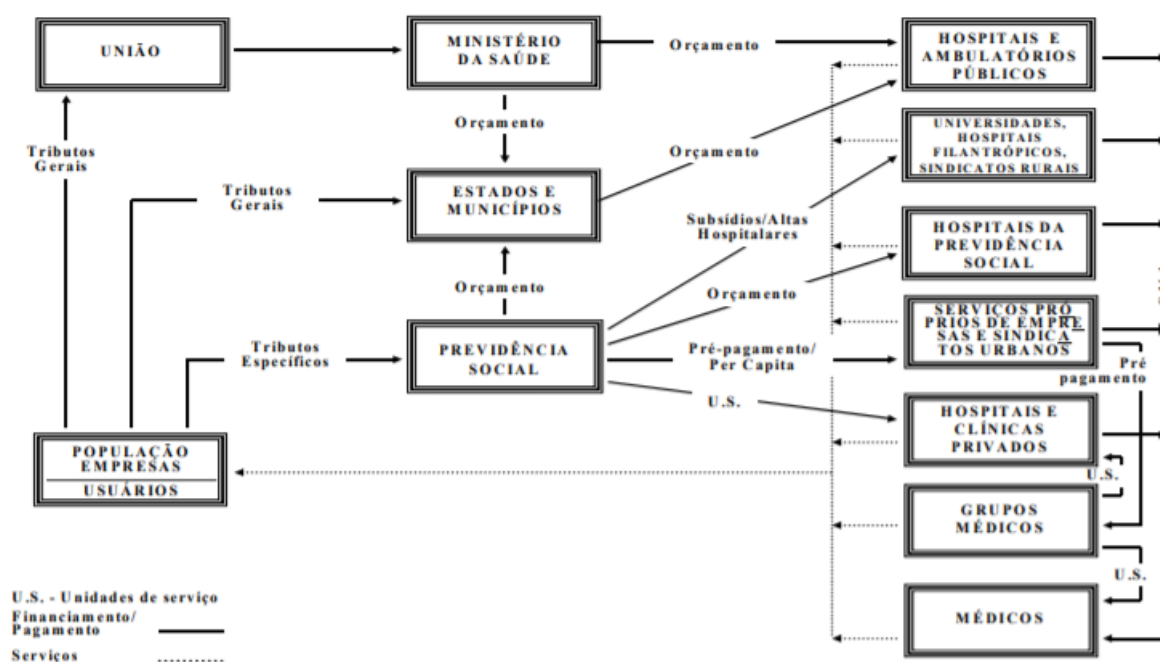
Os esforços do movimento de Reforma Sanitária centraram-se no debate sobre a formação de uma política de saúde pública, estatal e de qualidade. O espaço de debate mais significativo sobre a saúde surgiu na década de 1980, na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, mais especificamente em 1986. A Conferência chegou a concentrar mais de 4.000 pessoas nos seus espaços de debate, revelando intensa participação. Bravo (2007, p. 09) aponta que nessa conferência, “a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária”.

Os debates realizados na referida conferência deram embasamento político e teórico para a construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) nos três últimos anos da década de 1980, um sistema transitório para a instituição do atual sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1989, e sua consolidação na década de 1990 por intermédio das leis 8.080/1990 e 8.142/1990, mencionadas anteriormente.

Assim, a saúde foi incluída na Constituição Federal de 1988 como parte da Seguridade Social (artigo 194), compreendendo “[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Para compreender melhor a antiga realidade da saúde no Brasil, utilizou-se o esquema produzido por Lobato (2000) para ilustrar, na figura 2, a formação do sistema de saúde brasileiro entre os anos de 1960-1980, e na figura 3, o sistema de saúde brasileiro na atualidade.

Figura 2 – Sistema de saúde brasileiro: 1960-1980



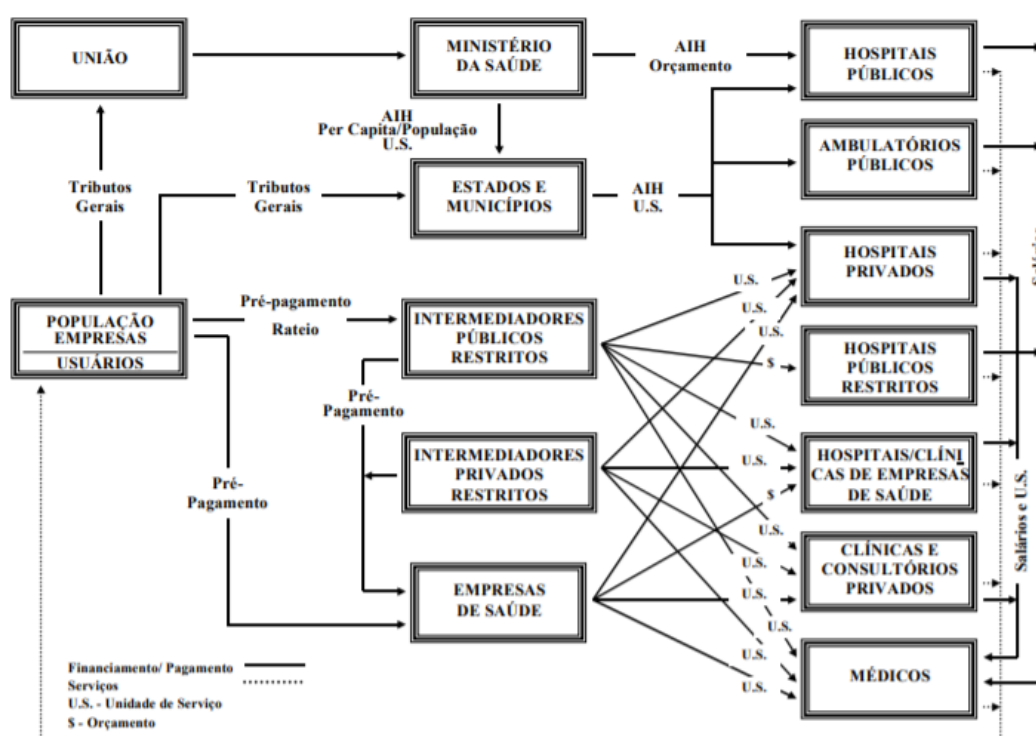
Fonte: LOBATO, 2000.

Como observado na figura 2, a população, as empresas e os usuários, ao pagarem seus impostos, têm esses distribuídos para os fundos da União, dos Estados e dos Municípios em forma de tributos gerais, além de tributos específicos que vão para a Previdência Social. Em relação aos tributos gerais que vão para a União, esses são repassados para o Ministério da

Saúde, onde, uma parte, é distribuída para Estados e Municípios, e outra parte para Hospitais e Ambulatórios Clínicos, e só então serem repassados para os diversos serviços que compõem o sistema de saúde. Já os tributos gerais que vão para os Estados e Municípios, também são distribuídos para os Hospitais e Ambulatórios Clínicos.

Sobre os tributos específicos que vão para a Previdência Social, parte é distribuída para os Estados e Municípios e outra vai como meio de subsídios/altas hospitalares para universidades, hospitais filantrópicos e sindicatos rurais. Além disso, tais tributos também vão para hospitais da previdência social, como forma de pré-pagamento/per capita para serviços próprios de empresas e sindicatos urbanos, e como pagamento de Unidades de Serviço para Hospitais e Clínicas Privadas, Grupos Médicos, etc. O financiamento tem como finalidade a gerência e a materialização dos serviços de saúde pública para os usuários, as empresas e a população, com base na assistência médico-previdenciária contributiva.

Figura 3 – Sistema de saúde brasileiro atualmente



Fonte: LOBATO, 2000.

No sistema de saúde atual, o financiamento ainda decorre dos tributos pagos pela população, empresas e usuários dos serviços de saúde, mas os serviços ofertados não são mais pautados na medicina previdenciária contributiva. Com a implementação do Sistema Único de

Saúde pós-Constituição de 1988, a política de saúde passou a ser universal. Os tributos arrecadados pelos impostos pagos pela população, empresas e usuários vão diretamente para a União, Estados e Municípios e rede privada de atendimento via SUS, não mais fazendo repasse direto de tributos especiais para a Previdência Social. Parte dos recursos provenientes da União é repassada para o Ministério da Saúde que, por sua vez, distribui para os Estados, Municípios da federação e hospitais públicos.

Já os tributos repassados para os Estados e Municípios são distribuídos para hospitais públicos, ambulatorios públicos e hospitais privados. A terceira fatia do bolo é repassada para intermediadores públicos restritos, os quais, juntamente com intermediadores restritos privados, distribuem o orçamento para empresas de saúde, que também recebem repasses de forma separada.

Os intermediadores públicos restritos, juntamente com os intermediadores privados restritos e as empresas de saúde, financiam unidades de serviço, bem como distribuem seus orçamentos para os hospitais privados, hospitais públicos restritos, hospitais/clínicas de empresas de saúde, clínicas e consultórios privados e médicos. Tais instituições públicas e privadas financiadas pelo SUS têm como único objetivo a oferta de serviços gratuitos e universais.

Noronha *et al.* (2008, p. 435) definem o Sistema Único de Saúde (SUS) como um “modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil”. Este é

Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA *et al.*, 2008, p. 435).

Tais conjuntos de princípios e diretrizes que compõem o SUS também abrangem a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB), a qual orienta a lógica de organização das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, espaços significativos para a efetivação da saúde como um direito universal, instituições fundamentais para a realização dessa pesquisa.

Seus princípios e diretrizes estão explícitos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde – 8.080/1990. Levando em consideração o artigo que trata das diretrizes do seu sistema único, a Carta Magna expressa:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

Em consonância com o artigo que trata da saúde na Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) aponta como principais diretrizes e princípios do SUS, no seu artigo 7º:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;
- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; (BRASIL, 1990a).

Tais princípios e diretrizes dialogam diretamente com o objeto dessa pesquisa por se relacionarem diretamente com a noção do direito à saúde pública, gratuita e universal dos povos que vivem na zona rural, notadamente os princípios da universalidade do acesso e da integralidade da assistência como um conjunto de ações e serviços que objetivam a promoção e a prevenção da saúde de tais comunidades.

A seguir, expõe-se um quadro elaborado por Noronha *et al.* (2008) que resume de maneira objetiva e clara, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro atual, apresentando abertamente os direitos dos cidadãos e os deveres do Estado.

Quadro 1 – Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS	DIREITOS DOS CIDADÃOS	DEVERES DO ESTADO
Universalidade no acesso e igualdade na assistência	Igualdade de todos às ações e aos serviços necessários para promoção, proteção e recuperação da saúde.	Garantia de ações e serviços necessários a toda a população, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, independentemente da natureza das ações envolvidas, da complexidade e do custo do atendimento.

Integralidade na assistência	• Acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custos, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado à saúde.	• Garantia de condições de atendimento adequadas ao indivíduo e à coletividade, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista a integração das ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. • Articulação da política de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas cujas ações tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.
Participação da comunidade	• Participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas de saúde nos diferentes níveis de governo.	• Garantia de espaços que permitam a participação da sociedade no processo de formulação e implantação da política de saúde. • Transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.
Descentralização, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde	• Acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu município e próximos à sua residência ou ao seu trabalho, condizentes com as necessidades de saúde. • Atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde.	• Garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados, organizados e geridos pelos diversos municípios e estados brasileiros. • Articulação e integração de um conjunto de ações e serviços, de distintas naturezas, complexidades e custos, situados em diferentes territórios político-administrativos.

Fonte: NORONHA *et al.*, 2008.

Pode-se observar, com base no exposto, que uma das diferenças mais claras em relação ao antigo modelo é o processo de descentralização adotado no Sistema Único de Saúde após a discussão e construção de uma política social baseada nas seguintes concepções: que esta seja pública, gratuita, estatal e de qualidade, mas que também seja integrada a cada região, de modo a articular suas ações e serviços às diversas comunidades, culturas e realidades sociais dos locais de atendimento, que não se restringem apenas aos espaços hospitalares e Unidades Básicas de Saúde (UBS's), mas incluem-se as residências a partir de cada necessidade apresentada para o cuidado em saúde.

O sistema de saúde brasileiro foi construído com base numa subdivisão de redes de atenção. Essas devem ser dispostas horizontal e verticalmente, sendo assim definidas: Rede de Atenção Primária, Rede de Atenção Secundária, Rede de Atenção Terciária. Para a manutenção

dessas redes, as responsabilidades devem ser construídas pelas três esferas. Essas podem ainda ser definidas como:

Rede Municipal – conjunto de estabelecimentos que se complementam horizontal e verticalmente no território do município; Rede Regional – conjunto de estabelecimentos que se complementam e se articulam horizontal e verticalmente numa determinada área geográfica para uma população adscrita com diversidade e densidade tecnológicas definidas de acordo com a escala e particularidades históricas e socioeconômicas de cada região; e de Rede Estadual – integração complementar das redes regionais de forma vertical e horizontal no território do Estado (SERGIPE, 2011, p. 45).

Desse modo, existe ainda outro tipo de subdivisão das redes, denominado pela forma de organização produtiva. Estão assim dispostas: Rede de Atenção à Saúde da Família ou Rede de Atenção Primária (REAP), Rede de Atenção Especializada (REAE), Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador (REAST), Rede de Atenção à Urgência e Emergência (REUE) e Rede de Atenção Psicossocial (REAPS). O conceito de rede deve levar em consideração o sistema de rede interfederativo de saúde, construindo um planejamento coletivo entre as três esferas de governo, possibilitando a garantia do acesso universal da população aos serviços de saúde.

1.4 A Rede de Atenção Primária a nível mundial e nacional

A nível internacional, a Atenção Primária à Saúde (APS) refere-se “aos serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 576). Destarte, a APS é caracterizada a partir dos seguintes pontos:

- 1- Programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços;
- 2- Um dos níveis de atenção, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população;
- 3- De forma abrangente, uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 576).

De acordo com a literatura da área, o pioneirismo da cobertura coletiva via atenção primária remonta o contexto da Grã-Bretanha, em meados da segunda década do século XX. No que se refere aos países europeus, Giovanella e Mendonça (2008, p. 576) apontam a atenção primária à saúde como “serviços ambulatoriais de primeiro contato integrados a um sistema de saúde de acesso universal”, os quais diferem da atenção primária nos países em

desenvolvimento por possuírem “programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade”. Esses programas seletivos geralmente se remetem a ações restritas “que cobrem necessidades previamente definidas de pessoas em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário”, o que é discrepante em relação às metas sugeridas nos debates realizados na Conferência de Alma-Ata²⁰, no Cazaquistão em 1978.

A referida conferência contou com delegados de mais de 134 nações, aprovando um documento chamado Declaração de Alma-Ata, que na sua íntegra, assegura a “responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio das medidas sanitárias e sociais, reiterando à saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 578-579).

A declaração também assinala o nível de desigualdade no âmbito da saúde entre diversos países, além de propor objetivos a serem traçados pelos governos, na tentativa de melhorar tal política social a nível internacional. Outra finalidade é a contribuição para a melhoria das condições de vida em sociedade, bem como na sociedade economicamente ativa, abordando uma perspectiva essencial para a reprodução do capital internacional.

Em termos de conceito, a Declaração de Alma-Ata define a Atenção Primária à Saúde (APS) como

A atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação. Pressupõe assim a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo ‘praticantes tradicionais’ (curandeiros, parteiras) e agentes de saúde da comunidade treinados para tarefas específicas, contrapondo-se ao elitismo médico. Nessa concepção, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. Contudo, não se restringe ao primeiro nível, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 579).

O quadro a seguir, mostra os principais encaminhamentos após as discussões ocorridas na Conferência de Alma-Ata em 1978 e os ganhos para a Política de Atenção Primária a nível mundial, deliberações que trazem melhorias significativas para a saúde em nível primário e, conseqüentemente, para as condições de vida em sociedade.

²⁰ Segundo Giovanella e Mendonça (2008, p. 576-577), a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária em Saúde foi organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) a fim de discutir sobre os “modelos de intervenção da OMS para combater às endemias nos países em desenvolvimento”, bem como sobre uma nova abordagem para a atenção à saúde pautada em “práticas populares e a democratização do conhecimento médico” (Id., 2008, p. 577).

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA
• A Conferência enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. • O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. • É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. • Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. • Os cuidados primários de saúde: 1 – Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública. 180 – Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades. 180 – Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. 4 – Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores. 5 – Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde. 6 – Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.

Fonte: Elaborado pela autora com base na Declaração de Alma-Ata, 1978.

Conforme observado no quadro 2, a declaração abre as discussões realizadas na Conferência de Alma-Ata sobre pontos importantes, identificando a condição de bem-estar no âmbito da saúde não só no plano biológico, mas também no social. Destaca a atenção primária como a porta de entrada dos indivíduos a toda rede e sistema de saúde. Trata também da localização estratégica do sistema de saúde, particularmente no território onde as pessoas moram e trabalham, incluindo a educação como um método de prevenção e promoção na atenção primária.

Por meio dos apontamentos da conferência realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), movimentos sociais, em vários países, começaram a refletir a saúde como direito humano, especialmente nos países subdesenvolvidos, que debateram sobre a implementação de políticas específicas para a inserção de redes de atenção primária. No que se refere ao Brasil, o país não participou das discussões realizadas na Conferência de Alma-Ata, mas acompanhou o cenário internacional de tais debates.

Giovanella e Mendonça (2008, p. 583) destacam as principais características da Atenção Primária à Saúde (APS) a partir das contribuições de Barbara Starfield (2002):

prestação de serviços de primeiro contato; assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida; garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação pessoal de saúde (STARFIELD, 2002, p. 39, *apud* GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 583).

Percebe-se que os serviços ofertados pela rede de atenção primária são orientados especialmente para a comunidade de determinada região em que os aparelhos estão inseridos e que têm o objetivo de conhecer e identificar as condições de saúde (física, mental, social) dos indivíduos que residem próximo de tais unidades. Mediante tais apontamentos, a primeira condição da atenção primária é

Constituir-se como *serviço de primeiro contato*, porta de entrada do sistema de saúde, procurado regularmente a cada vez que o paciente precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de saúde. Para a constituição de um serviço como porta de entrada do sistema de saúde, o primeiro requisito é que este seja acessível à população, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 583, grifo do autor).

Giovanella e Mendonça (2008) elaboraram um quadro que expõe as atribuições da atenção primária à saúde com base nos estudos realizados por Starfield (2002), Almeida e Macinko (2006). Esse esquema é interessante para a pesquisa em questão, pois apresenta, de forma dinâmica e simplificada, os atributos da atenção primária à saúde, suas definições e perguntas norteadoras para a sua avaliação, permitindo a compreensão sobre sua constituição. Vejamos:

Quadro 3 – Atributos da atenção primária à saúde

ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	DEFINIÇÃO	PERGUNTAS NORTEADORAS PARA AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO
---------------------------------------	-----------	--

Primeiro contato	- Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de saúde. - Porta de entrada do sistema de saúde: ponto de início da atenção e filtro para acesso aos serviços especializados.	- A equipe de APS é acessível aos usuários na maior parte do tempo? - As famílias percebem que têm acesso à atenção primária adequada? - Exige-se encaminhamento dos profissionais de atenção primária para acesso à atenção especializada?
Longitudinalidade	Assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença da doença.	- Exige-se o cadastramento/registro de pacientes a um profissional/equipe/serviço? - As famílias são atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo? - Há relação de mútua confiança e conhecimento entre famílias e profissionais das equipes APS? - Meu médico me vê para rotinas preventivas?
Abrangência ou integralidade	- Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde, dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde. - Implica oferecer serviços preventivos e curativos e garantir acesso a todos os tipos de serviços para todas as faixas etárias por meio de encaminhamento, quando necessário	- A equipe de saúde é capaz de reconhecer os problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade? - Qual a abrangência do pacote de serviços oferecidos? - Os pacientes são referidos para o especialista quando apropriado? - Meu médico cuida da maioria de meus problemas de saúde?
Coordenação	Coordenação das diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.	- Se vários médicos estão envolvidos em meu tratamento, meu médico de APS organiza-o? - Há reconhecimento de problemas que demandam atenção constante? - Existem diretrizes formais (protocolos) para a transferência de informações entre médicos de atenção primária e especialistas? São utilizadas na prática? - Há mecanismos de integração de rede? A contrarreferência ocorre?
Orientação para a comunidade	Conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto	- A equipe conhece os problemas da comunidade? - A equipe realiza diagnóstico de saúde da comunidade?

	econômico e social em que vive. • Conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade. • Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.	• A equipe trabalha com outras organizações para realizar ações intersetoriais? • Representantes da comunidade participam do conselho da unidade de saúde?
Centralidade na família	• Consideração do contexto e dinâmica familiar para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. • Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde.	• Os prontuários são organizados por família? • Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre a saúde de outros membros da família? • Durante a consulta, os profissionais pedem informações sobre as condições socioeconômicas da família? • Os profissionais conhecem os membros da família?
Competência cultural	• Reconhecimento de diferentes necessidades de grupos populacionais, suas características étnicas, raciais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.	• A equipe reconhece necessidades culturais especiais? • A população percebe suas necessidades culturais específicas como sendo atendidas?

Fonte: GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008.

Com base no quadro 3, pode-se pensar esses atributos a partir da correlação das dificuldades e facilidades entre o que está nos documentos oficiais e a realidade concreta dos municípios. No que se refere ao primeiro contato, com base nos documentos oficiais, a atenção primária é a porta de entrada, o primeiro ponto de contato do sistema de saúde e filtro para o acesso a outros serviços da rede especializada de saúde, mas tal discurso, ou a maior parte dele, muitas vezes não se realiza na prática. Comumente a equipe de atenção primária não possui condições objetivas para acompanhar seus usuários de forma integral, seja por falta de recursos disponíveis, seja por falta de recursos humanos para abranger determinado território, principalmente da zona rural.

Em relação à responsabilidade longitudinal pelo paciente, que se expressa na continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença da doença, como requisito para ter acesso aos serviços de saúde, realmente exige-se um registro de pacientes a uma equipe profissional, porém, tal requisição de famílias serem atendidas pela mesma equipe ao longo do tempo, por vezes não acontece. Um exemplo de tal

realidade ocorre em unidades de saúde da zona rural, onde por falta de recursos humanos disponíveis, as equipes atendem apenas duas vezes na semana, por exemplo.

No que diz respeito à abrangência/integralidade dos serviços preventivos e curativos e à garantia do acesso a todos os tipos de serviços e a todas as faixas etárias via encaminhamento, ambos são previstos em diversos documentos, mas nem sempre se efetivam na realidade em função dos motivos já esclarecidos.

No tocante à coordenação de ações e serviços essenciais para a resolução de necessidades menos frequentes e mais complexas, existem protocolos de transferência de informações entre atenção primária e a rede especializada, mas normalmente não são utilizados como informações para a referência no tratamento de pacientes que necessitam de serviços especializados. Ademais, quando existe um encaminhamento da rede primária de saúde para a rede especializada não há devolutiva das demandas encaminhadas.

Normalmente a equipe de saúde realiza um diagnóstico na comunidade com o intuito de levantar informações acerca de problemas de saúde, objetivando, em última instância, a promoção e prevenção no âmbito da atenção primária. Porém, não se leva em consideração os contextos econômico e social em que a população vive.

A atenção primária à saúde tem como ponto de “apoio” o seio familiar, à medida que observa suas necessidades. Normalmente os prontuários são organizados por família, e, nas consultas, são observadas as demandas e problemas de saúde de outros membros do seio familiar, contudo comumente deixa-se de perceber as informações que dizem respeito à sua condição socioeconômica e necessidades culturais específicas.

Na Europa, diversos países adotaram a perspectiva de acesso universal à rede de atenção primária e seus serviços. Destarte, a lógica seria:

o primeiro nível de assistência está na clínica e nos cuidados individuais – sejam estes preventivos, sejam curativos – e não contempla alguns aspectos da concepção abrangente da APS, mais voltada aos problemas coletivos, à atuação intersetorial e à participação social nos serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 590).

Um fato interessante de ser pontuado refere-se à atenção primária ser considerada a porta de entrada *obrigatória*²¹ dos serviços de saúde, uma vez que, no primeiro contato, o

²¹ Porta de entrada obrigatória: “O profissional médico ou o serviço de atenção primária deve ser procurado a cada nova necessidade de atenção, constituindo-se no serviço de primeiro contato e responsável pela referência a serviços especializados conforme as necessidades. A porta de entrada obrigatória funciona como um instrumento que facilita a coordenação dos cuidados pelo generalista e delega ao profissional de atenção primária poder sobre os outros serviços” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 592).

usuário é atendido por um médico generalista, sendo então, a partir das demandas identificadas, encaminhado aos serviços especializados.

Giovanella e Mendonça (2008, p. 592, grifo nosso) esclarecem como se dá o regime de “entrada obrigatória” na rede de atenção primária dos países europeus. No entanto, assinalam uma diferença visível nos métodos europeu e brasileiro. Vejamos:

O exercício da função de porta de entrada obrigatória implica a *obligatoriedade de inscrição* dos pacientes em um consultório de GP (*General Practitioner* ou médico de medicina geral) ou em unidade primária de saúde. Assim, países com porta de entrada obrigatória também dispõem de sistema de inscrição de pacientes. A inscrição nos serviços é efetuada por iniciativa do cidadão/segurado, que desfruta de certa liberdade de escolha – e possibilidade posterior de troca – entre profissionais de saúde ou serviços atuantes em determinado espaço geográfico. Trata-se de uma situação diferente do que ocorre no Brasil, onde o acesso ao programa decorre de adscrição compulsória, ou seja, cadastramento da população de determinada área geográfica por parte dos agentes comunitários de saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008, p. 592, grifo nosso).

É notório que, enquanto nos países europeus o registro de pacientes para acessar os serviços oferecidos na rede de atenção primária é feito pelos próprios usuários do sistema de saúde, de modo independente/livre, no Brasil essa “inscrição” é exigida pela rede de atenção e feita por meio de cadastramento de prontuários de cada membro das famílias, por profissionais de saúde que atuam em cada comunidade.

No Brasil, a Rede de Atenção Primária (REAP), ou atenção primária, é designada como um “conjunto de práticas em saúde individuais e coletivas”, compreendida como porta de entrada do Sistema Único de Saúde brasileiro. Internacionalmente, “é considerada a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde que tenham em seu centro o usuário-cidadão” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 575).

A nível nacional, estudos apontam que apesar do debate sobre a atenção primária se intensificar entre as décadas de 1970-1980, assim como na região europeia, há indícios de ações realizadas desde 1920 que condizem com as da atenção primária, na direção da prevenção, promoção e proteção, ainda que nesse período tais atividades estivessem voltadas apenas ao controle de doenças epidemiológicas por meio de campanhas sanitaristas.

Com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) na década de 1940, sendo específico para a rede de atenção primária...

[adotou-se] um caráter mais abrangente, articulando ações coletivas e preventivas à assistência médica curativa, respaldadas em desenvolvimento científico e tecnológico limitado, sob a influência da medicina preventiva norte-americana (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 595).

A ótica da centralidade das ações e serviços em saúde pública se modifica a partir da era desenvolvimentista brasileira, entre os anos de 1950 e 1960. Mediante realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, o debate acerca de propostas de descentralização dos serviços de saúde entra em pauta e ganha notória expressividade. No entanto, as transformações sociais, políticas e econômicas ocorridas na década de 1960 contribuíram para que as ações em saúde e assistência médica consolidassem a ideologia de uma assistência em saúde individual de cunho privatista, atrelada à contribuição social.

A intensificação do debate sobre a atenção primária ocorrida a partir da década de 1970 está ligada diretamente às bases de movimentação social pelo fim da ditadura militar no Brasil e pela reconstituição da democracia, a fim de que mediante tais processos, fossem garantidos pelo Estado os direitos sociais, abordados e elencados anteriormente, como respostas às necessidades sociais da população brasileira.

As Ações Integradas de Saúde tomadas como estratégia em 1985, no primeiro governo da Nova República, estimularam a integração das instituições de atenção à saúde (MS, Inamps, secretarias estaduais e municipais de Saúde) na definição de uma ação unificada em nível local. A organização de um **primeiro nível de atenção**, no qual as unidades básicas de nível local eram responsáveis por ações de caráter preventivo e assistência médica, deveria integrar o sistema de saúde pública e de assistência à saúde previdenciário, de forma a **prestar atenção integral a toda a população independentemente de contribuição financeira à previdência social**. A implementação das AIS propiciou importante ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde com a criação de unidades municipais de saúde em grande parte dos municípios brasileiros (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 598; grifo nosso).

Atrelado a esses movimentos e às discussões sobre a “organização de um primeiro nível de atenção” em saúde, pautada na sua prevenção/promoção, ocorrem também simultaneamente, as discussões sobre a implementação de um Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter público e estatal, como já mencionado em análise anterior, o que significava garantir a universalidade no acesso à saúde através de regulamentação, execução, fiscalização e financiamento.

Pode-se afirmar, portanto, que a “implementação real e legal” da rede de atenção primária no Brasil se dá especificamente dentro da organização do SUS, o qual podemos observar de início nas suas diretrizes explicitadas no Art. 198º da Constituição Federal: “I- descentralização em cada esfera de governo; II- Atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas” (BRASIL, 1988).

No decorrer da segunda metade dos anos 1980 e início de 1990, diversos programas são implantados com o intuito de intensificar as ações de caráter preventivo no âmbito da saúde

pública, entre eles, os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Criança (PAISC), respectivamente em 1984 e 1987; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, que inicialmente realizou ações de “combate e controle de epidemias e orientação de vacinação” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 600); e o Programa de Saúde da Família (PSF), por meio da portaria do Ministério da Saúde nº 692 em 1993, sendo explicitada posteriormente pela Norma Operacional do SUS (NOB/SUS²²) em 1996.

A partir da NOB 96, a atenção básica em saúde assumiu a caracterização de primeiro nível de atenção, ou seja, “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1998 *apud* GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 602).

No que diz respeito ao PSF, um de seus principais objetivos foi contribuir na “organização do SUS em seu processo de municipalização, promovendo a integralidade do atendimento e estimulando a participação da comunidade por meio da reorganização das práticas de trabalho” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 603). Assim, esses serviços foram organizados e disponibilizados em unidades de Saúde da Família, tendo a referência do atendimento e assistência indo

além da prestação de assistência médica individual e variando segundo os problemas identificados na área de implantação, agindo na proteção e na promoção da saúde dos indivíduos, dos membros de uma família, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 603).

Basicamente, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), juntamente com o Programa Saúde da Família (PSF), tiveram como proposição

Atuar na esfera da equidade e, promovendo a atenção primária, contribuir para a construção de um sistema de saúde voltado para a qualidade de vida dos grupos excluídos, permitindo-lhes o acesso aos serviços de saúde locais. Ainda assim, mantinha características de uma Atenção Primária à Saúde (APS) seletiva, pois o PSF inicialmente foi implantado como programa focalizado em populações muito pobres com cesta restrita de serviços e baixa articulação com o restante da rede assistencial. Posteriormente, a adoção da Saúde da Família como estratégia deu à APS, no Brasil, um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção básica do SUS, que deve estar articulada aos demais níveis e orientar a reestruturação do sistema. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 603-604).

²² Conforme Giovanella e Mendonça (2008, p. 602) a NOB/SUS 01/96 é um “ato normativo que disciplinou o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extra setoriais, em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações”.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi pensada com o objetivo de reorganizar o modelo de assistência em saúde. A estratégia é elaborada inicialmente, a partir da implementação de um conjunto multiprofissional “responsável pela atenção à saúde da população de determinado território”. Tem como profissional de referência o médico generalista, além de “instituir novos profissionais, os ACS, voltados para a atuação comunitária, ampliando assim a atuação da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 604-605). Assim resume-se a equipe técnica composta pela ESF: “um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde”, sendo tais profissionais os responsáveis pelo acompanhamento de uma população de 600 a 1000 famílias. Além disso, são incorporadas equipes de saúde bucal (ESB) com cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 605).

Atualmente, segundo dados do Ministério da Saúde (2021), a Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por uma

equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) com no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (BRASIL, 2021, s/p.).

Além disso, ainda em conformidade com o Ministério da Saúde (2021), “cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição” (BRASIL, 2021, s/p.).

Ao se observar o quadro sobre a equipe que compunha a ESF, quando de sua implementação nos anos 1990, em relação ao quadro da equipe atual, percebem-se poucas modificações no quesito “equipe mínima”. Vejamos:

Quadro 4 – Estratégia Saúde da Família

EQUIPE MÍNIMA		COBERTURA DA POPULAÇÃO POR ACS	
1990	2020	1990	2020

• Um médico generalista; • Cinco a seis agentes comunitários de saúde; • Um enfermeiro; • Um ou dois auxiliares de enfermagem; • Um cirurgião dentista; • Um auxiliar de consultório dentário; • Um técnico de higiene bucal.	• Um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade; • Um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; • Um auxiliar ou técnico de enfermagem; • Agentes comunitários de saúde; • Agentes de combate a endemias; • Um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família; • Um auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;	• Seiscentas a mil pessoas.	• Setecentas e cinquenta pessoas.
---	---	---	---

Fonte: Elaborado a partir da análise de Giovanella e Mendonça (2008) e pelos dados oficiais do Ministério da Saúde (2021).

Ao observar o quadro 4, pode-se analisá-lo a partir do objeto de pesquisa em questão: o acesso da população às unidades de saúde da zona rural. Partindo desse contexto percebe-se que à época de implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em meados de 1990, a equipe mínima composta por um médico generalista, cinco a seis agentes comunitários de saúde, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem, um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene bucal deveria atender entre 3.600 a 6000 pessoas de um território, levando em consideração o fato de que cada Agente Comunitário de Saúde deveria cobrir de 600 a 1000 pessoas. Em relação ao acesso a consultas médicas dessas 3.600 a 6.000 pessoas, por exemplo, pode-se fazer a seguinte reflexão: levando em consideração que um médico atende, em média, 20 pessoas ao dia, numa carga horária de 8 horas, inferem-se grandes dificuldades para o acesso dessa população a tais serviços. Da mesma forma, apenas seis agentes de saúde terão muita dificuldade para oferecer cobertura a territórios vastos, como é o caso da zona rural, onde residem 6000 pessoas, por exemplo.

Tal reflexão se aplica também às considerações acerca da equipe mínima, conforme disposto nos documentos oficiais do Ministério da Saúde (2021). Ainda que visivelmente tenha-se avançado quanto ao número de ACS's na equipe mínima para cobrir um total de 750 pessoas cada, apenas um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família,

e um auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, compõem o restante da equipe para atender um total de 4.000 pessoas, conforme dados oficiais do Ministério da Saúde.

Ainda assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) traz uma nova roupagem no que diz respeito à operacionalização das ações em saúde, de modo que a assistência à comunidade se torne integral, buscando compreender a realidade social da população, e, a partir daí, identificar os problemas de saúde visíveis à comunidade, garantindo um acompanhamento contínuo, sistemático e de qualidade, rompendo com a abordagem restrita e seletiva da atenção primária. Assim, a ESF tem como princípios gerais:

- I- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes de Saúde da Família atuam;
- II- Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade em que atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento em parcerias; e
- V- Ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2006b).

Um marco importante a ser considerado na implementação e articulação da rede de atenção primária no Brasil, diz respeito à organização, construção e promulgação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 648/GM de 28 de março de 2006, que a caracteriza como um “conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”, sendo esta “desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados” (BRASIL, 2006b).

Giovanella (2018, p. 01) faz a distinção entre as nomenclaturas “atenção primária à saúde” e “atenção básica à saúde”, o que, em nossa perspectiva, faz-se pertinente para melhor compreensão da política de atenção primária/básica brasileira.

Segundo a autora, foi adotado o termo “‘atenção básica à saúde’ em contraposição ao uso hegemônico e consagrado de ‘atenção primária à saúde’”, pois o termo “‘atenção básica à saúde’ pelo Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente na ideia de atenção primária, com o objetivo

de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada”. Assim, a formulação da política brasileira de atenção básica teve como objetivo “distanciar-se de uma atenção primária seletiva de cesta restrita e focalizada”, assumindo uma concepção de política de atenção básica integral orientada pelos princípios da “universalidade, da acessibilidade, e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006b), organizada dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua principal estratégia de atuação. Seus principais fundamentos são:

Quadro 5 – Fundamentos da Atenção Básica

FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA	
I-	Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
II-	Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
III-	Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
IV-	Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
V-	Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
VI-	Estimular a participação popular e o controle social.

Fonte: Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

Tais fundamentos estabelecem o modelo de organização e o modo como a Política Nacional de Atenção Básica deve operar. A primeira publicação da PNAB ocorreu no ano de 2006, sendo revisada em 2011 e recentemente em 2017 no governo de Michel Temer (2016-2018).

Para contextualizarmos a política de saúde no governo Temer, é importante observarmos que tal política, desde antes da formação do atual Sistema Único de Saúde, esteve posta ante a dois projetos distintos e antagônicos (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018): o *projeto sanitarista*, o qual defende um sistema de saúde público, gratuito, de caráter universal, pensado na perspectiva do direito social, e executado pelo Estado; e o *projeto privatista*, baseado numa lógica de mercantilização da saúde, ou seja, de “exploração da doença como sua principal fonte de lucros”, e, além da “exploração da população que faz uso de serviços através

da compra direta de consultas, procedimentos e exames, ou utilização de planos e convênios privados”, ainda tem como uma das suas principais características a substituição do Estado no “provimento dos serviços através dos chamados ‘Novos Modelos de Gestão’ (Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Parcerias Público-Privadas, e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, dentre outras)” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 09-10).

Há ainda um terceiro projeto chamado *Reforma Sanitária Flexibilizada*. Conforme BRAVO; PELAEZ e PINHEIRO (2018, p. 10, grifo do autor), tal projeto

adquire contornos próprios em meio às contradições inerentes à implementação do SUS no contexto da reconfiguração do Estado brasileiro e progressivo desmonte e subfinanciamento das políticas públicas, atendendo às exigências da política macroeconômica adotada no país pautada pelo Consenso de Washington (1989). Esse projeto do *SUS possível* é pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, mesmo que isso envolva concessões que contrariam os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde (BRAVO; PELAEZ e PINHEIRO, 2018, p. 10, grifo do autor).

Os governos petistas dão continuidade a essas disputas, por meio de políticas focalizadas, ausência de um acesso democrático a tais políticas, sobressaindo a lógica do mercado acima da lógica do direito social. Já no governo Temer, tais medidas são intensificadas mediante ao desmonte das políticas sociais e da presença do Estado como viabilizador e mantenedor dos direitos dos trabalhadores (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Michel Temer, até então Vice-Presidente do Brasil, foi “eleito” indiretamente por meio de uma estratégia política e ideológica do alto escalão que compõe o Estado brasileiro, com o objetivo de destituir Dilma Rousseff da presidência da república por meio de um processo de *impeachment* ocorrido em 12 de maio de 2016. Considerado como governo ilegítimo, concerne de “uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses de acumulação e favorecer os interesses da classe dominante do país e aprofundar sua dependência junto ao capital internacional” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 12).

Isso impacta diretamente o campo social mediante as contrarreformas adotadas pelo governo Temer, como o congelamento de gastos com as políticas sociais por 20 anos (Novo Regime Fiscal), o qual inclui o congelamento nas receitas da política de saúde, além da Reforma da Previdência Social e a Reforma Trabalhista, estas consolidadas no governo de Jair Bolsonaro (2019-presente).

A partir das medidas adotadas pelo governo Temer, nos interessa aqui expor diretamente as propostas na área da saúde, categoria esta que faz parte desse estudo. Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018) apontam documentos construídos entre 2015 e 2016 pelo partido político a qual Michel Temer faz parte, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), dentre eles o *Agenda Brasil* que remete especificamente a política de saúde. Este documento, tem como principais propostas:

impedir o pagamento pelo SUS de tratamentos experimentais, sob o argumento de evitar a judicialização da saúde; *maior desvinculação de Receitas da União; e introdução do copagamento no SUS, ou seja, começar a cobrar por consulta, exames e outros procedimentos dentro do sistema público de saúde, de acordo com a renda do cidadão.* Esta última proposta foi deixada de lado pelo governo após grande repercussão negativa entre diversos movimentos sociais que lutam em defesa do SUS, apesar de poder retornar a qualquer momento (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 12-13, grifo nosso).

Outro documento é o chamado *Uma Ponte para o Futuro*, que conforme Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 13, grifo nosso) propõe aumentar as leis de ajuste fiscal na tentativa de aumentar o crescimento econômico. Além disso, além de afirmar que “*o Brasil gasta muito com políticas públicas* ao mesmo tempo em que tem resultados piores que de outros países”, sugere

acabar com as vinculações constitucionais, como no caso da saúde e educação; fim de todas as indexações, sejam para salários, benefícios previdenciários etc.; nova Reforma da Previdência, que amplie a idade mínima para aposentadoria; viabilizar a participação mais efetiva do setor privado na construção de infraestrutura; maior cooperação do Estado com o setor privado na abertura dos mercados externos; executar uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada; estabelecer uma agenda de transparência e de avaliação de políticas públicas que permita identificação dos beneficiários e análise dos impactos dos programas (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 13, grifo nosso).

O último documento apresentado pela bancada do PMDB no seu processo de desmonte do Estado como viabilizador de políticas públicas dando preferência a lógica do mercado, refere-se a *Travessia Social*. Tal documento tem como propostas:

conter a inflação e realizar o ajuste fiscal, o que exigirá cortes nos gastos sociais; a retomada do crescimento, que possibilitará a inserção das pessoas no mercado de trabalho; transferir para o setor privado tudo o que for possível; focalização das ações nos 40% mais pobres da população pobre. Destaca como papel do Estado qualificar as pessoas para que tenham mais competitividade no mercado de trabalho. Com relação à Saúde e ao SUS, coloca como questões importantes: a ênfase no gerencialismo, considerando como problema do SUS a má gestão; a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde; e o estímulo

ao aumento de cobertura dos planos privados. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 13, grifo nosso).

As propostas apresentadas por esses três documentos nos permitem visualizar os impactos causados pelo distanciamento do Estado do campo social por meio da implementação de tais contrarreformas e sua aproximação com uma política de ajuste fiscal mais rigorosa. Como vimos, o documento “Agenda Brasil” propõe interferir, negativamente na transferência de recursos para o sistema público de saúde brasileiro, além de desvinculá-lo das receitas da União, ficando a cargo apenas dos Estados e Municípios. Como se não fosse o bastante, ainda sugere cobrar dos cidadãos procedimentos, consultas e exames dentro do próprio sistema público.

A lógica é de transferir os serviços ofertados para a iniciativa privada, em que o cidadão só terá acesso se pagar, e para isso acontecer abre-se um discurso ideológico de que o problema do sistema público de saúde não é falta de dinheiro, mas sim de má gestão, com isso o governo tenta justificar a necessidade de implementação de tal lógica de focalização e privatização da saúde. Tais medidas afetam negativamente o campo da saúde como um todo, desde a sua Atenção Primária, que é base e porta de entrada do sistema público de saúde brasileiro, perpassando por todas as redes de atenção que compõem o SUS.

Vários autores apontam diversos impactos negativos da última reformulação da PNAB, especialmente após o congelamento, por parte do governo Temer, dos gastos nas políticas sociais, em especial a política de saúde, pelos próximos 20 anos, o que afetará de maneira significativa a atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família, e o acesso universal e contínuo a tal política social.

Sobre os impactos causados pela reformulação da PNAB, Melo *et al.* (2018) trazem apontamentos que em nosso ponto de vista, são significativos para compreender como a Política Nacional de Atenção Básica é implantada na atualidade e como a Rede de Atenção Básica está sendo gerida. Assim, ao comparar as revisões da PNAB de 2011 e 2017, Melo *et al.* (2018, p. 38) sinalizam uma flexibilização no modelo organizacional de tal política, com mudanças no quadro da equipe, “diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF”.

Seu estudo apresenta como “dimensões de análise/comportamento” as continuidades, descontinuidades e as agregações existentes entre as portarias nº 2.488 de 2011, e nº 2.436 de 2017, que implementam as PNABs de 2011 e 2017, respectivamente, a partir de três aspectos: a) Princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica; b) Aspectos organizativos e

funcionais das equipes e unidades de saúde; e, c) Aspectos de gestão e financiamento da Atenção Básica.

Figura 4 – Síntese comparativa dos princípios, diretrizes e conceitos centrais nas edições das PNAB 2011 e 2017

Dimensões de análise/ Comportamento	Princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica
Continuidades	Os princípios e diretrizes aparecem, em suma, conservados na escrita da PNAB 2017 (universalidade; equidade; integralidade; regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; participação da comunidade). O conceito de AB segue praticamente o mesmo. Permanece a consideração de AB e atenção primária como termos equivalentes, sendo o primeiro termo de uso mais frequente no texto da PNAB.
Descontinuidades	É retirada a palavra 'democrática' do texto na PNAB 2017 no que se refere ao formato das práticas de cuidado e de gestão. A 'humanização' desaparece dos princípios enunciados na PNAB 2017 ao contrário da edição anterior.
Agregações	Maior detalhamento e repetição da noção de rede e traduções dos princípios do SUS e das noções das redes na AB. A incorporação de conceitos, ferramentas e estratégias de outras publicações já existentes (técnicas e normativas) ao texto desta nova PNAB. Agregação dos 'cuidados paliativos' e 'vigilância à saúde' ao conceito de AB – vigilância já estava na PNAB anterior, mas fora do item específico com definição sobre AB, embora prevenção, promoção e proteção (associados à vigilância) estejam nas duas. Explicita-se a proibição na AB de 'qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras'.

Fonte: MELO *et al.*, 2018.

Na figura 4 percebe-se que os conceitos gerais, as diretrizes e os princípios que regem a PNAB seguem sem alterações significativas pela portaria nº 2.436 de 2017, mas ainda assim, o termo “humanização” é retirado dos princípios que orientam a política. Além disso, agrega-se ao conceito de Atenção Básica os termos “cuidados paliativos” e “vigilância em saúde”, além da incorporação, no 3º parágrafo, da proibição de “qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras”.

Figura 5 – Síntese comparativa dos aspectos organizativos e funcionais nas edições das PNAB 2011 e 2017

Dimensões de análise/ Comportamento	Aspectos organizativos e funcionais das equipas e unidades de saúde
Continuidades	Permanece a afirmação discursiva da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modalidade prioritária de implantação da AB no Brasil. Os tipos de profissionais das Equipas de Saúde da Família (EqSF) e suas atribuições (com exceção dos ACS), no geral, permanecem. Os tipos de equipas especiais e para populações específicas (consultório na rua, ribeirinhas etc.) continuam, embora seja sinalizada a perspectiva de progressiva incorporação nas modalidades mais usuais de equipas. As possibilidades de composição dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) são mantidas, mas a carga horária não está detalhada. O denominador para cálculo do número de equipas por município permanece sendo 2.000 (na PNAB de 2011, era 2.400, mas a portaria 2.355 de 2013 já havia modificado para esse denominador). Ambas sugerem considerar elementos como o risco e a vulnerabilidade social como parâmetros para definição do número de pessoas/equipa.
Descontinuidades	A PNAB 2017 reconhece outras formas de organização da AB para além da saúde da família. O número recomendado de pessoas por EqSF passa a ser a faixa de 2.000-3.500 pessoas, sem a recomendação de 3.000 pessoas/equipa (como média recomendada) da PNAB anterior. A PNAB 2011 indicava apenas o limite máximo de 4.000/equipa, sem mínimo. O número mínimo de ACS/equipa, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual, passando, portanto, a ser de 1 ACS/equipa. Passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF. Foi retirada da PNAB de 2017 a previsão de que parte da carga horária dos profissionais (8 horas semanais) pudesse ser destinada para atividades de formação. Foi retirada a possibilidade de EqSF terem médicos com carga horária de 20 horas e 30 horas, ficando apenas 40 horas para todos os profissionais. As Equipas de Saúde Bucal passam também a poder cobrir as unidades básicas tradicionais. Os Nasf passam a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), suprimindo a noção de 'apoio'. Ainda que a PNAB 2017 traga a educação permanente como importante para o processo de trabalho da atenção básica, é dada menor ênfase. O Programa Saúde na Escola (PSE) na PNAB 2017 está apenas como um dos itens que devem ter financiamento federal, sem especificações.
Agregações	A PNAB 2017 traz como responsabilidade tripartite a garantia do transporte em saúde para equipas e usuários. A introdução dos conceitos de 'padrão essencial' e 'padrão ampliado' na conformação e classificação das ações e serviços, sem detalhamento. A PNAB 2017 possibilita a incorporação do ACE como parte da EqSF. As Equipas de Atenção Básica (EqAB) estão previstas com cargas horárias mínimas de 10 horas dos seus profissionais, sem obrigatoriedade de ACS na sua composição, com indicação de novo financiamento de custeio. Integração entre vigilância e atenção básica com recomendação de unificação das ações dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias. Novas competências dos ACS, por meio de formação específica, assistidos por profissional de nível superior. Os Nasf-AB passam a cobrir também as chamadas unidades básicas tradicionais. Recomendação de que as UBS tenham 4 equipas para atingirem o seu potencial resolutivo (PNAB anterior recomendava o máximo de 12.000 pessoas por UBS com ESF em áreas urbanas, e de 18.000 pessoas para UBS tradicionais). Profissionais da ESF só podem atuar em uma equipa.

Fonte: MELO *et al.*, 2018.

No que diz respeito aos aspectos organizativos e funcionais das equipes e unidades de saúde, Melo *et al.* (2018) destaca como continuidades a permanência da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modalidade prioritária da Política Nacional de Atenção Básica de 2017. Mantêm-se ainda na letra da lei a equipe multiprofissional que faz parte do quadro da ESF e as equipes especiais e para populações específicas (comunidades Ribeirinhas e Fluviais; Consultórios de Rua, etc.), além do denominador do número de equipes por municípios (2000), considerando o risco e a vulnerabilidade social de cada território como elementos essenciais para definir o número de sujeitos por equipe.

Como descontinuidades, há uma abertura/flexibilização para a inserção de outras estratégias na Atenção Básica, além da Estratégia Saúde da Família, sendo essas reconhecidas pela PNAB, “desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2017).

A média de pessoas recomendadas por equipe de saúde da família na PNAB 2011 é de 3.000, e no máximo 4.000, “sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe” (BRASIL, 2011). Já com base na PNAB 2017, a “população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) é de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica” (BRASIL, 2017). Além disso, é orientado aos Agentes Comunitários de Saúde que “em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS” (BRASIL, 2017).

No que concerne às agregações, a PNAB 2017 acrescenta a garantia

de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS” (BRASIL, 2017).

Como também a inserção do Agente de Combate a Endemias (ACE) na Equipe de Saúde da Família (EqSF).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) passa a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), cobrindo as unidades básicas de saúde. Essas Unidades Básicas (UBS's) agora possuem 4 equipes “para que possam atingir seu potencial resolutivo” (BRASIL, 2017).

Há ainda algo importante a ser abordado que não foi explanado por Melo *et al.* (2018) em sua análise sobre as mudanças ocorridas na Política Nacional de Atenção Básica de 2017: O acesso como uma das principais características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica. Segundo a PNAB 2017

A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. ***Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados***, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, ***permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc.), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc.), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população***. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local. (BRASIL, 2017, grifo nosso).

A PNAB 2017 aponta meios viáveis no funcionamento das UBS's para criar alternativas que potencializem o acesso da população usuária da rede primária em saúde. Esse acesso, conforme a política está diretamente relacionado às respostas que a atenção básica vem dando às necessidades de saúde da população, sendo essas, por assim dizer, a principal referência que a rede básica deve tomar como piloto para definir as ações a serem realizadas em determinada região. Além disso, é

importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas” (BRASIL, 2017).

As alternativas anteriormente mencionadas (diferenciações de horário de atendimento – estendido, sábado, etc. –, agendamento de consultas/atendimentos por hora marcada, telefone, e-mail, etc.) têm como principal objetivo assegurar o acesso da população ao sistema de saúde brasileiro, primeiramente através da sua porta de entrada – as UBS's, ESF's, UBSF's (Unidades Básicas de Saúde Fluviais), UBSR's (Unidades Básicas de Saúde Ribeirinhas), além dos consultórios de rua – levando em consideração o risco e a vulnerabilidade social dos indivíduos que vivem nessas comunidades.

Sabe-se que essas medidas podem – e têm mais facilidade para – ser implementadas nas cidades e nos grandes centros urbanos. Mas, e na zona rural? E na zona rural dos municípios de pequeno porte que ficam geograficamente distantes dos grandes centros urbanos? Como se dá

esse processo de acesso ao sistema de saúde público brasileiro por meio da sua porta de entrada? Existem horários de funcionamentos estendidos nas UBS's e ESF's da zona rural? Essas UBS's e ESF's fecham para horário de almoço? Se fecham, quais os motivos? Como funcionam os atendimentos? São previamente agendados?

São questões que serão abordadas e discutidas com maior profundidade no decorrer deste estudo. Por hora, observam-se as continuidades, descontinuidades e agregações apresentadas por Melo *et al.* (2018) em relação aos aspectos da gestão e do financiamento da Atenção Básica.

Figura 6 – Síntese comparativa dos aspectos de gestão e financiamento nas edições das PNAB 2011 e 2017

Dimensões de análise/ Comportamento	Aspectos de gestão e financiamento da Atenção Básica
Continuidades	Grande maioria das responsabilidades dos três entes federados permanecem.
Descontinuidades	
Agregações	A figura do gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS) e suas atribuições. Constante menção, no texto da nova PNAB, sobre as realidades de cada local e possibilidades de adaptação (por vezes isso ficando confuso e até contraditório, quando acompanhando de uma definição normativa fechada) dos parâmetros propostos, de forma a ampliar o poder do gestor municipal. A previsão (não detalhada) de agregação de modalidade de financiamento federal com recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços. Indicação de financiamento 'regular e automático' pelas secretarias estaduais de saúde para os municípios, embora a PNAB não tenha nenhum dispositivo concreto para isso. Validade de 4 meses para o credenciamento de novas equipes pelo Ministério da Saúde (prazo para serem implantadas no município após o credenciamento-autorização solicitado).

Fonte: MELO *et al.*, 2018.

Ainda conforme o estudo de Melo *et al.* (2018), a maioria das responsabilidades compartilhadas de modo tripartite permaneceu sem grandes modificações. Além disso, o estudo não apresentou descontinuidades nos aspectos da gestão e do financiamento entre a PNAB 2011 e PNAB 2017, permanecendo sem nenhum tipo de “reajuste dos valores per capita do PAB Fixo (apenas atualização da população), tampouco dos diferentes componentes do PAB Variável mais relacionado com a ESF (Nasf, EqSF, ACS, Saúde Bucal, PMAQ)” (MELO *et al.*, 2018, p. 46).

A principal agregação ao corpo da PNAB 2017 refere-se à inserção de um gerente, o qual, segundo a política, é considerado um profissional da Atenção Básica. Segundo a PNAB 2017, entende-se como Gerente da Atenção Básica “um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de

acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações” (BRASIL, 2017).

Após as modificações ocorridas com a reformulação da PNAB em 2017 no governo de Michel Temer, recentemente, entre a transição de tal governo para o governo de Jair Bolsonaro, instituíram uma nova portaria (nº 2.979 de 12 de novembro de 2019) com o “Programa Previne Brasil” que tem por objetivo estabelecer um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Até então, o financiamento da Política de Atenção Básica era realizado por meio de pagamentos para os municípios com base no número de habitantes, agora, esse dinheiro “passa a ser calculado com base na quantidade de pacientes cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas unidades básicas” (STEVANIM, 2019, s/p), ou seja, se há uma retirada de financiamento com base no número de habitantes, há a extinção do Piso da Atenção Básica (PAB Fixo), já que esse último leva em consideração o número total de habitantes.

Tais mudanças no financiamento da atenção básica não foram debatidas com a sociedade e o Conselho Nacional de Saúde, deixando de lado a participação social nos processos de decisões, descaracterizando os princípios da Saúde da Família e as leis que regem o SUS.

CAPÍTULO II – O ESPAÇO RURAL E URBANO NO MUNICÍPIO DE MONSENHOR HIPÓLITO E A POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DO PIAUÍ

2.1 Os espaços rural e urbano no Piauí

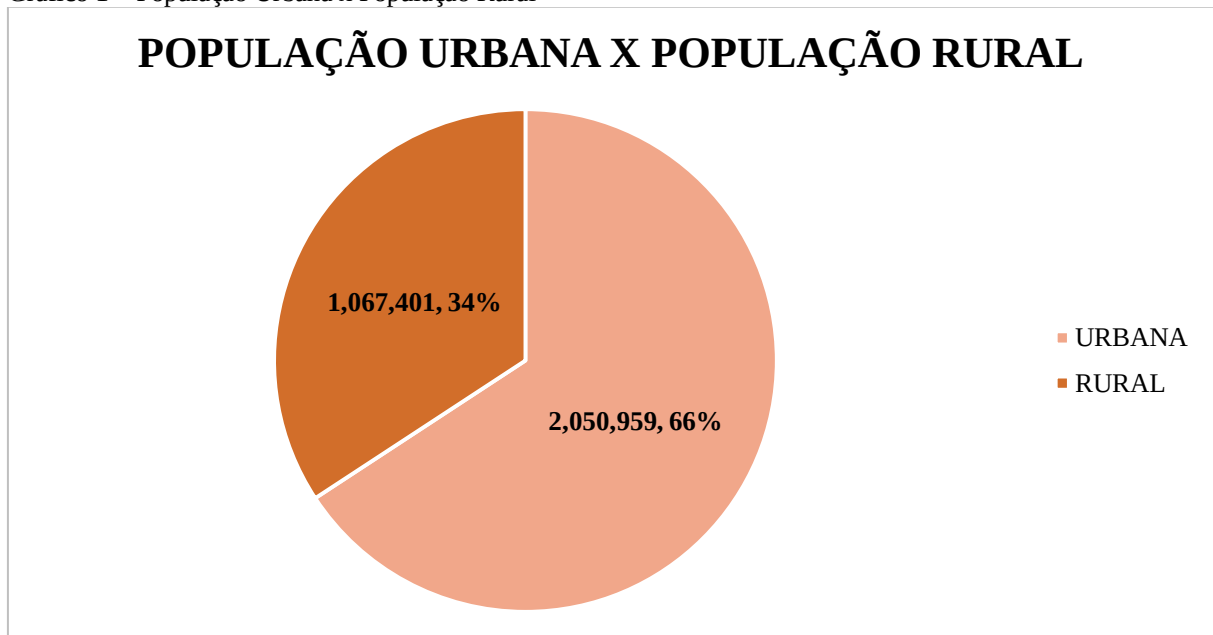
O Piauí é um estado brasileiro que fica localizado na região nordeste. Tem uma população estimada em 3.273.227 de habitantes, distribuída entre 224 municípios (IBGE, 2019). No último censo realizado pelo IBGE em 2010, o estado contava com uma população de aproximadamente 3.118.360 de pessoas, das quais 2.050.959 residiam na zona urbana e 1.067.401 viviam na zona rural. Essa diferença se evidencia pelo fato de a maior parte da população residir em Teresina (capital do estado) e região metropolitana, fazendo a população urbana sobressair em relação a rural.

Ainda assim, trata-se de um estado composto, em sua maioria, por municípios de até 10.000 habitantes, caracterizados, segundo o IBGE, como municípios de pequeno porte. Apenas Teresina e Parnaíba possuem uma população acima dos 100.000 habitantes. Segundo dados do IBGE, em 2019, Teresina e Parnaíba tinham, respectivamente, 864.845 e 153.078 habitantes.

Em se tratando, mais especificamente da política de saúde, cabe sinalizar que a Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI), juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, publicaram um Plano Estadual de Saúde (PES) em abril de 2016 “com foco na promoção do acesso com qualidade às ações e serviços de saúde e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)”, o qual objetivava orientar a gestão estadual no setor da saúde no triênio 2016 a 2019. Este plano abrange uma análise detalhada sobre a situação de saúde no estado do Piauí a partir dos seguintes perfis: demográfico, socioeconômico, morbidade e mortalidade.

Inicialmente, interessa observar os dados demográficos e socioeconômicos do Plano Estadual de Saúde. Como o plano foi elaborado e publicado entre 2015 e 2016, parte-se do número de habitantes contabilizado no último censo do IBGE em 2010, que registrou 3.118.360 habitantes. Como já mencionado anteriormente, desses 3.118.360 habitantes, segundo dados da SESAPI e em conformidade com o IBGE (2010), 66% da população, ou seja, 2.050.959 de habitantes, vive na zona urbana e, 34%, 1.067.401 de pessoas, vive na zona rural, conforme gráficos elaborados no Plano Estadual de Saúde pela SESAPI em 2016, considerando-se a distribuição populacional entre a zona rural e urbana e a relação de gênero (quantidade de homens e mulheres que moram na zona rural e zona urbana do estado), conforme observa-se no gráfico 1.

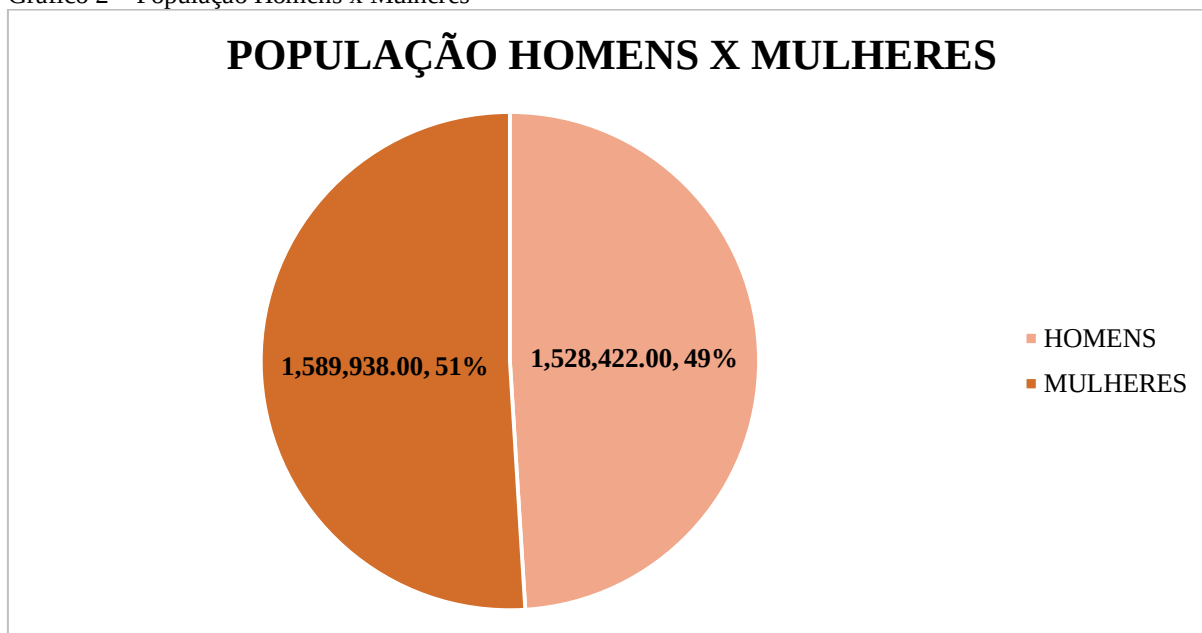
Gráfico 1 – População Urbana x População Rural



Fonte: SESAPI, 2016.

Ainda conforme o Plano Estadual de Saúde, a população masculina no estado do Piauí, considerando-se o censo demográfico de 2010, chegou a 1.528.422 de pessoas, e a população feminina, 1.589.938, registrando 49% e 51% respectivamente. Portanto, nota-se que não há uma grande diferença entre habitantes do sexo masculino e feminino no Piauí, apenas 61.516 mulheres a mais que homens, apenas 1% de assimetria, como revela-se no gráfico 2.

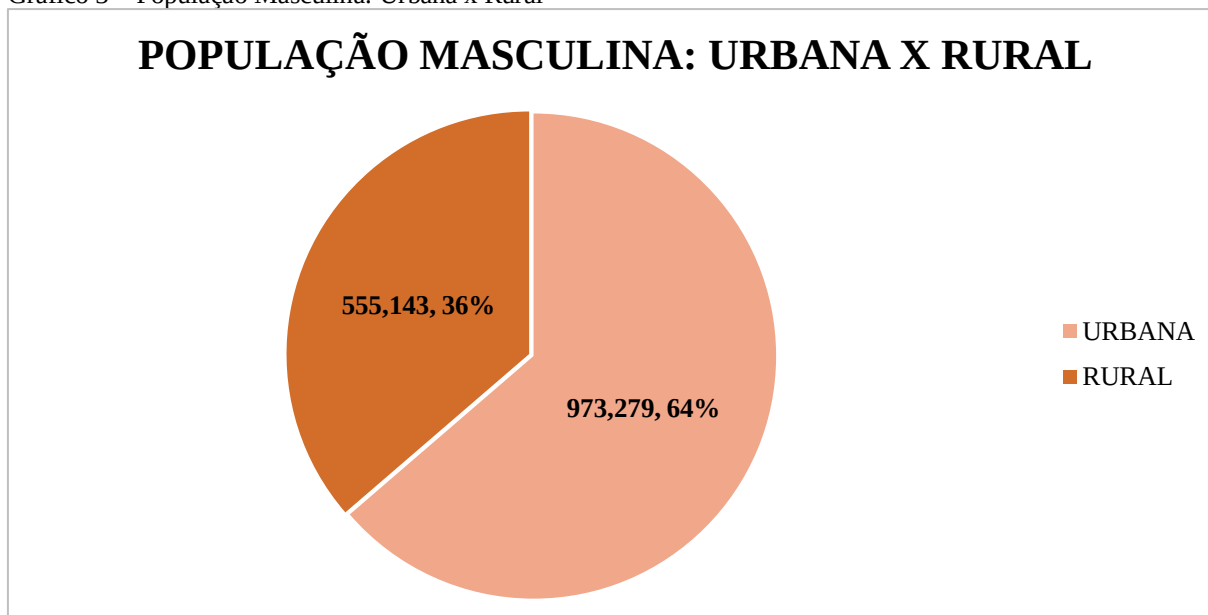
Gráfico 2 – População Homens x Mulheres



Fonte: SESAPI, 2016.

O plano ainda compara homens e mulheres que vivem na zona rural e urbana em todo o estado do Piauí. O gráfico 3 faz uma comparação entre a população do sexo masculino que vive na zona rural e na zona urbana. Pode-se observar que, 64% dos homens que residem no Piauí moram na zona urbana, 973.279 pessoas, e 36% na zona rural, com total de 555.143 pessoas.

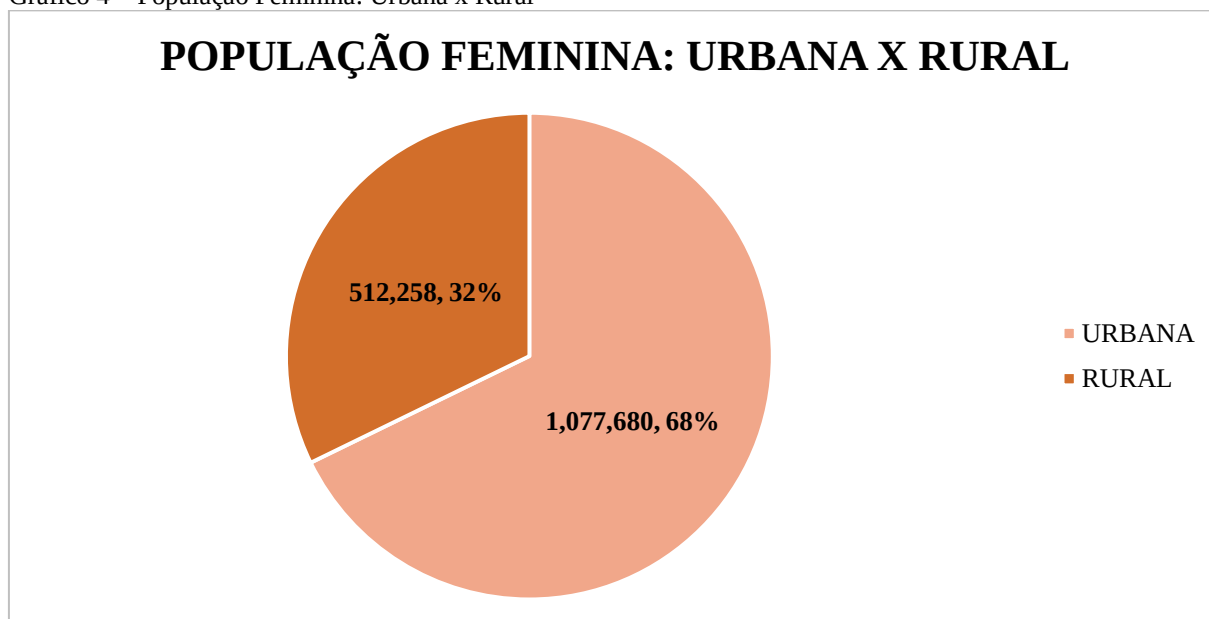
Gráfico 3 – População Masculina: Urbana x Rural



Fonte: SESAPI, 2016.

Com relação à população feminina, 67,8% (1.077.680) vivem na zona urbana do estado do Piauí e 32,2% (512.258) residem na zona rural, conforme demonstrado no gráfico 4.

Gráfico 4 – População Feminina: Urbana x Rural



Fonte: SESAPI, 2016.

Esses números são relevantes e possibilita evidenciar de que mais de 1.000.000 de pessoas do sexo masculino e feminino residem na zona rural dos 224 municípios que abrangem o estado. Indivíduos que enfrentam diariamente maior dificuldade em seu processo de locomoção a fim de ter acesso a serviços, sejam eles públicos ou privados, uma vez que residem em regiões mais “remotas” e distantes dos centros urbanos, onde historicamente os serviços públicos têm sido mais acessíveis.

O Piauí é um estado que desde sua colonização iniciada na região central do estado e passando, posteriormente, para o litoral, a partir da segunda metade do século XVII, desenvolveu atividades ligadas, principalmente, à criação de gado (pecuária), atividade facilitada pelas características de sua vegetação, faixas de transição que vão da caatinga (regiões sul e sudeste do estado) a áreas de cerrado (meio-norte) e mangue (região litorânea).

A agricultura desenvolvida no Piauí foi inicialmente mais direcionada à economia de subsistência do que para o comércio, ganhando destaque nos últimos anos (JUCEPI, 2020). Com base nas atividades realizadas, foi um estado composto por uma população que residia na zona rural, em povoados que, mais tarde, tornaram-se centros urbanos.

Mas o que são centros urbanos e meio rural? Recentemente, o IBGE publicou um documento/livro que versa sobre a “Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos no Brasil” (2007), fazendo a distinção entre esses dois espaços, os quais, historicamente, foram marcados por transformações, a partir, principalmente, das revoluções

industriais. Segundo o documento, “a formalização da distinção entre campo e cidade só se fez necessária a partir do Século XIX quando a urbanização, até então um processo lento, acelerou-se com a Revolução Industrial” (DAVOUDI; STEAD, 2002 *apud* IBGE, 2017, p. 11).

Conforme análise feita por Girardi (2008), como parte da sua tese de doutorado intitulada “Proposição teórico-metodológica de uma Cartografia Geográfica Crítica e sua aplicação no desenvolvimento do Atlas da Questão Agrária Brasileira”, a definição do espaço rural e urbano é

baseada na *lei* e desconsidera o mensuramento de características como o tamanho populacional, ocupação, renda ou pressão antrópica. A classificação baseia-se nas áreas, sendo a população classificada como rural ou urbana de acordo com a localização de seu domicílio. **Para o IBGE são urbanas as sedes municipais (cidades) e as sedes distritais (vilas), cujos perímetros são definidos por lei municipal.** Também são consideradas urbanas as áreas urbanas isoladas, igualmente definidas por lei municipal, porém separadas das cidades ou das vilas por área rural ou outro limite legal. (IBGE, 2000, v.7). **As áreas rurais são aquelas fora dos perímetros definidos como urbanos** (GIRARDI, 2008, p. 07, grifo nosso).

No entanto, ainda conforme o documento/livro produzido pelo IBGE (2017), existem dois tipos de teoria/análise que diferenciam o espaço rural e o espaço urbano. São elas: a teoria dicotômica e a análise de conceito *continuum* rural-urbano. A visão dicotômica versa sobre a separação do espaço urbano e rural como espaços autônomos e delimitados, a partir das transformações sociais ocorridas no século XIX. Já o conceito *continuum* rural-urbano afirma que

Não há uma divisão aguda entre a vida urbana e rural, mas que os assentamentos existem ao longo de um contínuo de muito rural para altamente urbano. **O urbano não para simplesmente e começa o rural, mas eles vazam através um do outro. Além disso, é possível encontrar espaços em uma cidade que parecem rurais, e lugares em áreas rurais que são bastante urbanos.** Como tal é problemático falar de lugares como simplesmente rurais ou urbanos, em vez disso **é preciso considerar como eles se entrelaçam e se sobrepõem** (CASTREE; KITCHIN; ROGERS, 2013, p. 444, *apud* IBGE, 2017, p. 11, grifo nosso).

Mediante tais considerações, apesar desses conceitos contribuírem de maneira significativa para o debate sobre a classificação dos meios rural e urbano, o desafio consiste em delimitar tais espaços ao se levar em consideração o processo de urbanização e o modo como esses dois espaços vêm se modificando no decorrer do tempo.

Tais mudanças dizem respeito à alteração da visão “tradicional” do espaço rural como meio de onde se ocupa, principalmente, da agricultura e pecuária para a sobrevivência e subsistência. Com o decorrer do tempo, o campo ressignificou seu estilo de vida e modelos de

ocupação. Fábricas foram instaladas e atividades fabris começaram a ser desenvolvidas no meio rural, principalmente por se localizarem em áreas de grande quantidade de matéria-prima e pelo fato de, historicamente, a população de tais espaços possuir um nível mais baixo de qualificação profissional (comparado aos indivíduos que residiam em zona urbana), servindo de mão de obra barata. Somam-se a esse processo o desenvolvimento do comércio nas localidades da zona rural (farmácias, açougues, mercados, frutarias, postos de combustíveis, etc.); a implementação de unidades de saúde; a criação de escolas; a instalação de energia elétrica e o abastecimento de água potável.

O Brasil possuía apenas um decreto-lei (nº 311 de 02 de março de 1938) que determinava e delimitava a divisão territorial do país entre municípios, distritos e vilas, conforme observado por Girardi (2008). Desde então, não foram promulgadas leis em âmbito nacional que especificassem conceitos claros e objetivos para a caracterização desses espaços onde milhares de brasileiros residem.

Recentemente, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017) realizou análises sobre a classificação das categorias urbano e rural. Segundo o documento, os meios rural e urbano devem ser entendidos não apenas como espaços delimitados por sua área territorial definida em lei municipal, mas designados e compreendidos a partir de uma totalidade que abrange aspectos da organização político-administrativa ou delimitação administrativa²³, sobre o seu tamanho populacional ou patamar demográfico²⁴, sua densidade demográfica²⁵, ocupação econômica da população²⁶, a morfologia²⁷ e o modo de vida²⁸ da população.

Considerar tais aspectos, que vão desde a organização político-administrativa ao modo de vida de uma determinada sociedade é compreender, não só as relações existentes entre esses dois espaços, mas também, e principalmente, as particularidades que abrangem os meios rural e urbano. Dessa maneira, pode-se contribuir significativamente para pensar um novo modo de,

²³ Político-administrativo ou delimitação administrativa: “é uma das formas tradicionalmente utilizadas na classificação territorial que utilizam limites oficiais na diferenciação, considerando o rural e o urbano como adjetivos territoriais (ENDLICH, 2010)” (IBGE, 2017, p. 12).

²⁴ Tamanho populacional ou patamar demográfico: “nesse caso o urbano é definido pela concentração populacional enquanto o rural por sua dispersão” (IBGE, 2017, p. 12).

²⁵ Densidade demográfica: “consiste na relação do número de habitantes por determinada área. As categorias são expressas comumente pelo número de habitantes por quilômetro quadrado” (IBGE, 2017, p. 12).

²⁶ Ocupação econômica da população: “Nessa visão o rural é caracterizado pelas atividades primárias, principalmente agropecuárias e o urbano pelo percentual significativo de população ocupada em atividades secundárias e/ou terciárias (ENDLICH, 2010)” (IBGE, 2017, p. 12-13).

²⁷ Morfologia: “Por meio da análise das formas expressas pelas edificações, loteamentos, arruamento e uso do solo é possível apreender padrões morfológicos que podem ser utilizados para classificar o território entre ocupações rurais e urbanas (ÂNGULO; DOMÍNGUEZ apud BERNARDELLI, 2010)” (IBGE, 2017, p. 13).

²⁸ Modo de vida: “relacionado à divisão do trabalho e à heterogeneidade social, pode ser considerado na classificação rural-urbano, bem como as inter-relações urbanas e a geração de inovações” (IBGE, 2017, p. 13).

não apenas elaborar políticas públicas voltadas para determinada população, mas auxiliar no desenvolvimento e melhoria dos serviços já existentes nas determinadas comunidades.

2.2 O município de Monsenhor Hipólito e seu espaço rural

Monsenhor Hipólito é um município brasileiro que fica localizado na região sudeste do Estado do Piauí, a 370 km de Teresina, capital do estado. Com uma população de 7.391 habitantes, segundo último censo do IBGE, atualmente possui uma população estimada em 7.785 habitantes (IBGE, 2021).

Conforme dados oficiais da Prefeitura de Monsenhor Hipólito²⁹, o município teve origem às margens do Vale do Riachão nos anos de 1920, na fazenda “Riachão”, dando origem ao povoado que veio, posteriormente, a ser chamado pelo mesmo nome. O povoado se desenvolveu a partir da criação de rebanhos (pecuária), em função da existência das muitas nascentes na região, e da agricultura de subsistência.

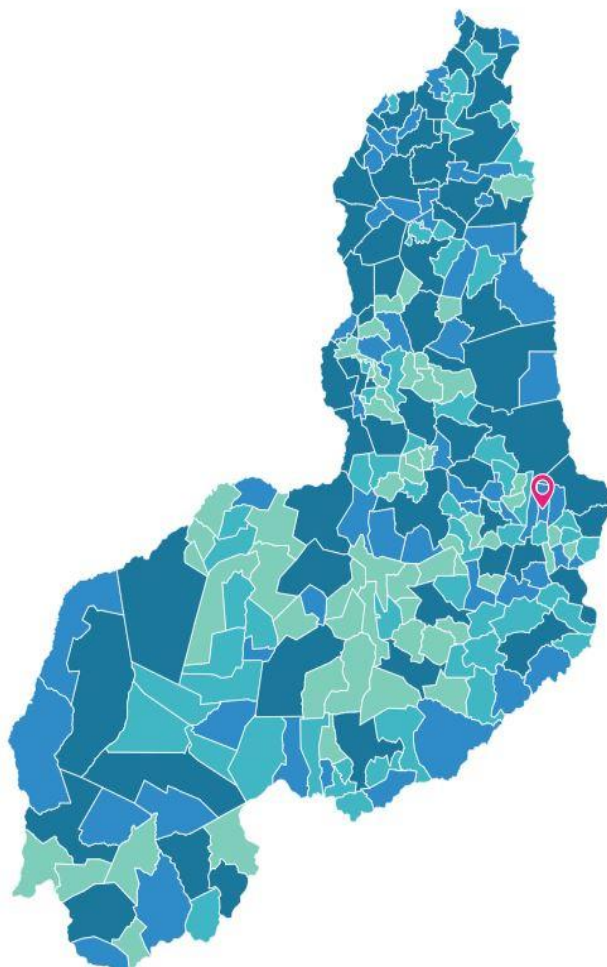
No que se refere ao cenário político, segundo a Prefeitura de Monsenhor Hipólito, a região do povoado Riachão foi palco da Coluna Prestes na segunda metade da década de 1920:

Monsenhor Hipólito na condição de povoado Riachão, foi rota e palco da Coluna Prestes. Em janeiro de 1926, quando o movimento se dirigia ao Pernambuco para colaborar com um levante, liderado pelo tenente Cleto Campelo, o Comandante Miguel Costa, reconheceria o papel destacado de Luiz Carlos Prestes frente ao movimento, promovendo-o a General, Siqueira Campos e João Alberto, a coronéis, em terras riachãoenses (PMMH, 2020, s/p).

Mais tarde, em meados dos anos 1950, teve início o movimento de emancipação política; notadamente pelos senhores José Alves Bezerra, Virgílio de Sá Bezerra e Manoel Alves Bezerra, já que o povoado fazia parte do território e da jurisdição da cidade de Picos. Assim, em 30 de novembro de 1956, o povoado foi elevado à categoria de cidade pela lei estadual de nº 1.445, sendo instalada oficialmente no ano posterior, em 26 de julho de 1957 (PMMH, 2020, s/p).

²⁹ Para mais informações, acesse: <https://www.monsenhorhipolito.pi.gov.br/nossa-historia/>.

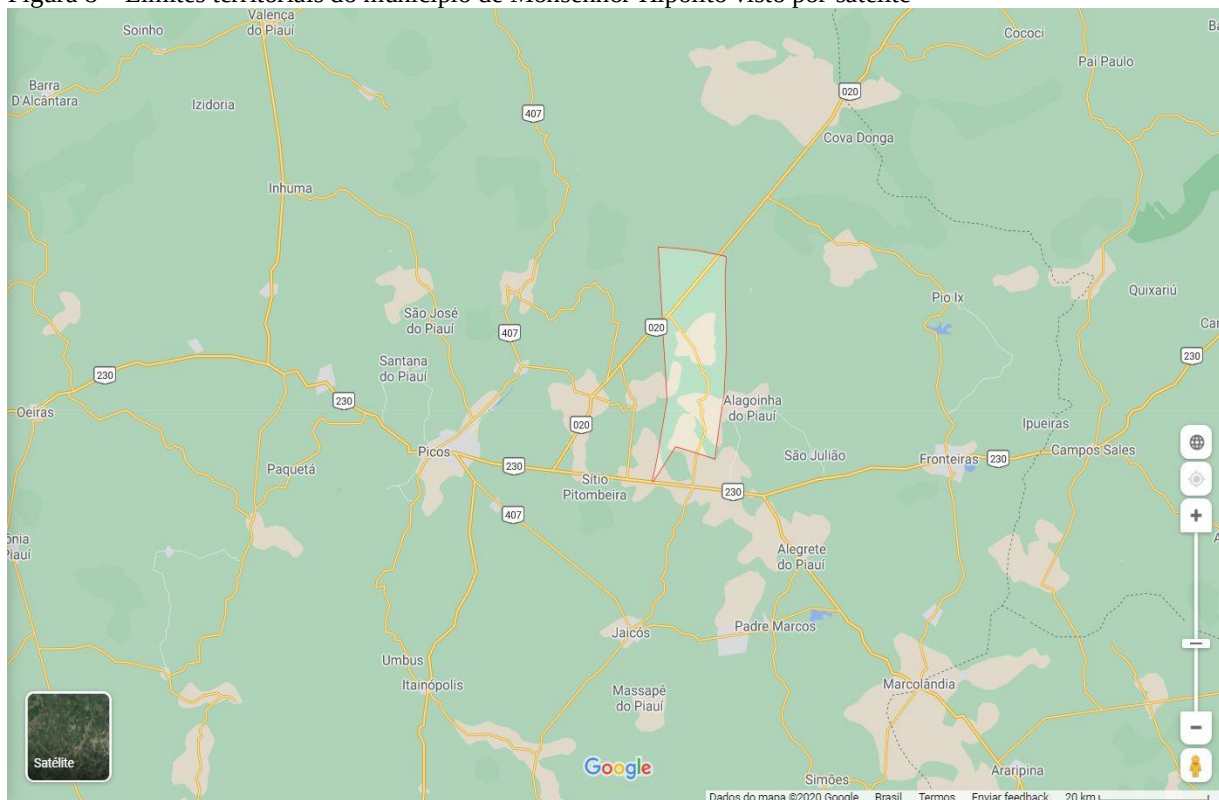
Figura 7 – Localização do município de Monsenhor Hipólito/PI



Fonte: IBGE, 2021.

Como se percebe, o município de Monsenhor Hipólito encontra-se no interior do estado do Piauí, próximo às divisas dos estados do Ceará e de Pernambuco. Em relação a seus aspectos de territorialidade, é um município pequeno que conta com uma área de 401.433 km² localizados em zona semiárida (IBGE, 2020). Conforme dados preliminares obtidos pela Prefeitura Municipal, o município possui apenas o distrito sede enquadrado como zona urbana, como disposto em lei municipal. O território não definido como meio urbano qualifica-se, automaticamente, como meio rural (lei municipal em conformidade com o decreto-lei nacional nº 311 de 02 de março de 1938), o que abrange a maior parte de sua geografia.

Figura 8 – Limites territoriais do município de Monsenhor Hipólito visto por satélite



Fonte: Google Maps, 2020.

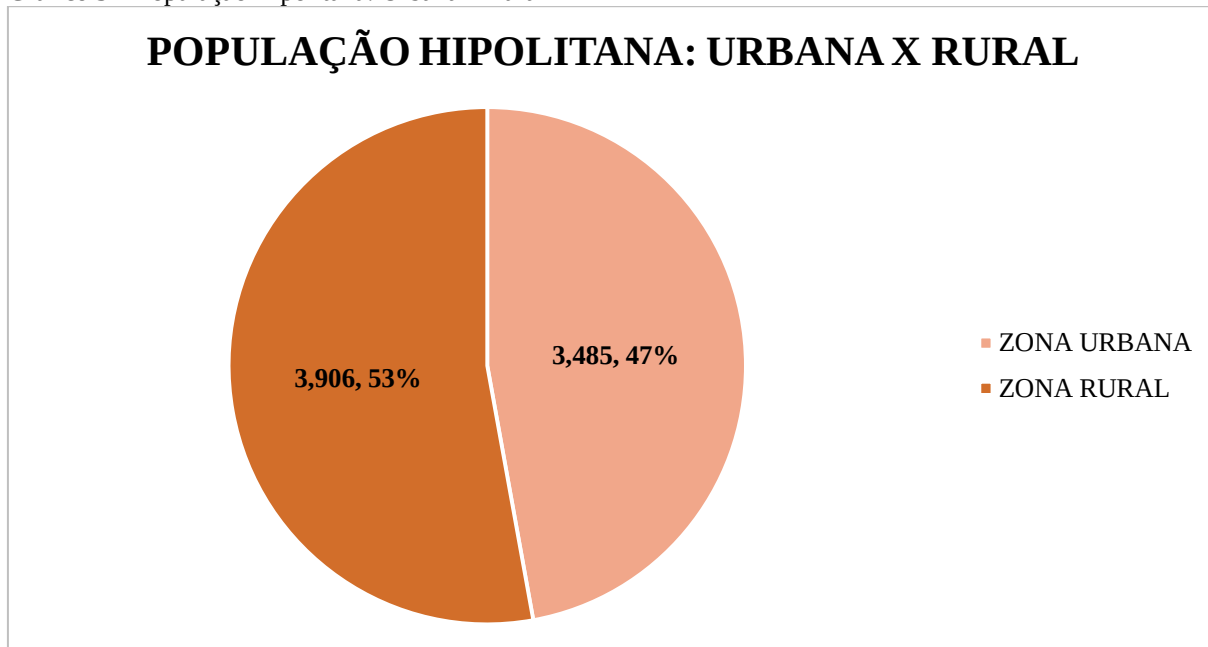
Observamos, conforme a figura 8, os limites territoriais do município de Monsenhor Hipólito. Segundo a divisão político administrativa do estado do Piauí, Monsenhor Hipólito tem como municípios limítrofes as seguintes cidades: a leste, o município de Alagoinha do Piauí; ao norte, os municípios de Pio IX e Pimenteiras; ao sul, o município de Campo Grande do Piauí; e ao oeste, o município de Francisco Santos, todos localizados na Microrregião de Picos, no sudeste piauiense.

Como exposto anteriormente, mediante dados obtidos pelo site do IBGE, em 2010 a cidade de Monsenhor Hipólito contava com 7.391 habitantes. Hoje, tem uma população estimada em 7.785 habitantes. Ainda com base no Censo de 2010, dos 7.391 habitantes, 3.485 cidadãos residem na zona urbana e 3.906 na zona rural, registrando-se aproximadamente 47,2% e 52,8% respectivamente, o que ratifica o fato de que a maior parte da população hipolitana reside na zona rural, como se observa em gráfico 5.

Como se sabe, a contemporaneidade particulariza-se pelo fato de ser considerada a era da tecnologia. Todavia, ainda existem inúmeras limitações para o acesso da população rural a esse patrimônio social. Uma dessas dificuldades justifica-se por não residirem nos centros

urbanos, locais onde historicamente há maiores possibilidades de acesso às atividades e serviços, sejam de setores públicos ou privados.

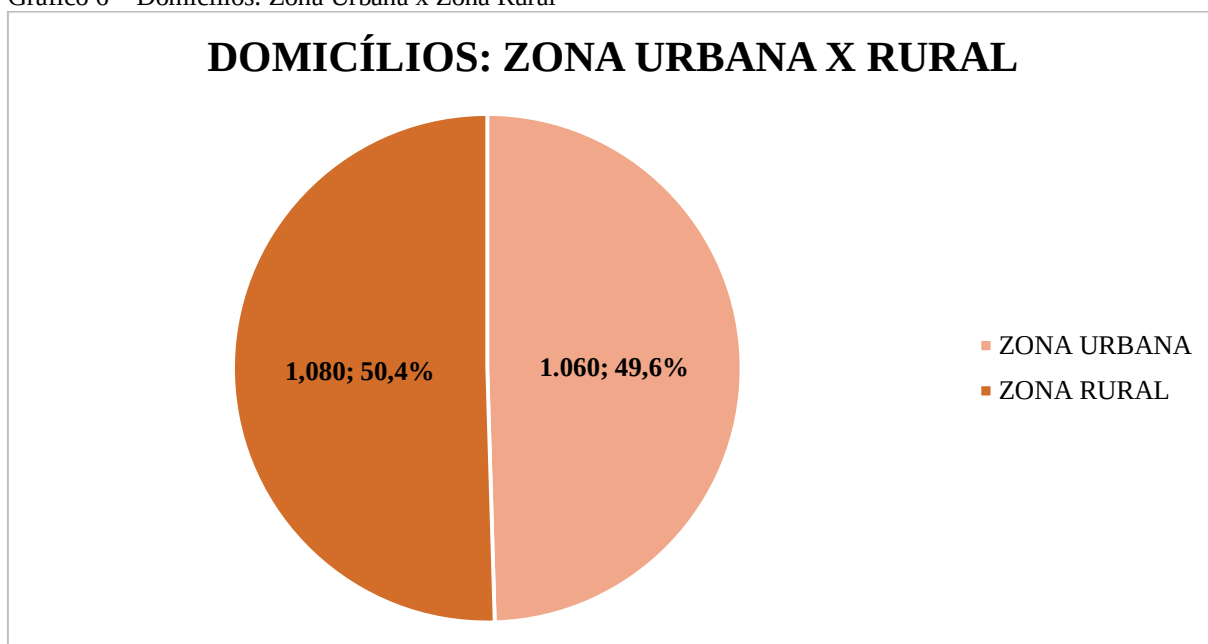
Gráfico 5 – População Hipolitana: Urbana x Rural



Fonte: IBGE, 2010.

Ainda que a maior parte da população hipolitana resida na zona rural, ao se observar o número de domicílios, percebe-se uma disposição quase que igualitária nos dois espaços. Vejamos no gráfico 6:

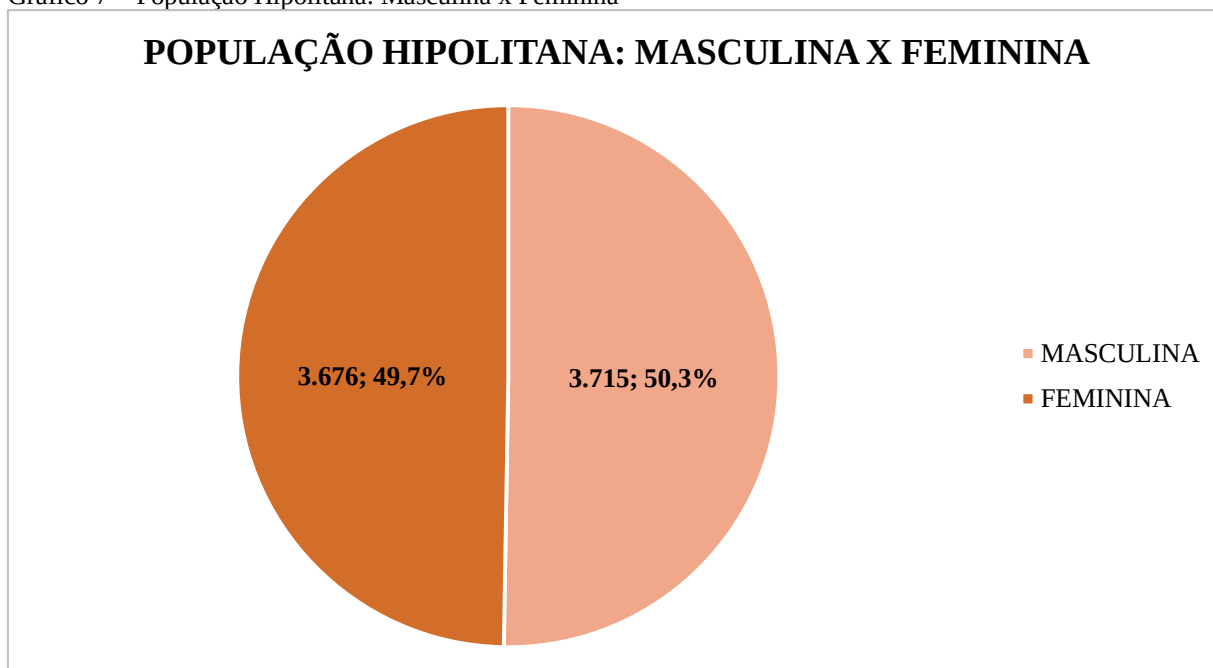
Gráfico 6 – Domicílios: Zona Urbana x Zona Rural



Fonte: IBGE, 2010.

No que diz respeito ao quantitativo de homens e mulheres que residem no município de Monsenhor Hipólito, dos 7.391 habitantes, 3.715 são do sexo masculino e 3.676 são do sexo feminino (gráfico 7). Mesmo com tais dados, não houve estudo sobre o quantitativo de homens e mulheres residentes na zona rural e o quantitativo de homens e mulheres que residem na zona urbana.

Gráfico 7 – População Hipolitana: Masculina x Feminina



Fonte: IBGE, 2010.

No último Censo realizado pelo IBGE (2010), na amostra trabalho, foram entrevistadas 6.193 pessoas acima dos 10 anos de idade no município, as quais foram subdivididas em duas categorias: 1- ECONOMICAMENTE ATIVAS, com um total de 3.511, sendo que destas, 2.675 pessoas não são alfabetizadas e possuem apenas o ensino fundamental incompleto; e 2- NÃO ECONOMICAMENTE ATIVAS, com um total de 2.682 pessoas, das quais 2.116 não possuem nenhuma instrução e ensino fundamental incompleto.

Os níveis de instrução influenciam diretamente a qualificação profissional da população, o que reverbera nos diversos níveis de dificuldade de entrar no mercado de trabalho formal (carteira de trabalho, direitos e benefícios trabalhistas), levando muitos hipolitanos a ofertarem sua força de trabalho para as atividades realizadas na agricultura e pecuária locais, ou se aventurarem em outras atividades fora da cidade, e até em outros estados, realidade muito recorrente.

Ainda conforme os dados do Censo 2010 do IBGE, dentre os grupos de ocupação na semana de realização da pesquisa, estão: 1- Diretores e gerentes; 2- Profissionais das ciências e intelectuais; 3- Técnicos e profissionais de nível médio; 4- Trabalhadores de apoio administrativo; 5- Trabalhadores dos serviços, vendedores dos comércios e mercados; 6- Trabalhadores qualificados da agropecuária, florestais, da caça e da pesca; 7- Trabalhadores qualificados, operários e artesãos da construção, das artes mecânicas e outros ofícios; 8- Ocupações mal definidas, dentre outros (IBGE, 2010).

Na amostra trabalho, na categoria “seção de atividade”, 3.464 pessoas trabalham nas seguintes atividades:

Quadro 6 – Amostra Trabalho: Categoria “Seção de Atividade”

AMOSTRA TRABALHO: CATEGORIA “SEÇÃO DE ATIVIDADE”			
ATIVIDADES	Masculino	Feminino	TOTAL
Administração pública, defesa e seguridade social	26	17	43
Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	1.465	955	2.420
Água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	06	07	13
Alojamento e alimentação	16	35	51
Artes, cultura, esporte e recreação	05	05	10
Atividades administrativas e serviços complementares	19	22	41
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	04	00	04

Atividades mal especificadas	44	49	93
Atividades profissionais científicas e técnicas	05	16	21
Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas	135	40	175
Construção	71	03	74
Educação	11	160	171
Indústrias de transformação	23	45	68
Informação e comunicação	00	02	02
Outras atividades de serviços	09	26	35
Saúde humana e serviços sociais	13	31	44
Serviços domésticos	04	167	171
Transporte, armazenagem e correio	28	00	28
TOTAL			3.464

Fonte: IBGE, 2010.

Nos dados apresentados, percebe-se que quase 70% das pessoas entrevistadas (2.420) na seção de atividades exercidas, realizam serviços na agricultura, pecuária, produção florestal, etc. Observando tais dados, não podemos submetermos às ideias e fatos imediatistas considerando que esses indivíduos residem somente no campo.

De certa forma, podem ser considerados produtores rurais, mas não necessariamente residentes da zona rural do município. Assim como também não se pode afirmar que, profissionais da educação, por exemplo, trabalham e residem somente na zona urbana. Lembre-se de que existem escolas, postos de saúde, comércios, dentre tantos outros serviços, na zona rural, e que parte da população que vive em tal espaço também exerce atividades na zona urbana.

Não obstante, segundo dados do IBGE, em 2018, os trabalhadores formais³⁰ do município de Monsenhor Hipólito constituíam apenas 3,4% da população, ou seja, 262 pessoas, as quais exerciam atividades remuneradas com carteira de trabalho assinada, de um total de aproximadamente 7.706 habitantes, o que leva à observação da grande disparidade entre trabalho formal e informal no município.

³⁰ Trabalhadores formais: indivíduos que exercem trabalho remunerado com carteira profissional de trabalho assinada e direito aos benefícios trabalhistas.

Tais aspectos podem refletir diretamente na qualidade de vida dos cidadãos, pessoas que, em sua maioria, não possuem o mínimo de instrução, não têm emprego formal, vivem de “bicos”, ou trabalhando na agricultura local por “diária³¹”. Consequentemente, o salário fruto do trabalho mal daria para cobrir as despesas básicas de sobrevivência, tampouco um plano de saúde privado, por exemplo.

A produção da agricultura, na zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI, tem o caju como seu principal produto, maior fonte de renda da região. Além desse, outros tipos de produtos são produzidos: a abóbora, o feijão, o milho, a mandioca e a melancia – estes em pequena quantidade, pelo fato de darem frutos apenas no período de chuvas. Vejamos:

Quadro 7 – Censo Agropecuário: Agricultura

AGRICULTURA				
LAVOURA PERMANENTE			LAVOURA TEMPORÁRIA	
Caju	Castanha	354 toneladas/ano	Abóbora	Pouca quantidade
	Fruto	1.177 toneladas/ano	Feijão	686 toneladas/ano
			Mandioca	186 toneladas/ano
			Melancia	Pouca quantidade
			Milho	32 toneladas/ano

Fonte: IBGE, 2017.

Na criação de animais, o município possui galináceos, bovinos, ovinos e suínos em maior quantidade, os quais fazem parte da comercialização e da fonte de renda da região.

Quadro 8 – Censo Agropecuário: Pecuária

PECUÁRIA	
Asininos (jumentos, éguas, mulas, burros)	30 cabeças
Bovinos	5.529 cabeças
Ovinos	1.150 cabeças
Suínos	1.676 cabeças
Galináceos	24.000 cabeças
Equinos	543

³¹ Diárias: Nome popularmente dado, no contexto da região estudada, como à forma de trabalho que é realizada em apenas um dia (cada dia de trabalho, uma diária).

Caprinos	331
-----------------	-----

Fonte: IBGE, 2017.

Tais atividades (agricultura e pecuária) são realizadas em terrenos e roçados do espaço rural. O trabalho é realizado ao ar livre, comumente designado pela população como “trabalho debaixo do sol”, além de ser inteiramente braçal. Normalmente, as atividades são executadas das 05:30h da manhã até 15:00h, notadamente a produção e comercialização do caju e da castanha, totalizando uma carga horária de mais ou menos 10h diárias. A partir das 15:00h, após as atividades da produção do caju, seguem com o trabalho de criação de animais, normalmente até as 18:00h.

A jornada de trabalho torna-se extensa e pesada pelo fato de tais atividades serem executadas em condições extremamente difíceis – trabalho pesado e efetuado sem o mínimo de condições dignas – as quais, inclusive, interferem nas condições de saúde dos trabalhadores. Algumas das consequências da intensidade de tal trabalho são: problemas nos ossos (em especial na região da coluna), problemas de pele (pela exposição ao sol), cansaço físico, dentre outros.

As atividades no campo são realizadas diariamente, como qualquer outro trabalho. Diferenciam-se do trabalho formal não apenas pela ausência da assinatura da carteira de trabalho ou pela inexistência das condições dignas de trabalho, mas principalmente por não haver nenhum tipo de seguro ou qualquer relação com o sistema previdenciário, o que significa, por exemplo, desproteção em casos de adoecimento, não existindo formas de recorrer a nenhum tipo de benefício eventual/permanente.

2.2.1 Histórias da realidade do município narradas pela pesquisadora

No decorrer da realização dessa pesquisa, surgiram algumas limitações para fundamentar a realidade e a história do povo hipolitano na atualidade. Uma dessas limitações é ausência de documentos oficiais do município nos diversos meios de comunicação oficial (site da prefeitura, site da secretaria municipal de saúde etc.).

Todavia, esse subitem retratará a realidade dos hipolitanos da zona rural a partir da minha narrativa, nascida e criada em tal região, especificamente na transição dos povoados Aroeiras e Br 020 do município em questão. As informações que serão expostas são memórias particulares acerca da história de vida das pessoas que vivem na zona rural, cujo principal objetivo é ilustrar a realidade do município.

Durante a realização dessa pesquisa, não foi encontrado documentos oficiais do município, como leis municipais (lei orgânica, lei de delimitação territorial), plano municipal de saúde, etc., ou estudos já realizados que servissem para fundamentar a realidade social do povo hipolitano. Mas, como pesquisadora e hipolitana, trago minhas inquietações não apenas sobre as dificuldades vivenciadas no cotidiano dos cidadãos relacionadas ao contexto da saúde, mas também sobre os diversos aspectos de nossa sociabilidade: a educação, a moradia, a cultura, a assistência social, o trabalho, o abastecimento de água, a implementação de energia elétrica, entre outros.

A exposição das características de tais serviços pode parecer desnecessária, a exemplo dos serviços de abastecimento de água e de energia elétrica, pois se consideram elementos básicos para a sobrevivência. Entretanto, em pleno ano de 2021, muitas comunidades ainda não possuem tais serviços em suas casas.

O estado do Piauí dispõe de uma hidrografia um tanto diferente de outros estados brasileiros. Enquanto os demais estados possuem rios que jorram água na superfície, os piauienses (ou a maioria deles) sobrevivem da água coletada nos poços artesianos. Apesar de o Piauí ter água em abundância, esta localiza-se no subsolo, o que dificulta o acesso até mesmo aos elementos básicos para a sobrevivência humana. Mas e a água encanada? Tratada? Muitos não a possuem.

Tal realidade me diz respeito. Durante todos os anos que vivi na zona rural, nunca tivemos água encanada à disposição, tampouco torneira. E como conseguíamos água, algo primordial para sobrevivência humana? Quem possuía algum veículo com carroceria deslocava-se à comunidade mais próxima, entre 05 a 10 quilômetros, onde se localizava o poço artesiano, a fim de coletar água naquilo que chamamos de “tambores de água”. Normalmente, a capacidade de armazenamento era mais ou menos de 1000 litros de água, os quais ficavam numa caixa para durar, no mínimo, de 10 a 15 dias, quantidade que deveria ser suficiente para os afazeres domésticos (lavar louça, roupa, tomar banho), nossa ingestão e a dos animais de criação.

As dificuldades encontradas para se ter acesso aos elementos mais básicos da sobrevivência humana são explícitas. Muitos hipolitanos ainda vivem com tais dificuldades. No povoado Aroeiras, depois de mais de 30 anos de residência fixa naquela localidade, apenas entre 2014 e 2015 o Departamento Nacional de Obras Contra as Secas do Piauí (DENOCS-PI) realizou a construção de um poço artesiano com uma rede de distribuição de água na comunidade. Porém, nem todos os povoados da zona rural de Monsenhor Hipólito foram

contemplados com tais obras, levando a população a continuar dependendo de algum tipo de veículo para o transporte de água.

Sabemos que saneamento (distribuição de água potável, coleta de lixo e tratamento de esgoto) é um dos serviços de natureza básica, mas muito dificilmente é ofertado nas regiões de zona rural, a exemplo da coleta de lixo e tratamento de esgoto. Tal realidade leva-me a dizer que, em nossas comunidades o esgoto produzido nas atividades laborais de casa é a céu aberto. Até meados de 2015 não existia coleta de lixo. Atualmente, o fato de minha antiga residência estar localizada às margens de uma rodovia federal, a prefeitura já realiza a coleta de lixo, apenas uma vez na semana. Todavia, ousar dizer que comunidades localizadas em áreas mais remotas do município não têm acesso a serviços como esse.

A distribuição de energia elétrica nas margens da BR 020, onde meu povoado está localizado, ocorreu no início dos anos 2000, especificamente em 2002, serviço que, ao longo dos anos foi se estendendo para as comunidades mais distantes. No entanto, mesmo em pleno 2021, algumas comunidades da zona rural de Monsenhor Hipólito/PI ainda não possuem rede de distribuição de energia elétrica e outras estão em processo de implementação.

No que se refere à educação, o município possui diversas unidades de educação na zona rural. As unidades escolares mais próximas da minha comunidade são: a Unidade Escolar Municipal Antônio Hipólito de Sousa (Ensino Fundamental II), no povoado Aroeiras; a Unidade Escolar Municipal Ângelo de Maria Bezerra (Ensino Fundamental I e II, Educação de Jovens e Adultos) e a Unidade Escolar Municipal Dirceu Arcoverde (Educação Infantil e Ensino Fundamental I) localizadas nos povoados Serra Azul e Jacarandá, respectivamente.

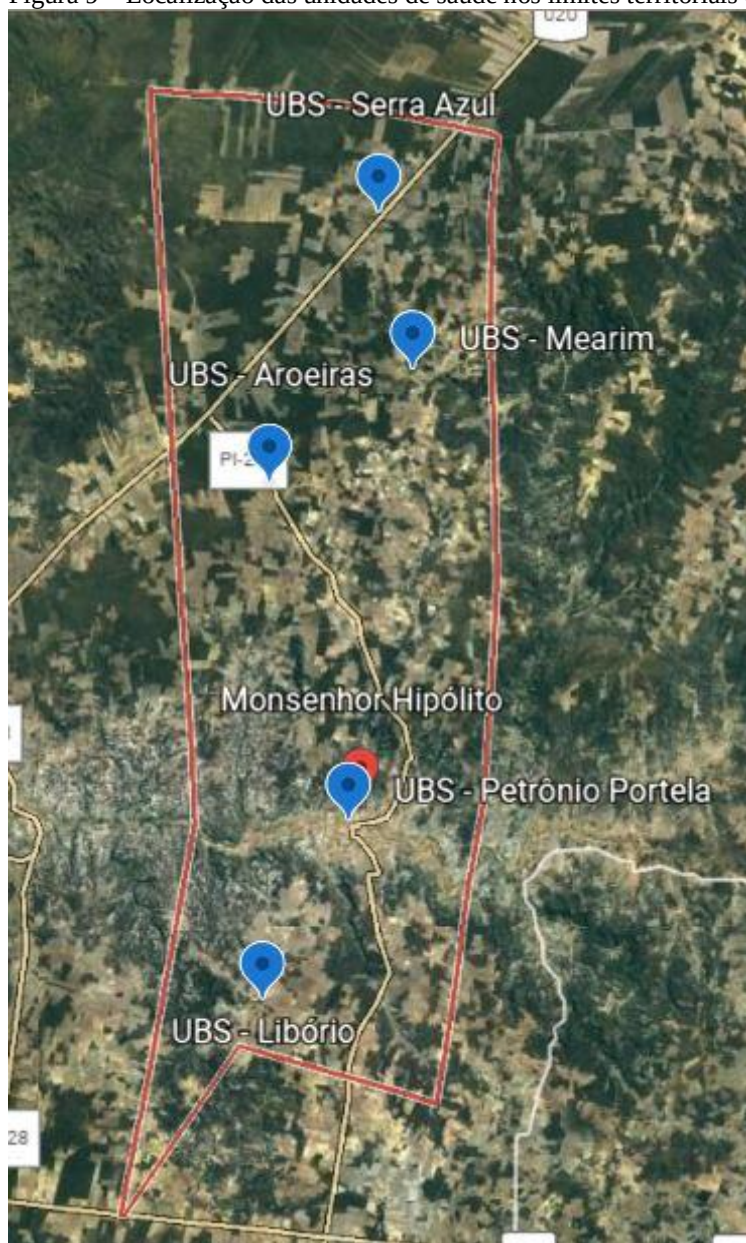
A prefeitura municipal disponibiliza transporte escolar para o deslocamento de crianças e adolescentes que residem na zona rural até as unidades escolares, sejam elas na zona rural ou na zona urbana, assim como disponibiliza transporte para professores que vivem na zona urbana e trabalham na zona rural e vice-versa.

No âmbito da saúde, atualmente existem quatro unidades básicas de saúde localizadas na zona rural conforme o mapa elaborado abaixo. Duas delas, a UBS Libório e a UBS Mearim, foram criadas e estabelecidas na gestão do prefeito Francisco Anísio de Sousa (Timá) entre os anos de 2013-2016. As outras duas unidades básicas são as que ficam mais próximas a comunidade Aroeiras: a Unidade Básica de Saúde do povoado Aroeiras, criada também na gestão do prefeito Timá e a Unidade Básica de Saúde do povoado BR 020/Serra Azul, criada nos anos de 1990 na gestão da família Bezerra. Parte da comunidade é atendida na UBS Aroeiras e outra parte na UBS Serra Azul, apesar de algumas pessoas preferirem, por uma

questão de mobilidade, atendimento na UBS Serra Azul, ainda que sua equipe e prontuário estejam localizados na UBS Aroeiras.

A figura 9, mostra como as unidades de saúde estão localizadas dentro do limite territorial do município. Podemos observar que, a UBS Aroeiras fica localizada às margens da Rodovia Estadual PI-229 que liga o município de Monsenhor Hipólito à BR 020 e a UBS Serra Azul às margens da Rodovia Federal Presidente Juscelino Kubitschek (BR 020) que liga Brasília (DF) à Fortaleza (CE), enquanto as Unidades de Saúde do Mearim e Libório estão localizadas no espaço rural mais distante dentro do território. Observamos também que a sede do município está localizada numa região mais ao sul em relação ao seu território e que a UBS Petrônio Portela está situada no centro da cidade.

Figura 9 – Localização das unidades de saúde nos limites territoriais do município de Monsenhor Hipólito



Fonte: Elaborado conforme dados do Google Maps e conhecimento da área pela pesquisadora

Antes das Unidades de Saúde do Libório, Aroeiras e Mearim serem implementadas, em todo o território existia apenas a UBS Serra Azul que fica localizada na região norte do município, e o Posto de Saúde Petrónio Portela localizado na sede do município. A Unidade de Saúde Serra Azul cobria os seguintes povoados: Serra Azul, Aroeiras, Aroeira de Dentro, Morrinhos, Jacarandá, Baixão do Santiago, Alto de Areia, Mearim I e II, Serra dos Linos, entre outros. Já o Posto de Saúde Petrónio Portela cobria, além dos bairros da zona urbana, os povoados Libório, Serrinha I e II, Quaresma, Serra da Mandioca, Serra da Porta (parte dentro do território do município por se tratar de um povoado limítrofe com o município de Campo Grande do Piauí), Favela, Morro Pelado, Gronhon, Caldeirãozinho (parte dentro do território

do município por se tratar de um povoado limítrofe com o município de Alagoinha do Piauí), Baixa Grande, Pendanga, Amarelo, entre outros.

Após a criação das Unidades de Saúde do Mearim, Libório e Aroeiras, a cobertura ficou da seguinte maneira: A UBS Serra Azul atualmente cobre, dentre os povoados citados, a Serra Azul, Jacarandá, Alto de Areia, Serra dos Linos e metade do povoado Aroeiras; A UBS Aroeiras cobre, o povoado Morrinhos, metade do povoado Aroeiras, Aroeira de Dentro e Baixão do Santiago; A UBS Mearim cobre os povoados Mearim I e II, Pendanga e Amarelo; A UBS do Libório abrange os povoados Libório, Quaresma, Serrinha I e II, Serra da Mandioca, Serra da Porta, Favela e Morro do Pelado. Já os povoados Gronhon, Caldeirãozinho e Baixa Grande são cobertos pelo Posto de Saúde Petrônio Portela que fica localizado no centro da cidade e pela UBS Lagoa Dantas que fica localizada no bairro Lagoa Dantas na zona urbana. Portanto, por estarem localizadas em povoados da zona rural, tais unidades abrangem um território significativo, visto que o espaço entre tantas residências é bem vasto.

No que se refere à cobertura do território, realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), toma-se o povoado Aroeiras, onde residi grande parte da vida, como exemplo. Nesse povoado, o (a) agente de saúde realizava uma visita ao mês. Nos dias atuais, o intervalo de visitas é a cada 60 dias ou mais pelo momento de pandemia a qual estamos vivenciando. Sobre as visitas domiciliares do (a) médico (a) do Programa de Saúde da Família (PSF), não as recebemos, mesmo residindo com dois idosos, um deles diabético e hipertenso.

Na época, existiam muitas dificuldades quanto ao acesso aos serviços básicos de saúde. A dificuldade aumenta em relação aos serviços especializados pelo fato de estarem localizados no município de referência (Picos), que fica a 70 km de Monsenhor Hipólito.

Oportunidades de trabalho formal são raras, pois a única instituição pública do município é a prefeitura, com suas diversas secretarias. O comércio é local. É uma cidade que, em 2018, contava com apenas 262 pessoas trabalhando com carteira assinada, de uma população de mais de 7.000 habitantes, segundo dados do IBGE (2018). Dos 7.391 habitantes, conforme o Censo 2010 do IBGE, 3.906 residiam na zona rural, dos quais, provavelmente, mais de 90% se mantinham da agricultura e da pecuária.

Muitos foram os percalços enfrentados por nós, cidadãos residentes na zona rural de um pequeno município no interior do estado do Piauí, há mais de 370 km da capital. Provavelmente, tais dificuldades ainda existam. Percebo, enquanto pesquisadora, o quanto a população rural, do município de Monsenhor Hipólito e de tantos outros, é negligenciada em diversos aspectos de sua sociabilidade: falta de médico, ausência de rede de saúde especializada, falta de

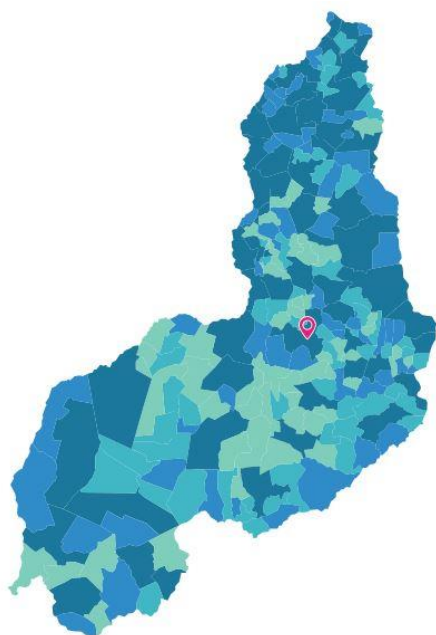
remédios, ausência de água encanada e tratada em muitos povoados, ausência de distribuição de energia elétrica para muitas famílias e inexistência de saneamento básico. A falta de tais condicionantes de saúde afeta diretamente o processo saúde-doença de tal população.

A política pública ofertada pela metade, ou até mesmo a inexistência de tal oferta, contradiz a disposição de direitos sociais em tantos dispositivos legais, a exemplo da Constituição Federal de 1988, da Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990), da Lei Orgânica da Assistência Social (8.742/1993) e tantas outras, o que sinaliza que a tendência à desassistência está presente na realidade social das comunidades rurais.

2.3 O processo de institucionalização da saúde pública no Piauí

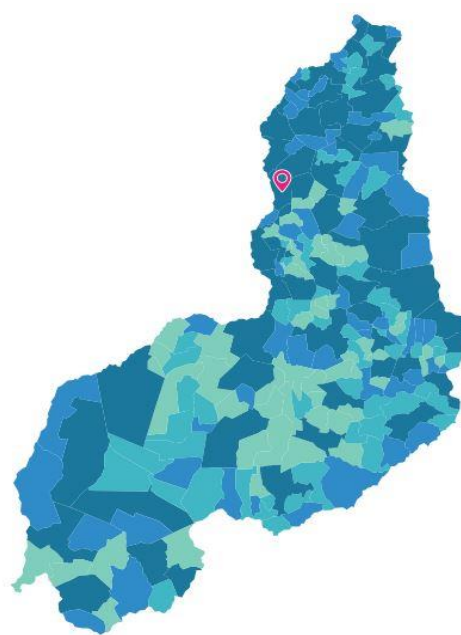
Entre meados de 1800, a província do Piauí era governada pelo Imperador Dom Pedro I e tinha como capital a cidade de Oeiras, localizada na sua região central. Posteriormente, a capital seria migrada para as margens do Rio Parnaíba na Vila Nova do Poti, atualmente a cidade de Teresina, capital do estado. A transferência se deu mediante tal justificativa: o Rio Parnaíba era o principal afluente da província que ligava o litoral às regiões mais inóspitas do continente, chegando a ser o principal meio de transporte para escoamento da produção local de borracha de maniçoba, babaçu e cera de carnaúba (ARAÚJO, 2018).

Figura 10 – Localização do município de Oeiras/PI



Fonte: IBGE, 2021

Figura 11 – Localização do município de Teresina/PI



Fonte: IBGE, 2021

Além de tal justificativa para desenvolver-se economicamente, a província pretendia sair de tal isolamento frente às outras províncias, na tentativa de “superar as dificuldades de acesso e transporte de cargas e a superação da crise econômica que vinha desde fins do século XVIII, provocada pela decadência da pecuária” (ARAÚJO, 2018, p. 32).

O processo de institucionalização da saúde pública no Piauí ocorreu em meados do século XX, especialmente entre os anos de 1910 e 1930, após a divulgação de relatórios produzidos por cientistas do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), que na época realizaram expedições para o vasto interior brasileiro na tentativa de desvendá-lo e constatar as doenças que tanto o assolavam. Esses relatórios, em especial o relatório produzido por Arthur Neiva e Belisário Penna, contribuíram de maneira significativa para colocar em discussão a nível estadual a criação das primeiras repartições no âmbito da saúde pública até então inexistente no estado (ARAÚJO, 2018).

À medida que contribuiu para a denúncia da precariedade sanitária existente em diversas regiões do país, o movimento alçou o tema saúde ao topo da agenda nacional, tornando-o recorrente em discursos que reclamavam a *ausência do poder público* e que denunciavam a disseminação de doenças pelo território (ARAÚJO, 2018, p. 24, grifo nosso).

Caracterizado como um território sertanejo, onde sua colonização ocorrera de “dentro para fora”, do sertão ao litoral, tem como principais características o abandono do poder público, o atraso e a assolação de doenças que marcam o período de transição entre os anos finais da Império (1822-1889) e os iniciais da República Velha (1889-1930).

Figura 12 – Belisário Penna (médico da expedição) atendendo a população rural em Lages no município de São Raimundo Nonato no sul do estado do Piauí



Fonte: ARAÚJO, 2018.

Este era o cenário: a população sertaneja só possuía algum tipo de assistência médica de caráter emergencial. Jogados a própria sorte e em situação de miséria, dependiam exclusivamente dos ensinamentos dos seus antepassados na “cura” de doenças por meio de remédios caseiros feitos com plantas nativas. Até o presente momento os únicos equipamentos que prestavam assistência sanitária eram as Santas Casas de Misericórdia em Teresina e Parnaíba, e o hospital de Floriano, ambos de caráter filantrópico. Assim, conforme Araújo (2018, p. 47), “esta ausência/carência de ações de saúde na primeira década do século XX é geralmente justificada, ou apelando-se ao fator ambiental, favorável/desfavorável, e/ou ao fator econômico”.

Em meados do século XX, após as expedições dos cientistas do Instituto Oswaldo Cruz, a saúde entrou em pauta tanto nas discussões sanitaristas quanto nas discussões políticas, mediante a “criação de órgãos institucionais que se incumbissem de tratar acerca das questões de higiene e salubridade, tanto no âmbito da esfera federal quanto das esferas estaduais” (ARAÚJO, 2018, p. 35-36).

Tais discussões chegaram ao Piauí no ano de 1897 por meio do governador Raimundo Arthur de Vasconcelos (1896-1900) preocupado com a questão sanitária no estado. Como consequência desses debates, foi criado no ano de 1898 a Diretoria de Saúde Pública do Estado, primeiro órgão público de saúde. Porém este encontrou-se dificuldades de realizar as ações a que lhe foi proposto por falta de financiamento e de profissionais capacitados para tais serviços,

o que não contribuiu efetivamente para sanar as doenças que assolavam a população que residia no interior do estado.

Há passos lentos, a institucionalização da saúde pública no Estado do Piauí ganhou maior expressividade a partir da década de 1910 onde “Antônio Freire, Miguel de Paiva Rosa e Eurípedes Clementino de Aguiar, governadores entre 1910 e 1920” se posicionaram de forma inadiável a favor da “implementação do serviço sanitário, a fim de que no estado, não se continuasse a depender tão somente da natureza e de suas condições favoráveis para a manutenção de um estado sanitário dito satisfatório” (ARAÚJO, 2018, p. 29).

Segundo as palavras do governador Antônio Freire (1910-1912), a repartição de saúde pública de saúde, após 10 anos de sua criação, era evidentemente ineficiente, pois o “atendimento médico à população era bastante reduzido na capital, ao passo que nos municípios a situação era ainda pior, dada ‘à mingua de recursos’ que iam para os municípios, aonde era quase desconhecido o médico” (ARAÚJO, 2018, p. 38).

Constata-se que os quadros da saúde pública no Piauí permanecem inalterados até meados da década de 1920, quando então começam a surgir no estado algumas medidas mais efetivas no campo da saúde pública. Em termos de estrutura sanitária, até este período, o estado contava com a Diretoria de Saúde, as Santas Casas de Misericórdia (Teresina e Parnaíba), o Asilo de Alienados e o hospital de Floriano. (ARAÚJO, 2018, p. 39-40).

Cabe ressaltar que, entre os anos de 1890 a 1920, a população cresceu gradativamente em decorrência do surgimento de cidades ribeirinhas com o desenvolvimento da navegação pelo Rio Parnaíba, por este ser o principal meio de transporte e escoamento da economia piauiense. Segundo Araújo (2018, p. 43-44), a “população do Piauí em 1890, 1900 e 1920 era de, 267.609, 334.328 e 609.003 mil habitantes, respectivamente”.

Dadas as circunstâncias, a saúde pública entrou novamente em pauta nas discussões políticas do estado por intermédio do governador Antônio Freire; a crescente população triplicou no decorrer de três décadas, houve a necessidade de uma estrutura sanitária que agisse rapidamente não apenas na região urbana, mas em toda a extensão do território piauiense que em sua maioria pertencia a zona rural assolada por endemias e pelo abandono público, entretanto “transformações se darão posteriormente, com a instalação do primeiro posto sanitário e a partir das parcerias com Governo Federal para a instalação e execução de serviços de saneamento rural” (ARAÚJO, 2018, p. 39-40).

Essas mudanças ocorreram a partir da década de 1920 com o surgimento de parcerias entre o governo estadual e a União que tinham por objetivo criar postos sanitários para

atendimento da população no espaço urbano e principalmente no espaço rural onde as endemias e epidemias se manifestam mais naquela época. Além desses convênios, o Posto Sanitário de Teresina foi o primeiro a ser instalado em âmbito estadual e marcou o início das ações e serviços sanitários no estado do Piauí, sendo estabelecido pela lei nº 983 de 24 de julho de 1920 (ARAÚJO, 2018).

No entanto, diversas dificuldades contribuíram para uma efetivação lenta de tais ações e serviços de saúde no interior do estado do Piauí, a exemplo do descaso e descuido por parte dos municípios com relação aos seus deveres para com o saneamento e a saúde pública. Segundo Araújo (2018, p. 72-73), o então governador João Luiz Ferreira colocou essa questão em pauta no ano de 1921. Vejamos:

Segundo o governador, as “paixões pela politicagem” seriam o principal entrave ao desenvolvimento de ações em saúde a cargo dos municípios. Apreende-se da sua fala que as configurações políticas no estado influenciavam a nível estadual e municipal na tomada de decisões e na efetivação de serviços voltados para a população. Os representantes políticos consolidavam seu poder “fazendo da administração uma arma contra os adversários e um ninho protetor dos seus adeptos”, ao passo que, apenas em alguns municípios uma parte mínima das rendas era destinada à “instrução e saúde dos munícipes” (ARAÚJO, 2018, p. 72-73).

Este é um fato incontestável que ainda hoje, tais atitudes se perduram aliadas a uma política de coronelismo³², principalmente pelos municípios do interior do estado do Piauí. As políticas sociais são vistas como meio de barganha política, algo que com base na Constituição Federal de 1988 é direito universal de todo cidadão, é tratada, abordada e efetivada com base nos interesses, não da coletividade, mas apenas de alguns indivíduos selecionados. Utilizam o acesso da população a saúde pública como forma de ganhar cargos na administração pública por meio das eleições, ou seja: um cidadão no momento necessita de um serviço especializado de saúde e não tem como pagá-lo; tenta acessá-lo pelo sistema de saúde público da sua pequena cidade, mas determinado gestor diz que só pode “ajudar” se na próxima eleição municipal o cidadão votar no seu candidato à prefeitura. Essa é a realidade. As políticas sociais, aqui em especial a política de saúde é vista como poder de barganha e não como um direito social de qualquer cidadão. É uma realidade dura e que se perdura por um século desde a criação das primeiras ações e serviços de saúde no Piauí.

³² Refere-se às “incorporações de novos valores culturais e políticos após a ‘era Vargas’, em especial nos interiores dos Estados, onde as famílias dos senhores de engenhos ou dos fazendeiros passaram a formar um novo tipo de ‘elite burguesa’, em que os chefes destas famílias, normalmente possuidores de grandes fazendas de gado, em especial no Piauí, eram patenteados de ‘coronéis’ e assim passaram a ostentar a mais importante ‘patente de poder’ das regiões de suas abrangências, mesmo no comando político e administrativo da coisa pública, inclusive na área da saúde” (RODRIGUES, 2004, p. 107).

Transformações ainda se seguiram pela década de 1920, a exemplo da criação do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural em 1924, também a partir do convênio com o Governo Federal (ARAÚJO, 2018). Tinha por objetivo levar os serviços e ações de saneamento rural para o interior do estado, proporcionando

a instalação de uma estrutura sanitária nas principais cidades do estado, de onde se poderia alcançar maior número de habitantes, nestas e nas zonas próximas a elas. Por seu intermédio, ações mais concretas no campo da saúde puderam ser realizadas para além do espaço da capital (ARAÚJO, 2018, p. 94-95).

A atual Secretaria de Saúde Pública do Estado do Piauí (SESAPI), antiga SES/PI, foi criada no ano de 1962 como o principal órgão de administração pública estadual no âmbito da saúde, tendo como principal objetivo coordenar e executar as ações de saúde pública no estado. Sua origem foi: “a) disponibilidade de financiamento proveniente da SUDENE, b) necessidade de fortalecimento de um grupo político local, formulador do projeto de institucionalização e c) necessidades organizacionais do setor diante do aumento da demanda por serviços” (AMORIM, 2004, p. 117).

Atualmente a SESAPI possui a seguinte estrutura: Órgãos Colegiados (Conselho Estadual de Saúde – CES/PI; Comissão Intergestores Bipartite – CIB/PI), Administração Direta, Superintendência de Assistência à Saúde (SUPAS), Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SUPAT) e Superintendência de Gestão da Administração (SUGAD) (SESAPI, 2021, s/p).

2.3.1 As regionais de saúde do Estado do Piauí

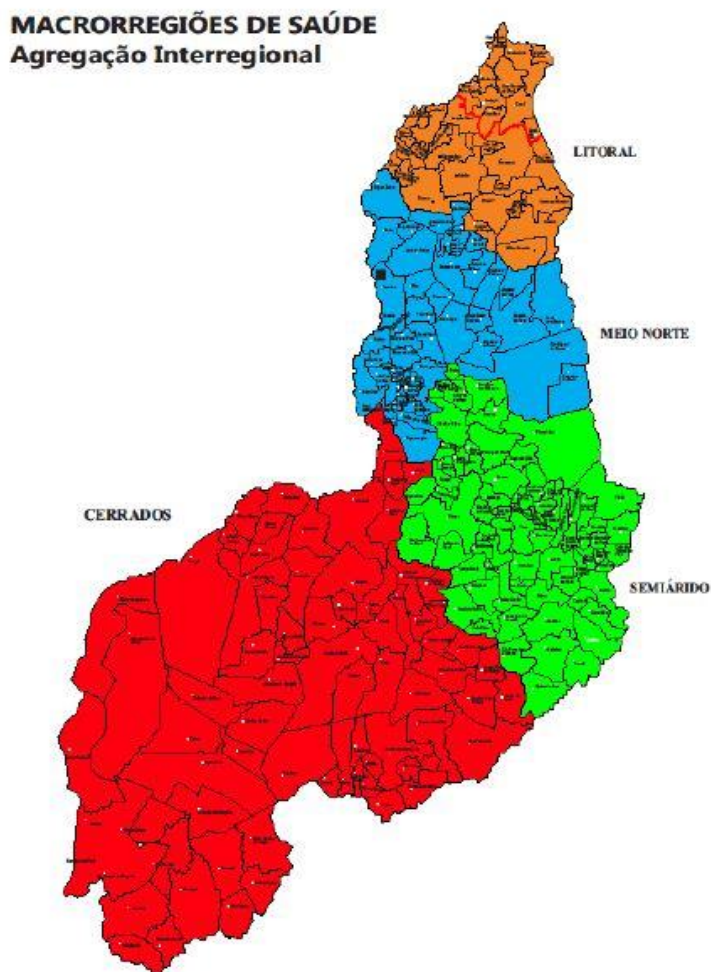
Conforme a Lei Complementar nº 87 de 22 de agosto de 2007, que estabelece o Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável do Estado do Piauí, institui-se no estado 4 macrorregiões e 11 territórios de desenvolvimento (SESAPI, 2019). No âmbito da saúde, com base no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde, o Plano Diretor de Regionalização, em relação às questões sobre Saúde, foi retificado no ano de 2009, relacionando as suas macrorregiões e suas regionais com base na divisão do Planejamento Participativo Territorial para o Desenvolvimento Sustentável, formado por 11 regionais de saúde e 04 macrorregiões. Segundo o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde

Essa divisão territorial visa um melhor planejamento e desenvolvimento de forma regionalizada, estimulando a participação das comunidades na implementação e

fiscalização das políticas públicas, buscando que os municípios se reconhecessem como integrantes das onze regiões (SESAPI, 2019, p. 16-17).

As macrorregiões de saúde compreendem: 1- Litoral; 2- Meio-Norte; 3- Semiárido e 4- Cerrados. Vejamos:

Figura 13 – Macrorregiões de Saúde do Piauí



Fonte: SESAPI, 2016.

As macrorregiões são subdivididas em 11 regionais de saúde: 1- Chapada das Mangabeiras; 2- Serra da Capivara; 3- Tabuleiros do Alto Parnaíba; 4- Tabuleiros dos Rios Piauí e Itaueiras; 5- Vale do Guaribas; 6- Vale do Canindé; 7- Vale do Sambito; 8- Carnaubais; 9- Entre Rios; 10- Cocais e 11- Planície Litorânea.

Figura 14 – Regionais de Saúde do Piauí



Fonte: SESAPI, 2016.

Estando assim divididas, as regionais compreendem os 224 municípios piauienses. Vejamos:

Quadro 9 – Regionais de Saúde do Piauí

REGIONAIS	COORDENAÇÃO	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
Chapada das Mangabeiras	Bom Jesus	23	183.060
Serra da Capivara	São Raimundo Nonato	18	139.039
Tabuleiros do Alto Parnaíba	Uruçuí	05	43.046
Tabuleiros dos Rios Piauí e Itaueiras	Floriano	28	202.660
Vale do Rio Guaribas	Picos	42	352.342
Vale do Canindé	Oeiras	14	102.779
Vale do Sambito	Valença do Piauí	14	107.896

Carnaubais	Campo Maior	16	168.232
Entre Rios	Teresina	31	1.125.075
Cocais	Piripiri	22	364.705
Planície Litorânea	Parnaíba	11	256.398

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Plano Estadual de Saúde (2016), produzido pela Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) e pelos dados oficiais do Portal da Saúde do Governo do Estado do Piauí³³ (2020).

O quadro 9 expõe o quantitativo de municípios que fazem parte do território de cada regional de saúde, além do total das suas respectivas populações até o ano de produção do documento. Como observado, a Regional Entre Rios é a que abrange maior quantidade de usuários pelo fato de acolher a capital do estado. Porém, se comparar as regionais pela quantidade de municípios que as compõem, a Regional Entre Rios fica em 2º lugar, totalizando 31 municípios, atrás somente, da Regional do Vale do Guaribas.

A Regional Vale do Guaribas é o território em saúde que compõe a maior quantidade de municípios, com um total de 42, localizando-se na Macrorregião de Saúde do Semiárido. Sua sede de coordenação fica localizada na cidade de Picos/PI, terceira maior cidade do estado em termos populacionais, com estimativa de 78.431 habitantes (IBGE, 2020). Vejamos:

Quadro 10 – Regional Vale do Guaribas

Nº ORD.	TERRITÓRIO VALE DO GUARIBAS/ COORDENAÇÃO REGIONAL DE PICOS	POPULAÇÃO
01	Acauã	6.300
02	Alagoinha do Piauí	7.447
03	Alegrete do Piauí	4.482
04	Aroeiras do Itaim	2.654
05	Belém do Piauí	2.788
06	Betânia do Piauí	9.312
07	Bocaina	4.039
08	Caldeirão Grande do Piauí	5.622
09	Campo Grande do Piauí	5.645
10	Caridade do Piauí	4.583
11	Curral Novo do Piauí	4.898
12	Dom Expedito Lopes	6.532
13	Francisco Macêdo	2.255
14	Francisco Santos	8.293

³³ Para mais informações, acesse: <http://www.saude.pi.gov.br/paginas/regionais-de-saude>.

15	Fronteiras	11.054
16	Geminiano	5.255
17	Ipiranga do Piauí	9.354
18	Itainópolis	11.084
19	Jacobina do Piauí	5.597
20	Jaicós	16.826
21	Marcolândia	7.154
22	Massapê do Piauí	6.428
23	Monsenhor Hipólito	7.163
24	Padre Marcos	7.340
25	Paquetá	4.531
26	Patos do Piauí	6.171
27	Paulistana	16.930
28	Picos	70.450
29	Pio IX	17.123
30	Queimada Nova	9.146
31	Santa Cruz do Piauí	5.790
32	Santana do Piauí	4.841
33	Santo Antônio de Lisboa	5.729
34	São João da Canabrava	4.364
35	São José do Piauí	6.808
36	São Julião	5.908
37	São Luís do Piauí	2.596
38	Simões	13.734
39	Sussuapara	5.537
40	Vera Mendes	3.097
41	Vila Nova do Piauí	3.030
42	Wall Ferraz	4.452
TOTAL		352.342

Fonte: Portal da Saúde do Governo do Estado do Piauí³⁴ (s/d.; s/p).

A cidade de Picos/PI é a que possui maior estrutura em logística de saúde. O município atende a população de todas as outras 41 cidades da Região do Vale do Guaribas, especialmente nas redes especializadas e de urgência e emergência. No que se refere à Rede de Atenção

³⁴ Para mais informações, acesse: <http://www.saude.pi.gov.br/paginas/regionais-de-saude>.

Primária/Básica, é o município que coordena a Regional de Saúde do Vale do Guaribas, da qual pertence o município de Monsenhor Hipólito.

Com base no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, em seu artigo 2º, uma Região de Saúde é um

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2013, p. 05).

Portanto, as ações e serviços de saúde de uma Região de Saúde devem antes de ofertarem seus respectivos serviços, considerar as identidades culturais, econômicas e sociais de sua população. Com relação ao objeto de pesquisa em questão e seu universo, as ações e serviços de saúde a serem ofertadas no município de Monsenhor Hipólito, devem levar em consideração a realidade social, econômica e cultural de seu povo.

Há que se observar o fato de que, majoritariamente, Monsenhor Hipólito é um município pequeno, onde mais da metade de sua população reside na zona rural, vive de uma economia de subsistência, sem nenhum tipo de assistência/proteção do sistema previdenciário em casos de doenças, possuindo apenas a rede de atenção primária/básica para oferecer respostas às necessidades de saúde de seus cidadãos.

É preciso destacar que, em 2018, apenas 262 pessoas exerciam atividades remuneradas com carteira de trabalho assinada, ou seja, somente 3,4% da população hipolitana (IBGE, 2018). Os mais de 7.000 habitantes restantes trabalhavam de maneira informal.

Vivemos numa sociedade onde as pessoas só têm acesso de forma rápida e fácil a serviços de qualidade quando se paga por isso. Quem não tem como pagar depende exclusivamente do SUS. Desse modo, se tais ações e serviços em saúde não são pensados conforme as condições sociais, econômicas e culturais de nossa sociedade, a população terá grandes dificuldades para auferir acesso gratuito, universal, igualitário e integral, conforme proposto pelo Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO III – OS CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O ACESSO A POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE MONSENHOR HIPÓLITO/PI

3.1 Os condicionantes do processo saúde-doença e o acesso a política de atenção primária

Sabe-se que as políticas sociais, aqui em especial da área da saúde, surgiram no contexto da urbanização/industrialização nos marcos do capitalismo monopolista, principalmente em razão da mobilização do proletariado na tentativa de conseguir melhores condições de vida e de saúde. Assim, podemos afirmar que o processo de implementação e institucionalização do setor da saúde advém de um determinado tempo histórico que estabelece uma necessidade de cuidado para com um determinado público através de fatores que determinam o processo saúde-doença, fatores esses que vão desde a dimensão biológica, perpassando por seu estilo de vida, pelo ambiente o qual estão inseridos (condições sociais, econômicas e ambientais), até os serviços de saúde que são disponibilizados a essa população.

Assim, conforme Carvalho e Buss (2012, p. 128), partindo como referência o sistema de saúde do Canadá de 1970,

pode-se dizer que as condições de saúde dependem de quatro conjuntos de fatores: a) o patrimônio biológico; b) as condições sociais, econômicas e ambientais nas quais o homem é criado e vive; c) o estilo de vida adotado; d) os resultados das intervenções médico-sanitárias (CARVALHO; BUSS, 2012, p. 128).

É necessário entendermos que

o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos e genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado para a saúde e qualidade de vida (CARVALHO; BUSS, 2012, p. 129).

Com base em tais considerações, e trazendo para o objeto e sujeitos desta pesquisa, podemos afirmar que as condições de saúde da população em questão é determinada além do campo biológico (aspectos físicos e mentais), pelo ambiente (condições sociais, econômicas e ambientais) a qual estão inseridos, como por exemplo, por ter um acesso mínimo a alimentação, por ser uma população que conforme o IBGE (2010), na amostra trabalho, 4.791 pessoas economicamente ativas e inativas são analfabetas e possuem apenas o ensino fundamental incompleto, ou seja, tiveram um acesso parcial à educação. Por ter 97,6% da população

exercendo atividades informais, constando apenas 3,4% da população (262 de 7.706 pessoas) exercendo atividades formais (IBGE, 2018), por ser uma população rural que notadamente não possui acesso ao abastecimento de água e saneamento básico, por não ter coleta de lixo e precisar queimá-lo, enfim, por inúmeros fatores que determinam vantagens e desvantagens que direcionam tal população a um estado de precarização da saúde.

Todos esses aspectos biológicos, sociais, culturais e econômicos devem ser observados para a partir disso construir e desenvolver uma política de saúde com base no perfil sanitário desta população visando uma melhor qualidade de vida numa perspectiva de proteção, promoção e prevenção à saúde, além de estabelecer condições que assegurem um acesso equitativo, igualitário e universal.

A lei 8080/1990, principal legislação que versa sobre os princípios, diretrizes e funcionamento do Sistema Único de Saúde brasileiro, versa sobre “as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde” garantidas pelo Estado, assim como a criação de condições que assegurem um acesso universal, equitativo e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Portanto, para entendermos o processo de promoção, proteção e prevenção à saúde dentro da política de atenção primária no município de Monsenhor Hipólito, iremos abordar brevemente o conceito de cada perspectiva, assim como a concepção de acesso equitativo, igualitário e universal, principal objeto desta pesquisa.

A proteção à saúde se dá quando é “incorporada como direito de cidadania, estabelece o direito à saúde como direito fundamental e uma das maneiras de cumprir o dever do Estado, é a formulação e implementação de políticas voltadas à redução do risco e à proteção da saúde” (SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017, s/p). Já a promoção a saúde considera como “foco de ação sanitária os determinantes gerais sobre a saúde”, portanto,

saúde é assim entendida como produto de um amplo espectro de fatores relacionados à qualidade de vida, como padrões adequados de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, educação, ambiente físico limpo, ambiente social de apoio a famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados em saúde (CARVALHO; BUSS, 2012, p. 131).

A prevenção à saúde é “todo ato que tem impacto na redução de mortalidade e morbidade das pessoas” (BRASIL, 2013, p. 11), portanto são ações voltadas para evitar o surgimento de doenças em determinada população e/ou reduzir os impactos causados por essas.

No âmbito da saúde, o acesso é visto como o “fator que intermedia a relação entre a procura e a entrada no serviço”. Portanto, “refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprime a capacidade

da oferta de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 185-186).

Partindo da concepção de que existem inúmeras desigualdades no acesso, ou seja, na procura e entrada efetiva aos serviços de saúde, como também na utilização dos serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde foi pensado e elaborado a partir do princípio da equidade no acesso aos seus serviços de saúde. Mas o que seria esse princípio da equidade no SUS? Com base no UMA-SUS (2015, s/p), o princípio da equidade,

Se evidencia no atendimento aos indivíduos de acordo com as suas necessidades, oferecendo mais a quem precisa mais e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se reconhecer as diferenças nas condições de vida e de saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenças sociais e deve atender a diversidade (UMA-SUS, 2015, s/p).

Existem uma gama de grupos sociais que frequentam diariamente os serviços de saúde, porém, o acesso e a utilização de tais serviços ocorrem de maneira diferenciada conforme a posição social do indivíduo (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Por exemplo, um adulto que viveu sua infância com insegurança alimentar na zona rural de um município do interior nordestino, sem renda fixa, pouca escolaridade, e sem cobertura de plano privado de saúde tem mais tendência a procurar os serviços de saúde do que um adulto de classe média alta que vive na zona urbana, com uma vida social e econômica bem estruturada, e com cobertura de plano de saúde. Porém, os indivíduos que mais necessitam acessar os serviços de saúde, ou seja, os que são menos privilegiados, são os que tem a menor probabilidade de utilizá-los, porque além da diferença clara na posição social de cada indivíduo na sociedade, ainda existem desigualdades advindas do próprio sistema de saúde. Portanto, com base em Travassos e Castro (2012, p. 184), concordamos que

Os grupos socialmente menos privilegiados apresentam maior risco de adoecer e de morrer do que os grupos socialmente mais privilegiados. As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existente na sociedade. Já as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 184).

Trazendo para a realidade da população rural hipolitana, além de ser caracterizada como uma população que vive em grande parte da economia de subsistência, existe pouca disponibilidade dos serviços primários à saúde, ou seja, não em tempo integral e nem todos os

dias da semana. Além disso, veremos que existe uma distância significativa entre as residências e as unidades de saúde e tantos outros fatores que se caracterizam como barreiras que dificultam o acesso da população aos serviços de saúde e que se apresentam nesta pesquisa.

O que foi percebido foi que existe uma estrutura física, um equipamento de saúde, com horários e serviços de atenção primária definidos e disponíveis àquela determinada população, porém isso não quer dizer que realmente exista um acesso efetivo a esses serviços por parte dos indivíduos, isso porque existem barreiras que impedem e/ou dificultam a atualização dos serviços de saúde. São elas: “barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, culturais, entre outras” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 186).

Conforme Travassos e Castro (2012, p. 186-187-188), as barreiras são assim definidas: As barreiras geográficas dizem respeito a “resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde”, o que logicamente “quanto maior a distância, menor a utilização de serviços de saúde”. As barreiras financeiras aparecem quando os indivíduos necessitam de um tipo de serviço que não está disponível na rede pública de saúde e o qual o paciente não pode pagar, portanto, “as pessoas mais pobres utilizam menos serviços em resposta a barreiras financeiras do que as pessoas mais ricas, em particular, no caso de consultas ambulatoriais”. As barreiras organizacionais “expressam as características da organização dos serviços e do tipo e da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis”, como por exemplo, a “conveniência do horário de funcionamento dos serviços, tempo de espera para ser atendido, tipo de profissional disponível (especialidade, idade e gênero), existência de medidas de acolhimento e de política de humanização e qualidade técnica do cuidado”. E por fim, as barreiras de informação. A “informação em saúde deve ser adequada a cultura e ao nível educacional de cada grupo populacional”, portanto, a divulgação de informações em saúde deve considerar as características culturais e educacionais de cada população, pois isso pode gerar desigualdade na percepção dos sujeitos sobre a disponibilidade dos serviços de saúde, como consequentemente, no acesso aos serviços de saúde.

3.2 Análise empírica do acesso da população rural hipolitana aos serviços de atenção primária

No decorrer dessa investigação, procurou-se contextualizar a organização da política de saúde no Brasil, no estado do Piauí e no município de Monsenhor Hipólito com base em documentos oficiais. O caminho que foi percorrido até aqui, iniciou-se pela definição da categoria “política social”, criada para dar respostas aos desdobramentos que se seguiram com

a mudança do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, perpassando pela criação do Estado (instituição que viabiliza a política social), a instituição da Política de Saúde como uma política social, a organização da Política de Atenção Primária a nível mundial e nacional, como a Política de Saúde está organizada no estado do Piauí, a contextualização da realidade social do município de Monsenhor Hipólito/PI, dos impactos causados no processo saúde-doença pelos condicionantes de saúde, e por fim o acesso desses pacientes ao sistema de saúde brasileiro.

Nesse ínterim, ao dar início a coleta de dados foi identificado que na realidade concreta estão instituídas apenas 4 unidades de saúde na zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI, o que contradiz totalmente aos dados apresentados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Foi constatado, que a UBS Goulart foi desativada há alguns anos pela gestão municipal, restando apenas as Unidades de Saúde Aroeiras, Serra Azul, Mearim e Libório ofertando serviços de atenção primária na zona rural hipolitana.

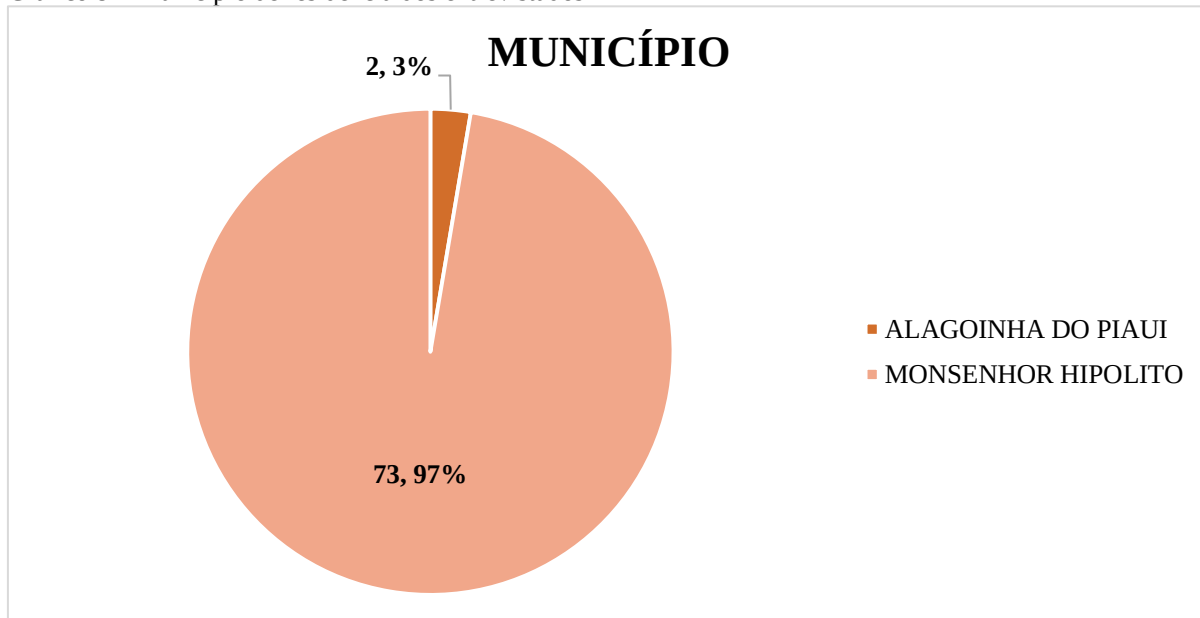
Como a pesquisa foi pensada levando em consideração as 5 unidades de saúde até então existentes no CNES, sendo dividido 15 questionários entre as 5 UBS's totalizando 75 questionários, e percebendo que na realidade concreta só existem apenas 4 unidades de saúde na zona rural, teve-se que reorganizar a distribuição de questionários a serem aplicados nas unidades existentes durante as etapas de coleta de dados. Portanto, ficaram assim definidos: 19 questionários que foram aplicados nas Unidades de Saúde Aroeiras, Serra Azul e Mearim, respectivamente, e 18 questionários que foram aplicados na UBS Libório, totalizando os 75 questionários respondidos nas duas etapas de coleta de dados.

A partir da descrição acima pode-se analisar os dados coletados que fazem jus a realidade social apresentada à saúde no município partindo da ideia de que foi trabalhado com quatro unidades de saúde distribuídas na zona rural do município de Monsenhor Hipólito, sendo que a população que reside em tal espaço está localizada em diversos povoados atendidos por tais unidades.

Mas antes de explicitar tal dado, no processo de coleta de dados observou-se um fato interessante ao ser abordado neste trabalho: como foi trabalhado com UBS's geridas pelo município de Monsenhor Hipólito/PI, automaticamente os questionários seriam aplicados à população que reside nos limites territoriais do referido município e que são atendidos em tais espaços. Porém, como foi observado no gráfico 8, das 75 pessoas questionadas, 2 (3%) residem no território do município de Alagoinha do Piauí e são atendidos numa UBS da zona rural de Monsenhor Hipólito por residirem numa área limítrofe entre os dois municípios, assim sendo

lotados na UBS da zona rural de Monsenhor Hipólito pela proximidade da sua residência com a unidade de saúde em questão.

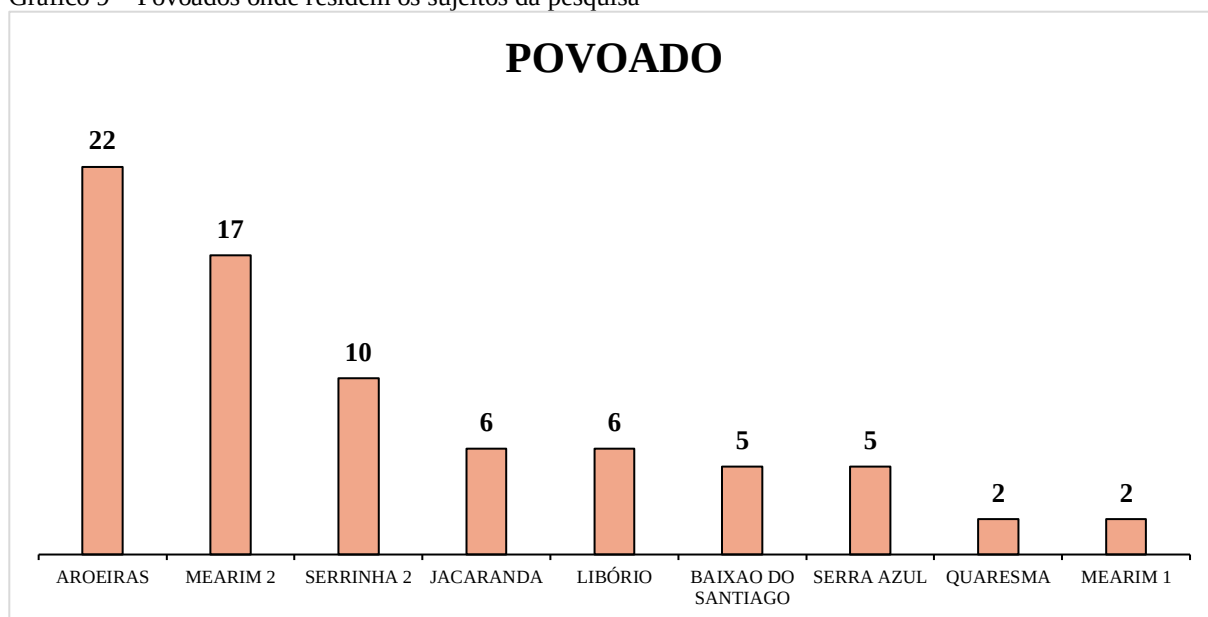
Gráfico 8 – Município de residência dos entrevistados



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Apesar disso, tal pesquisa foi realizada nas unidades de saúde da zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI, as quais atendem também pessoas de diferentes povoados ao seu redor, e não apenas a população do povoado em que as unidades de saúde ficam localizadas. Vejamos:

Gráfico 9 – Povoados onde residem os sujeitos da pesquisa

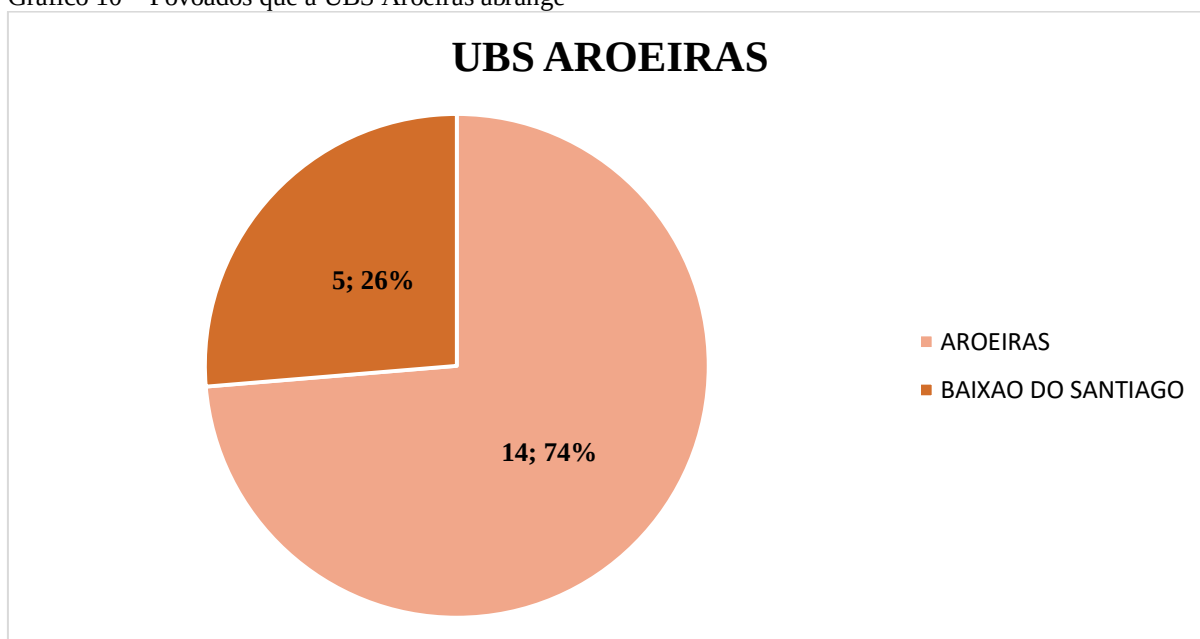


Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Podemos observar no gráfico 9 que os sujeitos da pesquisa residem em 9 povoados espalhados pela zona rural do município, sendo 22 deles residindo no Povoado Aroeiras, 5 no Povoado Baixão do Santiago, 6 no povoado Jacarandá, 6 no Povoado Libório, 2 no Povoado Mearim I, 17 no Povoado Mearim II, 2 no Povoado Quaresma, 5 no Povoado Serra Azul, e 10 no Povoado Serrinha II. Porém, não se pode presumir que tais unidades de saúde abrangem apenas esses povoados, já que a zona rural do município de Monsenhor Hipólito possui diversos outros povoados além dos já citados acima, e que estes aparecem com maior evidência pela identificação do local em que residem os sujeitos que fizeram parte da pesquisa.

Partindo para a identificação dos povoados por cada unidade de saúde, levando em consideração onde residem os sujeitos que fizeram parte da pesquisa, temos: a UBS Aroeiras atende grande parte do Povoado Aroeiras com 74% (14 dos 19 questionários aplicados na UBS) e o Povoado Baixão do Santiago com 26% (05 dos 19 questionários aplicados na UBS), conforme o gráfico 10.

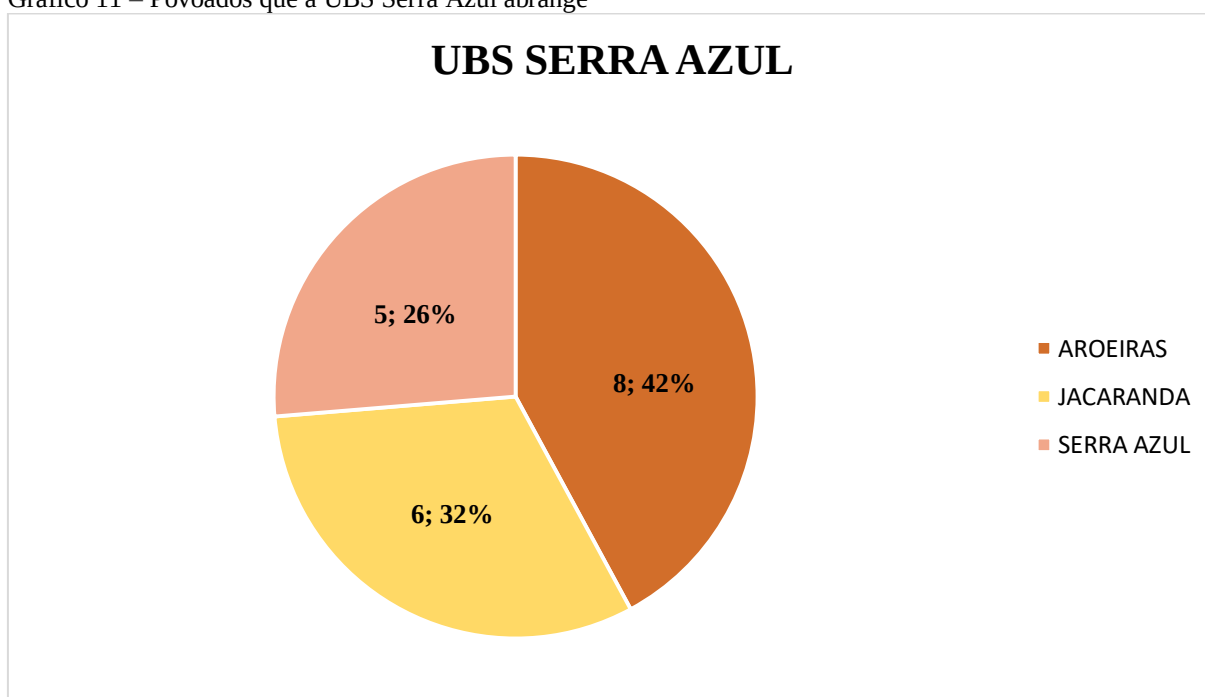
Gráfico 10 – Povoados que a UBS Aroeiras abrange



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Já a UBS Serra Azul abrange outra parte do Povoado Aroeiras com 42% (08 dos 19 questionários aplicados na UBS), o Povoado Jacarandá com 32% (06 dos 19 questionários aplicados na UBS) e o Povoado Serra Azul com 26% (05 dos 19 questionários aplicados na UBS), conforme apresentado no quadro 11.

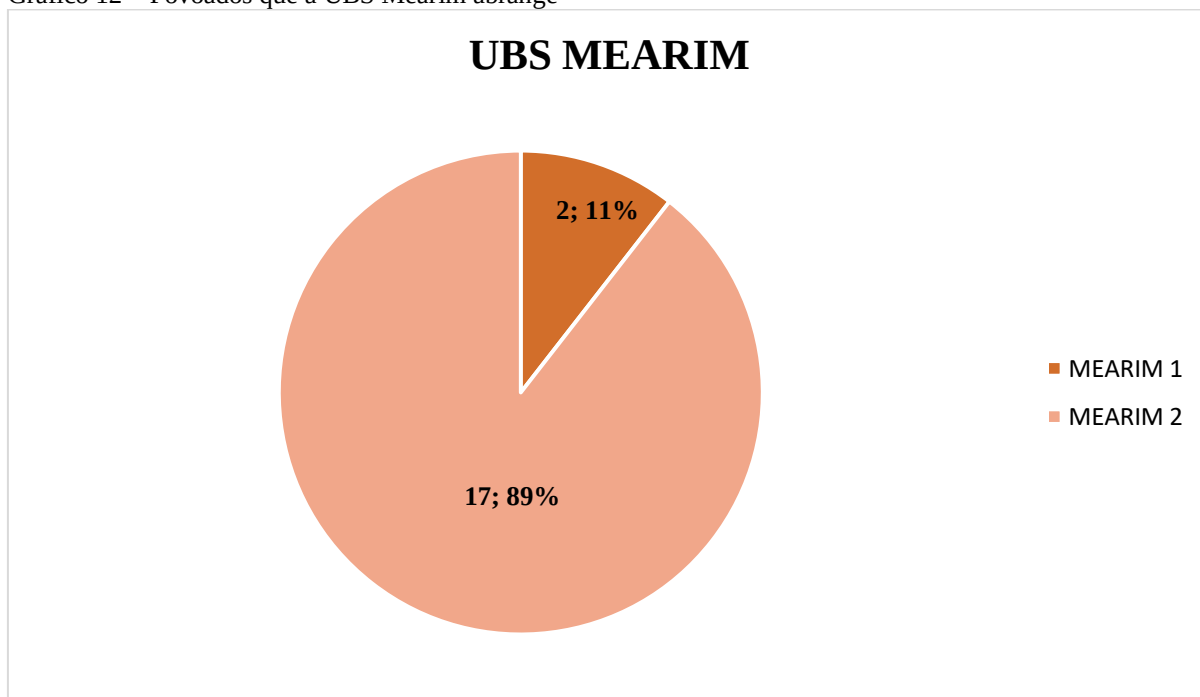
Gráfico 11 – Povoados que a UBS Serra Azul abrange



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

A UBS Mearim abrange o povoado Mearim I com um total de 89% (17 dos 19 questionários aplicados na UBS) e o povoado Mearim II com 11% (2 dos 19 questionários aplicados na UBS), conforme o gráfico 12.

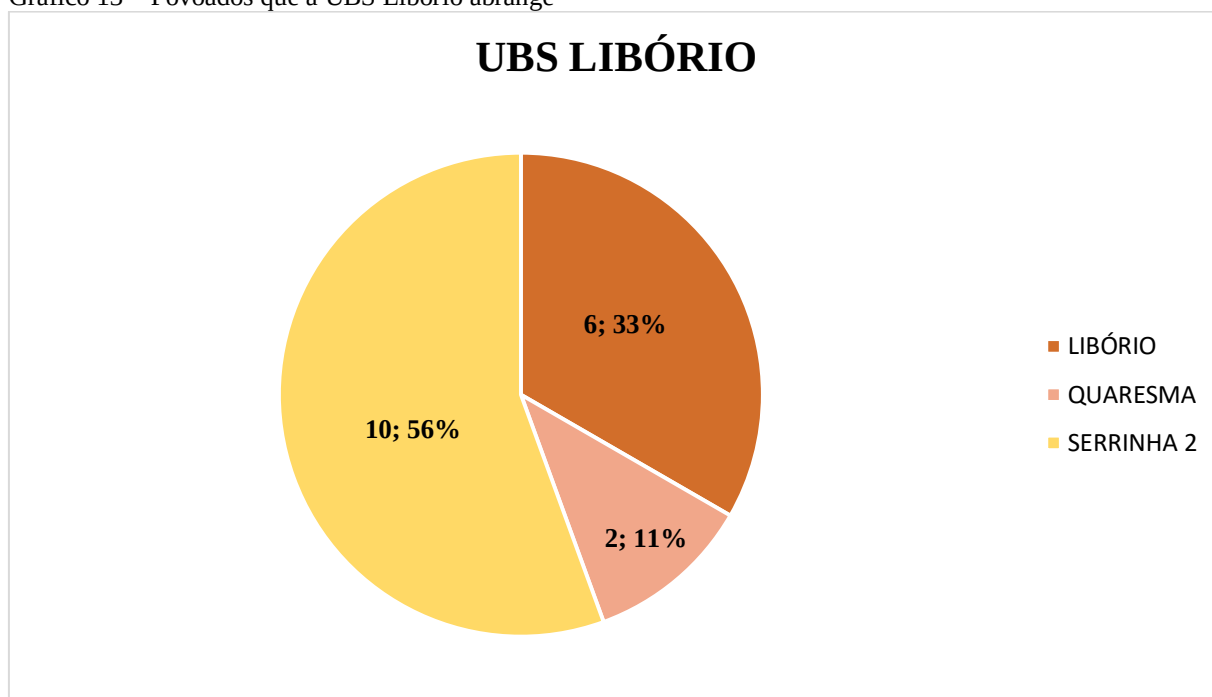
Gráfico 12 – Povoados que a UBS Mearim abrange



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Já a UBS Libório abrange o povoado Serrinha II com um total de 56% (10 de 18 questionários aplicados na UBS), o povoado Libório com 33% (06 de 18 questionários aplicados na UBS) e o povoado Quaresma com 11% (02 de 18 questionários aplicados na UBS).

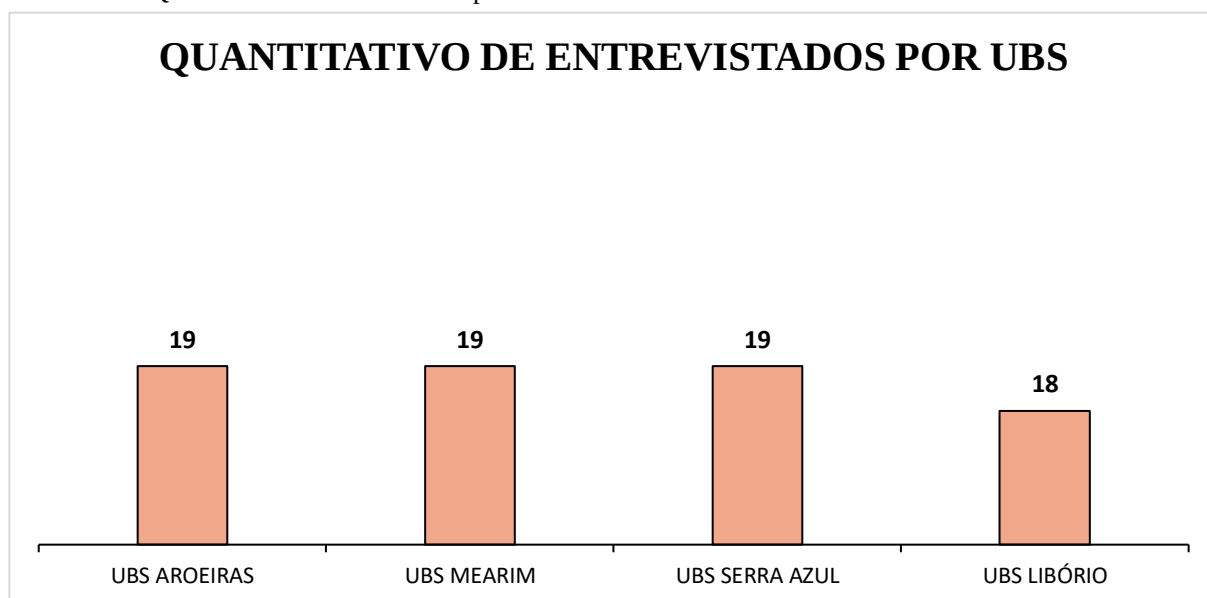
Gráfico 13 – Povoados que a UBS Libório abrange



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Partindo da premissa de que o trabalho foi feito com dados levantados de quatro unidades de saúde que abrangem diversos povoados, e não somente os que aparecem em evidência, explicita-se a seguir o quantitativo de questionários aplicados de forma geral (75 entre as 4 unidades) e por UBS, como já apresentados nesse trabalho e os quais estão distribuídos da seguinte forma: 19 questionários aplicados à população atendida pela UBS Aroeiras, 19 questionários aplicados à população atendida pela UBS Mearim, 19 questionários aplicados à população atendida pela UBS Serra Azul e, 18 questionários aplicados à população atendida pela UBS Libório, conforme podemos observar no gráfico 14.

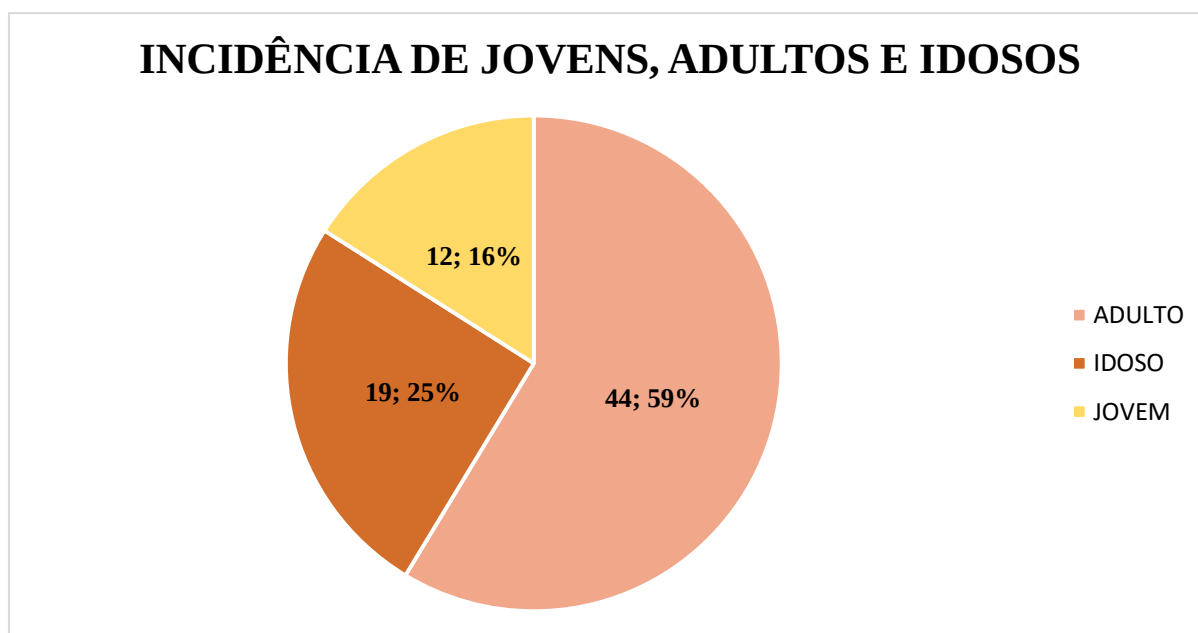
Gráfico 14 – Quantitativo de Entrevistados por UBS



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Mediante dados dos questionários assim distribuídos em cada UBS, podemos observar que de forma geral, o quantitativo de adultos entrevistados que frequentam os serviços de saúde na zona rural chega a uma porcentagem de 59%, seguido pelo grupo dos idosos com 25% e por último com 16%, os jovens, conforme o gráfico 15.

Gráfico 15 – Incidência de Jovens, Adultos e Idosos ao frequentar os serviços de saúde na zona rural



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Mas, mesmo que o grupo dos adultos tenha um maior percentual de entrevistados, levando em consideração os 75 questionários de forma geral, entre os outros grupos (Idosos e Jovens), é perceptível breves diferenças ao analisar as UBS's separadamente.

Quadro 11 – Incidência de jovens, adultos e idosos ao frequentar os serviços de saúde nas UBS's

FAIXA ETÁRIA	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Jovens	2; 10%	6; 32%	3; 16%	1; 6%
Adultos	10; 53%	11; 58%	10; 53%	13; 72%
Idosos	7; 37%	2; 10%	6; 31%	4; 22%

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Observa-se que, o percentual de adultos que frequentam os serviços de saúde é de 53%, o de idosos 37% e o de jovens apenas 10% na Unidade Básica de Saúde da Aroeiras. Há uma diferença entre tais grupos na Unidade Básica de Saúde da Serra Azul, que consiste respectivamente em: 58% de adultos, 32% de jovens e apenas 10% de idosos. Enquanto na UBS Aroeiras o público se concentra entre o grupo dos adultos e idosos, na UBS Serra Azul tal público concentra-se entre o grupo dos adultos e dos jovens, lembrando que tal análise leva em consideração a quantidade geral de entrevistados.

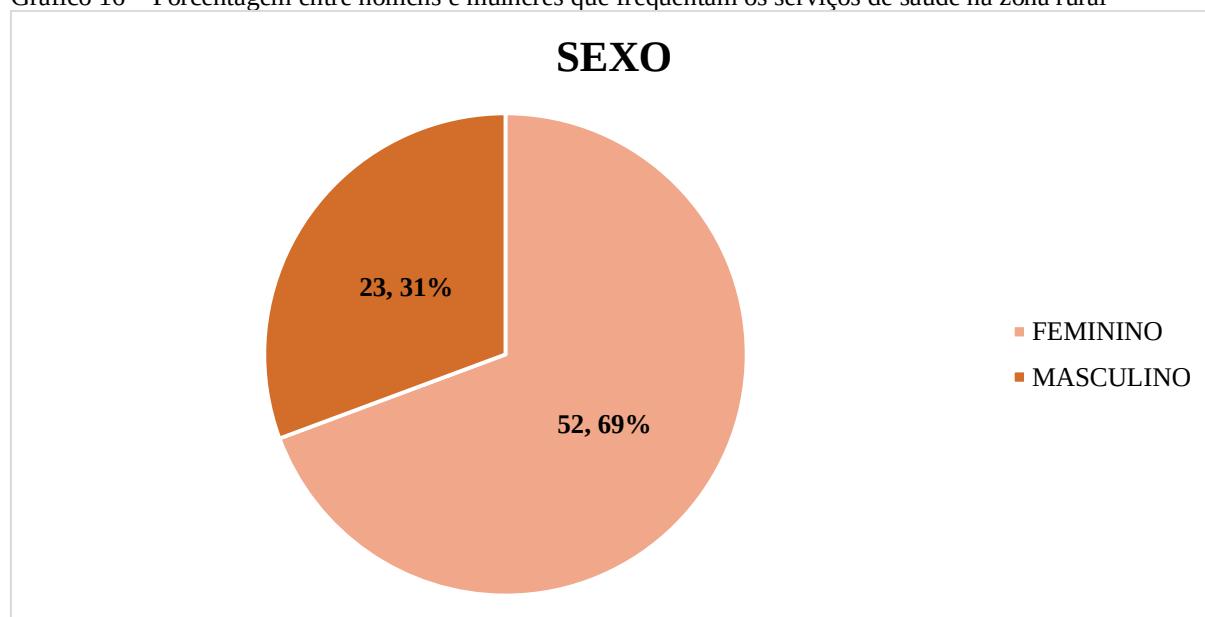
Já entre os entrevistados na UBS Libório, 72% são adultos, 22% idosos e apenas 6% jovens, que frequentam os serviços de saúde, respectivamente. No que se refere a Unidade

Básica de Saúde do Mearim, 53% dos entrevistados fazem parte do grupo dos adultos, 31% do grupo dos idosos e 16% do grupo dos jovens.

Com base nos dados apresentados, é possível observar que os percentuais dos três grupos são semelhantes entre as UBS's Aroeiras, Mearim e Libório, estando em primeiro lugar na frequência dos serviços de saúde da zona rural o grupo dos adultos, seguido pelos idosos e por último os jovens. E apenas na UBS Serra Azul, esses dados se invertem, sendo o grupo de adultos com maior percentual, o grupo dos jovens aparece em segundo lugar e por último os idosos.

Além disso, observou-se que de forma geral, ou seja, dos 75 entrevistados, 69% são do sexo feminino e 31% do sexo masculino, trazendo à tona a ideia de que as mulheres procuram com mais frequência os serviços de saúde se comparado aos homens. Para termos uma clareza sobre o porquê das mulheres procurarem mais os serviços de saúde, explicitamos a análise de Travassos *et al.*, sobre a utilização dos serviços de saúde no Brasil com base no gênero, nas características familiares e na condição social dessas famílias, observando que, “as mulheres fazem maior uso dos serviços de saúde do que os homens, e de que essa diferença é, em grande parte, relacionada a questões reprodutivas”, ainda assim, essa procura também se remete ao fato de que “as mulheres tendem a avaliar seu estado de saúde de maneira mais negativa e também referem mais doenças crônicas do que os homens” (TRAVASSOS *et al.*, 2002, p. 365-366).

Gráfico 16 – Porcentagem entre homens e mulheres que frequentam os serviços de saúde na zona rural



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Vejamos se tal análise também se refere as unidades de saúde da zona rural separadamente.

Quadro 12 – Homens e mulheres que frequentam os serviços de saúde nas unidades básicas de saúde

SEXO	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Feminino	11; 58%	15; 79%	15; 79%	11; 61%
Masculino	8; 42%	4; 21%	4; 21%	7; 39%

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Conforme observamos no quadro 12, ao analisar a quantidade de entrevistados por cada unidade de saúde, percebe-se que as maiores porcentagens no que se refere a frequência de homens e mulheres aos serviços de saúde, é predominantemente feminina por razões as quais já explicitamos nesta análise, como também por historicamente as mulheres possuírem um papel de cuidadora dentro da unidade familiar, assim como explicita Costa e Ambrósio (2010, p. 07) que, dentro do seio familiar, “o cuidado de cada membro e o zelo pela moradia seria a responsabilidade da mulher, ela seria a responsável pelo orçamento doméstico, a dona-de-casa e mãe”. Para além disso, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde que os homens, porque existe um “perfil de necessidades de saúde entre homens e mulheres, incluindo a utilização associada à gravidez e ao parto. Elas têm mais problemas de saúde do que os homens, o que pode indicar diferença na percepção de doença e na procura por cuidados de saúde” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 192-193).

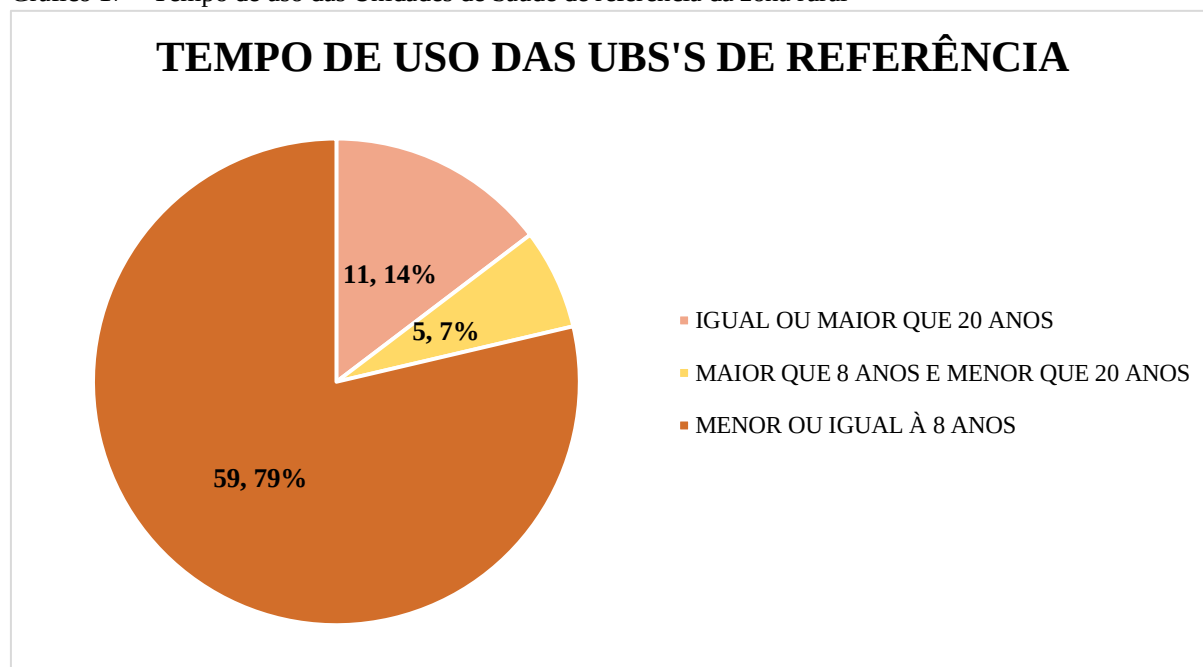
Destarte, é interessante destacar que, levando em conta a quantidade de entrevistados por unidade, as Unidades de Saúde Serra Azul e Mearim possuem percentuais idênticos quanto a quantidade de homens e mulheres. Ambas a unidades de saúde, dos 19 entrevistados em cada, 21% são do sexo masculino e 79% do sexo feminino. Seguidas pela UBS Libório com percentual de 39% do sexo masculino e 61% do feminino, e por último a UBS Aroeiras com percentual de 42% do sexo masculino e 58% do sexo feminino.

Um dos pontos chave para desvendar as facilidades e/ou as dificuldades a serem desvendadas sobre o acesso da população aos serviços de atenção primária é o estabelecimento das unidades básicas nos povoados da zona rural. É de conhecimento, por meio das narrativas da pesquisadora que, 3 das 4 unidades de saúde que atualmente ficam localizadas na zona rural foram construídas e estabelecidas na gestão de Francisco Anísio de Sousa (Timá) quando foi prefeito entre os anos de 2013-2016.

Pode-se então afirmar que, desde a criação e consolidação do nosso atual sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) ao final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990, até a década de 2010, a cidade de Monsenhor Hipólito atendia sua população em dois únicos espaços: a Unidade de Saúde Petrônio Portela que fica localizada na sede do município, tendo como público-alvo as pessoas que residiam na zona urbana e alguns povoados da zona rural na região sul do município, e a Unidade de Saúde da Serra Azul específica para atendimento de grande parte da população da zona rural na região norte do município.

É observado a seguir, conforme o gráfico abaixo, o tempo de uso das unidades de saúde da zona rural desde a sua criação por parte dos sujeitos da pesquisa. De forma geral, dos 75 questionários, 59 pessoas responderam que frequentam as unidades de saúde da zona rural a 8 anos ou até menos tempo, ou seja, do ano 2014 aos dias atuais, o que corresponde a um percentual de 79% dos entrevistados; 11 pessoas responderam que frequentam tais serviços de saúde a pelo menos 20 anos, o que corresponde a apenas 14% dos entrevistados; e, 5 dos 75 entrevistados responderam que frequentam as unidades de saúde da zona rural a pelo menos 8 anos e no máximo a 20 anos, ou seja, começaram a frequentar tais serviços pelo menos entre os anos de 2001 a 2014, o que corresponde a 7% dos entrevistados.

Gráfico 17 – Tempo de uso das Unidades de Saúde de referência da zona rural



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

É importante pontuarmos uma questão que fica bem explícita quando se observa o gráfico acima: 100% dos entrevistados afirmaram que frequentam tais serviços de saúde há mais ou menos 20 anos, tempo esse em que foram construídas as unidades de saúde no território

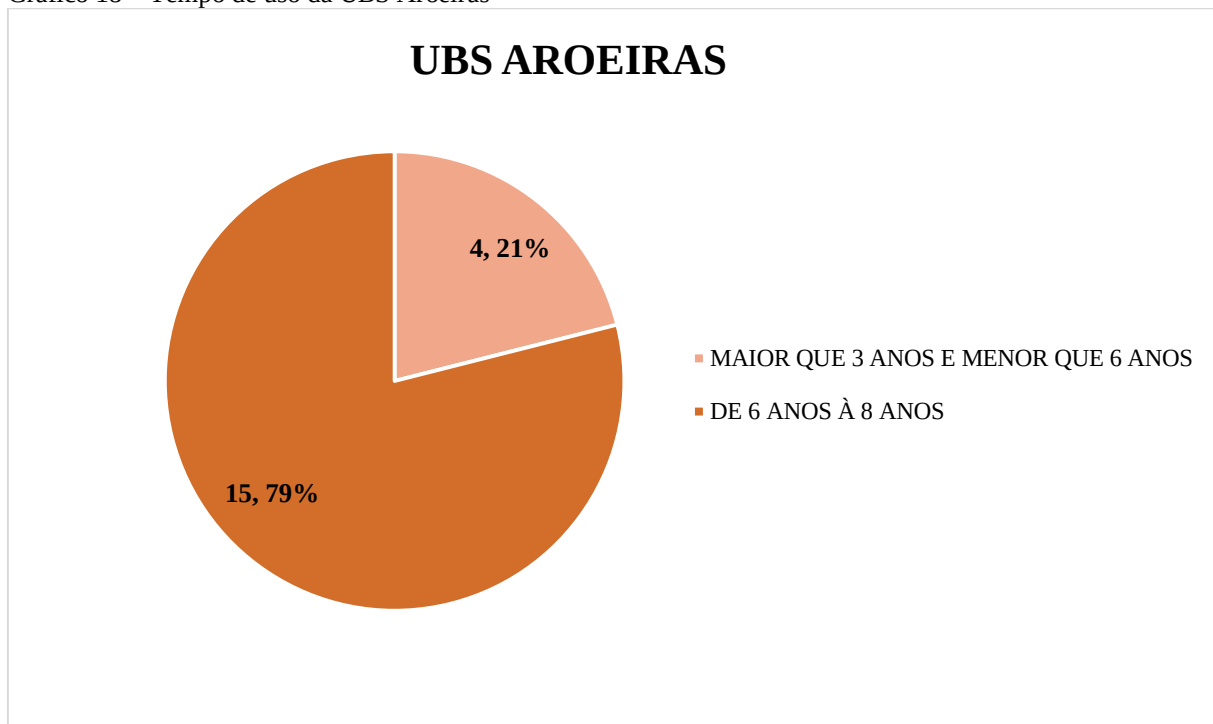
da zona do rural de Monsenhor Hipólito. Lembremos que, a primeira unidade de saúde na zona rural (UBS Serra Azul) foi construída nos anos de 1990, momento em que foi idealizado e institucionalizado o Sistema Único de Saúde brasileiro, e que pelo menos até 2014/2015 só havia a UBS Serra Azul no território rural, e somente a partir dessa época (2014/2015) o município construiu e instalou mais serviços de saúde de âmbito primário em outras localidades da zona rural.

Tudo isso quer dizer que, se hoje a população tem dificuldades para ter acesso aos serviços básicos de saúde como preconiza a Lei 8.080/1990 de forma descentralizada, igualitária, com atendimento integral, equitativo e de qualidade, pode-se afirmar que a menos de 10 anos, onde existia apenas uma única unidade de saúde na zona rural de Monsenhor Hipólito, espaço que mais da metade da população historicamente reside, tais serviços eram praticamente inexistentes para essa população.

Lembremos que, o processo de institucionalização da saúde pública no Piauí iniciou há menos de 100 anos, entre as décadas de 1910 e 1930, e que, anteriormente não existia nenhuma repartição no âmbito da saúde pública voltada a cobertura e ao atendimento à população. Já dizia Cazuza lá em 1988, “eu vejo o futuro repetir o passado”, o que nos remete a nossa análise: há quase 100 anos não existia serviços de saúde pública disponíveis a população piauiense, e há menos de 10 anos, essa mesma realidade era vista nas regiões mais inóspitas da zona rural de Monsenhor Hipólito. Tal mudança, mesmo com todo o processo de redemocratização que foi vivenciado no fim da década de 1980 e início de 1990, época marcada pela ampliação dos direitos sociais na nossa atual Constituição Federal, é colocada em prática a passos lentos.

Tem-se conhecimento que a UBS Aroeiras foi criada e institucionalizada entre 2014/2016, o que por consequência estimamos que tal estabelecimento de saúde tenha entre 7 a 8 anos de implantação. Com base nessa informação e ao observarmos o tempo de uso da UBS Aroeiras por parte da população, vemos que 79% dos usuários entrevistados, ou seja, 15 das 19 pessoas que fizeram parte dessa pesquisa e que tem a UBS Aroeiras como equipamento de referência, disseram que frequentam a unidade a pelo menos 6 anos e não mais que 8 anos. E, os outros 21% dos entrevistados, 4 dos 19, disseram que fazem uso dos serviços de saúde há pelo menos 3 anos e não mais que 6 anos, ou seja, em algum momento começaram a frequentar a UBS em questão entre 2015 e 2018 como mostra o gráfico 18.

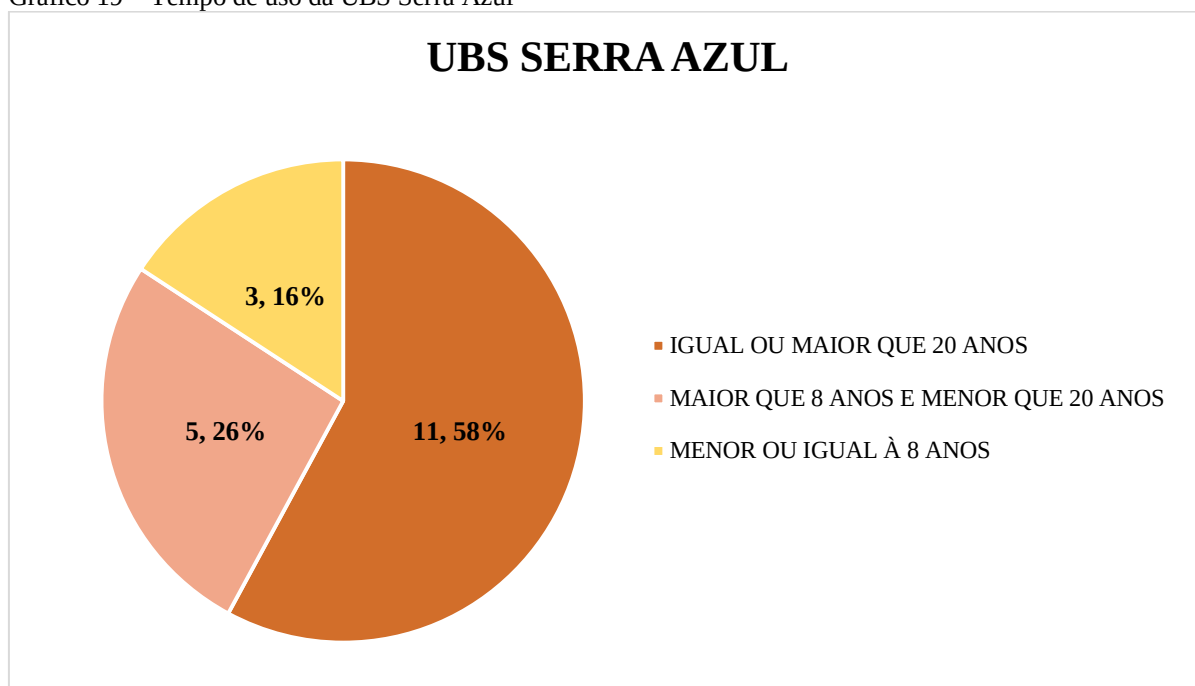
Gráfico 18 – Tempo de uso da UBS Aroeiras



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

É um tempo relativamente pequeno comparado ao tempo em que estas pessoas residem na zona rural do município. Lembremos que, segundo o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, dos 7.391 hipolitanos, 3.906 residiam na zona rural, o que nos faz refletir sobre como era antes da implantação das UBS's Aroeiras, Mearim e Libório há mais ou menos 8 anos atrás, o quanto deveria estar sobrecarregado o sistema de saúde primário do município com apenas uma UBS na zona rural e um único Posto de Saúde na sede do município com esta finalidade.

Gráfico 19 – Tempo de uso da UBS Serra Azul

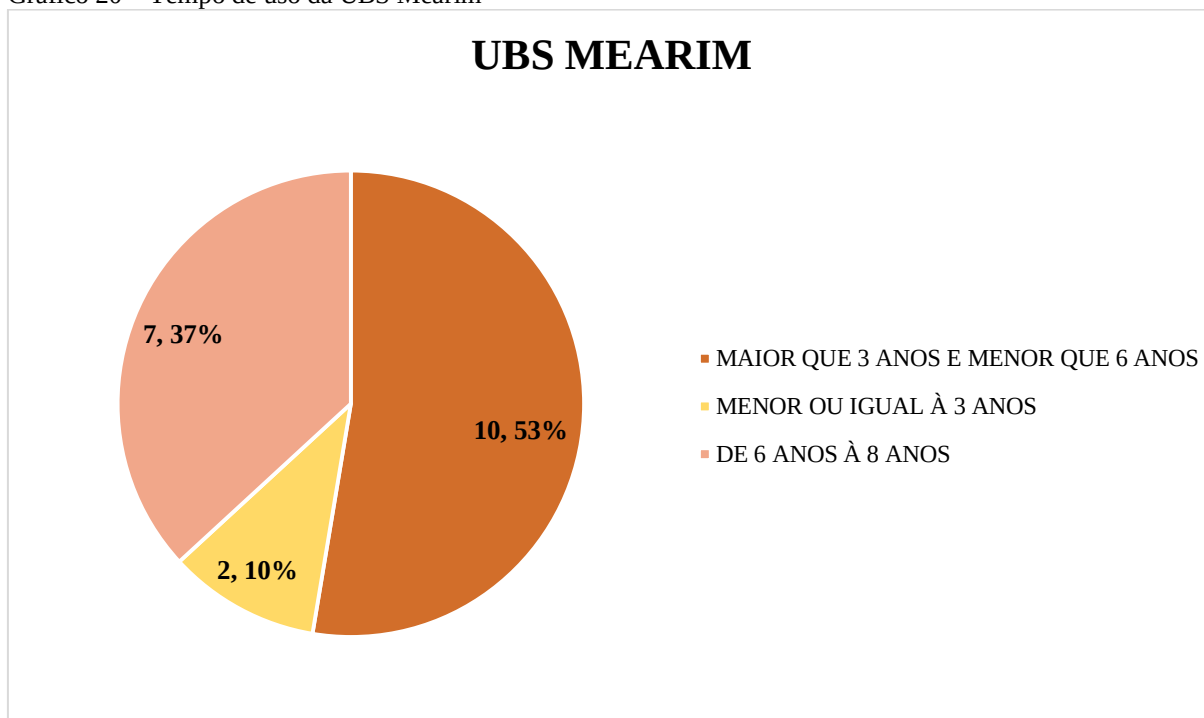


Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

A UBS Serra Azul foi o primeiro equipamento de saúde implementado na zona rural do município nos anos de 1990. Na época, ainda era denominado “Posto de Saúde da Serra Azul”, o qual posteriormente passou a ser chamado de Unidade Básica de Saúde Serra Azul. Desde a sua criação, cobria os povoados mais “próximos”: Aroeiras, Morrinhos, Jacarandá, Serra Azul, Baixão do Santiago, Alto de Areia, Mearim I e II, Serra dos Linos, entre outros, até a criação das outras unidades de saúde (UBS Aroeiras e UBS Mearim) no território.

Destarte, 11 dos 19 usuários que fizeram parte dessa pesquisa disseram que frequentam os serviços de saúde disponíveis na UBS Serra Azul a no mínimo 20 anos, o que corresponde a 58% dos entrevistados na unidade. Cinco (5) pessoas disseram fazerem uso dos serviços de saúde a pelo menos 8 anos e no máximo 20 anos, o que representa cerca de 26% do público entrevistado na UBS. E por último, 3 usuários (16% dos entrevistados) disseram frequentar a UBS Serra Azul a no máximo 8 anos.

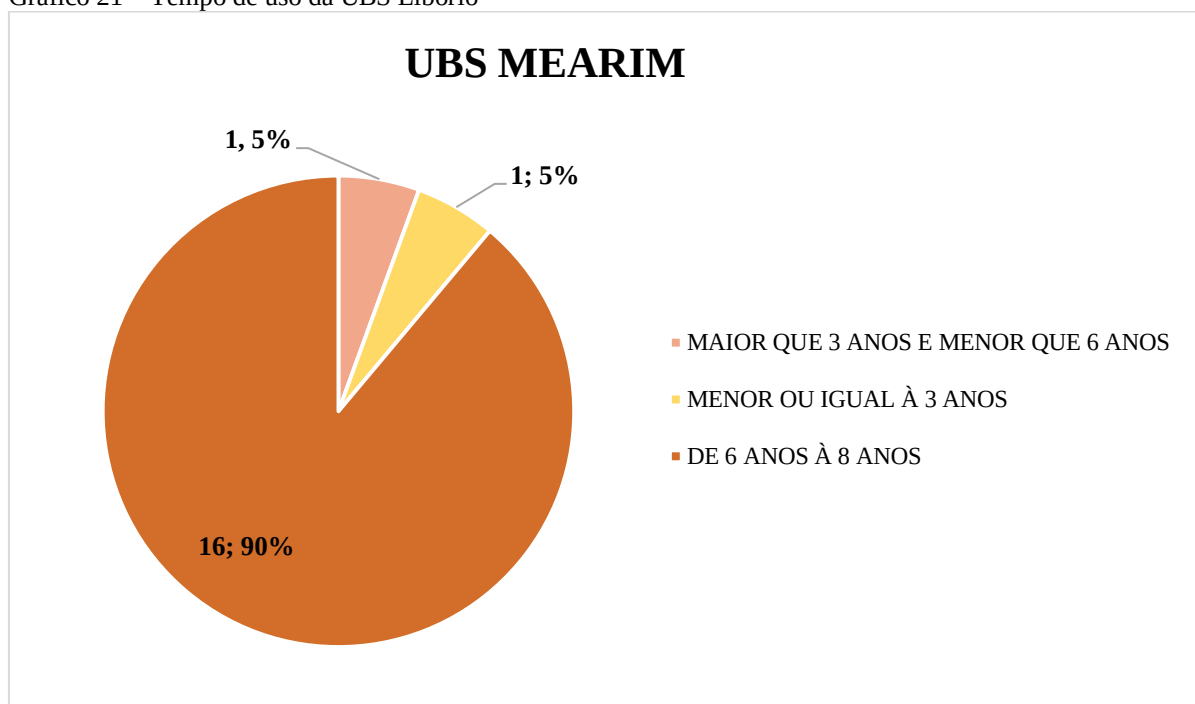
Gráfico 20 – Tempo de uso da UBS Mearim



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Da mesma forma como a UBS Aroeiras, a UBS Mearim também foi criada entre os anos de 2014 e 2016, portanto a unidade foi implementada há mais ou menos 8 anos. Assim, os valores de referência para o tempo de uso dos serviços giram em torno desse tempo. Dos 19 usuários que responderam ao questionário, 7 disseram frequentar a unidade entre 6 a 8 anos, o que equivale a 37% dos entrevistados na unidade em questão. Dez (10) dos 19 entrevistados disseram frequentar os serviços de saúde a pelo menos 3 anos e não mais que 6 anos, chegando a um percentual de 53% dos entrevistados. E por fim, 2 pessoas disseram frequentar a UBS a no máximo 3 anos, correspondendo a 10% das pessoas entrevistadas na unidade.

Gráfico 21 – Tempo de uso da UBS Libório



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

O tempo de uso por parte dos usuários da UBS Libório aos serviços de saúde disponibilizados no equipamento em questão, também se remete a no máximo 8 anos, tempo em que a unidade de saúde foi instituída no território. Portanto, 90% dos entrevistados na unidade, ou seja, 16 dos 18 usuários que responderam ao questionário, disseram que frequentam os serviços de saúde a pelo menos 6 anos e não mais que 8 anos. Apenas uma pessoa (5%) disse frequentar a unidade de saúde a pelo menos 3 anos e não mais que 6 anos, e um usuário (5%) disse frequentar a unidade a no máximo 3 anos.

Ao analisar o tempo de uso da população entre as unidades, observa-se as diferenças de uma unidade de saúde para outra. Partindo do princípio de que, até 2014/2015 a população que hoje é atendida nas Unidades de Saúde Aroeiras e Mearim, frequentava os serviços de saúde da UBS Serra Azul, equipamento mais próximo das suas residências, e que a população que hoje está realocada nos serviços de saúde da UBS Libório (anteriormente atendida na sede do município no Posto de Saúde Petrônio Portela), de início já se percebe duas diferenças cruciais no desenvolvimento da política de atenção primária do município e que se relacionam diretamente na criação e instituição das unidades de saúde recentemente.

Primeiro que, como observado na figura 9, a Unidade de Saúde Serra Azul fica localizada no extremo norte dos limites territoriais do município, quase na divisa com o município de Pio IX, e a sede do município fica localizada no sul do seu território. Isso quer dizer que a maior parte da população da zona rural de Monsenhor Hipólito, antes das outras

UBS's serem criadas, provavelmente procurava atendimento médico, ambulatorial, psicossocial, bem como outros serviços de proteção, promoção e prevenção a saúde na Unidade de Saúde da Serra Azul, visto que até então era o único equipamento de saúde disponível para a população rural mais “próximo” a sua residência. Outra questão crucial, era o tamanho da sobrecarga existente nos serviços de saúde deste equipamento em questão, mediante a quantidade de povoados que tais serviços eram disponibilizados e o quanto isso deve ter impactado no acesso da população dessas comunidades a algo primordial na vida dessas pessoas.

O intuito dessa pesquisa, não é dizer que após a criação das outras unidades, o deslocamento dessas pessoas, o acesso aos serviços de saúde e a sobrecarga sobre o sistema primário de saúde do município melhoraram 100%, mas sim, que se hoje com a estrutura que o município disponibiliza para a sua população, os usuários já encontram dificuldades para ter acesso e zelar pela sua saúde, imagina o quanto era mais difícil ter o mínimo ofertado de 2013 para trás.

A partir do questionário, é visto de forma geral que, das 75 pessoas que participaram da pesquisa, 59 disseram frequentar os serviços de saúde nas 4 unidades de saúde distribuídas no território de Monsenhor Hipólito há no máximo 8 anos, ou seja, 79% dos entrevistados disseram frequentar os serviços de saúde entre as unidades de saúde há somente 8 anos, tempo em que as unidades foram criadas, o que demonstra em números a ausência de serviços primários de saúde a uma população que reside no município desde que foi emancipado.

Agora vejamos na tabela abaixo, as diferenças do tempo de uso da população em cada unidade de saúde. Nas UBS's Aroeiras e Libório a maioria dos entrevistados disseram frequentar os serviços de saúde nos dois equipamentos a mais ou menos de 6 a 8 anos, correspondendo 79% e 90% dos entrevistados, respectivamente. Já na UBS Mearim, a maior parte das pessoas que responderam ao questionário (53%), afirmaram frequentar os serviços da unidade a pelo menos 3 anos e no máximo 6, o que mesmo assim remete a um tempo relativamente muito pequeno. Pouquíssimos usuários começaram a frequentar as unidades nos últimos 3 anos, 10% na UBS Mearim e 5% na UBS Libório, enquanto na UBS Aroeiras todos os entrevistados começaram a frequentar os serviços de saúde a bem mais que isso.

Quadro 13 – Tempo de uso das UBS's por parte dos sujeitos da pesquisa

FREQUÊNCIA/ANOS	UBS AROEIRAS	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
6 a 8	15; 79%	7; 37%	16; 90%

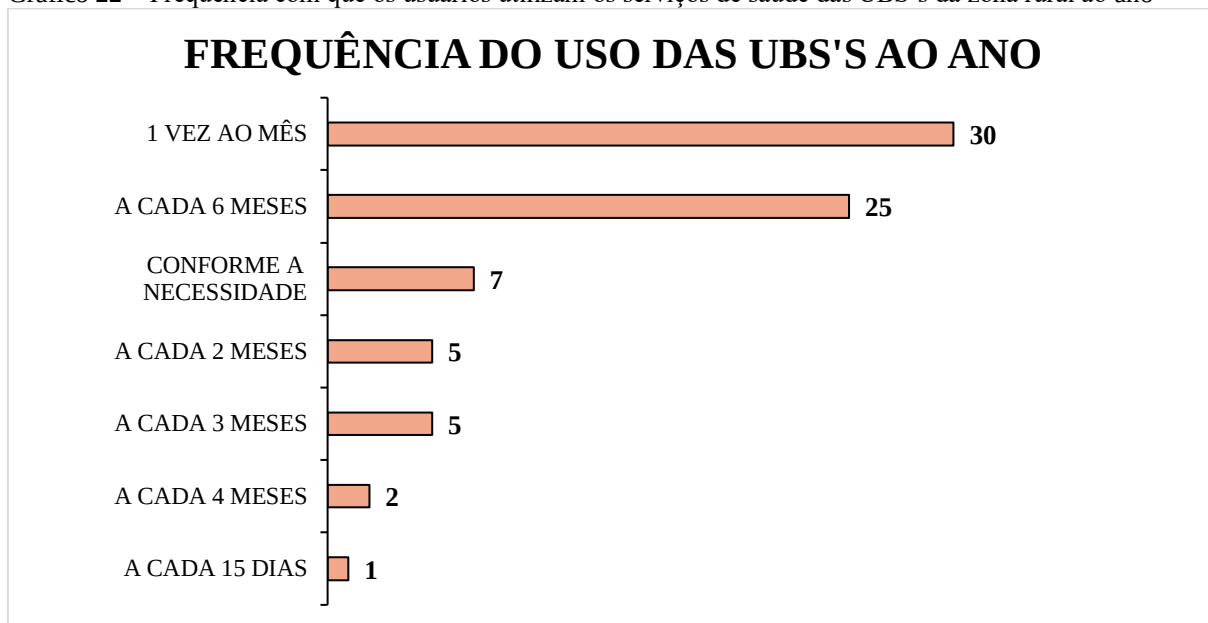
> 3 a < 6	4; 21%	10; 53%	1; 5%
< ou = 3		2; 10%	1; 5%

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Já na UBS Serra Azul, os valores de referência sobre a frequência dos usuários aos serviços de saúde são diferentes das demais unidades de saúde (há 20 anos e pouco como apresentado no gráfico 27) exatamente por a UBS possuir um maior tempo funcionando, o que por si só já demonstra tais diferenças com relação às outras unidades de saúde da zona rural.

Partindo do tempo de uso das unidades de saúde por parte dos sujeitos da pesquisa, observa-se a seguir a frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde na zona rural ao ano.

Gráfico 22 – Frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde das UBS's da zona rural ao ano



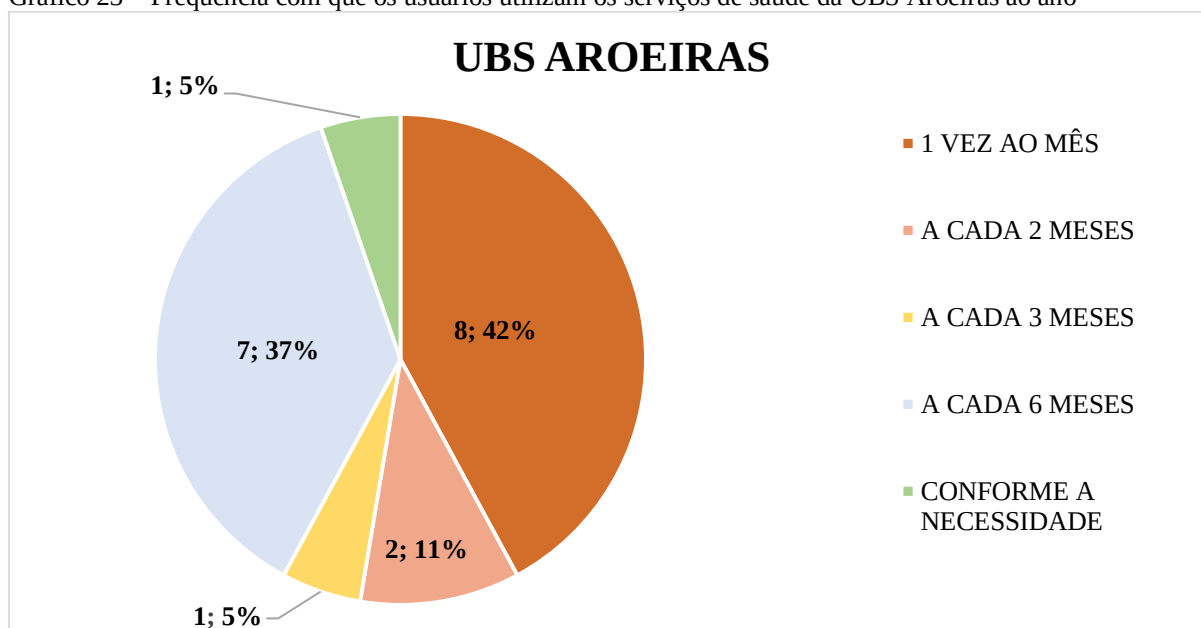
Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Conforme o gráfico 22, dos 75 entrevistados, 30 deles responderam que utilizam os serviços de saúde das 4 unidades de saúde da zona rural pelo menos uma vez ao mês, o que corresponde um percentual de 40% dos questionários respondidos. Segundo dados apresentados nos questionários, as pessoas que utilizam o serviço de saúde da rede primária pelo menos uma vez ao mês normalmente, ou pelo menos a maioria deles, são usuários que necessitam de medicação fornecida pelo SUS. Já 25 das 75 pessoas questionadas, disseram frequentar os serviços de saúde pelo menos uma vez a cada 6 meses, o que corresponde a mais ou menos 33,5% dos entrevistados.

Sete (7), ou aproximadamente 9,5% dos entrevistados, disseram frequentar os serviços de saúde conforme as suas necessidades, ou seja, se assim necessitar dos serviços de saúde, estes se deslocam até a unidade de saúde mais próximo, duas vezes no mês ou até uma única vez no ano, por exemplo. Cinco (5) dos 75 usuários disseram frequentar os serviços de saúde a cada 2 meses e outros 5 dos 75 questionados disseram frequentar os serviços de saúde da rede primária a cada 3 meses, totalizando 6,5% cada um. Já 2 entrevistados disseram frequentar tais serviços pelo menos a cada 4 meses, o que corresponde a 3% dos questionários. E por fim, 1 usuário disse que frequenta a unidade de saúde da sua região pelo menos a cada 15 dias, o que corresponde a mais ou menos 1% das pessoas entrevistadas.

Nos gráficos individuais de cada unidade de saúde observa-se mais de perto de quanto em quanto tempo os usuários tendem a frequentar os serviços de saúde nas suas unidades de referência. Com base no gráfico 23, 8 dos 19 entrevistados na UBS Aroeiras disseram que frequentam a unidade de saúde pelo menos a cada 30 dias (12 vezes ao ano), o que corresponde 42% dos entrevistados na UBS em questão. Já 7 dos 19 entrevistados disseram que frequentam a UBS pelo menos a cada 6 meses (2 vezes ao ano) o que corresponde a 37% dos entrevistados. Duas (2) pessoas disseram que frequentam os serviços de saúde da UBS Aroeiras pelo menos a cada 2 meses (6 vezes ao ano), enquanto um (1) usuário afirmou frequentar tais serviços a cada 3 meses (4 vezes ao ano), o que totaliza 5% dos entrevistados. Por último uma (1) pessoa diz frequentar os serviços de saúde da UBS Aroeiras conforme apresente alguma necessidade, ou seja, ela pode necessitar dos serviços de saúde duas vezes num determinado mês ou pode necessitar ir a UBS num tempo maior que esse, por exemplo, o que corresponde também a 5% dos entrevistados na UBS em questão.

Gráfico 23 – Frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde da UBS Aroeiras ao ano

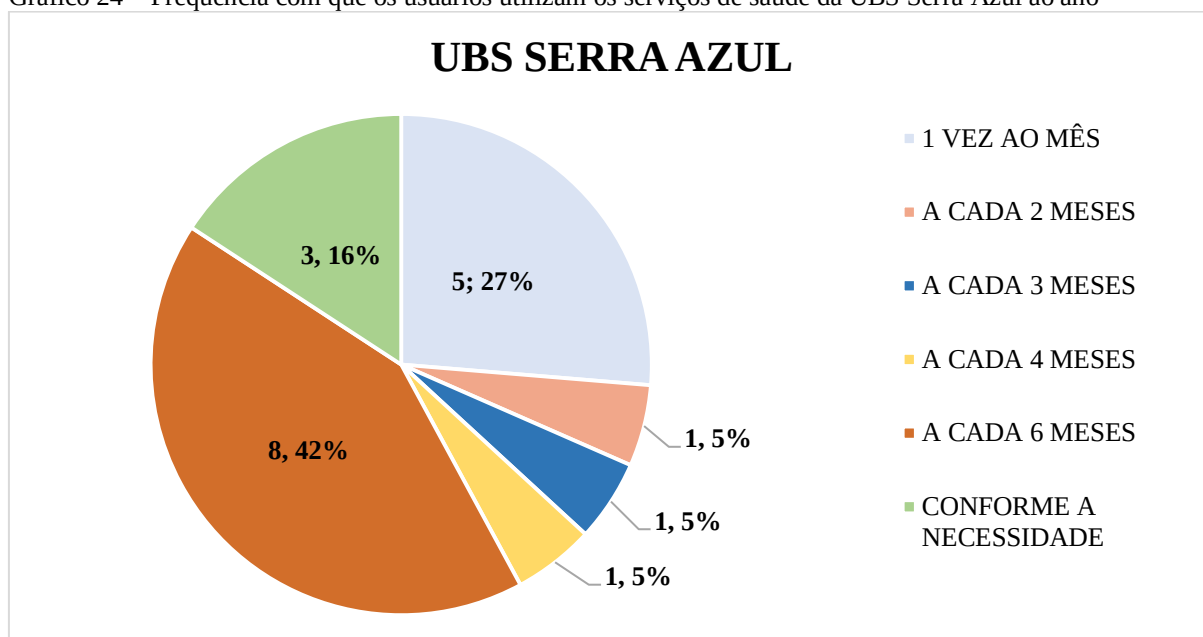


Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Ao observarmos a frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde na UBS Aroeiras, nota-se que a maioria dos usuários frequentam a UBS Aroeiras pelo menos uma vez ao mês e uma vez a cada 6 meses, o que corresponde a 79% dos entrevistados e que provavelmente são pessoas que necessitam retirar medicamentos ou, no caso dos últimos, fazem acompanhamento com a equipe multiprofissional.

Com relação a frequência em que os usuários utilizam os serviços de saúde da UBS Serra Azul, dos 19 entrevistados, 8 deles disseram que utilizam tais serviços pelo menos a cada 6 meses, o que corresponde 42% dos entrevistados na unidade. Cinco (5) pessoas disseram ir à unidade de saúde em busca dos seus serviços pelo menos uma (1) vez ao mês, o que equivale a 27% dos entrevistados. Já 3 usuários (16%) disseram utilizar os serviços de saúde da UBS Serra Azul conforme apresenta necessidade, podendo ir a UBS até 2 vezes ao mês em um determinado momento, ou podendo não necessitar de tais serviços durante um ano, por exemplo. Três (3) pessoas disseram fazerem uso dos serviços de saúde na UBS Serra Azul a cada 2, 3 e 4 meses, respectivamente, o que cada um corresponde a 5% dos entrevistados na unidade em questão.

Gráfico 24 – Frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde da UBS Serra Azul ao ano

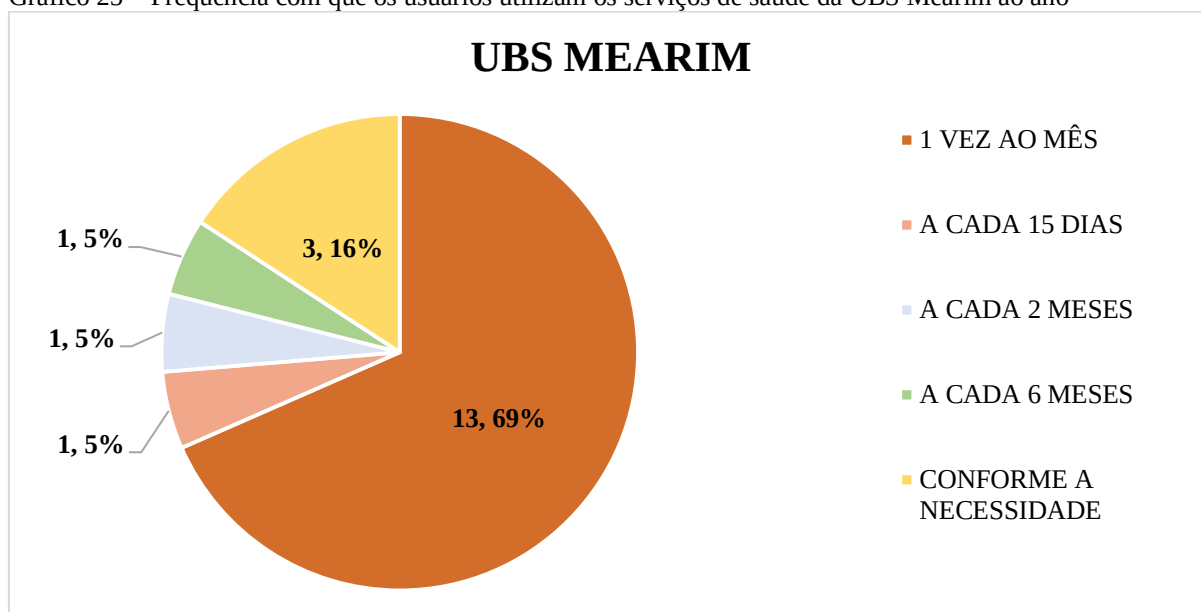


Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Se observarmos o tempo utilizado entre os usuários que frequentam as UBS's Aroeiras e Serra Azul, vemos que nas duas os maiores percentuais giram em torno de uma frequência de pelo menos 1 vez ao mês e 1 vez a cada 6 meses.

Já na UBS Mearim, os maiores percentuais se remetem a frequência aos seus serviços por parte dos usuários em pelo menos uma vez ao mês, com 69% dos entrevistados (13 dos 19), e 16% disseram frequentar os serviços de saúde conforme a sua necessidade (3 dos 19). Somente uma (1) pessoa (5%) disse frequentar tais serviços a cada 15 dias, um (1) usuário (5%) disse frequentar a UBS a cada 2 meses, e um (1) usuário (5%) disse frequentar a cada 6 meses.

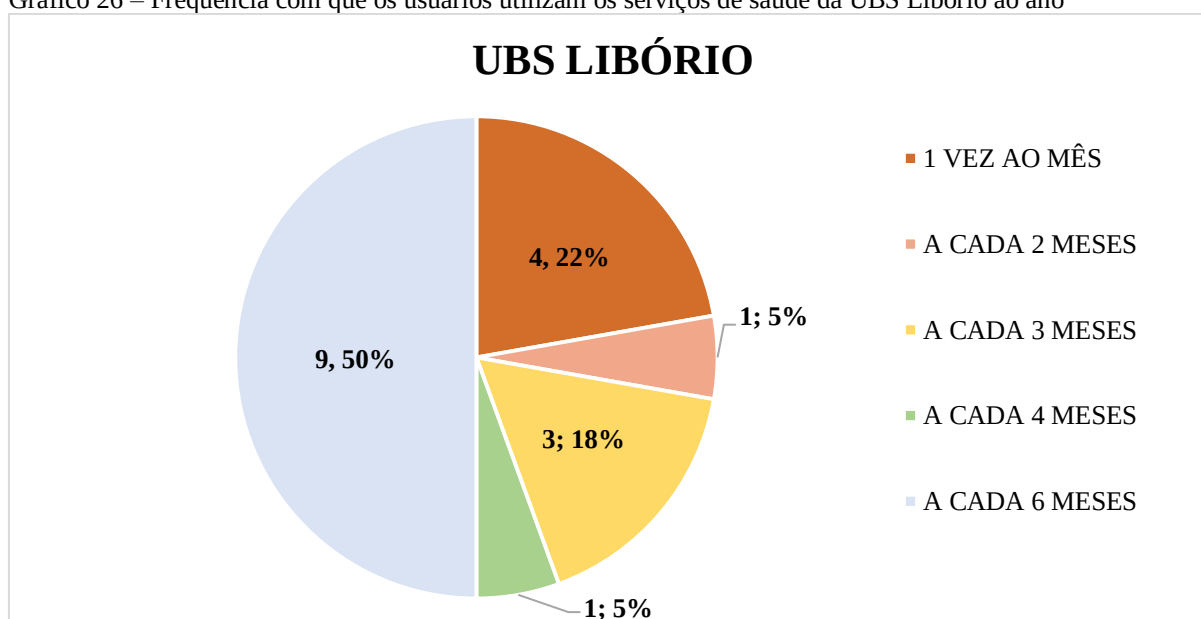
Gráfico 25 – Frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde da UBS Mearim ao ano



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Na UBS Libório, 50% dos entrevistados, ou seja, 9 dos 18 usuários que responderam ao questionário, disseram frequentar os serviços prestados na UBS em questão pelo menos a cada 6 meses. Quatro (4) dos 18 usuários (22%) disseram frequentar os serviços de saúde pelo menos uma vez ao mês, assim como 3 dos 18 usuários (18%) disseram utilizar tais serviços pelo menos a cada 3 meses. Por último, uma (1) pessoa (5%) disse utilizar os serviços de saúde a cada 2 meses, e um (1) usuário disse utilizá-los a cada 4 meses.

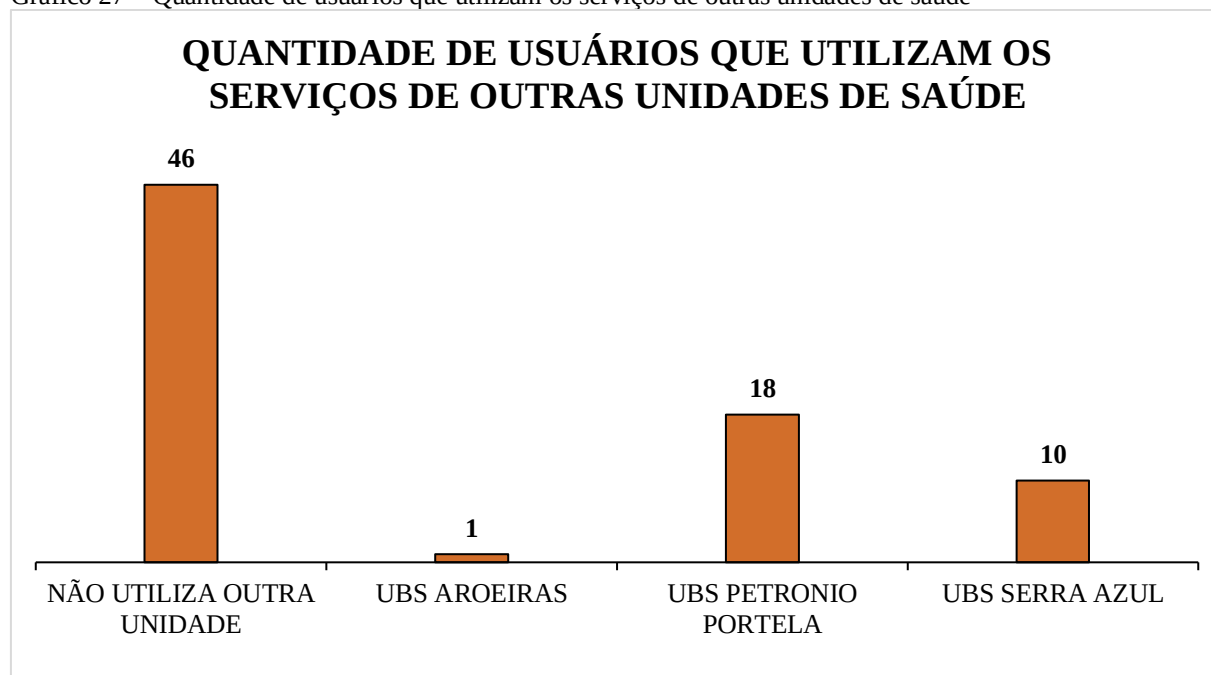
Gráfico 26 – Frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde da UBS Libório ao ano



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Na pesquisa também foi perguntado se tais usuários frequentavam outra unidade de saúde além da sua unidade de referência (unidade de saúde que se encontra seu prontuário e onde está lotado o seu agente de saúde). De forma geral, como apresentado no gráfico 27, vemos que 46 dos 75 entrevistados disseram não utilizar os serviços de outra unidade de saúde além da sua unidade de referência, o que corresponde a 61% do total de entrevistados. Uma pessoa (1% dos entrevistados) diz frequentar a Unidade Básica de Saúde Aroeiras além da sua unidade de referência, bem como 18 pessoas disseram frequentar a Unidade de Saúde Petrônio Portela na zona urbana além da sua unidade de referência, o que representa 24% dos entrevistados. Além disso, 10 usuários disseram frequentar a UBS Serra Azul além da sua unidade de referência, o que corresponde a 14% do total dos entrevistados.

Gráfico 27 – Quantidade de usuários que utilizam os serviços de outras unidades de saúde



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Mesmo grande parte dos entrevistados não frequentando outra unidade de saúde além da sua unidade de referência, ainda existe uma grande porcentagem de usuários que as frequentam, para ser mais exato 39%, por inúmeros motivos, sendo o principal deles a falta de atendimento médico todos os dias nas suas unidades de referência fazendo com que essas pessoas se desloquem para uma unidade de saúde mais distante para conseguir acesso a tal serviço.

Isso pode causar um impacto na oferta de tais serviços nas unidades de referência em questão, o que consequentemente ocasiona um “efeito dominó” nas dificuldades encontradas

pela população das UBS's, porque além de atender a população da referida unidade, esta também atende usuários de outras unidades que estão à procura dos serviços de saúde que não encontraram na sua própria unidade de referência. As barreiras no acesso aos serviços de saúde são explícitas nesse caso: barreiras organizacionais, que expressam como todo o sistema primário de saúde do município se encontra mal organizado no que se refere a alocação dos recursos humanos e tecnológicos entre as unidades de saúde da zona rural, como também, as barreiras geográficas que expressam além da distância que cada usuário percorre da sua residência à sua unidade de referência, ainda são sujeitos a se deslocarem para outra unidade de saúde bem mais distante para conseguir o mínimo que deve ser ofertado no seu equipamento de referência.

Quadro 14 – Quantidade de usuários por unidade de saúde que utilizam os serviços de outras UBS's

REFERÊNCIA:	UBS SERRA AZUL	UBS AROEIRAS	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Não Utiliza	12; 63%	12; 63%	14; 74%	8; 44%
UBS Serra Azul		7; 37%	3; 16%	
UBS Aroeiras	1; 5%			
UBS Mearim				
UBS Libório				
UBS Petrônio Portela	6; 32%		2; 10%	10; 56%

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

De forma individual vemos que dos 19 usuários que tem a UBS Serra Azul como unidade de referência, 12 deles (63%) disseram não utilizar os serviços de outra unidade de saúde disponível dentro do território hipolitano, uma pessoa (5%) disse frequentar também a UBS Aroeiras e outros 6 usuários relataram frequentar a UBS Petrônio Portela na zona urbana. Na UBS Aroeiras, dos 19 entrevistados, 12 (63%) disseram não fazer o uso dos serviços de outra UBS, e 7 (37%) disseram frequentar também a UBS Serra Azul. Já na UBS Mearim, 14 dos 19 entrevistados (74%) disseram não utilizar os serviços de saúde em outra unidade, portanto, é a unidade de saúde que apresenta o maior percentual de utilização na própria unidade de saúde, isso quer dizer que, 14 dos 19 entrevistados na UBS Mearim utilizam apenas os serviços de saúde disponíveis nesse equipamento. No mais, 3 das 5 pessoas restantes (16%) disseram também utilizar os serviços da UBS Serra Azul e os outros 2 usuários (10%) disseram utilizar a UBS Petrônio Portela. Na UBS Libório, 8 dos 18 entrevistados (44%) disseram utilizar somente os serviços de saúde da sua unidade de referência e os outros 10 usuários disseram frequentar também a UBS Petrônio Portela.

Existe um número relevante de usuários que frequentam os serviços de atenção primária a saúde em outros equipamentos disponíveis dentro do território hipolitano além da sua unidade de saúde de referência, em especial na Unidade de Saúde Petrônio Portela localizada na sede do município, como já explicitado anteriormente. Vimos que 18 entre os 75 entrevistados na zona rural procuram atendimento na zona urbana, e lembremos também que tal equipamento de saúde atende toda a zona urbana e diversos povoados da zona rural que não fazem parte da área de abrangência das 4 unidades de saúde localizadas na zona rural, o que nos remete a questão da sobrecarga de trabalho junto a essas equipes de saúde ao tempo que é revelador de uma demanda para além do que está inicialmente programado e isso requer da necessidade de reorganização da oferta em relação a essa população rural, pois esses vêm buscando atendimento médico, ambulatorial e psicossocial todos os dias nos equipamentos da zona rural, seja pelo equipamento localizado na zona urbana estar mais próximo da residência de tais usuários do que à sua unidade de referência na zona rural.

Outra questão perceptível com base no quadro 14, é que nenhum dos 75 usuários entrevistados disseram frequentar as UBS's do Mearim e do Libório além da sua própria unidade de referência. Provavelmente isso se deve pelo fato de as duas unidades de saúde estarem localizadas nas regiões de acesso mais difícil dentro do território. Enquanto, a UBS Petrônio Portela está localizada na sede do município, a UBS Serra Azul às margens da rodovia federal BR 020, e a UBS Aroeiras às margens da PI-229, conforme a figura 9, a UBS Libório e a UBS Mearim se encontram em regiões mais longínquas da zona rural do município, o qual a população só consegue ter acesso através de estradas vicinais de terra.

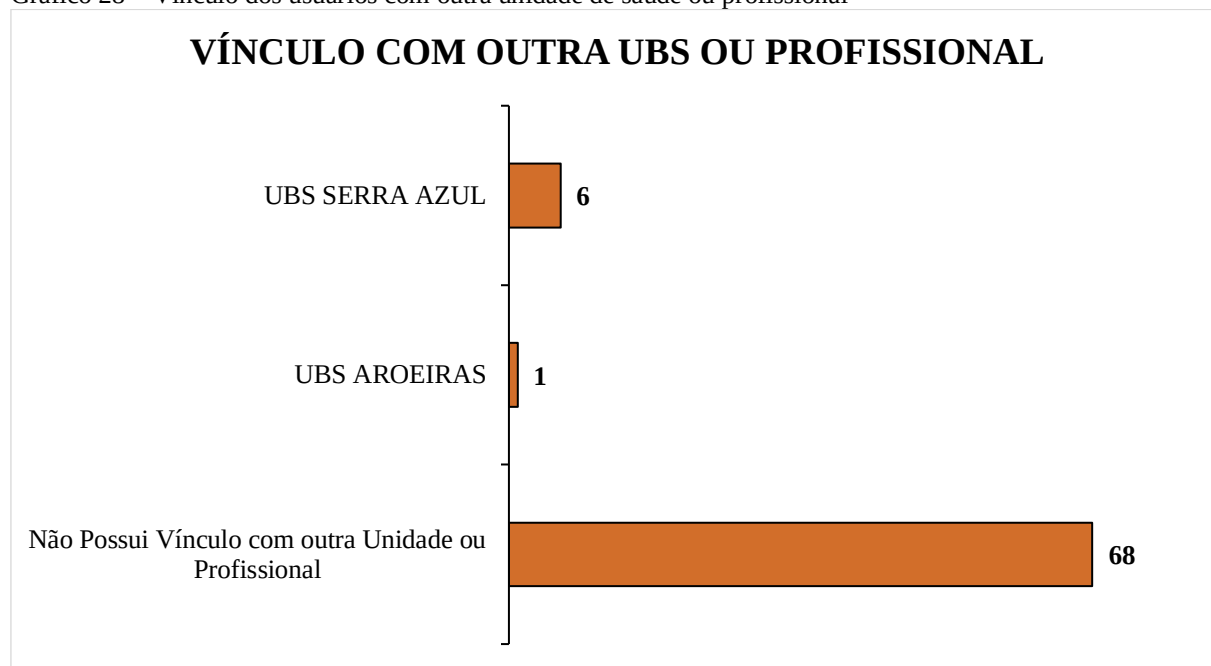
Também foi questionado se esses usuários possuíam algum tipo de vínculo com outra unidade de saúde ou com algum profissional específico. A criação de vínculo entre funcionários e usuários está relacionada a

aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, habilidades e expectativas diferentes, pois um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 359-360).

Portanto, o vínculo traz a “afetividade, ajuda e respeito; estimula a autonomia e a cidadania”, visa “a identificação das necessidades”, assim como “amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço”. O espaço aberto a participação dos usuários “deve ser utilizado para a formação de sujeitos autônomos, tanto

profissionais quanto pacientes, pois não se estabelecem vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja” (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009, p. 360).

Gráfico 28 – Vínculo dos usuários com outra unidade de saúde ou profissional



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

De forma geral, 68 dos 75 usuários disseram que não possuem nenhum tipo de vínculo com outra unidade ou algum profissional, o que aponta que 91% dos entrevistados dizem ter vínculo apenas com sua unidade de saúde. Mas anteriormente, apenas 61% dos entrevistados disseram que não frequentam outra unidade de saúde, o que tem uma discrepância de 30% entre dizer que não tem nenhum vínculo e dizer que não frequenta outra unidade, ou seja, 30% das 91% de pessoas que frequentam outra unidade de saúde, mas que não tem nenhum tipo de vínculo com tal unidade ou algum profissional do equipamento. Isso provavelmente se deve ao que eles chamam de “necessidade”: no momento em que necessitam dos serviços de saúde, estas pessoas procuram de imediato a sua unidade de referência, mas ao chegar no equipamento, não consegue o atendimento que está à procura, a partir daí ele se desloca para outra unidade de saúde em busca de “satisfazer a sua necessidade”, que no caso é resolver o problema de saúde o qual está enfrentando.

Correlacionando tais dados com a literatura apresentada, percebe-se que o vínculo dos usuários se estabelece em primeiro momento numa relação de ajuda, na tentativa de sanar as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, passando a estabelecer posteriormente

relações de respeito e afetividade entre ambas as partes, especialmente os usuários que disseram possuir um vínculo na unidade de saúde de referência em que são lotados.

Dos 9% restantes, 8% dos entrevistados (6 dos 75) disseram ter vínculo com a UBS Serra Azul, além da sua unidade de referência, e 1% disse que possui um vínculo com a UBS Aroeiras. Tais pessoas, dizem preferir acessar os serviços de saúde nessas unidades em questão do que nas suas unidades de referência por diversos motivos, seja por não ter atendimento médico, falta de medicação na unidade de referência em questão, até mesmo pelo horário que os serviços são disponibilizados.

Existem relatos, durante a entrega e respostas dos questionários, por partes dos usuários que alguns dias na semana só tem atendimento durante meio período nas UBS's, o que explicita a rotatividade de funcionários entre as unidades de saúde da zona rural. Isso quer dizer que, enquanto uma equipe de saúde realiza atendimento numa unidade de saúde em determinado dia no turno da manhã, no turno da tarde eles já se encontram em outra unidade de saúde realizando tais atendimentos, por exemplo, o que caracteriza diretamente uma barreira organizacional que dificulta o acesso dessa população aos serviços de saúde.

Quadro 15 – Vínculo com outra unidade de saúde ou profissional

REFERÊNCIA:	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Não Possui	14; 74%	18; 95%	18; 95%	18; 100%
UBS Aroeiras		1; 5%		
UBS Serra Azul	5; 26%		1; 5%	
UBS Mearim				
UBS Libório				
UBS Petrônio Portela				

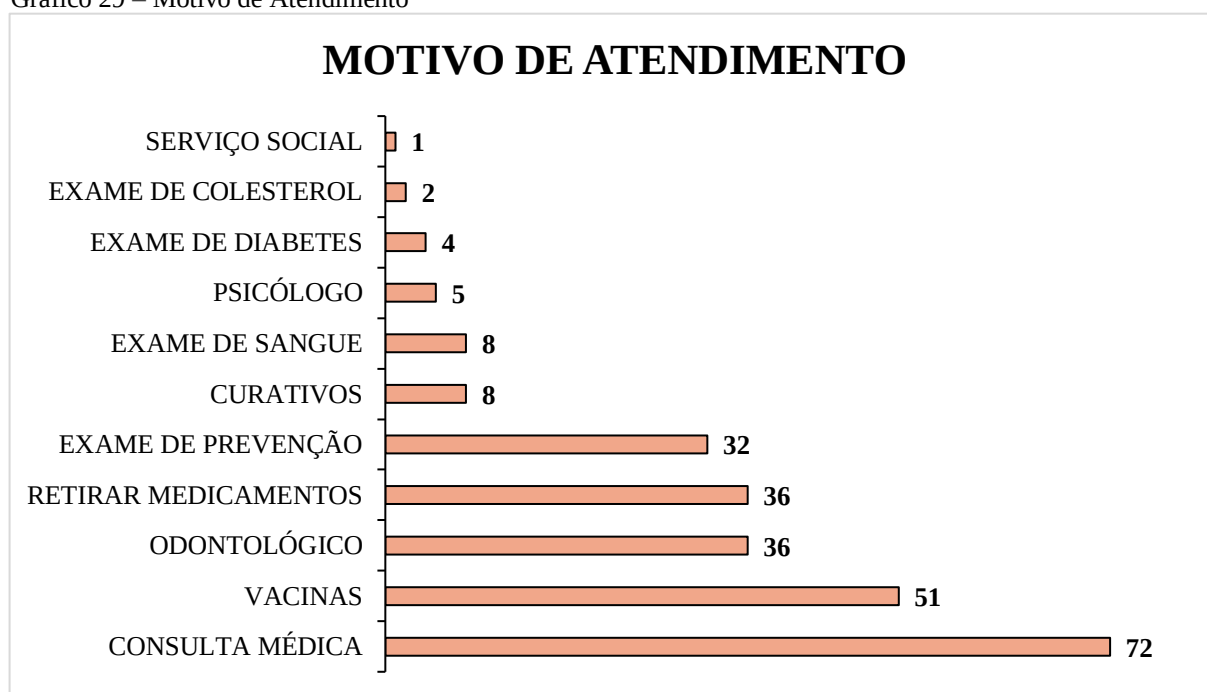
Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Observando de maneira individual, na UBS Aroeiras 14 dos 19 participantes (74%) disseram não possuir nenhum vínculo com outra unidade de saúde ou profissional, e os outros 5 usuários (26%) que tem a UBS Aroeiras como unidade de referência disseram possuir um vínculo com a UBS Serra Azul. Já na UBS Serra Azul e na UBS Mearim, a mesma quantidade de pessoas disse que não possuem vínculo com outra UBS, o que corresponde a 18 dos 19 entrevistados em cada unidade, ou seja, 95%. Apenas 1 usuário em cada unidade disse ter vínculo com outra unidade de saúde: no caso da UBS Serra Azul esse usuário disse ter um

vínculo com a UBS Aroeiras, e no caso da UBS Mearim, o usuário disse possuir um vínculo com a UBS Serra Azul.

Na UBS Libório, 100% dos entrevistados ao responder tal questionamento disseram não possuir nenhum tipo de vínculo com qualquer outra unidade de saúde, porém, como vamos perceber mais a frente, grande parte desses usuários relatam que preferem utilizar os serviços de saúde da UBS Petrônio Portela na sede do município por ficar mais próximo geograficamente das suas residências e porque sabem que no referido equipamento tem atendimento médico, ambulatorial e psicossocial de que necessitam, todos os dias, ao contrário da unidade em que estas pessoas estão lotadas.

Gráfico 29 – Motivo de Atendimento



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

O gráfico 29 expressa as principais demandas apresentadas pelos usuários que fizeram parte desta pesquisa. Sabemos que no total 75 pessoas responderam ao questionário, e para compreendermos os dados apresentados acima devemos entender que os usuários necessitam não apenas de um tipo de atendimento, a depender das suas necessidades no momento que frequentam o equipamento de saúde, pois podem necessitar de dois tipos de atendimentos, como uma consulta médica e retirar medicamento, por exemplo. Assim sendo, os dados apresentados por cada tipo de atendimento são em relação ao total de pessoas que responderam ao questionário.

Conforme se percebe, 72 dos 75 usuários (96%) que responderam ao questionário disseram que vão a unidade de saúde para uma consulta médica, o que faz esse ser o principal motivo de demanda da população rural em relação aos outros tipos de serviços ofertados nas unidades de saúde de referência. Em segundo lugar, vem a vacinação com 68% de demanda, ou seja, 51 das 75 pessoas que fizeram parte da pesquisa disseram que tomar vacina é um dos motivos de procura por atendimento nas unidades de saúde. Em seguida vem o serviço odontológico e a retirada de medicamentos, ambos com 48% em relação ao total de entrevistados (36 de 75).

Com 42% dos entrevistados (32 de 75) aparece como demanda a realização de exame de prevenção (Exame Papanicolau), seguido da realização de exames de sangue e curativo, ambos com 10% do total de entrevistados (8 de 75), atendimento psicológico com aproximadamente 6% do total de entrevistados (5 de 75), realização de teste de glicemia (diabetes) com 5% do total de entrevistados (4 de 75), realização de exame de colesterol com 2% do total de entrevistados (2 de 75) e por fim atendimento no Serviço Social com 1% do total de entrevistados (1 de 75).

Quadro 16 – Motivo de atendimento

DEMANDAS:	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Consulta Médica	18; 95%	19; 100%	19; 100%	16; 89%
Vacinas	10; 52%	19; 100%	14; 73%	8; 44%
Retirada de Medicamentos	8; 42%	8; 42%	13; 68%	7; 39%
Atendimento Odontológico	5; 26%	13; 68%	5; 26%	13; 72%
Exame Papanicolau (Prevenção)	8; 42%	9; 47%	9; 47%	6; 33%
Exame de Sangue	2; 10%		5; 26%	1; 5%
Curativos	3; 15%	4; 21%	1; 5%	
Atendimento Psicológico	1; 5%	1; 5%	1; 5%	2; 11%
Teste de Glicemia (Diabetes)	2; 10%	1; 5%	1; 5%	
Exame de Colesterol	2; 10%			
Atendimento no Serviço Social		1; 5%		

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Individualmente, percebemos que os 19 usuários que responderam ao questionário nas UBS's Serra Azul e Mearim disseram que um dos motivos para buscar atendimento é a consulta

médica, o que expressa 100% dos entrevistados nos dois equipamentos. Já na UBS Aroeiras, 18 dos 19 entrevistados (95%) disseram que vão à consulta médica, e na UBS Libório, 16 dos 18 (89%) também utilizam este tipo de serviço na unidade de saúde, o que significa dizer que há uma grande demanda por esse serviço.

O segundo serviço mais utilizado pela população em questão são as vacinas. Na UBS Serra Azul, além da consulta médica, todos os entrevistados na referida unidade disseram também utilizar o serviço de vacinas disponível no equipamento. Nas outras unidades este número varia em relação a quantidade de entrevistados por cada equipamento. Em segundo lugar, os usuários da UBS Mearim disseram utilizar as vacinas, com um percentual de 73% em relação número total de entrevistados na unidade (14 de 19 usuários). Seguindo vem a UBS Aroeiras com um percentual de 52% (10 de 19 entrevistados) e por último a UBS Libório com 44% (8 de 18 usuários).

A retirada de medicamentos vem em terceiro lugar como motivo de atendimento por parte da população nas unidades de saúde da zona rural. A UBS Mearim aparece com o maior percentual com 68% (13 dos 19 usuários entrevistados), seguido da UBS Serra Azul e UBS Aroeiras com 42% (8 dos 19 usuários entrevistados) respectivamente, e por último a UBS Libório com 39% (7 dos 18 usuários entrevistados).

O atendimento odontológico aparece em quarto lugar como motivo de atendimento nas unidades de saúde, sendo mais requisitado na UBS Libório com 72% em relação ao total de entrevistados na referida unidade (13 dos 18 entrevistados). Em seguida aparece a UBS Serra Azul com 68% (13 dos 19 entrevistados), e por último as UBS's Aroeiras e Mearim com 26% (5 dos 19 entrevistados) respectivamente.

O exame Papanicolau (Prevenção), específico para a população feminina, aparece em quinto lugar entre os principais motivos de atendimento, sendo mais requisitado nas UBS's Serra Azul e Mearim com 47% (9 dos 19 entrevistados em cada unidade) respectivamente, em seguida pela UBS Aroeiras com 42% (8 dos 19 entrevistados) e por último na UBS Libório com 33% (6 dos 18 entrevistados).

A realização de exames de sangue surge em sexto lugar como demanda de atendimento. A principal demanda ocorre na UBS Mearim com 26% (5 dos 19 entrevistados), seguida das UBS's Aroeiras com 10% (2 dos 19 entrevistados) e Libório 5% (1 dos 18 entrevistados). Já na UBS Serra Azul, nenhum dos entrevistados disse procurar o serviço para a realização de exames na unidade de saúde em questão.

A realização de curativos aparece em sétimo lugar como principal demanda de atendimento por parte dos usuários. O maior percentual dessa demanda se encontra na UBS Serra Azul com 21% (4 dos 19 entrevistados), seguido pela UBS Aroeiras com 15% (3 de 19 entrevistados) e a UBS Mearim com 5% (1 dos 19 entrevistados). No que se refere a UBS Libório, nenhum dos usuários que responderam ao questionário disseram utilizar os serviços de curativos na unidade de saúde.

O atendimento psicológico aparece em oitavo lugar como demanda para atendimento, com percentual de 11% na UBS Libório (2 dos 18 entrevistados) e com 5% nas UBS's Aroeiras, Serra Azul e Mearim (1 dos 19 entrevistados em cada unidade) respectivamente. De forma geral é um dado preocupante se comparado ao histórico de suicídios e/ou tentativas de suicídio que vem ocorrendo no município de alguns anos para cá. É uma população que historicamente não tem registro de alta procura para atendimento psicológico e que não fala sobre a importância da saúde mental, esta ainda sendo vista como um tabu.

A realização do teste de glicemia surge em nono lugar nos motivos para atendimento apresentados pelos usuários da pesquisa. Na UBS Aroeiras com 10% (2 dos 19 entrevistados) e nas UBS's Serra Azul e Mearim com 5% (1 dos 19 entrevistados) respectivamente. Já na UBS Libório, nenhum usuário que respondeu ao questionário disse solicitar o teste de glicemia (diabetes) como motivo de atendimento na unidade de saúde.

Em seguida, vem o exame de colesterol (solicitação via unidade de saúde) em décimo lugar como demanda para atendimento por parte dos sujeitos da pesquisa. Apenas na UBS Aroeiras 2 usuários dos 19 que responderam ao questionário (10%) disseram fazer a solicitação do referido exame pela unidade de saúde, e em nenhuma das outras 3 unidades os usuários sinalizaram tal solicitação como motivo para atendimento nos equipamentos de saúde.

Foi notado que ao responderem tal pergunta, há um nível baixíssimo em relação aos usuários que dizem solicitar através das unidades de saúde, pelo SUS, a realização de exames de sangue e colesterol, exames essenciais que contribuem para prevenir e/ou identificar problemas de saúde precocemente. Isso se deve pelo fato de que muitos usuários relatam que há uma demora significativa entre a solicitação e a realização desses exames pelo SUS, o que dificulta o acesso imediato a tal serviço de saúde e os leva, provavelmente, a busca de atendimentos em clínicas e laboratórios populares. Tendência, essa, observada em todo o país e que tem sustentado e feito aumentar, significativamente, a saúde privada dita “popular” que cresce, exatamente, frente ao gargalo histórico do SUS no que se refere ao atendimento da saúde de modo integral.

Por fim, em décimo primeiro lugar como demanda para atendimento vem o atendimento com o Serviço Social. Apenas um usuário da UBS Serra Azul disse procurar tal tipo de atendimento. Nas outras unidades de saúde, nenhum usuário que fez parte desta pesquisa disse procurar esse tipo de atendimento nos equipamentos em questão.

Levando em consideração que o serviço de atenção primária à saúde rural de Monsenhor Hipólito possui apenas uma equipe de saúde em cada equipamento de saúde devido a determinação do Ministério da Saúde em que “cada equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição” (BRASIL, 2021, s/p), todos os sujeitos da pesquisa afirmaram que são atendidos pela sua equipe de saúde. Essa questão foi pensada e elaborada conforme a ideia de que em cada equipamento poderia existir duas ou mais equipes de saúde para dar a devida cobertura na zona rural.

Além disso, foi questionado quais dias os usuários podem ser atendidos nas unidades de saúde. Percebe-se que conforme o quadro abaixo, existe uma grande discordância entre os usuários sobre os dias em que eles podem ser atendidos nas unidades de saúde, e isto se deve à rotatividade dos profissionais, como já abordamos neste trabalho, entre as unidades de saúde da zona rural, o que claramente torna-se um dos desafios enfrentados pelos usuários e que pode dificultar o seu acesso aos serviços de saúde.

Quadro 17 – Dias de atendimento nos equipamentos de saúde da zona rural

DIAS DE ATENDIMENTO	TOTAL DE ENTREVISTADOS
Em qualquer dia que eu for a UBS	27; 36%
Não soube informar	8; 11%
Somente Segunda-Feira	1; 1%
Somente Terça-Feira	1; 1%
Somente Quarta-Feira	2; 3%
Somente Quinta-Feira	8; 11%
Somente Sexta-Feira	4; 6%
Segunda-Feira e Quinta-Feira	1; 1%
Segunda-Feira, Quarta-Feira e Quinta-Feira	2; 3%
Segunda-Feira, Quarta-Feira e Sexta-Feira	1; 1%
Terça-Feira e Quarta-Feira	11; 15%
Terça-Feira e Quinta-Feira	3; 4%
Terça-Feira, Quarta-Feira e Quinta-Feira	1; 1%
Terça-Feira, Quinta-Feira e Sexta-Feira	1; 1%
Quarta-Feira e Quinta-Feira	3; 4%
Quarta-Feira, Quinta-Feira e Sexta-Feira	1; 1%

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Dos 75 entrevistados, 27 deles (36%) disseram ser atendidos nas unidades de saúde em qualquer dia que forem a tais equipamentos de saúde. Já 8 dos 75 (11%) disseram não saber os dias que podem ser atendidos nas UBS's pelo fato de que se muda os dias e horários de atendimento por parte da gestão local. Outras pessoas disseram que o atendimento é apenas num único dia, como somente na terça-feira (1%) ou somente na quarta-feira (3%), conforme o quadro acima.

Segundo eles, em determinada semana os atendimentos são terça-feira e quinta-feira, por exemplo, e na semana seguinte os atendimentos são em outros dias diferentes, assim como os seus horários também podem mudar. E além de haver uma inconstância nos dias de atendimento, os usuários não são notificados pela gestão municipal sobre as mudanças nos dias de atendimento.

Seria interessante a prefeitura municipal montar um plano de estratégias para a notificação aos usuários dos serviços de saúde, preferencialmente antecipada, dos dias de atendimento nas unidades, sendo um deles a notificação por grupos da rede social “WhatsApp”, e para quem não possui rede de internet e/ou o próprio aparelho celular na zona rural, o que no caso é a grande maioria, notificar via Agentes de Saúde de cada comunidade e/ou carros de som.

Quadro 18 – Dias de atendimento por UBS

DIAS DE ATENDIMENTO	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Em qualquer dia que eu for a UBS	4; 21%	11; 58%	5; 27%	7; 39%
Não soube informar		3; 16%	5; 27%	
Somente Segunda-Feira	1; 5,2%			
Somente Terça-Feira	1; 5,2%			
Somente Quarta-Feira	2; 10%			
Somente Quinta-Feira	1; 5,2%			7; 39%
Somente Sexta-Feira				4; 22%
Segunda-Feira e Quinta-Feira			1; 5%	
Segunda-Feira, Quarta-Feira e Quinta-Feira		2; 10,5%		
Segunda-Feira, Quarta-Feira e Sexta-Feira	1; 5,2%			
Terça-Feira e Quarta-Feira	9; 48%		2; 10%	
Terça-Feira e Quinta-Feira			3; 16%	
Terça-Feira, Quarta-Feira e Quinta-Feira			1; 5%	

Terça-Feira, Quinta-Feira e Sexta-Feira			1; 5%	
Quarta-Feira e Quinta-Feira		2; 10,5%	1; 5%	
Quarta-Feira, Quinta-Feira e Sexta-Feira		1; 5%		

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

O quadro 18 mostra os dias que, segundo a população, podem ser atendidos nas unidades de saúde da zona rural. Observando a divisão por cada unidade de saúde, é visto que nesse âmbito há uma desinformação entre os usuários sobre os dias que eles podem ser atendidos nos equipamentos de saúde, assim como foi constatado anteriormente. Grande parte diz que pode ser atendida em qualquer dia que for na UBS de referência, outros dizem que não sabem informar os dias corretos que tem atendimento, outros dizem que só tem atendimento em três dias na semana (variando entre segunda e sexta), e por fim, outros dizem que só podem ser atendidos num único dia da semana (também variando de segunda a sexta), o que me leva a questionar se as unidades de saúde da zona rural de Monsenhor Hipólito abrem todos os dias. Se sim, tem atendimento médico, ambulatorial, psicossocial e odontológico todos os dias? Se não, por que não tem atendimento todos os dias da semana?

Quadro 19 – As unidades de saúde abrem todos os dias da semana?

UBS'S ABREM TODOS OS DIAS	
Sim	70; 93%
Não	5; 7%
TOTAL	75

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Segundo 93% dos usuários que fizeram parte desta pesquisa, certa de 70 (93%) disseram que as unidades de referência que frequentam na zona rural de Monsenhor Hipólito abrem todos os dias, e 7% (cerca de 5 usuários) disseram que as UBS's não abrem todos os dias da semana. Mesmo que o percentual dos usuários que disseram “sim” seja bem maior do que os que disseram “não”, isso não quer dizer que tenha atendimento todos os dias em período integral nas unidades de saúde. Vale lembrar que durante o processo de responder e entregar os questionários muitos usuários relataram que as unidades de saúde podem até abrir todos os dias da semana, mas que não necessariamente tenha atendimento por um possível rodízio de profissionais entre as UBS's da zona rural. Ou seja, enquanto uma determinada equipe de saúde (médico, técnico de enfermagem, enfermeiro, assistente social, psicólogo, odontólogo, etc.)

atende na segunda-feira no turno da manhã na UBS Aroeiras, a tarde essa equipe se desloca para fazer atendimento na UBS Mearim, por exemplo.

Quadro 20 – Abertura por unidade de saúde (todos os dias)

UBS ABRE TODOS OS DIAS	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL
Sim	18; 95%	19; 100%	17; 90%	16; 89%	70
Não	1; 5%		2; 10%	2; 11%	5
TOTAL	19	19	19	18	75

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Ao observarmos se as unidades de saúde da zona rural abrem todos os dias, percebemos que em cada UBS há um percentual significativo ao dizer que “sim”, por parte dos usuários. Apenas na UBS Serra Azul todos os usuários disseram que a unidade abre de segunda a sexta, ou seja, 100% dos entrevistados no equipamento. Na UBS Aroeiras, 95% dos entrevistados disseram que a unidade abre todos os dias, e cerca de 90% e 89% dos entrevistados nas UBS’s Mearim e Libório, respectivamente, disseram que as unidades abrem todos os dias. Assim, permanece uma margem entre 5% a 11% das pessoas que disseram que as unidades de saúde não abrem todos os dias.

Isso responde uma das principais questões norteadoras para a realização desta pesquisa: As UBS’s possuem infraestrutura, recursos humanos e administrativos disponíveis e suficientes para o atendimento integral, equitativo, igualitário e de qualidade, conforme preconiza a Lei 8.080/1990 do Sistema Único de Saúde? Claramente é visto que não. Um atendimento integral deve ser realizado todos os dias da semana (segunda a sexta) no período de 8h diárias (07:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00) de forma contínua, com uma equipe de saúde disponível em cada equipamento de saúde, o que incide diretamente no acesso da população aos serviços de saúde.

Durante a realização da pesquisa, observou-se que em questão de infraestrutura (local), dentre as unidades de saúde que ficam localizadas na zona rural do município, apenas as UBS’s Mearim e Libório possuem uma estrutura para comportar mais de 10 pessoas em seu ambiente de atendimento. As UBS’s Serra Azul e Aroeiras deixam a desejar quanto ao espaço de atendimento por ter seu ambiente muito reduzido e que não chega a comportar 10 usuários na espera do atendimento, e isso se agrava principalmente no período da pandemia da Covid-19 o qual é necessário realizar o distanciamento social para barrar o vírus.

No que se refere ao perfil de morbidade, ou seja, os tipos de doenças que incidem sobre a população da zona rural de Monsenhor Hipólito, observam-se no quadro abaixo que 39 das

75 (52%) pessoas entrevistadas disseram não possuir nenhum tipo de doença que necessita de acompanhamento pela equipe de saúde, os outros 48% (36 dos 75) disseram possuir algum tipo de doença.

Quadro 21 – Perfil de morbidade da população rural de Monsenhor Hipólito

MORBIDADES	TOTAL
Não tem	39
Hipertensão	17
Colesterol Alto	14
Osteoporose	7
Diabetes	6
Câncer	4
Asma	3
Sinusite	3
Problema Cardíaco	2
Cistite Crônica	1
Artrose	1
Catarata	1
Alergia Crônica	1
Rinite	1
Epilepsia	1
Gastrite	1
Doença na Pele	1

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Antes de se fazer tal análise é preciso entender que ao responder tal pergunta, os usuários poderiam marcar mais de um tipo de doença se a tivesse. Ou seja, os dados apresentados por cada tipo de doença são em relação ao total de pessoas que responderam ao questionário e que disseram possuir algum tipo de doença, portanto um total de 36 usuários que se refere aos 100% dos usuários com problemas de saúde. Assim, as doenças que mais ocorrem na população da zona rural hipolitana são: 1- Hipertensão em 47% das pessoas que disseram possuir alguma doença (17 de 36 entrevistados); 2- Colesterol Alto em 39% dos usuários que disseram possuir alguma doença (14 de 36 entrevistados); 3- Osteoporose em 19% das pessoas que disseram possuir alguma doença (7 de 36 entrevistados); 4- Diabetes em 16% dos usuários que disseram possuir alguma doença (6 de 36 entrevistados); 5- Algum tipo de câncer em 11% das pessoas que disseram possuir alguma doença (4 de 36 entrevistados); 6- Asma em 8% dos usuários que disseram possuir alguma doença (3 de 36 entrevistados); 7- Sinusite em 8% das pessoas que disseram possuir alguma doença (3 de 36 entrevistados); 8- Problema cardíaco em 5% dos usuários que disseram possuir alguma doença (2 de 36 entrevistados); e por fim, 9- Cistite

crônica, artrose, catarata, alergia crônica, rinite, epilepsia, gastrite e doença de pele, todas em aproximadamente 3% dos usuários que disseram possuir alguma doença (1 de 36 entrevistados).

Relacionando esses dados com o panorama nacional é observado que, segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010 apud BRASIL, 2013, p. 19) a Hipertensão Arterial Sistêmica³⁵ (HAS) tem uma prevalência no Brasil que “varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos”. Já a Diabetes³⁶ Mellitus tinha prevalência em cerca de 16,8 milhões de brasileiros de 20 a 79 anos, segundo dados do Atlas IDF 2019 divulgado no site da Sociedade Brasileira de Diabetes (2021). Assim, são dois tipos de doença que prevalecem em grande parte da população brasileira, e se apresentam em grande evidência na população rural hipolitana que tem algum tipo de doença crônica.

O perfil de morbidade é claro: a maioria das pessoas que frequentam os serviços de saúde da zona rural hipolitana têm hipertensão, possuem colesterol alto, têm diabetes, possuem alguma doença nos ossos como osteoporose e artrose, têm ou já tiveram câncer, possuem problemas respiratórios como alergia crônica, rinite e sinusite, etc.

Quadro 22 – Perfil de morbidade por unidade de saúde

PERFIL DE MORBIDADE	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL
Não tem	7	15	8	9	39
Hipertensão	5	1	5	6	17
Colesterol Alto	4		6	4	14
Osteoporose	4		2	1	7
Diabetes	2		3	1	6
Câncer	3		1		4
Asma	1		2		3
Sinusite	1	1	1		3
Problema Cardíaco				2	2
Cistite Crônica		1			1
Artrose			1		1
Catarata	1				1
Alergia Crônica	1				1
Rinite		1			1
Epilepsia			1		1

³⁵ Segundo o Ministério da Saúde (2013) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) nada mais é do que “uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010 apud BRASIL, 2013, p. 19).

³⁶ Segundo o Ministério da Saúde (2021), a Diabetes Mellitus (DM) é “uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos”.

Gastrite				1	1
Doença na Pele				1	1

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Observando tais dados por cada unidade de saúde temos que: Na UBS Aroeiras, 7 dos 19 entrevistados disseram que não possui nenhum tipo de doença, restando 12 que disseram possuir algum tipo de doença. Sendo assim, a morbidade que mais se apresenta no quadro da UBS Aroeiras é a hipertensão com aproximadamente 41% das pessoas que são atendidas nessa unidade e que possuem algum tipo de doença (5 de 12 entrevistados), seguida por colesterol alto e osteoporose, ambos apresentam em 33% dos usuários que possuem algum tipo de doença (4 de 12 entrevistados). Em terceiro lugar, vem o câncer com 25% (3 de 12 entrevistados), seguida por diabetes com 16% (2 de 12 entrevistados), e por fim, asma, sinusite, catarata e alergia crônica, todos com aproximadamente 8% (1 de 12 entrevistados).

Na UBS Serra Azul, 15 dos 19 entrevistados disseram não possuir nenhum tipo de doença, restando apenas 4 usuários que disseram possuir. Assim, uma pessoa disse ser hipertensa (1 de 4 entrevistados), um usuário disse ter sinusite (1 de 4 entrevistados), uma pessoa disse ter cistite crônica (1 de 4 entrevistados) e um usuário disse ter rinite (1 dos 4 entrevistados). Cada um correspondem a 25% das pessoas que disseram possuir alguma doença e são atendidos na UBS Serra Azul.

Na UBS Mearim, 8 dos 19 entrevistados disseram não possuir nenhum tipo de doença, o que resta 11 usuários que contém alguma doença. Dos 11 usuários, 6 disseram possuir colesterol alto (54%), 5 dos 11 entrevistados disseram ser hipertensos (45%), 3 dos 11 disseram ser diabéticos (27%), 2 dos 11 entrevistados disseram ter osteoporose (18%), assim como 2 dos 11 entrevistados disseram possuir asma (18%). Um dos 11 entrevistados disse ter câncer (9%), assim como 1 dos 11 usuários disse ter sinusite (9%). Uma pessoa dos 11 usuários disse ter artrose (9%), e 1 usuário dos 11 entrevistados disse ter epilepsia (9%).

Já na UBS Libório, 9 dos 18 usuários que responderam à pesquisa disseram não possuir nenhuma doença. Dos 9 que possuem, 6 disseram ser hipertensos (66%). Quatro dos 9 usuários que disseram possuir alguma doença disseram ter colesterol alto (44%), 2 dos 9 disseram ter problema cardíaco (22%). Uma pessoa dos 9 disse ter osteoporose (11%), assim como uma pessoa dos 11 entrevistados que possuem alguma doença disse ser diabética. Por fim, um usuário dos 11 entrevistados disse ter gastrite (11%) e um usuário disse ter alguma doença na pele (11%).

Destarte, observando separadamente as unidades de saúde, vemos que a UBS Aroeiras é a que apresenta mais usuários com doenças (12 de 19 entrevistados). Dá para entender que o perfil de morbidade apresentado na unidade em questão são usuários que têm hipertensão, colesterol alto e que possuem osteoporose. Em segundo lugar vem a UBS Mearim com 11 usuários que apresentam doenças (11 de 19 entrevistados): eles possuem colesterol alto, são hipertensos e diabéticos. Em terceiro lugar, a UBS Libório com 9 usuários (9 de 18 entrevistados): são usuários hipertensos, possuem colesterol alto e são cardíacos. E por último, a unidade que possui menos usuários com algum tipo de doença é a UBS Serra Azul. No total são 4 pessoas (4 de 19 entrevistados), um com sinusite, um hipertenso, um com rinite e outro com cistite crônica.

Quadro 23 – Localidade de realização do tratamento da doença

REFERÊNCIA	TOTAL GERAL	TOTAL DOS USUÁRIOS QUE FAZEM TRATAMENTO
Não tem doença	39; 52%	
Localmente	25; 33%	25; 69%
Picos	5; 7%	5; 14%
Teresina	6; 8%	6; 17%
TOTAL	75	36

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Sabemos que 39 dos 75 usuários (52%) que fizeram parte desta pesquisa disseram não possuir nenhuma doença, o que resta 36 dos 75 entrevistados (48%) com algum tipo de doença. Nesse contexto, foi questionado a essas 36 pessoas se o tratamento para as doenças a qual elas são acometidas é feito nas unidades de saúde de referência onde são atendidos, ou seja, é tratado localmente ou se é necessário se deslocar para outra cidade com uma maior estrutura (infraestrutura, recursos humanos e administrativo) para a realização do tratamento necessário.

Sendo assim, 25 das 36 pessoas (69%) que disseram possuir algum tipo de doença fazem o tratamento nas suas unidades de saúde de referência, ou seja, localmente. Já 17% dos usuários que possuem doenças (6 dos 36 entrevistados) disseram se deslocar para Teresina, maior metrópole do estado do Piauí e com uma gama de serviços em saúde que estão disponíveis apenas na capital, como por exemplo, os serviços de tratamento de câncer, entre outros. Por fim, 5 dos 36 usuários (14%) que possuem alguma doença disseram se deslocar para Picos/PI, cidade de referência da região do Vale do Guaribas, a qual Monsenhor Hipólito faz parte, com maior estrutura de serviços especializados, bem como de serviços de emergência.

Quadro 24 – Localidade de realização do tratamento da doença por UBS

REFERÊNCIA	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL
Localmente	6; 16,66%	2; 5,56%	8; 22,22%	9; 25%	25; 69,44%
Picos	2; 5,56%	1; 2,78%	2; 5,56%		5; 13,89%
Teresina	4; 11,11%	1; 2,78%	1; 2,78%		6; 16,67%
TOTAL	12	4	11	9	36

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

De maneira individual, é possível observar que todos os 9 usuários da UBS Libório que possuem alguma doença (9 dos 36 entrevistados) disseram tratar tais doenças na própria unidade de saúde em que são atendidos diariamente, ou seja, localmente, o que corresponde a 25% do total de pessoas que possuem doenças. Em seguida, vem a UBS Mearim com 22,22% das pessoas que disseram ter alguma doença (8 dos 36 entrevistados) ao tratá-la no próprio equipamento de saúde. Já 16,66% dos usuários da UBS Aroeiras (6 dos 36 entrevistados) disseram tratar a doença a qual estão acometidos na própria unidade de saúde, e por fim, 5,56% dos usuários da UBS Serra Azul (2 dos 36 entrevistados) fazem o tratamento no próprio equipamento de referência em saúde.

Dois dos usuários da UBS Aroeiras (5,56%) e dois dos usuários da UBS Mearim (5,56%) disseram se deslocar para a cidade de Picos/PI para fazer o acompanhamento e atendimento dos tipos de doenças que possuem, e apenas um usuário da UBS Serra Azul (2,78%) disse se deslocar da sua residência para fazer tal tratamento.

No que concerne se deslocar para Teresina/PI, 4 usuários da UBS Aroeiras (11,11%) dizem fazer esse percurso para a realização de tratamento de alguma doença, assim como 1 usuário da UBS Serra Azul (2,78%) e um usuário da UBS Mearim (2,78%). Mas, e quanto a distância que essas pessoas percorrem para conseguir tal atendimento fora dos limites territoriais do município de Monsenhor Hipólito/PI? Esses usuários têm condições objetivas de se deslocar (transporte) e fazer esse tratamento? A gestão municipal garante as condições objetivas para o deslocamento dessas pessoas? O tratamento é pago ou pelo SUS? O quanto isso pode causar impacto no acesso aos serviços de saúde dessa população? Conforme o quadro 25, podemos ver a distância que os usuários disseram percorrer das suas residências à Picos e/ou Teresina para a realização dos tratamentos.

Quadro 25 – Distância percorridas pelos usuários para realização do tratamento de saúde

DISTÂNCIA (KM)		60	70	76	380	400	410	TOTAL
CIDADE	Picos	2	2	1				5

	Teresina				4	1	1	6
TOTAL		2	2	1	4	1	1	11

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Percebe-se que 2 dos 5 usuários que se deslocam para o município de Picos, percorrem uma distância de 60 km para ter acesso ao tratamento da doença que são acometidos. O “usuário 1” que percorre essa distância disse que: “o acesso é difícil porque não consigo pelo SUS, então além de ter que pagar pelo tratamento, o custo para se deslocar é enorme, pois não recebo ajuda de custo por parte da gestão municipal, assim como também as condições econômicas não permitem ser assistido com frequência e de maneira adequada”. Já o “usuário 2” que se desloca 60 km até Picos disse que consegue realizar o tratamento “facilmente e não encontro nenhum tipo de dificuldade para ter acesso ao serviço de saúde o qual necessito”.

O “usuário 1” que percorre 70 km até a cidade de Picos/PI para o tratamento da sua morbidade disse que: “normalmente o acesso não é fácil, porque necessito de transporte para me deslocar até o local do tratamento, como também não há disponibilidade de transporte por parte da saúde municipal para quem necessita fazer tratamento em Picos”. O “usuário 2” que também percorre 70 km para fazer tratamento disse que: “não encontro dificuldades para ter acesso ao serviço de saúde o qual necessito e não tem disponível na minha unidade de saúde de referência”.

O único usuário que relatou percorrer 76 km da sua residência até o local de tratamento da doença a qual possui, disse: “faltar transporte para percorrer tal distância, o que dificulta ainda mais o acesso ao serviço de saúde o qual necessito”.

Diante desses depoimentos relativos à dificuldade que os usuários encontram para ter acesso aos serviços de saúde que não estão disponíveis na rede de atenção primária do município e necessitam se deslocar até outra cidade para conseguir tratamento, leva-nos a refletir se os princípios que regem o Sistema Único de Saúde brasileiro estão sendo implementados com vista a garantir a integralidade da assistência à saúde da população.

A integralidade de assistência é um dos principais princípios que regem o SUS segundo a Lei nº 8.080/1990. Diz respeito a um “conjunto **articulado** e **CONTÍNUO** de ações e serviços em todos os níveis de complexidade” (BRASIL, 1990, s/p). Porém, tais níveis de complexidade devem ser entendidos não apenas em si mesmos, mas também como níveis que compõem um sistema e que devem dialogar entre si através do que chamamos de referência e contrarreferência.

A referência diz respeito ao encaminhamento de um nível de complexidade para outro, para o usuário ter acesso ao tipo de serviço adequado e resolver o seu problema de saúde, e é justamente por isso que a integralidade de assistência é definida como um conjunto contínuo de ações e serviços, e a contrarreferência é o retorno referente a resolução dos casos encaminhados para o outro nível de complexidade.

A questão que fica aqui é que, mesmo que o usuário seja encaminhado para outro nível de complexidade na tentativa de resolver seus problemas de saúde, muitos vão encontrar dificuldades para ter uma integralidade de assistência aos serviços de saúde a que tanto necessitam, principalmente se tais serviços são disponibilizados somente em outras cidades, como Picos e Teresina, as quais ficam a uma distância considerável do território hipolitano.

Ainda com base nos dados apresentados no quadro 25, foi observado que quatro pessoas das 6 que disseram se deslocar para a cidade de Teresina/PI para fazer algum tipo de tratamento, percorrem uma distância de 380 km. No que se refere as dificuldades e potencialidades do acesso a esse serviço (tratamento da doença) o qual são acometidos, o primeiro usuário que percorre 380 km da sua residência até a cidade de Teresina, relatou que o acesso ao tratamento é difícil porque: “além de ser bem distante, não tenho uma condição financeira favorável para ir e ficar num espaço confortável, como um hotel por exemplo. Então é necessário ficar numa pensão alugada pela prefeitura de Monsenhor, dormir num espaço minúsculo com muitos outros pacientes de outras cidades, o que torna bem mais perigoso no período de pandemia. Além de tudo isso, como o tratamento é pelo SUS, e na capital, tem gente de todo o estado do Piauí e do estado do Maranhão³⁷ que faz tratamento no mesmo hospital, então as filas são gigantes”. O segundo usuário que percorre os 380 km até Teresina relatou que: “é difícil o acesso ao tratamento porque preciso de transporte para me deslocar, além de que a minha condição financeira é limitada, e ainda é necessário um acompanhante e nem todas as pessoas querem deixar sua casa e seu trabalho por uma semana para me acompanhar no tratamento”. O terceiro e o quarto usuário, que percorrem os 380 km, disseram que o acesso ao tratamento da doença é de: “fácil acesso e que não tenho nenhuma dificuldade”.

O único usuário que disse percorrer 400 km da sua residência até Teresina relatou possuir dificuldades no acesso a tal serviço: “por vezes não consegui transporte pela prefeitura, por ter uma condição financeira limitada para pagar o deslocamento e comida, além de conseguir um local para ficar os dias necessários para fazer o tratamento”, já que é muito

³⁷ OBS: A cidade de Teresina fica localizada no Centro-Norte do estado do Piauí e faz divisa com o estado do Maranhão, especificamente com a cidade de Timon/MA.

distante para uma pessoa sair da sua casa, percorrer 400 km, fazer o tratamento e voltar no mesmo dia.

Por fim, o único usuário que disse percorrer 410 km até Teresina relatou que tem dificuldades na questão do: “deslocamento (transporte) e ter uma condição financeira limitada”.

De modo geral, as principais dificuldades encontradas por esses usuários que fazem tratamento de alguma doença, são: conseguir transporte para se deslocarem, que para a cidade de Picos não é disponibilizado pela prefeitura de Monsenhor Hipólito; e para Teresina, por vezes não conseguem por não ter vagas suficientes no (a) carro/van. Considera-se ainda que a maioria dos usuários que necessitam se deslocar da zona rural hipolitana para Teresina são trabalhadores rurais, ou seja, sua renda vem do que a agricultura e pecuária oferecem, muitos possuem uma condição financeira bem limitada para o custeio de passagens, comida e pensão/hotel em Teresina para fazer tais tratamentos, o que por vezes nem chegam a ir no período correto que deveria para a realização do tratamento. Ou seja, mesmo o tratamento sendo ofertado pelo SUS, a maioria não tem condições objetivas de se deslocar, nem condições financeiras para isso, pois as vezes a gestão municipal garante o deslocamento, mas por vezes não – por ter uma demanda muito alta comparado a oferta do serviço – e isso pode gerar iniquidade no acesso aos serviços de saúde desses usuários, ou seja, ao não atendimento/acesso dessas pessoas ao serviço que necessitam.

Considerando a distância e a dificuldade financeira dos usuários e por consequência a iniquidade no acesso a tais serviços de saúde, fica claro que o município não apresenta uma política de acolhimento para tais usuários. Porém, há de se questionar o porquê do município não utilizar, ou se utilizar, não divulgar para toda a população sobre o serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) implementado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 55/1999 que visa “garantir acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais de outro município” (BRASIL, 1999, s/p).

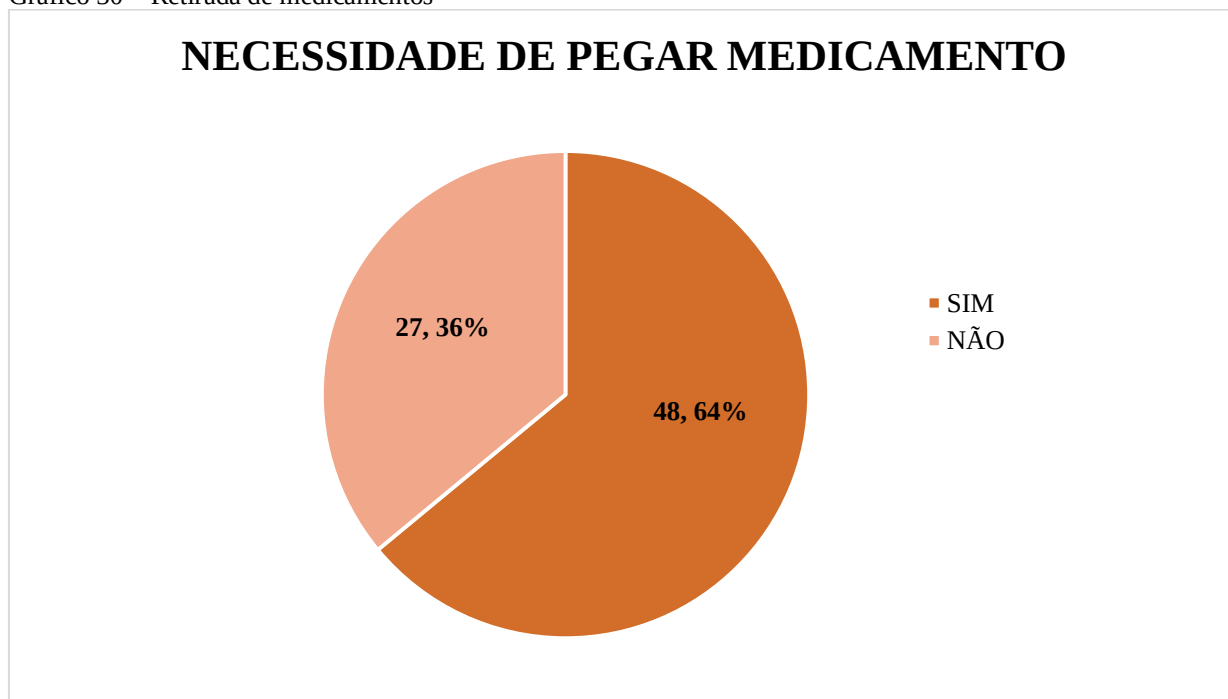
O serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é disponibilizado para usuários que se deslocam acima de 50 km para ter acesso aos serviços assistenciais de saúde, ficando vedado, ou seja, proibido o “pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 Km de distância e em regiões metropolitanas” (BRASIL, 1999, s/p). Ainda segundo o art. 4º da portaria, as “despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado”.

Portanto, como o município de Monsenhor Hipólito fica localizado entre 60 e 70 km de distância da cidade de Picos e a no mínimo 380 km da cidade de Teresina, principais municípios de procura para realização de tratamento, os usuários estariam assim respaldados pela portaria em questão.

Aqui as barreiras geográficas, de informação e financeiras do acesso ao serviço especializado aparecem explicitamente, o que nos faz concordar com Travassos e Castro (2012, p. 186-187) quando dizem: “da ótica do espaço físico, em geral, quanto maior a distância, menor a utilização de serviços de saúde”.

Foi questionado aos usuários se eles necessitam retirar medicamentos periodicamente nas unidades de saúde que frequentam. Com base no gráfico abaixo, observa-se que 48 dos 75 usuários disseram que não necessitam retirar medicação, ou seja, 64% dos entrevistados. E os outros 27 retiram medicação nos equipamentos de saúde, ou seja, 36% dos usuários que fizeram parte desta pesquisa.

Gráfico 30 – Retirada de medicamentos



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

De maneira individual, percebe-se que em cada unidade de saúde, existe um percentual significativo de usuários que necessitam pegar medicamentos nos equipamentos de saúde. Na UBS Aroeiras, 13 dos 19 entrevistados (68,5%) disseram necessitar de tal medicação, assim como 10 dos 19 entrevistados na UBS Serra Azul (52,64%), 15 dos 19 entrevistados (79%) na UBS Mearim, e 10 dos 18 entrevistados na UBS Libório com 56%. Portanto, a população da

UBS Mearim apresenta um percentual maior em retirar medicamentos, seguida pela UBS Aroeiras, a UBS Libório e por fim a UBS Serra Azul.

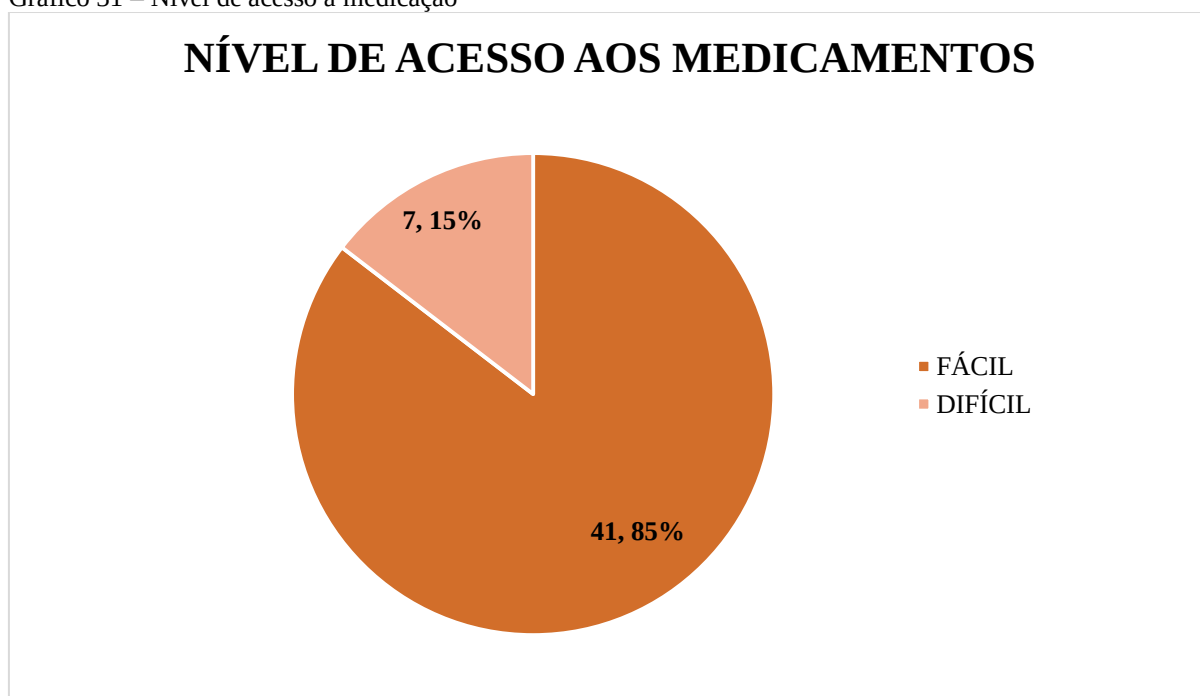
Quadro 26 – Necessidade de pegar medicação por UBS

NECESSIDADE DE PEGAR MEDICAÇÃO	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Sim	13; 68,5%	10; 52,64%	15; 79%	10; 56%
Não	6; 31,5%	9; 47,36%	4; 21%	8; 44%
TOTAL	19	19	19	18

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

A partir dos percentuais de necessidade de adquirir medicamentos pelas unidades de saúde, observa-se a seguir, com base no total de usuários que retiram medicamentos nos equipamentos de saúde (48 dos 75 entrevistados), o nível de dificuldade ou facilidade para ter acesso desses usuários a tal serviço de saúde.

Gráfico 31 – Nível de acesso a medicação



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Dos 48 usuários que disseram retirar medicamentos nas unidades de saúde, 41 disseram ter acesso facilmente, ou seja, 85%, e 7 dos 48 usuários (15%) que retiram medicamentos disseram enfrentar dificuldades em ter acesso a esse tipo de serviço, isso porque, segundo os usuários, na maioria das vezes, os medicamentos ficam retidos na sede da atenção primária do município e não são distribuídos entre as unidades de saúde onde deveriam estar armazenados

pelo fato de que os medicamentos são furtados durante a noite nas unidades de saúde da zona rural, em especial a UBS Mearim. Além da falta de medicamentos, há uma constante troca de fabricantes de uma mesma medicação disponibilizada pelas unidades de saúde, o que causa certa desconfiança por parte dos usuários de pegar o medicamento para o tratamento de alguma doença.

Individualmente, dos 10 usuários que disseram necessitar de medicação na UBS Libório 100% afirmam ter acesso facilmente. A UBS Mearim aparece em segundo lugar com 94% (14 dos 15 entrevistados), seguida pela UBS Aroeiras com 84,6% (11 dos 13 usuários), e por último a UBS Serra Azul com 60% dos entrevistados (6 de 10). Os níveis de dificuldade em retirar a medicação têm maior percentual na UBS Serra Azul com 40% (4 dos 10 usuários que retiram medicamentos), seguida pela UBS Aroeiras com 15,4% (2 dos 13 entrevistados), e por último a UBS Mearim com 6% (1 dos 15 entrevistados que retiram medicamentos).

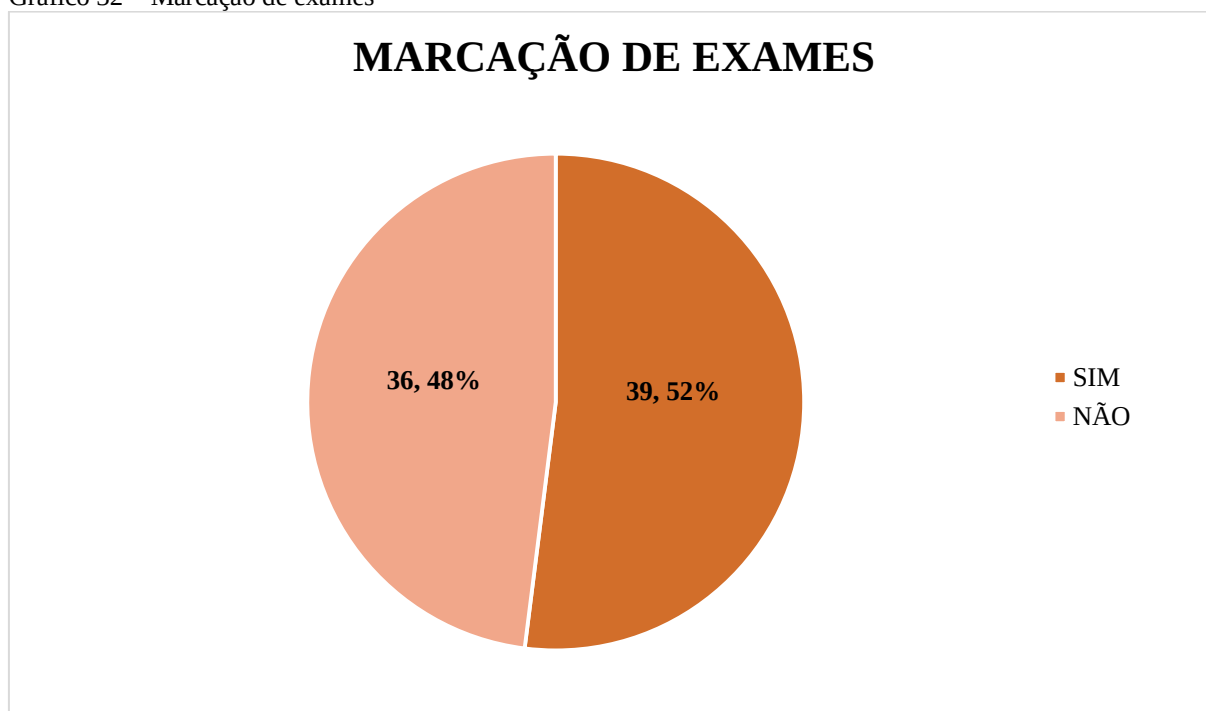
Quadro 27 – Nível de acesso a medicação por UBS

NÍVEL DE ACESSO A MEDICAMENTOS	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Difícil	2; 15,4%	4; 40%	1; 6%	
Fácil	11; 84,6%	6; 60%	14; 94%	10; 100%
TOTAL	13	10	15	10

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Foi questionado aos usuários dos equipamentos de saúde se já tentaram e/ou realizaram marcação de exames através das UBS's. 39 dos 75 entrevistados disseram que sim, o que corresponde a um percentual de 52%, e os outros 36 disseram não utilizar os serviços de marcação de exame pelas unidades de saúde.

Gráfico 32 – Marcação de exames



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Quando se olha o percentual de pessoas que disseram tentar e/ou marcar exames pela unidade de saúde de referência, percebe-se que o maior se refere a UBS Serra Azul com 74% (14 dos 19 entrevistados), seguida pelas UBS's Aroeiras e Mearim, ambas com 47% (9 dos 19 entrevistados), e por último a UBS Libório com 39% dos entrevistados (7 dos 18 usuários). Já nos percentuais dos usuários que disseram não marcar exames pelos equipamentos de saúde da zona rural, é observado que a UBS Libório tem o maior percentual de pessoas com 61% (11 dos 18 entrevistados), seguida pelas UBS's Aroeiras e Mearim, ambas com 53% (10 dos 19 entrevistados) e por último a UBS Serra Azul com 26% (5 dos 19 entrevistados).

Quadro 28 – Marcação de exames por UBS

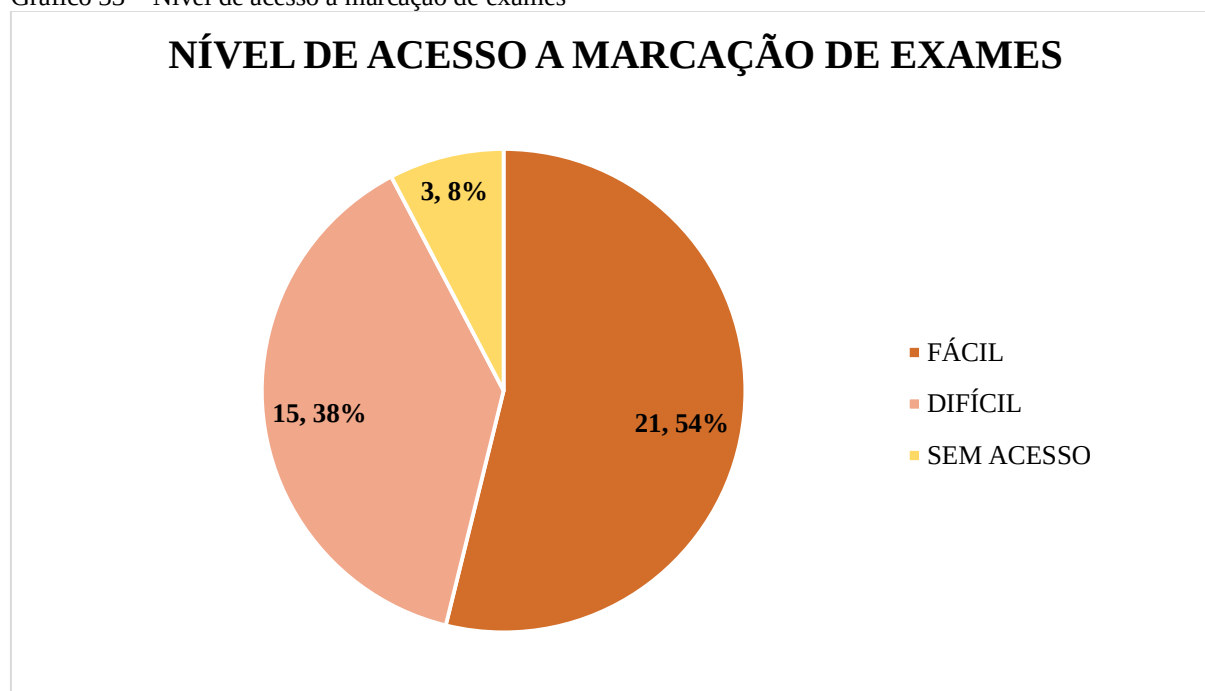
MARCAÇÃO DE EXAMES	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Sim	9; 47%	14; 74%	9; 47%	7; 39%
Não	10; 53%	5; 26%	10; 53%	11; 61%
TOTAL	19	19	19	18

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Com base na quantidade de usuários que disseram que tentam e/ou realizam a marcação de exames pelas unidades de saúde, ou seja, dos 39 usuários que necessitam desse serviço, 21 disseram acessá-lo facilmente (54%), já 15 dos 39 usuários (38%), disseram que o acesso a marcação de exames é difícil, e 3 dos 39 usuários (8%) disseram tentarem e não conseguirem

o acesso a esse serviço, ou seja, sem acesso a marcação de exames pelo sistema primário de saúde brasileiro. Isso se deve pelo fato de que há uma burocratização no processo de entrega de documentos, filas intermináveis de pedidos de realização de exames no sistema do SUS, falta de informação por parte da população de como todo o processo funciona, bem como falta de orientação aos usuários por parte da gestão de como devem proceder, entre outros.

Gráfico 33 – Nível de acesso a marcação de exames



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Observando as unidades de saúde individualmente, e levando em consideração o número de pessoas que disseram tentar e/ou conseguir marcar exames pelos equipamentos de saúde, percebe-se que: 78% dos usuários da UBS Mearim que tentaram marcar exames (7 dos 9 usuários) disseram que foi fácil acessar tal serviço, seguida pela UBS Serra Azul com 50% (7 dos 14 usuários), a UBS Aroeiras com 44,5% (4 dos 9 usuários), e por fim a UBS Libório com 43% (3 dos 7 usuários). É evidenciado que, com exceção da UBS Mearim, todas as outras unidades de saúde apresentaram o mesmo percentual entre os níveis de facilidade e dificuldade para ter acesso ao serviço de marcação de exames pelos equipamentos.

Quadro 29 – Nível de acesso a marcação de exames por UBS

NÍVEL DE ACESSO A MARCAÇÃO DE EXAMES	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Fácil	4; 44,5%	7; 50%	7; 78%	3; 43%
Difícil	4; 44,5%	7; 50%	1; 11%	3; 43%

Sem acesso	1; 11%		1; 11%	1; 14%
TOTAL	9	14	9	7

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Quanto a dificuldade no acesso a marcação de exames, a UBS Serra Azul apresenta um percentual de 50%, ou seja, 7 dos 14 usuários, que disseram marcar exames pela unidade de saúde afirmaram apresentar dificuldades para ter acesso a esse tipo de serviço. A UBS apresenta um percentual de 44,5% (4 dos 9 usuários), seguida pela UBS Libório com 43% (3 dos 7 usuários), e por fim, a UBS Mearim com um percentual de 11%, ou seja, 1 usuário dos 9 disse possuir dificuldades de acessar o serviço de marcação de exames.

No que se refere as pessoas que não tiveram nenhum acesso ao serviço de marcação de exames, pelo menos 1 usuário das UBS's Aroeiras (1 de 9 usuários), Mearim (1 de 9 usuários) e Libório (1 de 7 usuários) disseram não ter acesso a tal serviço, o que corresponde aos seguintes percentuais: 11%, 11% e 14%, respectivamente. Já na UBS Serra Azul nenhum usuário disse não ter conseguido acessar o serviço de marcação de exames pela UBS.

Foi observado na pesquisa a frequência com que os Agentes Comunitários de Saúde realizam visitas domiciliares aos usuários das unidades de saúde da zona rural hipolitana. Aproximadamente 57,33% dos usuários (43 dos 75 entrevistados) disseram que o Agente Comunitário de Saúde vai à sua residência uma vez ao mês, 6,67% dos entrevistados disseram que o agente de saúde faz visita a cada 15 dias (5 dos 75 entrevistados), e 4% dos entrevistados (3 dos 75 usuários) disseram receber a visita do ACS uma vez na semana. Os outros 24% dos entrevistados (18 dos 75 usuários) recebem a visita do ACS entre uma vez a cada 2 meses a uma vez ao ano, e por fim, 8% dos entrevistados (6 dos 75 usuários) disseram raramente receber a visita do agente de saúde nas suas residências principalmente no período de pandemia.

Quadro 30 – Frequência de visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de saúde

FREQUÊNCIA DE VISITA DOMICILIAR REALIZADA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	TOTAL
Uma vez por semana	3; 4%
A cada 15 dias	5; 6,67%
Uma vez por mês	43; 57,33%
A cada 2 meses	6; 8%
A cada 3 meses	3; 4%
A cada 6 meses	8; 10,67%
Uma vez ao ano	1; 1,33%
Raramente	6; 8%
TOTAL GERAL	75

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

O que foi observado no quadro de porcentagem de cada unidade de saúde no que concerne a frequência de visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde é que, os maiores percentuais nas UBS's Serra Azul, Mearim e Libório diz respeito a visita do ACS pelo menos uma vez ao mês nas comunidades cobertas por esse equipamento, e que apenas na UBS Aroeiras o maior porcentagem expressa que a visita do ACS a população do equipamento em questão se dá a cada 6 meses, ou seja, 37% dos entrevistados na UBS Aroeiras disseram que o Agente Comunitário de Saúde só realiza visita residencial 2 vezes ao ano.

Quadro 31 – Frequência de visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde por UBS

FREQUÊNCIA DE VISITA DOMICILIAR REALIZADA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Uma vez por semana		3; 16%		
A cada 15 dias		3; 16%	2; 10,5%	
Uma vez por mês	5; 26,5%	9; 47%	15; 79%	14; 78%
A cada 2 meses	2; 10,5%	4; 21%		
A cada 3 meses	2; 10,5%		1; 5,2%	
A cada 6 meses	7; 37%		1; 5,2%	
Uma vez ao ano	1; 5%			
Raramente	2; 10,5%			4; 22%
TOTAL	19	19	19	18

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Com base nos dados levantados dessa pesquisa, foi percebido que não há a devida cobertura da população rural hipolitana periodicamente, ou seja, de todas pessoas atendidas nas unidades de saúde da zona rural do município com regularidade, por parte dos agentes comunitários de saúde assim como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017, s/p, grifo nosso). Vejamos:

São atribuições comuns entre os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes Comunitários de Endemias:

I – Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II – **Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos**, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, **por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade**, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III – Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV – Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V – Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva (BRASIL, 2017, s/p, grifo nosso).

As visitas domiciliares realizadas pelos médicos nas comunidades também são raras. Cerca de quase 90% da população entrevistada disseram nunca terem recebido a visita desse profissional em sua residência, assim como disseram receberem a visita do médico a cada 4 meses, conforme a necessidade, raramente, e apenas no Programa Mais Médicos³⁸, um percentual de 2,67% dos entrevistados, respectivamente.

Quadro 32 – Frequência de visita domiciliar realizada pelo (a) médico (a)

FREQUÊNCIA DE VISITA DOMICILIAR REALIZADA PELO (A) MÉDICO (A)	TOTAL GERAL
Nunca	67; 89,33%
A cada 4 meses	2; 2,67%
Raramente	2; 2,67%
Apenas no Programa Mais Médicos	2; 2,67%
Conforme a necessidade	2; 2,67%
TOTAL	75; 100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Nas unidades de saúde Aroeiras e Serra Azul, cerca de 95% dos entrevistados (18 dos 19 usuários), respectivamente, afirmaram nunca terem recebido visita domiciliar do médico da sua unidade de referência na sua residência.

³⁸ O Programa Mais Médicos é um programa instituído pelo Governo Federal por meio da Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, que tem como finalidade “formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS)”, e como principais objetivos: “I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos; VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS” (BRASIL, 2013, s/p).

Quadro 33 – Frequência de visita domiciliar realizada pelo (a) médico (a) por UBS

FREQUÊNCIA DE VISITA DOMICILIAR REALIZADA PELO (A) MÉDICO (A)	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Nunca	18; 95%	18; 95%	16; 85%	15; 83,4%
A cada 4 meses			2; 10%	
Raramente			1; 5%	1; 5,6%
Apenas no Programa Mais Médicos				2; 11%
Conforme a necessidade	1; 5%	1; 5%		
TOTAL	19	19	19	18

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

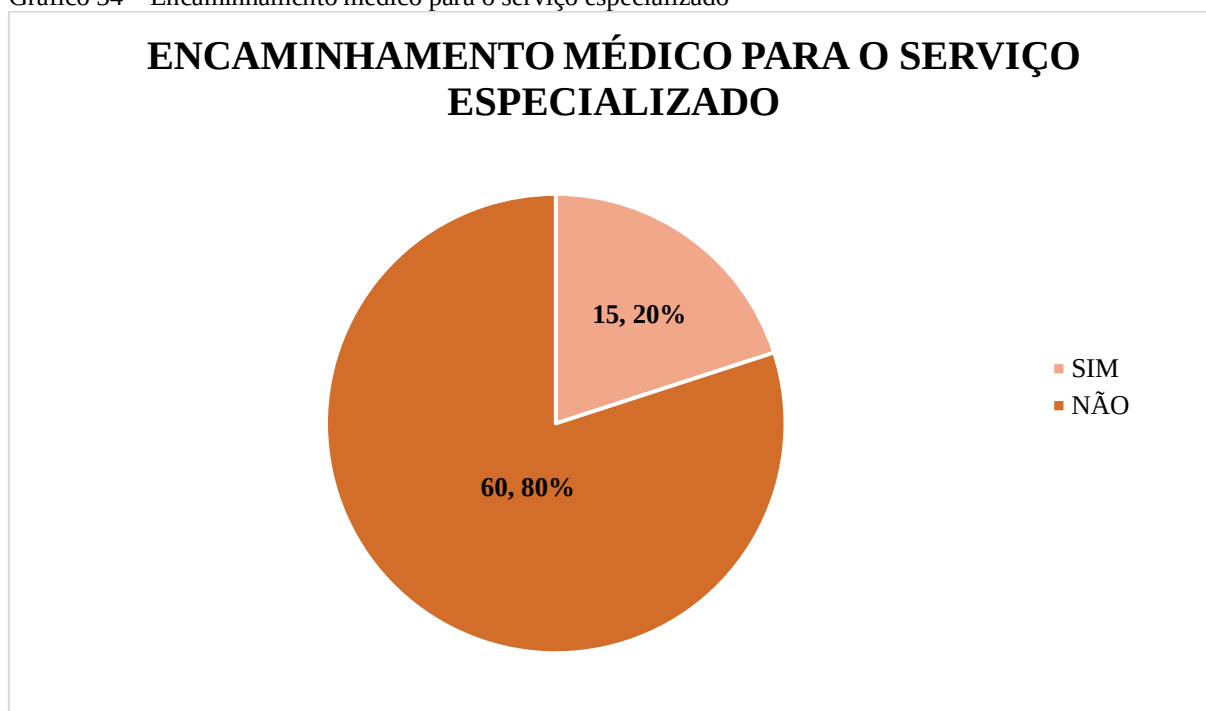
Os percentuais também são altos nas UBS's Mearim e Libório, 85% e 83,4%, respectivamente, expressando um número ínfimo das pessoas que recebem visitas desses profissionais nas suas residências, o que contraria aos objetivos e propósitos da Política Nacional de Atenção Básica, que atribui a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica:

XVIII – Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, **de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;**

XIX – Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde; (BRASIL, 2017, s/p, grifo nosso).

Além de tais atribuições, o médico no exercício do trabalho também deve “encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito” (BRASIL, 2017, s/p). Portanto, também foi abordado nesta pesquisa, se os usuários das unidades de saúde da zona rural hipolitana já foram encaminhados para algum serviço especializado por intermédio do médico da atenção primária do município, sendo que 15 dos 75 usuários (20%) que fizeram parte desta pesquisa afirmaram ter sido encaminhados pelo médico para o serviço especializado, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 34 – Encaminhamento médico para o serviço especializado



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Dos 15 usuários que afirmaram em algum momento terem sido encaminhados para os serviços especializados, 7 deles frequentam a UBS Mearim, o que expressa uma maior quantidade de usuários nessa unidade que necessitaram de um especialista para ter acesso a um serviço de saúde mais específico, detalhado e com equipamentos específicos para o melhor tratamento da condição de saúde.

Quadro 34 – Encaminhamento médico por UBS para o serviço especializado

ENCAMINHAMENTO MÉDICO PARA O SERVIÇO ESPECIALIZADO	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Sim	4; 21%	2; 10%	7; 37%	2; 11%
Não	15; 79%	17; 90%	12; 63%	16; 89%
TOTAL	19	19	19	18

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Esses 15 usuários também foram questionados para quais tipos de serviços especializados eles foram encaminhados pela unidade de saúde. É observado abaixo que aparecem 17 tipos de respostas quanto aos tipos de especialistas que os 15 usuários foram encaminhados. Isso quer dizer que, pelo menos um usuário precisou de mais de até três tipos de encaminhamento ou, dois usuários necessitaram de dois tipos de encaminhamento diferentes para o serviço especializado. Sendo assim, de forma geral, o tipo de especialista que mais surgiu

entre os entrevistados foi o cardiologista com 17,65%, seguido pelo endocrinologista, ginecologista, mastologista, e ortopedista, todos com um percentual de 11,76%.

Quadro 35 – Tipo de especialista que o (a) médico (a) da UBS encaminhou

TIPO DE ESPECIALISTA QUE O (A) MÉDICO (A) DA UBS ENCAMINHOU	TOTAL GERAL
Cardiologista	3; 17,65%
Endocrinologista	2; 11,76%
Ginecologista	2; 11,76%
Hepatologista	1; 5,88%
Mastologista	2; 11,76%
Neurologista	1; 5,88%
Nutricionista	1; 5,88%
Ortopedista	2; 11,76%
Otorrinolaringologista	1; 5,88%
Psiquiatra	1; 5,88%
Urologista	1; 5,88%
TOTAL DE RESPOSTAS	17; 100%

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Observa-se que 7 pessoas da UBS Mearim e 4 pessoas da UBS Aroeiras disseram ter sido encaminhadas para o serviço especializado pelo médico. Conforme é visto no quadro abaixo, há um total de 8 e 5 respostas nas respectivas unidades de saúde. Portanto, isso quer dizer que uma pessoa na UBS Mearim foi encaminhada para dois tipos de serviço especializado, assim como uma pessoa da UBS Aroeiras.

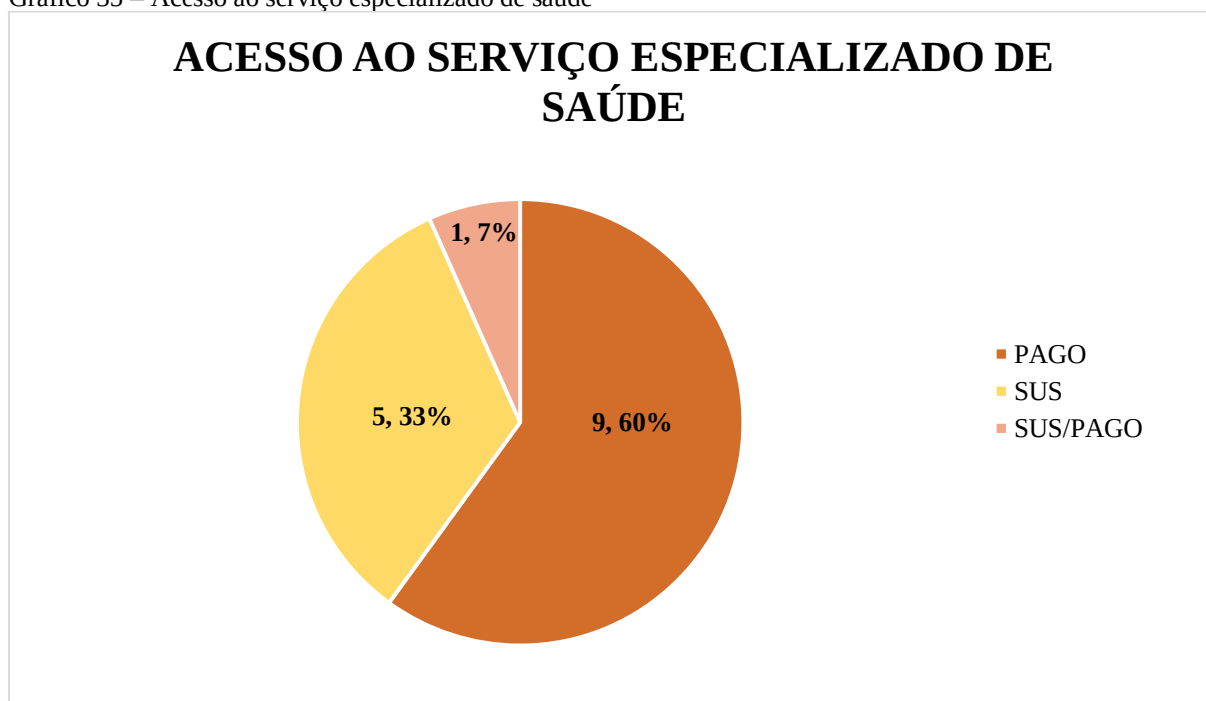
Quadro 36 – Tipo de especialista que o (a) médico (a) encaminhou por UBS

TIPO DE ESPECIALISTA QUE O (A) MÉDICO (A) ENCAMINHOU POR UBS	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL GERAL
Cardiologista			2; 25%	1; 50%	3
Endocrinologista	2; 40%				2
Ginecologista			2; 25%		2
Hepatologista			1; 12,5%		1
Mastologista	1; 20%	1; 50%			2
Neurologista			1; 12,5%		1
Nutricionista	1; 20%				1
Ortopedista			1; 12,5%	1; 50%	2
Otorrinolaringologista			1; 12,5%		1
Psiquiatra		1; 50%			1
Urologista	1; 20%				1
TOTAL DE RESPOSTAS POR UBS	5	2	8	2	17

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Foi questionado a esses usuários, que disseram utilizar o serviço especializado após o encaminhamento pela rede primária de saúde do município, se eles tiveram acesso ao serviço especializado de saúde de forma gratuita pelo SUS, pago ou pelos dois, tanto pago como pelo SUS, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 35 – Acesso ao serviço especializado de saúde



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

É perceptível que, dos 15 usuários que afirmaram ser encaminhados para o serviço especializado, 9 deles (60%) disseram ter acesso somente ao pagar por tal serviço, enquanto 5 deles (33%) disseram ter acesso de forma gratuita pelo SUS, e um usuário afirma ter acesso ao tipo de serviço especializado tanto pelo SUS como pago. Provavelmente isso se deve ao fato de que este usuário foi encaminhado para dois tipos diferentes de serviço especializado, conseguindo um pelo SUS e outro não.

Ainda assim, existe uma “cultura” entre os habitantes da região de pagar pelo acesso aos serviços especializados pelo fato de que é bem mais rápido a realização da consulta, realização dos exames pedido pelo especialista e consequentemente o diagnóstico para início do tratamento adequado. Para eles, tentar agendar um serviço especializado pelo SUS, a depender de qual tipo de especialista esse usuário necessitar, é saber que vai demorar questão de meses para conseguir, e se chegar a conseguir. É o chamado “desembolso direto” ao realizar

o pagamento para ter acesso aos serviços de saúde na rede privada a saúde e ocorre principalmente no âmbito da ligação entre o “subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados. Parte dessa oferta é financiada pelo SUS e o restante, por fontes privadas” (PAIM *et al.*, 2011, p. 19-20).

Quadro 37 – Acesso ao serviço especializado de saúde por UBS

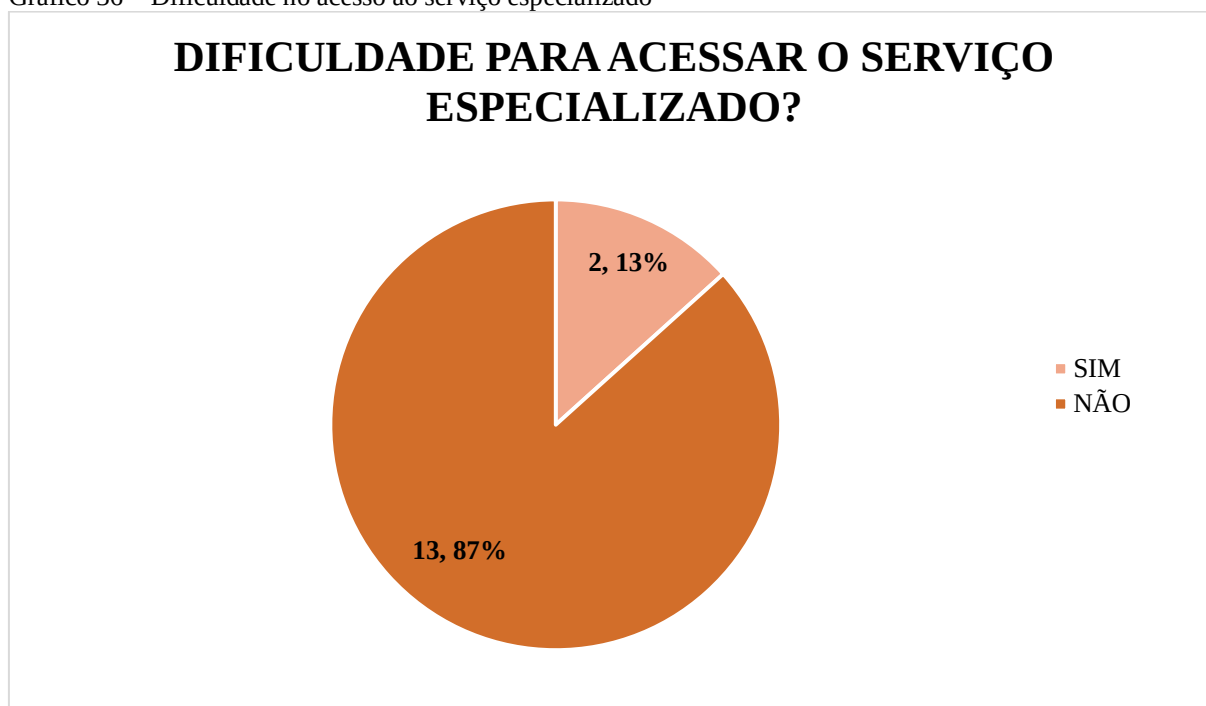
REFERÊNCIA	UBS AROEIRAS	UBS LIBÓRIO	UBS MEARIM	UBS SERRA AZUL	TOTAL GERAL
Pago	2; 50%		5; 71,5%	2; 100%	9
SUS	1; 25%	2; 100%	2; 28,5%		5
SUS/Pago	1; 25%				1
TOTAL	4	2	7	2	15

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Individualmente, 100% das pessoas que necessitam do serviço especializado que responderam ao questionário, na UBS Serra Azul disseram pagar, e 100% dos usuários da UBS Libório disseram ter acesso pelo SUS. A quantidade de pessoas que pagam para ter acesso a algum tipo de especialista expressa o valor significativo de como a população rural hipolitana realmente não consegue acesso a esses tipos de serviços pelo SUS e prefere pagar para consegui-los, ou realmente nem procuram o tipo de serviço especializado que necessitam no sistema público de saúde porque, de antemão, já sabem que realmente não vão conseguir acessá-lo, seja por não ter disponível na região ou por ter uma alta demanda para o tipo de especialista pela rede pública, o que pode dificultar o acesso rápido.

Cerca de 87% desses usuários afirmaram não ter encontrado dificuldades para acessar o serviço especializado, ou seja, foi fácil conseguir acesso, o que corresponde a 13 dos 15 entrevistados, e apenas 2 usuários disseram ter enfrentado dificuldades para acessar tal serviço, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 36 – Dificuldade no acesso ao serviço especializado



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Comparando aos percentuais por cada unidade de saúde, 100% dos usuários das UBS's Serra Azul e Libório disseram não encontrar nenhuma dificuldade para acessar o serviço especializado, apontando apenas alguns usuários das UBS's Mearim e Aroeiras que tenham encontrado tais dificuldades.

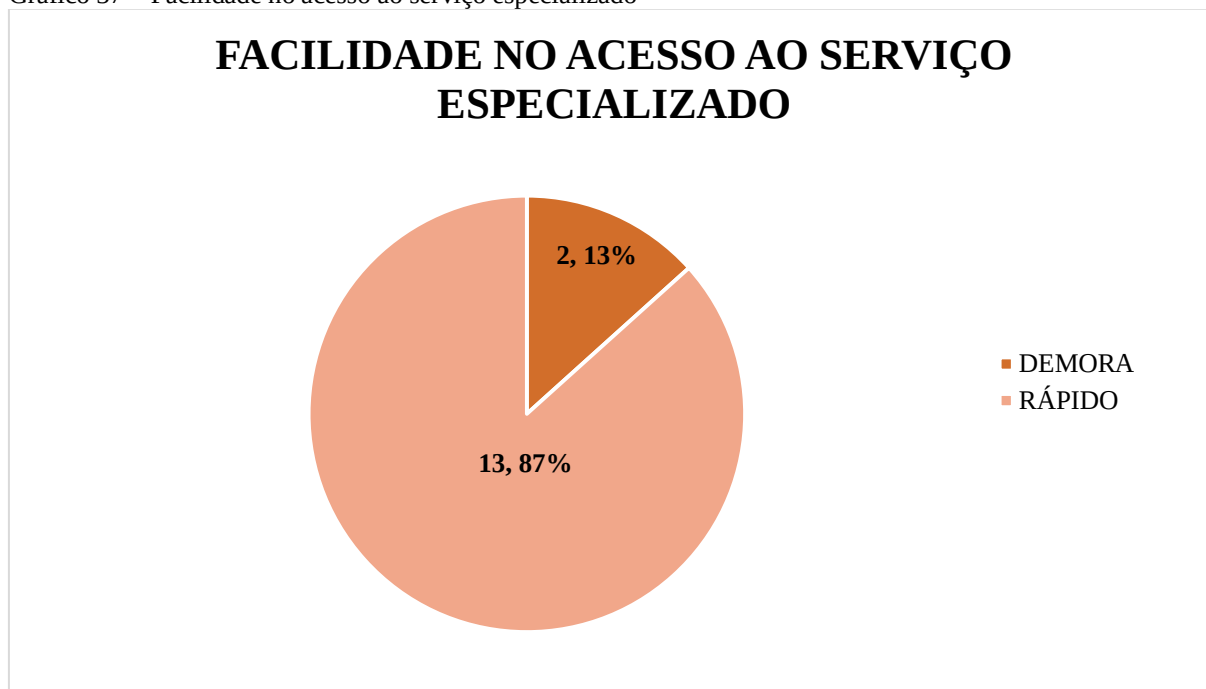
Quadro 38 – Dificuldade no acesso ao serviço especializado por UBS

DIFICULDADE PARA ACESSAR O SERVIÇO ESPECIALIZADO?	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL GERAL
Sim	1; 25%		1; 14%		2
Não	3; 75%	2; 100%	6; 86%	2; 100%	13
TOTAL	4	2	7	2	15

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Também foi questionado a esses usuários quais as facilidades encontradas por eles para ter acesso ao serviço especializado. Lembrando que 13 dos 15 usuários afirmaram não terem encontrado dificuldades para ter acesso (é fácil), certamente, como veremos no gráfico abaixo, os mesmos 13 usuários afirmaram que a facilidade diz respeito a conseguir acessar de maneira rápida tal serviço. Os outros 2 usuários que disseram encontrar dificuldades no acesso ao serviço especializado, especificaram nesse questionamento que demora muito tempo para conseguir acesso a um especialista.

Gráfico 37 – Facilidade no acesso ao serviço especializado



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Do mesmo modo que os 100% dos usuários das UBS's Serra Azul e Libório disseram não encontrar nenhuma dificuldade para acessar o serviço especializado, 100% dos usuários em ambas as unidades de saúde afirmaram que a facilidade encontrada diz respeito a conseguir acessar de maneira rápida tal serviço.

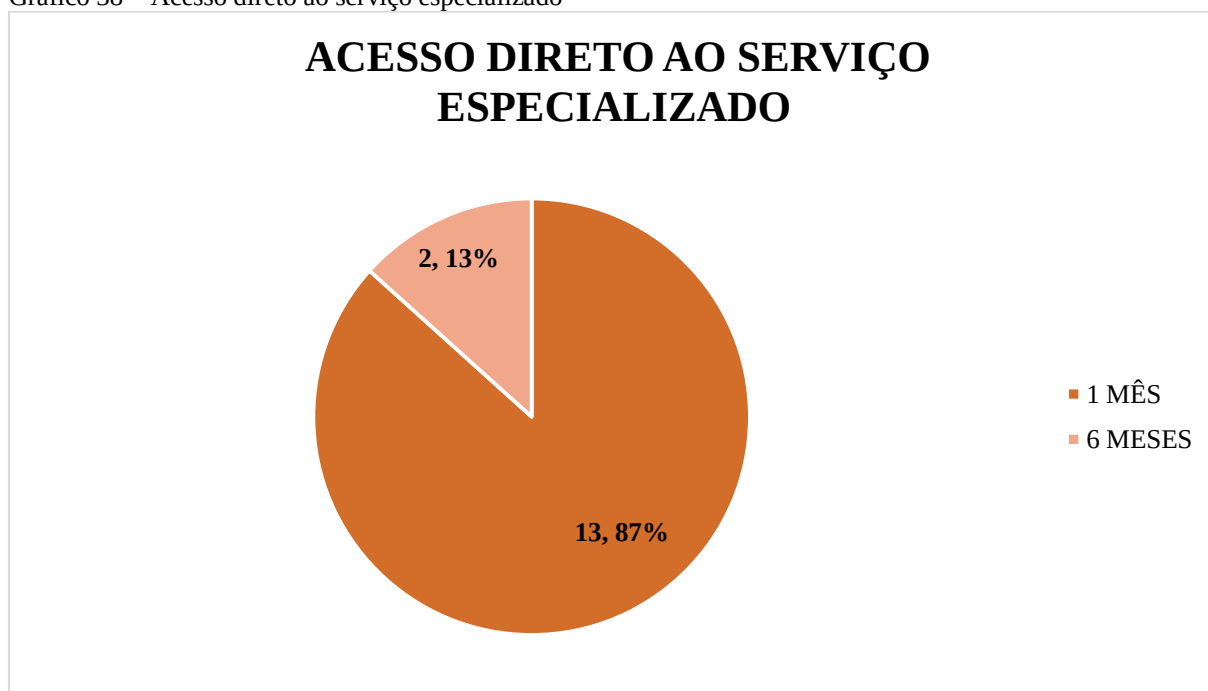
Quadro 39 – Facilidade no acesso ao serviço especializado por UBS

FACILIDADE NO ACESSO AO SERVIÇO ESPECIALIZADO	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL GERAL
Difícil (Demora)	1; 25%		1; 14%		2
Fácil (Rápido)	3; 75%	2; 100%	6; 86%	2; 100%	13
TOTAL	4	2	7	2	15

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Também foi questionado se esses usuários tiveram acesso direto ao serviço especializado e quanto tempo em média demoraram para conseguir. Assim, 13 dos 15 usuários afirmaram conseguir acesso direto ao serviço especializado dentro de um mês, e os 2 usuários que disseram não ter acesso direto, afirmaram demorar 6 meses para conseguir tal serviço, aqui especificamente pelo SUS.

Gráfico 38 – Acesso direto ao serviço especializado



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Por unidade de saúde, vê-se que o acesso direto expressa 100% dos usuários das UBS's Serra Azul e Libório que foram encaminhados para o serviço especializado, 86% dos usuários da UBS Mearim e 75% dos usuários da UBS Aroeiras.

Quadro 40 – Acesso direto ao serviço especializado por UBS

ACESSO DIRETO AO SERVIÇO ESPECIALIZADO	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL GERAL
Sim – 1 mês	3; 75%	2; 100%	6; 86%	2; 100%	13
Não – 6 meses	1; 25%		1; 14%		2
TOTAL	4	2	7	2	15

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Foi visto que o período de tempo entre o encaminhamento do médico na rede de atenção primária do município e o acesso efetivo ao serviço especializado varia entre 1-6 meses. Normalmente as pessoas que afirmaram ter acesso em mais ou menos um mês, foram os usuários que tiveram acesso direto ao serviço especializado, e os que disseram ter acesso em 6 meses são as pessoas que eventualmente demoraram a conseguir tal acesso ao serviço. Observando esses dados pela quantidade de dias necessários para os usuários conseguirem tal acesso, percebe-se que cerca de 66,67% dos usuários (10 dos 15) levaram entre 15 a 30 dias, 13,33% (2 dos 15 usuários) conseguiram tal atendimento em até 8 dias, e apenas um usuário (6,67%) conseguiu acessar o serviço entre 9 e 14 dias. Já as pessoas que afirmaram conseguir

o acesso ao serviço especializado em 6 meses, ou seja, 180 dias diz respeito a 13,33% dos usuários que necessitam desse tipo de serviço.

É importante pontuar que, a depender do tipo de comorbidade que o usuário possua observando a demora para conseguir acesso ao serviço especializado a que necessita, isso pode impactar negativamente no tratamento precoce a tal doença, como por exemplo, os pacientes que possuem suspeita de câncer. Sabemos que quanto mais tempo a demora ao diagnosticar e iniciar o tratamento, mais a doença evolui e pode agravar consideravelmente o estado de saúde do paciente. Neste caso, existe uma lei que “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início” (BRASIL, 2012, s/p). A lei nº 12.732/2012 em seu art. 2º aponta que

o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único (BRASIL, 2012, s/p).

Portanto, é imprescindível que o encaminhamento e o acesso efetivo a assistência à saúde em todos os seus níveis de complexidade ocorra de modo imediato para que a resolução das necessidades de saúde de cada paciente ocorra de forma a melhorar a sua qualidade de saúde e de vida.

Quadro 41 – Tempo para conseguir acesso ao serviço especializado

TEMPO PARA CONSEGUIR ACESSO AO SERVIÇO ESPECIALIZADO	TOTAL
Até 8 dias	2; 13,33%
De 9 a 14 dias	1; 6,67%
De 15 a 30 dias	10; 66,67%
180 dias (6 meses)	2; 13,33%
TOTAL GERAL	15

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Com base no tempo necessário para tais usuários conseguirem atendimento no serviço especializado, foi observado que a UBS Mearim apresentou o maior percentual de pessoas (71,4%) que levaram em média entre 15 a 30 dias para conseguirem acesso, se comparado a quantidade de usuários por unidade de saúde que necessitaram de encaminhamento para tratar alguma morbidade específica no serviço especializado.

Quadro 42 – Tempo para conseguir acesso ao serviço especializado por UBS

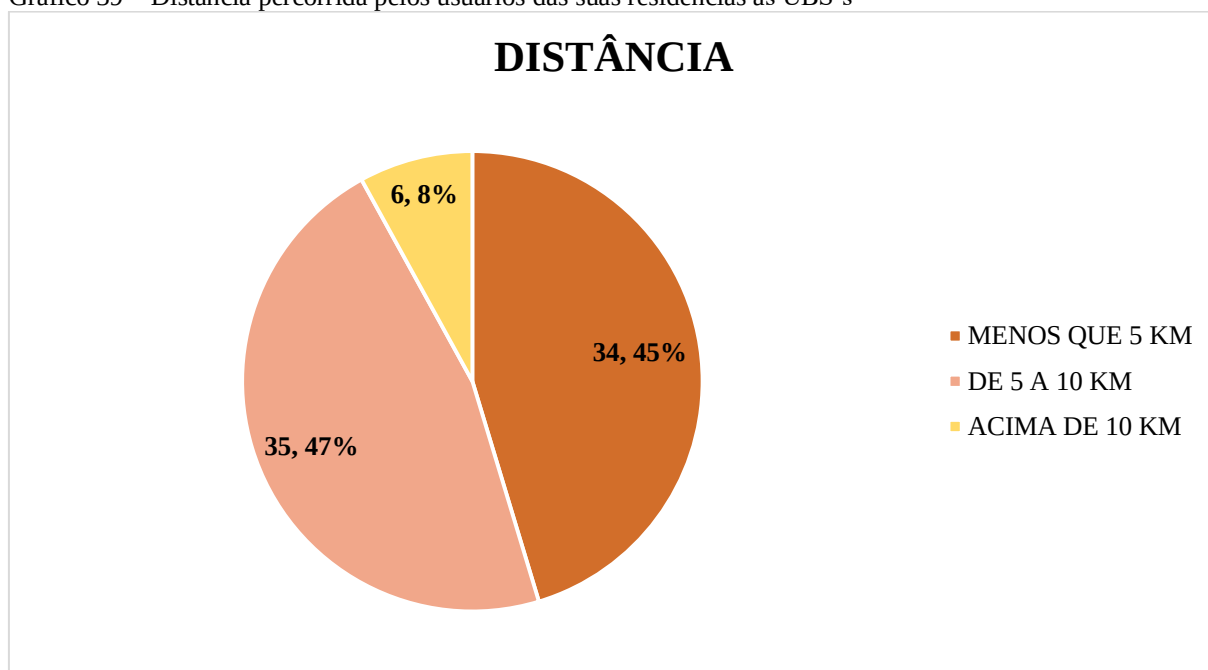
TEMPO PARA CONSEGUIR ACESSO AO SERVIÇO ESPECIALIZADO	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL GERAL
Até 8 dias	1; 25%		1; 14,3%		2
De 9 a 14 dias				1; 50%	1
De 15 a 30 dias	2; 50%	2; 100%	5; 71,4%	1; 50%	10
180 dias (6 meses)	1; 25%		1; 14,3%		2
TOTAL	4	2	7	2	15

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

De modo geral, percebeu-se que o tempo para acessar o serviço especializado varia com base na rede em que este usuário procura tal serviço. A média de até 30 dias para acessar os serviços de saúde diz respeito às pessoas que pagaram, ou seja, se deslocaram até a rede privada de serviços especializados para atender as suas necessidades, enquanto os que tiveram um tempo significativo (6 meses) para conseguir tal acesso, são os usuários que se dirigiram até a rede pública de saúde.

Anteriormente, foi discutido neste trabalho sobre as principais barreiras que impedem e/ou dificultam o acesso da população de uma determinada comunidade aos serviços de saúde, sejam eles em qualquer nível de atenção, sendo a barreira geográfica apontada como uma delas. Assim, foi questionado aos sujeitos desta pesquisa, qual a distância percorrida das suas residências até a unidade básica de saúde mais próxima na zona rural hipolitana.

Gráfico 39 – Distância percorrida pelos usuários das suas residências às UBS's



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

A maioria dos usuários, 35 dos 75 entrevistados (47%), afirmaram percorrer de 5 a 10 km das suas residências às unidades de saúde para acessar os serviços de saúde da rede de atenção primária, bem como 34 dos 75 entrevistados (45%) disseram percorrer até 5 km, e apenas 6 usuários (8%) percorrem acima de 10 km para ter acesso aos serviços de saúde disponíveis nas UBS's.

Comparando esses números entre as unidades de saúde, a UBS Aroeiras apresentou um percentual significativo de usuários que se deslocam de 5 a 10 km das suas residências ao equipamento de saúde (15 dos 19 entrevistados), seguida pela UBS Serra Azul com 9 dos 19 entrevistados. Na UBS Mearim a maioria dos entrevistados percorrem menos de 5 km até o equipamento de saúde (14 dos 19 entrevistados), e a UBS Libório apresentou um número igual entre as distâncias percorridas, sendo que 6 usuários percorrem menos de 5 km, 6 usuários percorrem de 5 a 10 km e, por fim, 6 usuários percorrem acima de 10 km das suas residências até a unidade de saúde em questão.

Quadro 43 – Distância percorrida pelos usuários das suas residências às UBS's

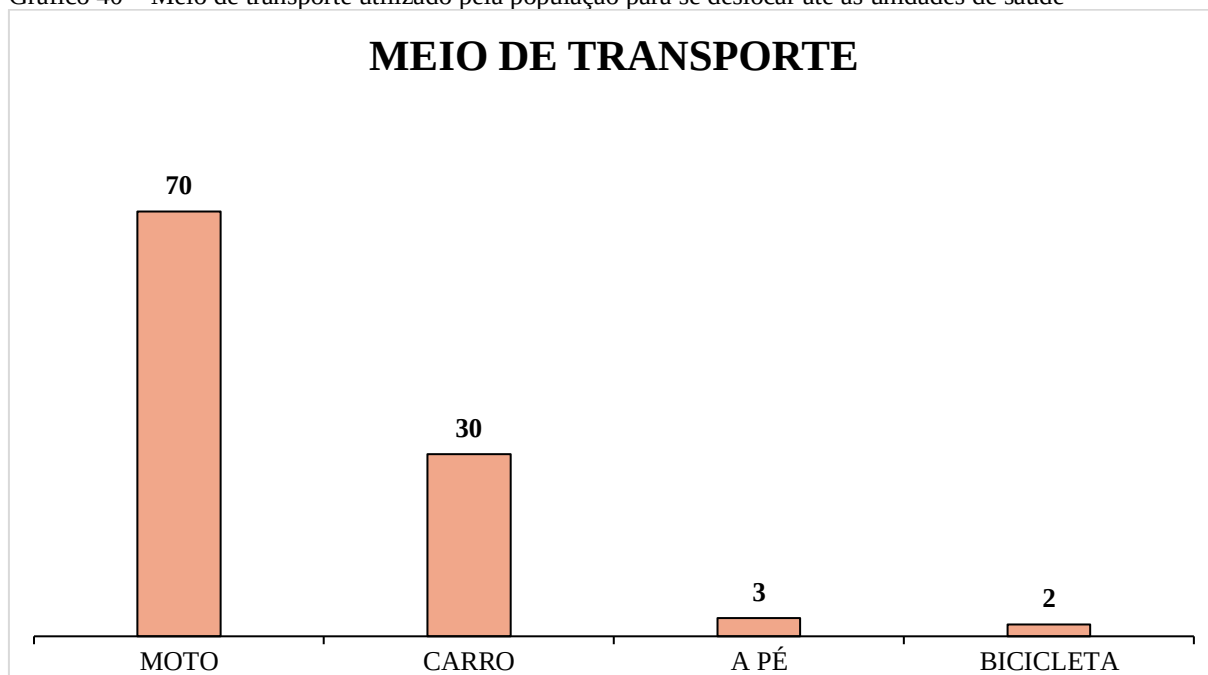
DISTÂNCIA PERCORRIDA PELOS USUÁRIOS	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL GERAL
Menos que 5 km	4; 21%	10; 53%	14; 74%	6; 33,33%	34
De 5 a 10 km	15; 79%	9; 47%	5; 26%	6; 33,33%	35
Acima de 10 km				6; 33,33%	6
TOTAL	19	19	19	18	75

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

A partir da distância percorrida pelos usuários das suas residências às unidades de saúde da zona rural, também foi questionado qual meio de transporte utilizado por eles para se deslocarem, já que as unidades de saúde ficam a distâncias consideráveis. Levando em consideração que os usuários poderiam responder a mais de um tipo de meio de transporte que utilizam, no total temos 105 respostas dos 75 entrevistados, o que significa que ao menos 30 entrevistados assinalaram mais de uma resposta para tal questão.

Portanto, 70 dos 75 entrevistados afirmaram se deslocar da sua residência à unidade de saúde mais próxima numa motocicleta, sendo este o meio de transporte mais utilizado pela população para ir às UBS's, seguido pela utilização de carro, a pé e bicicleta.

Gráfico 40 – Meio de transporte utilizado pela população para se deslocar até as unidades de saúde



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Em todas as unidades de saúde, o meio de transporte mais utilizado pelos usuários para ir ao equipamento de saúde mais próximo é a motocicleta, exatamente porque se trata de uma distância significativa das suas residências até o local onde as unidades de saúde ficam localizadas, bem como porque, como se trata de uma população caracterizada por trabalhadores rurais que vivem em sua maioria de uma economia de subsistência, não dispõem de uma estrutura financeira suficiente para obter um automóvel, por exemplo.

Quadro 44 – Meio de transporte utilizado pela população para se deslocar até as unidades de saúde

MEIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PARA SE DESLOCAR ATÉ A UBS	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL GERAL
A pé	1; 4%		1; 4,5%	1; 4%	3
Bicicleta		2; 6,5%			2
Carro	9; 33%	11; 35,5%	3; 13%	7; 29%	30
Moto	17; 63%	18; 58%	19; 82,5%	16; 67%	70
TOTAL DE RESPOSTAS	27	31	23	24	105

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

É clara a distância significativa entre as residências e as unidades de saúde, o que caracteriza como uma barreira geográfica que dificulta e/ou inviabiliza o deslocamento dos usuários aos serviços de saúde disponíveis nas UBS's. Portanto, com base nessa realidade e assim como Travassos e Castro (2012, p. 186-187-188) afirmam “quanto maior a distância, menor a utilização de serviços de saúde”.

Conforme foi abordado anteriormente, entendemos que as condições de saúde de determinada população dependem não apenas do fator biológico do paciente/usuário, mas também das condições sociais, ambientais e econômicas que tais usuários possuem, além da maneira como vivem. Portanto, ter acesso a uma alimentação adequada, a um ambiente propício a uma melhor condição de vida – com saneamento básico, água potável encanada, coleta de lixo, etc.-, a educação, ao lazer e ao trabalho, esses condicionantes influenciam diretamente nas condições de saúde e podem determinar possíveis usuários a procura dos serviços de saúde na rede de atenção primária. Assim, foi perguntado aos sujeitos da pesquisa, se no ambiente em que vivem existem rede de esgoto, água potável encanada e coleta de lixo.

Em relação a rede de esgoto, todos os usuários que fizeram parte da pesquisa dos 9 povoados que se apresentam nesta pesquisa disseram não ter rede de esgoto nas suas comunidades, o que é certamente identificado por se tratarem de comunidades localizadas na zona rural e com uma distância significativa entre as residências dos usuários. Mas também não podemos deixar de notar que, se mais da metade da população hipolitana reside na zona rural e que o esgoto produzido nas atividades laborais diárias flui a céu aberto, este pode ser um fator que influencia negativamente no processo saúde-doença dessa população.

Quadro 45 – Existe rede de esgoto na sua comunidade?

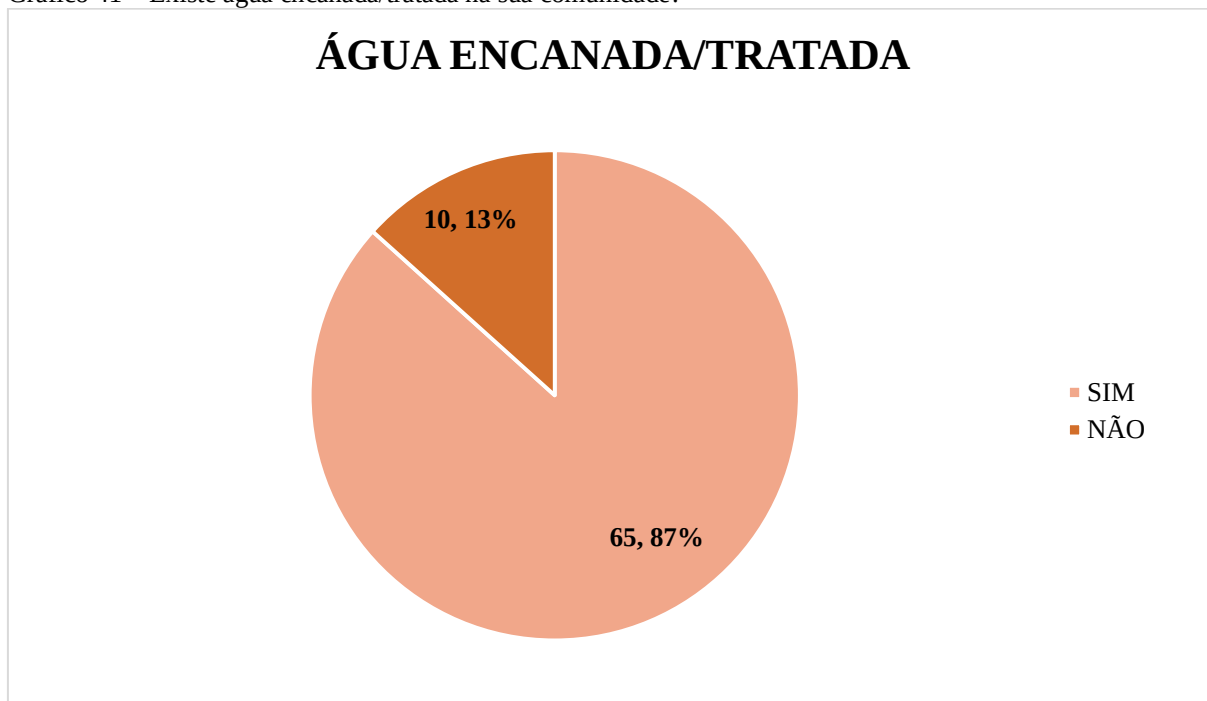
REDE DE ESGOTO	TOTAL GERAL
-----------------------	--------------------

Não	75
TOTAL	75

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Da mesma forma, a água encanada/tratada é uma realidade há pouco tempo vivenciada por diversas comunidades e povoados da zona rural hipolitana, mas que também é inexistente em outras comunidades da zona rural do município, assim como é observado no gráfico abaixo. Mais de 10% do total dos entrevistados disseram não possuir abastecimento de água encanada/tratada nas suas residências.

Gráfico 41 – Existe água encanada/tratada na sua comunidade?



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Individualmente, 100% dos entrevistados nas UBS's Aroeiras e Libório disseram ter água encanada/tratada nas suas comunidades por meio de poços artesianos. Os usuários que afirmaram não ter água encanada e tratada nas suas residências residem nas comunidades que são cobertas pelas UBS's Serra Azul e Mearim, sendo a última com o percentual mais elevado entre os equipamentos de saúde em questão. Tais dados reafirmam que em pleno 2021 ainda existem pessoas que não tem o mínimo para a sobrevivência humana que é água, dependendo exclusivamente da sua compra necessária para as atividades diárias e consumo pessoal através do deslocamento de um poço artesiano até suas residências.

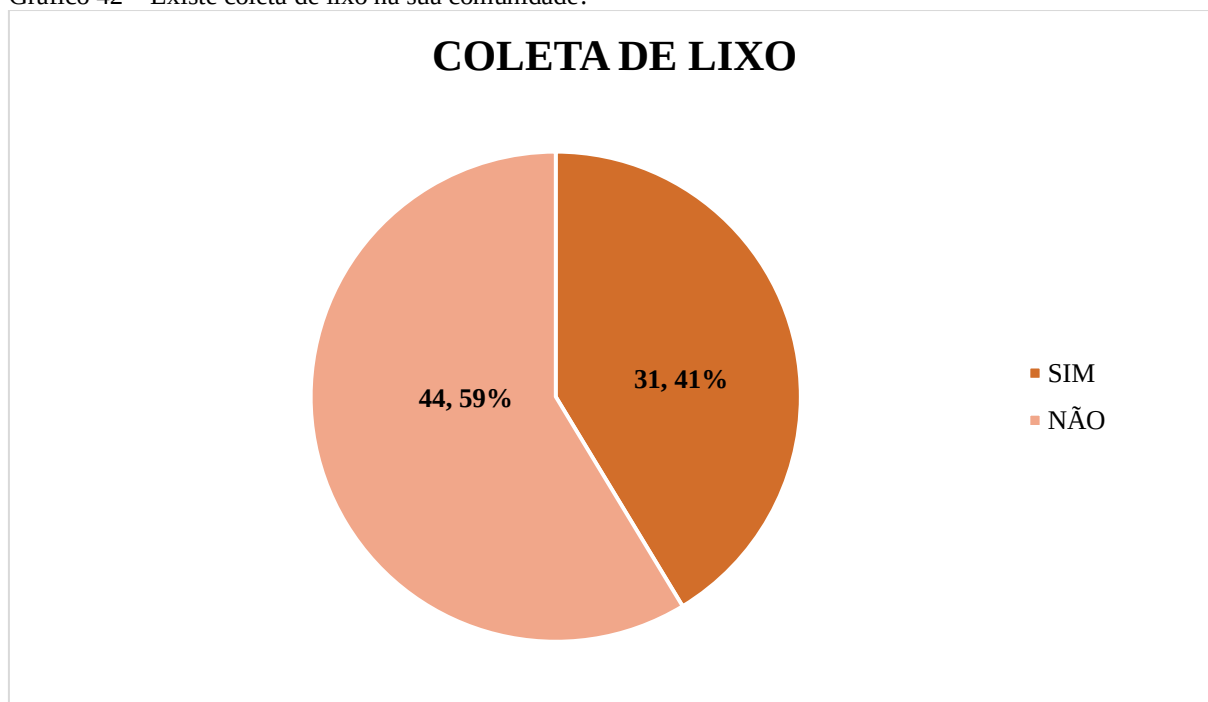
Quadro 46 – Existe água encanada/tratada na sua comunidade?

ÁGUA ENCANADA/TRATADA	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Sim	19; 100%	15; 79%	13; 68,5%	18; 100%
Não		4; 21%	6; 31,5%	
TOTAL	19	19	19	18

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

A coleta de lixo é realizada apenas uma vez na semana e somente nas residências que ficam às margens da BR 020 e da PI-229, que vai do povoado Serra Azul até a zona urbana. Assim, as comunidades localizadas em áreas mais remotas do município não têm acesso a este serviço, e o lixo produzido na zona rural normalmente é queimado. Dos 75 entrevistados, 44 deles (59%) disseram não ter coleta de lixo nas suas comunidades, e apenas 31 entrevistados (41%) afirmaram ter coleta de lixo.

Gráfico 42 – Existe coleta de lixo na sua comunidade?



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Cem por cento (100%) dos entrevistados da UBS Mearim e a UBS Libório afirmaram não ter os serviços de coleta de lixo nas suas comunidades. Tal percentual nas comunidades onde as UBS's fazem a devida cobertura são geograficamente localizadas nas regiões mais adentro do território hipolitano e de mais difícil acesso, assim como as comunidades localizadas nos territórios de cobertura das UBS's Aroeiras e Serra Azul que residem os entrevistados que afirmaram não ter acesso a coleta de lixo.

Quadro 47 – Existe coleta de lixo na sua comunidade?

COLETA DE LIXO	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Sim	14; 73,7%	17; 89,5%		
Não	5; 26,3%	2; 10,5%	19; 100%	18; 100%
TOTAL	19	19	19	18

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

A realidade da população rural hipolitana é essa: grande parte não tem acesso aos serviços essenciais e que influenciam diretamente na qualidade de vida e nas condições de saúde. Essa população não tem acesso ao saneamento básico, rede de esgoto, coleta de lixo, nem água tratada e encanada.

3.2.1 O acesso da população rural hipolitana aos serviços de atenção primária nas UBS's rurais

Anteriormente, discutiu-se sobre o significado do acesso no âmbito da saúde dentro do Sistema Único de Saúde brasileiro. Até aqui, foi entendido que o acesso nada mais é do que coeficiente que media o processo de procura dos usuários até a sua entrada efetiva e utilização dos serviços de saúde, assim como também compreende-se que existem inúmeras desigualdades ao acesso, ou seja, na procura dos usuários, na entrada efetiva e na utilização dos serviços de saúde, mesmo que o atendimento seja pensado a partir do princípio da equidade, ou seja, mesmo que tal atendimento se evidencie conforme as necessidades dos indivíduos, ainda há inúmeras desigualdades ao acesso desses usuários aos serviços de saúde causando dificuldades ou até mesmo barrando tal acesso principalmente aos indivíduos que se encontram em uma posição social não privilegiada.

Como exemplo, têm-se que a população rural hipolitana é caracterizada por indivíduos que na sua maioria são agricultores rurais, vivem de uma economia de subsistência, não possuem renda fixa, têm pouca escolaridade, não tem plano de saúde privado, não têm acesso ao saneamento básico com rede de esgoto e coleta de lixo, não dispõem de água encanada e tratada, além de viverem em regiões geograficamente distantes dos locais que ofertam os serviços de saúde. É uma população que realmente tem uma maior tendência de adoecer e procurar os serviços de saúde se compararmos aos indivíduos de classe média alta que vivem na zona urbana, com uma vida social e econômica bem estruturada, com cobertura de plano de saúde, com serviços de saneamento básico disponíveis, e mesmo que também residam distantes

dos equipamentos de saúde possuem transporte, seja ele privado ou até público, para se deslocarem.

Com base no contexto acima, abordaremos a seguir as dificuldades e facilidades existentes no acesso aos serviços de saúde disponibilizados na rede de atenção primária da zona rural hipolitana, evidenciadas pelos sujeitos desta pesquisa como usuários dos serviços de saúde em questão.

Foi questionado aos sujeitos da pesquisa se os serviços de saúde ofertados pelas unidades de saúde das suas comunidades são de fácil acesso a todos. Cerca de 77% afirmaram que sim, ou seja, 58 dos 75 entrevistados consideraram os serviços ofertados nos equipamentos de atenção primária da zona rural de fácil acesso, restando 23% que disseram não.

Quadro 48 – Serviços de saúde são de fácil acesso?

SERVIÇOS DE SAÚDE SÃO DE FÁCIL ACESSO?	TOTAL GERAL
Sim	58; 77%
Não	17; 23%
TOTAL	75

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

O maior percentual de usuários que afirmaram não ter fácil acesso aos serviços de saúde das unidades de saúde da zona rural foi o da UBS Serra Azul com 63% dos entrevistados, apesar de ser geograficamente localizada num povoado que abrange cerca de 1000 residentes. Já a UBS Mearim apresenta um percentual de 95% no que diz respeito a facilidade para conseguir tal acesso. Porém, não podemos perder de vista o fato de que a UBS Mearim e a UBS Libório, ambas com percentuais altíssimos no que diz respeito a facilidade para conseguir acessar os serviços de atenção primária, são geograficamente localizadas no interior do território hipolitano, o que podem surgir dificuldades no que diz respeito ao deslocamento desses usuários, e consequentemente podem atrapalhar a procura pelos serviços de saúde por parte dos usuários.

Quadro 49 – Serviços de saúde são de fácil acesso?

SERVIÇOS DE SAÚDE SÃO DE FÁCIL ACESSO?	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Sim	16; 84%	7; 37%	18; 95%	17; 94,5%
Não	3; 16%	12; 63%	1; 5%	1; 5,5%
TOTAL	19	19	19	18

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Ainda assim, mesmo expressando que conseguem acessar os serviços ofertados nas unidades de saúde da zona rural facilmente, a maioria dos entrevistados alegaram encontrar alguma dificuldade em algum momento. Portanto, levando em consideração que cada usuário apontou no mínimo um tipo de dificuldade, como resultado final obtivemos 111 respostas de 57 entrevistados. Os 18 usuários restantes afirmaram não ter dificuldades para acessar. Ainda assim, a porcentagem calculada abrange as 129 respostas dos 75 usuários.

Quadro 50 – Dificuldades para acessar os serviços disponíveis nas UBS's

DIFICULDADES PARA ACESSAR OS SERVIÇOS DISPONÍVEIS NAS UBS's	TOTAL DE RESPOSTAS
Falta de médico	31; 24%
Vagas limitadas	23; 17,5%
Não tem dificuldades	18; 14%
Distância	11; 8,5%
Falta de transporte	11; 8,5%
Questão política³⁹	6; 4,5%
Filas	5; 3,8%
Falta de medicamento	5; 3,8%
Mal atendimento na recepção	4; 3%
Demora na realização de exames	4; 3%
Falta de especialista	2; 1,5%
UBS não funciona todos os dias	2; 1,5%
Durante a pandemia o (a) agente de saúde não realiza visitas frequentemente	2; 1,5%
Não tem visitas domiciliares	1; 1%
Realizar exames	1; 1%
Estradas vicinais em péssimas condições	1; 1%
Demora no encaminhamento para o serviço especializado	1; 1%
Inconstância no cronograma de atendimento	1; 1%
TOTAL GERAL DE RESPOSTAS	129

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

A maior dificuldade apontada pelos entrevistados é a falta de atendimento médico. Como já apontado por meio desta pesquisa, algumas unidades de saúde não têm atendimento todos os dias em período integral pelo fato de que há um possível rodízio de profissionais entre as UBS's da zona rural. Não existe uma disponibilidade de todos os serviços todos os dias da semana e em todas as unidades de saúde. Portanto, a falta de médico, apresenta o maior

³⁹ A “questão política” diz respeito a ordem de não atendimento por parte dos profissionais de saúde aos sujeitos que fazem parte e que votam no partido oposto à gestão municipal, ou seja, ainda há traços de uma política de coronelismo existente no município, que exerce um determinado domínio social, político e econômico.

percentual entre as dificuldades de conseguir tal tipo de atendimento por parte da população rural, isso porque é o principal tipo de serviço procurado pelos usuários.

Em segundo lugar, aparece as vagas limitadas para atendimento. Normalmente são distribuídas entre 10 a 15 fichas diárias para atendimento médico, ambulatorial, psicossocial e dentário. Ultrapassando a quantidade de pessoas em relação ao quantitativo de fichas para cada tipo de serviço, a população fica sem atendimento, mesmo que tais profissionais oficialmente sejam contratados para atuar com uma carga horária de 8 horas diárias no equipamento em questão. E em terceiro lugar, aparece a distância entre as residências e os equipamentos de saúde.

Por unidade de saúde, foi percebido que a principal dificuldade encontrada pelos usuários da UBS Aroeiras é a falta de médico, seguida pelas vagas limitadas e a falta de transporte para se deslocar das suas residências ao equipamento de saúde. Na UBS Serra Azul, os usuários afirmaram ter poucas vagas para atendimento, seguida pela falta de médico e por não ter sido atendido pela questão política. Já a UBS Mearim, apresenta igualmente três tipos de dificuldades no acesso aos serviços de saúde: a falta de médico, quando tem atendimento há um certo número de vagas limitadas e a falta de transporte por parte dos usuários para se deslocarem das suas residências até a unidade de saúde. E por fim, na UBS Libório a principal dificuldade apresentada é a falta de médico disponível para atendimento, seguida pela distância entre as residências dos usuários até o equipamento de saúde.

Quadro 51 – Dificuldades para acessar os serviços de saúde por UBS

DIFICULDADES PARA ACESSAR OS SERVIÇOS DE SAÚDE	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL
Falta de médico	9; 28%	5; 14,3%	4; 13,33%	13; 40,5%	31
Vagas limitadas	6; 19%	13; 37%	4; 13,33%		23
Não tem dificuldades	5; 15,5%	3; 8,6%	9; 30%	1; 3,13%	18
Distância			3; 10%	8; 25%	11
Falta de transporte	6; 18,7%		4; 13,33%	1; 3,13%	11
Questão política	1; 3,1%	5; 14,3%			6
Falta de medicamento		1; 2,9%	2; 6,67%	2; 6,25%	5
Filas	3; 9,5%	1; 2,9%		1; 3,13%	5
Mal atendimento na recepção		3; 8,5%	1; 3,33%		4
Demora na realização de exames	1; 3,1%	1; 2,9%		2; 6,25%	4
Falta de especialistas		2; 5,7%			2
UBS não funciona todos os dias				2; 6,25%	2

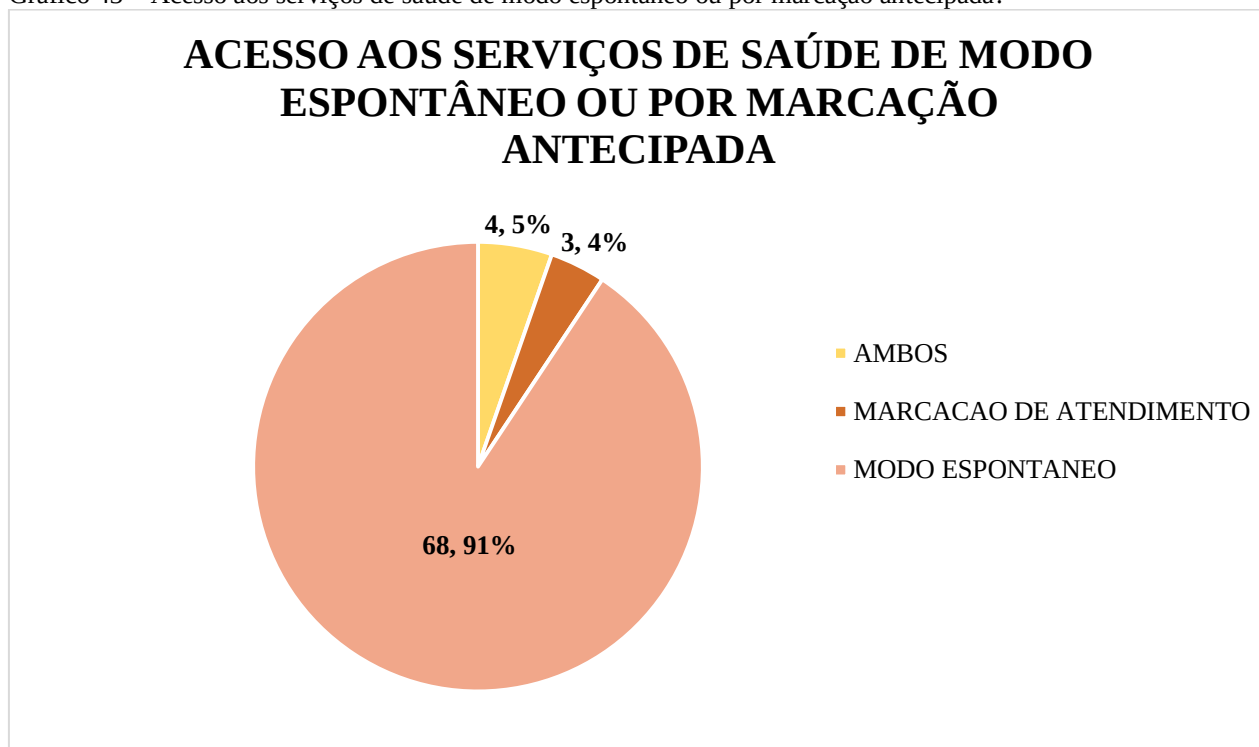
Durante a pandemia o (a) agente de saúde não realiza visitas frequentemente				2; 6,25%	2
Não tem visitas domiciliares		1; 2,9%			1
Realizar exames	1; 3,1%				1
Estradas vicinais em péssimas condições			1; 3,33%		1
Demora no encaminhamento para o serviço especializado			1; 3,33%		1
Inconstância no cronograma de atendimento			1; 3,33%		1
TOTAL DE RESPOSTAS	32	35	30	32	129

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Tais dificuldades são apresentadas a partir das barreiras existentes desde o processo de procura ao atendimento efetivo nas unidades. As barreiras geográficas, financeiras e organizacionais são bem presentes na política de atenção primária do município. Enquanto população rural, é carente de políticas sociais voltadas para o desenvolvimento da sua qualidade de vida. Não têm uma política voltada para a manutenção do trabalho rural, nem muito menos formal, não possuem uma política de saneamento básico, não possuem uma política de meio ambiente, não possuem uma política de atenção primária a saúde integral, não têm uma política de desenvolvimento da cultura local e do lazer, ou ao menos não estão sendo colocadas em prática como deveriam ser.

Foi questionado também se os usuários têm acesso aos serviços de saúde de modo espontâneo ou se necessita marcar o atendimento antecipadamente. Cerca de 91% dos entrevistados disseram que tem acesso aos serviços de saúde da rede de atenção primária de modo espontâneo sem nenhum tipo de marcação prévia. Já 4% dos entrevistados disseram que existem serviços que só possuem acesso se marcar antecipadamente. E 5% afirmaram acessar tais serviços pelos dois modos, tanto de maneira espontânea quanto marcado previamente.

Gráfico 43 – Acesso aos serviços de saúde de modo espontâneo ou por marcação antecipada?



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Individualmente, 100% dos usuários das UBS's Mearim e Libório afirmaram conseguir acessar os serviços de saúde de maneira espontânea. Na UBS Serra Azul, 95% dos usuários afirmaram acessar de modo espontâneo e 5% deles disseram acessar por meio da marcação antecipada como também de modo espontâneo, ou seja, em ambos os casos. Apenas a UBS Aroeiras apresentou percentuais maiores em relação à marcação de atendimento antecipada, bem como de ambos os modos.

Quadro 52 – Acesso aos serviços de saúde de modo espontâneo ou por marcação antecipada?

ACESSO DE MODO ESPONTÂNEO OU POR MARCAÇÃO ANTECIPADA	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL
Ambos	3; 16%	1; 5%			4
Marcação de atendimento	3; 16%				3
Modo espontâneo	13; 68%	18; 95%	19; 100%	18; 100%	68
TOTAL GERAL	19	19	19	18	75

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Abordou-se também a existência de filas para atendimento nas unidades de saúde. Cerca de 97% dos entrevistados afirmaram ter filas para atendimento, e aproximadamente 3% disseram que não existem filas, como observamos no quadro abaixo.

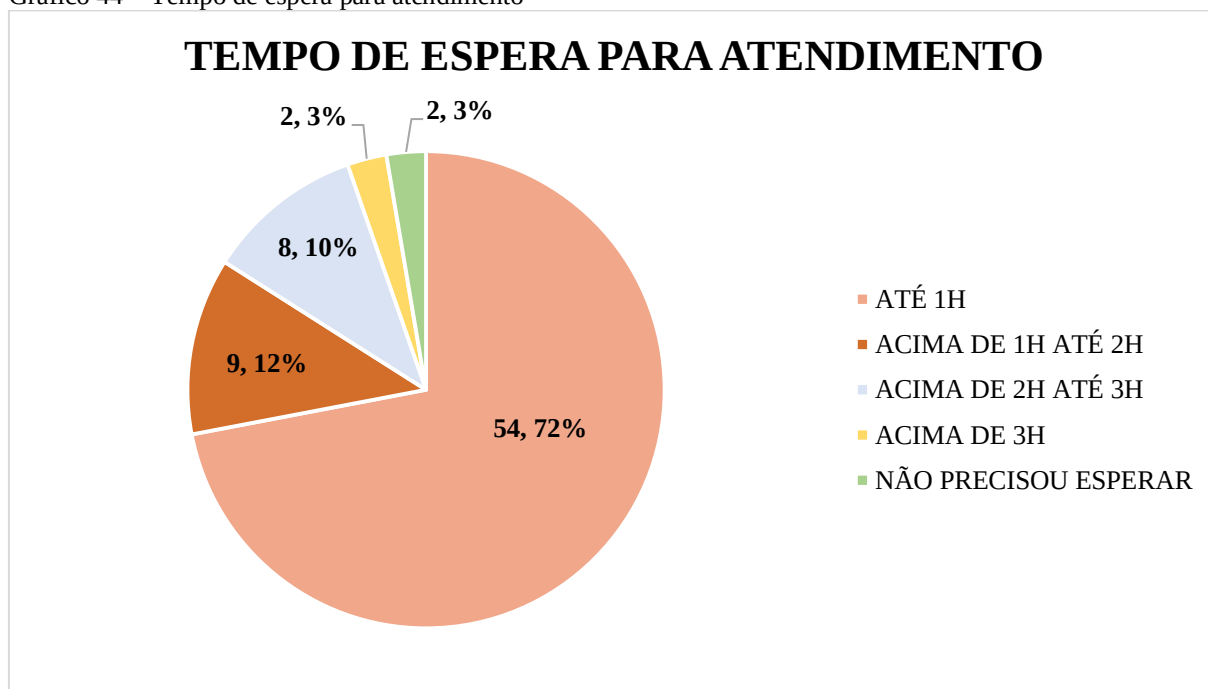
Quadro 53 – Existem filas para atendimento?

EXISTEM FILAS PARA ATENDIMENTO?	TOTAL GERAL
Sim	73; 97,3%
Não	2; 2,7%
TOTAL	75

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Com base nisso, foi questionado quanto tempo (h) normalmente os usuários esperam para conseguir atendimento nas unidades de saúde. Sendo assim, cerca de 72% dos usuários (54 dos 75 entrevistados) afirmaram esperar nas filas até uma hora, 12% dos usuários (9 dos 75 entrevistados) disseram esperar entre uma e duas horas, 10% dos usuários afirmaram esperar normalmente entre duas e três horas para conseguir atendimento, assim como 3% (2 dos 75 entrevistados) afirmaram por vezes esperar mais de três horas. Somente 3% dos entrevistados nas quatro unidades de saúde afirmaram não precisar esperar para conseguir atendimento.

Gráfico 44 – Tempo de espera para atendimento



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Se compararmos entre as unidades de saúde, somente 2 entrevistados da UBS Aroeiras afirmaram não existirem filas para atendimento. Nas UBS's Serra Azul, Mearim e Libório, 100% dos entrevistados afirmaram existirem tais filas.

Quadro 54 – Existem filas para atendimento?

EXISTEM FILAS PARA ATENDIMENTO?	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO
Sim	17; 98%	19; 100%	19; 100%	18; 100%
Não	2; 2%			
TOTAL GERAL	19	19	19	18

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

O tempo de espera para atendimento varia bastante de uma unidade para outra, porém a UBS Libório apresentou um percentual de 100% dos usuários que disseram esperar até uma hora na fila para atendimento, seguida pela UBS Mearim com 79%, pela UBS Serra Azul com 68,5% e por último a UBS Aroeiras com 42%.

No que diz respeito ao tempo de espera mais longo (acima de 3h), este se apresentou entre os usuários das UBS's Aroeiras e Serra Azul com o mesmo percentual respectivamente, assim como observamos no quadro abaixo.

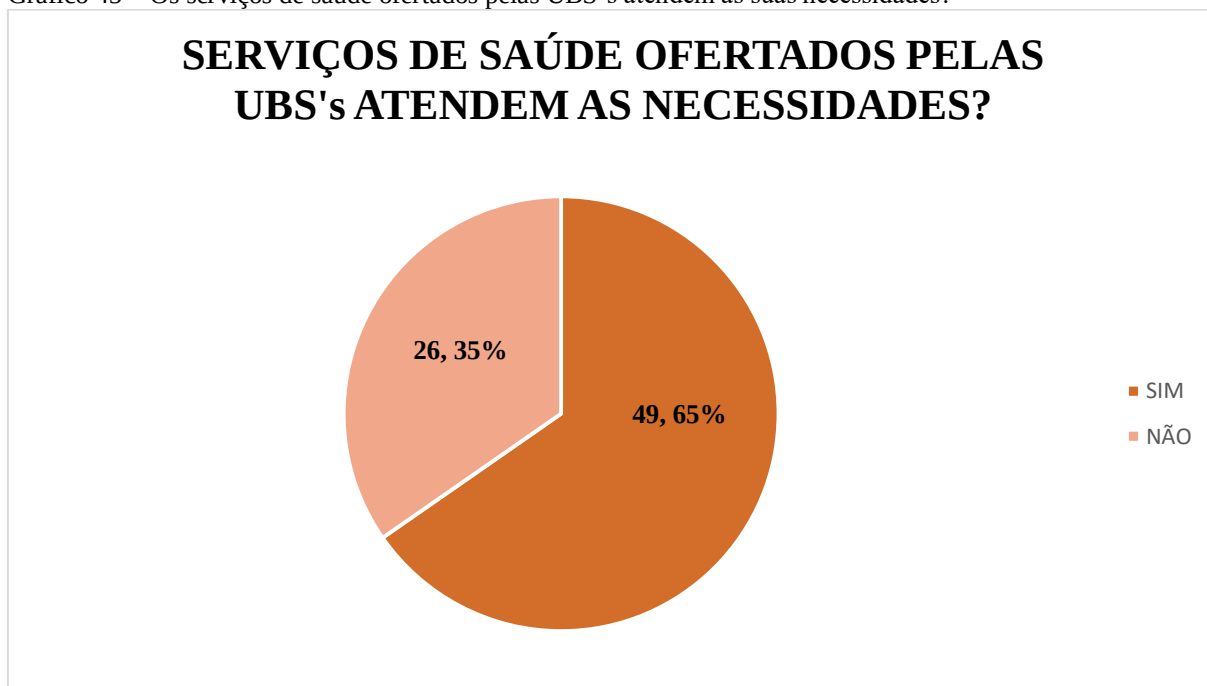
Quadro 55 – Tempo de espera para atendimento por UBS

TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL
Até 1h	8; 42%	13; 68,5%	15; 79%	18; 100%	54
Acima de 1h até 2h	5; 26,5%		4; 21%		9
Acima de 2h até 3h	3; 16%	5; 26,5%			8
Acima de 3h	1; 5%	1; 5%			2
Não precisou esperar	2; 10,5%				2
TOTAL GERAL	19	19	19	18	75

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Por fim, foi questionado aos entrevistados se os serviços de saúde ofertados pelas unidades de saúde atendem as suas necessidades, bem como se estão satisfeitos com os serviços prestados nas unidades de saúde da zona rural do município. Cerca de 65% dos entrevistados afirmaram que os serviços de saúde ofertados pelas UBS's atendem as suas necessidades, e 35% disseram que não atendem.

Gráfico 45 – Os serviços de saúde ofertados pelas UBS's atendem as suas necessidades?



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Quando se observa os percentuais por unidade de saúde, percebe-se que grande parte afirmou que os serviços atendem suas necessidades, porém há também números expressivos dos usuários que disseram não atender suas necessidades.

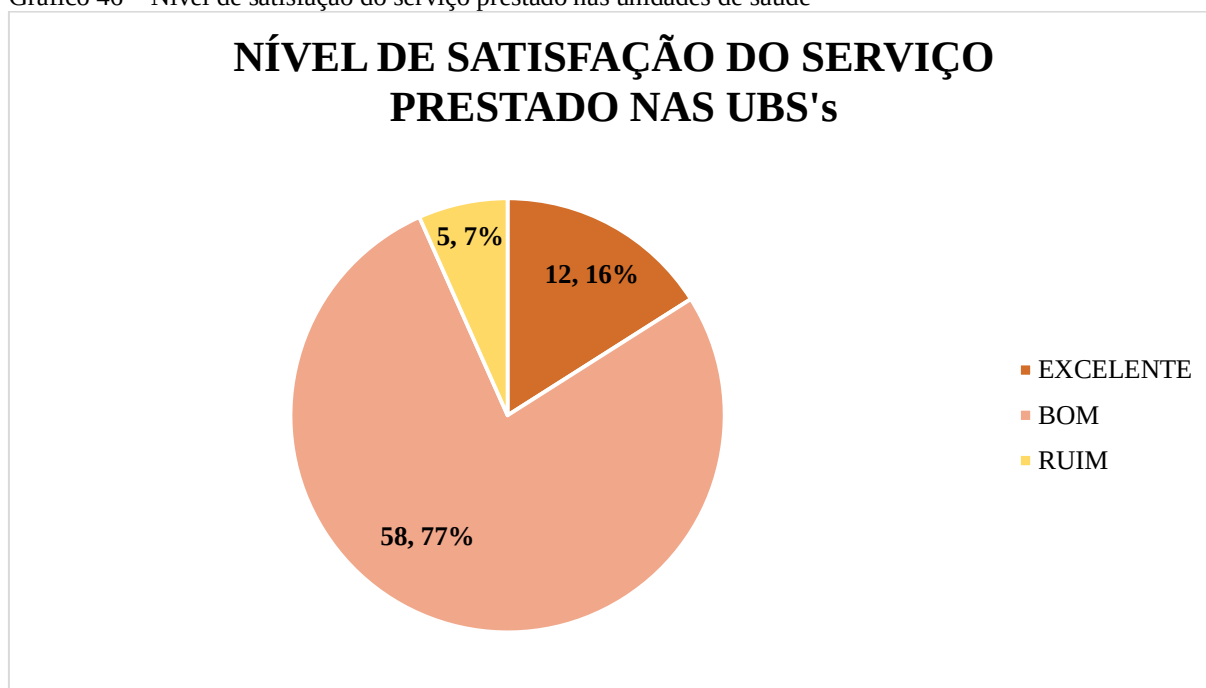
Quadro 56 – Os serviços de saúde ofertados pelas UBS's atendem as suas necessidades?

OS SERVIÇOS DE SAÚDE OFERTADOS PELAS UBS's ATENDEM AS SUAS NECESSIDADES?	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL
Sim	12; 63%	11; 58%	12; 63%	14; 78%	49
Não	7; 37%	8; 42%	7; 37%	4; 22%	26
TOTAL GERAL	19	19	19	18	75

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Quanto ao nível de satisfação com o serviço prestado nas unidades de saúde, cerca de 77% acharam bom, 16% excelente e 7% ruim, conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 46 – Nível de satisfação do serviço prestado nas unidades de saúde



Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

Entre as unidades de saúde, os maiores percentuais estão no nível bom de satisfação, mas entre as UBS's Serra Azul e Mearim, usuários afirmaram que os serviços prestados em tais unidades são ruins.

Quadro 57 – Nível de satisfação do serviço prestado por UBS

NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO SERVIÇO PRESTADO	UBS AROEIRAS	UBS SERRA AZUL	UBS MEARIM	UBS LIBÓRIO	TOTAL
Excelente	1; 5%	3; 16%	6; 31,5%	2; 11%	12; 16%
Bom	18; 95%	13; 68%	11; 58%	16; 89%	58; 77%
Ruim		3; 16%	2; 10,5%		5; 7%
TOTAL GERAL	19	19	19	18	75

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

A satisfação dos usuários no que diz respeito aos serviços prestados pelas unidades de saúde é tida como um “indicador da qualidade do cuidado” (ESPERIDIÃO; VIEIRA-DASILVA, 2018, p. 332), ou seja, como uma referência, se os serviços prestados na rede de atenção primária realmente suprem e sanam as necessidades de saúde. Mesmo que grande parte dos usuários da zona rural tenham expressado que os serviços ofertados nas UBS's tenham um bom funcionamento na resolutividade das suas necessidades, ainda há muito a melhorar, especialmente considerando todas as dificuldades e todas as barreiras apontadas pelos usuários neste trabalho.

Ao concluirmos tal pesquisa, a seguir ilustramos as potencialidades e dificuldades que se apresentam no que tange à efetivação do acesso da população às Unidades Básicas de Saúde da zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI.

Quadro 58 – Potencialidades e dificuldades presentes no acesso aos serviços de saúde da atenção primária rural de Monsenhor Hipólito/PI

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA RURAL DE MONSENHOR HIPÓLITO/PI	
POTENCIALIDADES	DIFICULDADES
a) Cobertura do território; b) Tempo de uso das unidades de saúde; c) Frequência com que os usuários utilizam os serviços de saúde; d) Serviços e ações ofertados.	a) Inconstância no cronograma de atendimento à população (barreira organizacional); b) Não funcionamento das UBS's de forma integral (abertura todos os dias, das 07:00h às 17:00h); c) Ausência de especialidades; d) Demora no encaminhamento para o serviço especializado; e) Deslocamento da população para outros municípios a procura de serviços especializados de saúde; f) Ausência de Tratamento Fora do Domicílio; g) Distância entre as residências dos usuários às UBS's (barreira geográfica); h) Ausência de informações sobre os dias e horários de atendimento (barreira de informação); i) Barreira financeira por parte da população rural; j) Ausência da oferta de medicamentos; k) Demora na marcação e realização de exames; l) Ausência de visitas domiciliares realizadas pelos médicos; m) Demora na realização de visitas domiciliares feitas pelo ACS's; n) Ausência de uma política de mobilidade para os usuários que não possuem meios de se deslocarem das suas residências até as UBS's; o) Ausência de uma rede de saneamento básico (rede de esgoto, coleta de lixo); p) Ausência de uma rede de distribuição de água para toda a população rural; q) Falta de profissionais para atendimento; r) Quantidade de vagas limitadas para atendimento; s) Interferência política no atendimento à população usuária dos serviços de saúde; t) Filas com tempo de espera entre 01:00h a 03:00h;

Fonte: Elaborado pela autora, 2021 (a partir do questionário aplicado)

É perceptível o quanto as dificuldades se sobressaem com relação as potencialidades dentro da rede primária de saúde do município, gerando, portanto, grandes transtornos a população que deveria ser assistida de forma a solucionar seus problemas de saúde. As

potencialidades se expressam apenas na cobertura do território, o tempo e frequência de uso das unidades de saúde por parte dos usuários, e os serviços e ações que são disponibilizados.

As dificuldades vão desde a inconstância do cronograma de atendimento por parte da gestão municipal, o não funcionamento das unidades de saúde em tempo integral, até a falta de profissionais para atendimento a população. Tais ações deveriam estar na lista de prioridade e o mínimo a ser ofertado, de forma adequada, já que não existe atendimento sem a unidade de saúde estar aberta e sem profissionais capacitados para atender os usuários que necessitam dos serviços de saúde disponibilizados pelo município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desse estudo procurou-se realizar um apanhado geral sobre a natureza das políticas sociais no Estado capitalista, refletindo sobre seus aspectos sociais, políticos e econômicos no contexto da sociabilidade burguesa, para finalmente compreender as bases que gestam o sistema de proteção social brasileiro, sua seguridade social e a política de saúde a essa agregada.

A partir do contexto de transição entre os modos de produção feudal e capitalista e do surgimento de conflitos entre as classes sociais, houve a necessidade de criação de um poder “neutro” – o Estado – que objetivasse amortecer os conflitos derivados da “questão social”, mantendo, em última instância, a ordem burguesa e seus interesses.

Transformações ocorridas através do desenvolvimento da produção e reprodução do capital pelos processos de urbanização e globalização resultaram em diversas expressões de desigualdade social, as quais influenciaram a tomada de consciência política da classe operária, que, por sua vez, passaram a exigir do Estado respostas às suas condições advindas da exploração. Essas respostas foram as políticas sociais, que se configuraram como políticas de conciliação entre as exigências de valorização do índice de acumulação capitalista e a reprodução da força de trabalho.

A saúde como direito foi uma das principais reivindicações da classe trabalhadora, pensada no contexto de implementação de políticas sociais, as quais passaram a ser percebidas como expressão de cidadania. A saúde foi idealizada e organizada com o intuito de promover o bem-estar coletivo, vindo a tornar-se política social, na perspectiva do direito social, por intermédio do Estado interventista.

A saúde no âmbito nacional é respaldada por um aparato legal que define suas ações, serviços, estratégias e seus níveis de organização. Como nível de organização, a atenção primária é considerada a porta de entrada para todo e qualquer serviço nessa política. Puderam-se apreender as principais determinações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que se tornou documento necessário e de indiscutível direcionamento para a gestão e funcionamento da Rede de Atenção Primária/Básica da saúde pública no Brasil.

No tocante à Rede de Atenção Primária no Piauí, observa-se sua implementação para além do fator biológico, incluindo o fator socioeconômico no processo de desvendamento das dificuldades enfrentadas pela população, as quais transcendem os problemas relacionados ao acesso aos serviços de saúde, englobando também, todo e qualquer serviço no âmbito da sociabilidade no contexto rural.

Ao reunir informações e conhecimentos da literatura sobre a atenção primária no âmbito nacional e estadual, sobre o acesso universal, igualitário e equitativo à política de saúde, bem como das narrativas/histórias sobre a realidade do município de Monsenhor Hipólito, aproximou-se, minimamente, do objetivo de compreender os aspectos que condicionam e/ou dificultam o acesso da população à Rede de Atenção Básica por meio das Unidades Básicas de Saúde e/ou Unidades de Saúde da Família na zona rural, em especial no município de Monsenhor Hipólito/PI.

Este trabalho teve como foco as unidades de saúde da zona rural do município, sendo na realidade constatadas apenas quatro (4) unidades básicas de saúde disponibilizando serviços de atenção primária à saúde, com uma amostra total de 75 questionários que foram respondidos entre as unidades de saúde em questão.

Inicialmente foi constatado que, além dos usuários que residem no território do município na zona rural, também são atendidos nas unidades de saúde a população que reside nas regiões limítrofes com outros municípios que fazem divisa com Monsenhor Hipólito, justamente por suas residências estarem localizadas geograficamente mais próximas das unidades de saúde da zona rural hipolitana. A maioria dos entrevistados que frequentam tais equipamentos de saúde são adultos e idosos, sendo estes majoritariamente do sexo feminino. Além disso, são principalmente pessoas acometidas por hipertensão, diabetes e que possuem colesterol alto, etc.

Entendeu-se que as condições de saúde da população não dependem apenas do fator biológico do paciente/usuário, mas também das condições sociais, ambientais e econômicas que este possui, além do modo de vida que leva. Portanto, ter acesso a uma alimentação adequada, a um ambiente propício a uma melhor condição de vida – com saneamento básico, água potável encanada, coleta de lixo, etc.–, a educação, ao lazer e ao trabalho, esses condicionantes influenciam diretamente nas condições de saúde e podem determinar possíveis usuários a procura dos serviços de saúde na rede de atenção primária. Porém, como observado no decorrer deste estudo, em sua maioria, a população rural não tem acesso ao saneamento básico, rede de esgoto, coleta de lixo, nem água tratada e encanada nas suas residências. Como, também em sua maioria são agricultores rurais e que vivem de uma economia de subsistência, muitos não possuem renda fixa, têm pouca escolaridade, não possuem um plano de saúde privado, e vivem em regiões geograficamente distantes dos locais que ofertam os serviços de saúde.

O primeiro ponto-chave identificado neste trabalho para desvendar as facilidades e/ou dificuldades no acesso aos serviços de atenção primária foi a partir do reconhecimento do estabelecimento das unidades básicas nos povoados da zona rural. Três das quatro unidades de saúde que atualmente estão localizadas na zona rural foram instituídas há mais ou menos 7 anos, ou seja, até 2014 só existia uma única unidade de saúde disponibilizando serviços primários à saúde na zona rural do município de Monsenhor Hipólito. Porém, mesmo com o estabelecimento dessas 3 unidades de saúde posteriormente a esse período, ainda é clara a distância significativa entre as residências e as unidades de saúde. Portanto, a distância entre as unidades de saúde e as residências dos usuários é a primeira dificuldade enfrentada pelos usuários para terem acesso aos serviços de saúde da rede de atenção primária no município, porém não foi a mais evidenciada pelos sujeitos desta pesquisa.

Além da distância, que aqui se apresenta como uma barreira geográfica para o acesso da população aos serviços primários de saúde, muitos usuários não possuem transporte para se deslocar na intenção de procurar os serviços de saúde, e essa falta de transporte também é uma das dificuldades apontadas pelos usuários, por muitas vezes não conseguirem se deslocar até os equipamentos de saúde.

É também identificado neste estudo como dificuldades de acesso, a desorganização da política de atenção primária municipal no que diz respeito à inconstância nos dias de atendimento das unidades de saúde, à um possível rodízio de profissionais entre as unidades de saúde da zona rural e consequentemente à uma desinformação relativa aos dias de atendimento por parte dos usuários, estes não sendo notificados pela gestão municipal sobre as mudanças ocorridas nos dias de atendimento, o que consequentemente causa uma grande discordância entre os usuários sobre os dias em que eles podem ser atendidos nas unidades de saúde.

Alguns usuários apontaram nesta pesquisa que nem todas as unidades de saúde abrem todos os dias em período integral, e mesmo que abram, não necessariamente estas disponibilizam todos os tipos de atendimento a que se propõem. Ademais, algumas unidades de saúde deixam a desejar quanto ao espaço de atendimento por possuir uma estrutura muito reduzida, não chegando a comportar 10 usuários na sala de espera do atendimento, e isso se agrava principalmente no período da pandemia da Covid-19. Destarte, as unidades de saúde da zona rural não disponibilizam de infraestrutura, recursos humanos e administrativos disponíveis e suficientes para o atendimento integral, equitativo, igualitário e de qualidade, conforme preconiza a Lei 8.080/1990 do Sistema Único de Saúde. Assim como foi pontuado anteriormente, um atendimento integral deve ser realizado todos os dias da semana (segunda a

sexta) no período de 8h diárias (07:00 às 12:00 e das 14:00 às 17:00) de forma contínua, com uma equipe de saúde disponível em cada equipamento de saúde, e claramente, algo distante disso dificulta o acesso da população aos serviços prestados, seja pela falta de atendimento, pela falta de profissionais, pela falta de informação referente aos dias de atendimentos, por atendimentos reduzidos, por exemplo, por filas, e inúmeras outros fatores.

Identificou-se, ainda, como principais dificuldades no acesso aos serviços de saúde, além das já citadas acima, a falta de atendimento médico nas unidades de saúde, sejam eles clínicos gerais e principalmente especialistas, o que leva aos usuários se deslocarem para a zona urbana para conseguir tal serviço, e ainda assim, se o atendimento começar às 08:00h da manhã, por vezes as filas começam a se formar a partir das 03:00h da manhã exatamente por ter uma quantidade limitada de vagas e uma procura excessiva pelo serviço já que as unidades de saúde da zona rural encontram-se diariamente desassistidas por atendimento médico.

A quantidade de vagas disponíveis para atendimento nos serviços da atenção primária da zona rural hipolitana também se mostrou um tipo de dificuldade persistente para os usuários terem acesso. Sabe-se que na atenção primária, os serviços normalmente são disponibilizados todos os dias, com horários fixos entre as 07:00h às 17:00h. Mas como foi constatado nesta pesquisa isso não ocorre. Geralmente os profissionais que atendem na zona rural vêm da zona urbana todos os dias. O atendimento começa às 08:00h da manhã já com lista de atendimento limitada a mais ou menos 15 pessoas. Mesmo que esses 15 usuários sejam atendidos em 3 horas, por exemplo, ao término dos atendimentos, os profissionais encerram seu expediente às 11:00 horas da manhã e retornam para a zona urbana, mesmo sendo contratados pelo SUS e sendo pagos para trabalharem as 40 horas semanais conforme a Política Nacional de Atenção Básica brasileira.

Isso também leva a quantidade de filas intermináveis que os usuários têm a enfrentar todas as vezes que tentam acessar os serviços de saúde, e isso faz com que por vezes muitas pessoas não consigam ter acesso ao atendimento ao qual necessitam. Outros usuários também não conseguem atendimento por causa da tensão política entre a gestão e os eleitores do partido oposto. Alguns usuários afirmaram por vezes procurar os serviços de saúde – que devem ser disponibilizados a toda a população – e não serem atendidos por profissionais se recusarem a atender pelo fato de que o usuário é eleitor do partido oposto. A política partidária é envolvida em todas as políticas sociais do município, e infelizmente essa é uma realidade muito recorrente não apenas no acesso a política de saúde municipal, mas em toda a rede de políticas sociais do município.

A falta de medicamentos nas farmácias das UBS's também se torna uma barreira no acesso a esse tipo de serviço, especialmente para os usuários que são diabéticos e hipertensos que necessitam dos medicamentos e não têm condições financeiras para arcarem com tal despesa.

A demora na realização de exames, a demora no encaminhamento para o serviço especializado, a não realização de visitas domiciliares por parte dos médicos e pelos agentes de saúde também são dificuldades apontadas pelos usuários da rede de atenção primária da zona rural de Monsenhor Hipólito.

Conforme foi observado, em relação as dificuldades enfrentadas pelos usuários, percebeu-se que há uma clara ausência do Estado na operacionalização da política de atenção primária rural do município evidenciada pela ausência dos serviços e ações que são a base da rede de promoção e proteção à saúde. A não existência da UBS Goulart, extinta, causa um déficit na oferta de ações e serviços de saúde das comunidades rurais que dependiam de tais serviços.

A ausência de atendimento médico, ambulatorial, odontológico e psicossocial integral a essa população afeta diretamente o seu bem-estar. Além de não resolver as condições de saúde dos usuários, faz com que estes sejam reincidentes a todo o momento nos equipamentos de saúde e como consequência afogam o serviço de atenção primária por nunca resolverem seus problemas de saúde.

A interferência político-partidária nas políticas sociais do município também são bem visíveis. Nesse quesito, é importante pontuarmos que as políticas sociais são consideradas, segundo a Constituição Federal de 1988 e das diversas leis e portarias que as legitimam, como direito de todos os cidadãos, sempre levando em consideração seus critérios de acessibilidade. Falando da política de saúde brasileira, a saúde é tida como direito universal de todas as pessoas independentemente de classe, raça, gênero, etnia, etc. Negar tal serviço, que é essencial na vida de qualquer ser humano, é ir contrapartida ao que deve ser e fazer um gestor municipal, estadual e/ou nacional para com a sua população, uma vez que foi eleito democraticamente deve-se, portanto, governar e ofertar serviços e ações para todos e não apenas para os sujeitos que o elegeram.

Destarte, o estudo permitiu identificarmos as potencialidades e os desafios, estruturais e conjunturais, e a percepção dos (as) usuários (as), no que tange à efetivação do acesso da população às Unidades Básicas de Saúde da zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI, como a Política de Atenção Primária à Saúde do município em questão, como está organizada,

e apreender as possíveis diferenças, no que diz respeito à oferta e ao acesso aos serviços básicos (promoção, proteção e recuperação) de saúde, entre as Unidades de Saúde da zona rural da referida localidade.

Algumas hipóteses que foram apontadas para responder as questões norteadoras sobre o objeto de pesquisa em questão foram confirmadas: a) O fato de a pesquisa dar-se no cenário da zona rural do município, a ausência de uma política de mobilidade, aliada a localização distante entre a UBS e os usuários, constituem-se fatores que realmente dificultam o acesso aos serviços, impossibilitando, ainda, a concretização dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS); b) As sucessivas contrarreformas na agenda social, bem como o desmonte das políticas públicas brasileiras, constituem razões que afetam diretamente a efetivação dos princípios de integralidade da assistência à saúde e universalidade do acesso aos serviços ofertados pela Política de Atenção Primária nas Unidades Básicas da realidade estudada; c) As dificuldades de acesso da população aos serviços das UBS's devem-se à dificuldade de lotação de profissionais com dias e horários fixos nas unidades de saúde da zona rural do município de Monsenhor Hipólito/PI; e por fim, d) Foi constatado que as questões relativas a política local e sua interferência na garantia da saúde como um direito, também aparecem como fatores que dificultam o acesso da população aos serviços primários de saúde, a qual contextualiza a realidade em que médicos, mesmo atendendo em espaço público e possuindo relação contratual com o Estado e o SUS, ainda recusam-se a prestar atendimento a usuários de opção política oposta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Ana Maria Menezes Neiva Eulálio. **Limites e possibilidades de um planejamento descentralizado e participativo nas estâncias colegiadas de gestão do SUS – Piauí**. 2004. 274 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – UFPI, Teresina, 2004. Disponível em: https://sigaa.ufpi.br/sigaa/public/programa/secao_extra.jsf?lc=pt_BR&id=251&extra=240427940. Acesso em: 10 mar. 2021.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARAÚJO, Romão Moura de. **“Saúde, uma das nossas reais necessidades!”**: o processo de institucionalização da saúde pública no Piauí (1910-1930). 2018. 101 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2018.

BACCARI, Ivana Oliveira Preto. **O texto narrativo na pesquisa qualitativa em saúde**: referencial metodológico e instrumental. 2015. 55 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – UNICAMP, Campinas, 2015. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/ivana2015mestrado.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2021.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contrarreforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social**: fundamentos e história. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, Ivanete. A insidiosa corrosão dos sistemas de proteção social europeus. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 112, p. 754-803, out./dez. 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Planalto**. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 03 abr. 2020.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Planalto**. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Planalto**. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 24 fev. 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acesso em: 02 dez. 2021.

BRASIL. Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012. **Planalto**. Brasília, DF, 22 nov. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 02 dez. 2021.

BRASIL. Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013. **Planalto**. Brasília, DF, 22 out. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 08 nov. 2021.

BRASIL. A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2006a. Disponível em: [file:///C:/Users/edina/Downloads/Hist%C3%B3ria_da_reforma_sanit%C3%A1ria_brasileira%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/edina/Downloads/Hist%C3%B3ria_da_reforma_sanit%C3%A1ria_brasileira%20(1).pdf). Acesso em: 01 abr. 2020.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 18 jul. 2020.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 04 ago. 2020.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2013. 1ª ed. 4ª reimpressão. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf. Acesso em: 04 dez. 2020.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Estratégia Saúde da Família. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Cadernos de Atenção Primária: Rastreamento. **Ministério da Saúde**. 1ª ed. n. 29, v. II. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf. Acesso em: 03 nov. 2021.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ministério da Saúde**. nº 37. Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRASIL. Diabetes. In: Biblioteca Virtual em Saúde. **Ministério da Saúde**. 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/diabetes/>. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2007. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em: 03 abr. 2020.

BRAVO, Maria Inês. **Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria Inês; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. In: **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 01, p. 09-23, jan./abr., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139/13218>. Acesso em: 08 fev. 2021.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE. 1978, Alma-Ata, Cazaquistão. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/files/DeclaracaodeAlmaAta.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

COSTA, Irla Henrique; AMBRÓSIO, Valéria de Oliveira. **As transformações do papel da mulher na contemporaneidade**. Governador Valadares: UNIVALE, 2010. Disponível em: <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/biblioteca/index.php>. Acesso em: 19 ago. 2021.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 20 set. 2019.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 3ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

SCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. In: **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial, p. 331-340, out., 2018). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/FysJv7RhpBDXKtywL8HKRj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 dez. 2021.

FERNANDES, Florestan. O estado sob o capitalismo recente. In: **Apontamentos sobre a “teoria do autoritarismo”**. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2019.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FRANÇA, Silvia Maria Silva., et al. Estado brasileiro e política de saúde no Brasil: percurso inconcluso para universalização. p. 116-127. In: **IX Encontro de Grupos de Estudos e Pesquisas Marxistas**. Universidade Federal do Pernambuco. Recife, 2017. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/u/0/folders/184eJzPm1Ew78YPJPMebFGlyVqlOqLY1m>. Acesso em: 23 mar. 2020.

JUCEPI. **Junta Comercial do Estado do Piauí**, 2020. Disponível em: <http://www.jucepi.pi.gov.br/piaui.php>. Acesso em: 17 ago. 2020.

GARNELO, Luiza. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 42, set. 2018. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/81-99/en/>. Acesso em: 15 fev. 2020.

GASPAROTTO, Geovana Prante., et al. O ideário neoliberal: a submissão das políticas sociais aos interesses econômicos. In: XI Seminário Internacional de Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/8153>. Acesso em: 17 fev. 2020.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária?. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2020.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GIRARDI, Eduardo Paulon. O rural e o urbano: é possível uma tipologia?. In: **Proposição teórico-metodológica de uma Cartografia Geográfica Crítica e sua aplicação no desenvolvimento do Atlas da Questão Agrária Brasileira**. Presidente Prudente, 2008. Disponível em: http://www.uel.br/cce/geo/didatico/omar/modulo_b/a12.pdf. Acesso em: 19 ago. 2020.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/panorama>. Acesso em: 17 ago. 2020.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/monsenhor-hipolito/panorama>. Acesso em: 01 dez. 2021.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo Agropecuário, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/monsenhor-hipolito/pesquisa/24/76693>. Acesso em 05 nov. 2020.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. In: **Estudos & Pesquisa**. nº 11. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/rural_urbano/. Acesso em: 18 ago. 2020.

LÊNIN, Vladimir Ilích. **O imperialismo: fase superior do capitalismo**. 5ª ed. Coleção Bases 23. São Paulo: Global Editora, 1989.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Reforma Sanitária e Reorganização do Sistema de Serviços de Saúde**: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços. 2000. 264 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <https://teses.iciet.fiocruz.br/pdf/lobatolvcd.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2020.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARX, Karl. A lei geral da acumulação capitalista. In: **O Capital**: Crítica da Economia Política. Livro I. v. 02. 27ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

MELO, Eduardo Alves., et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. In: **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, nº especial, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2020.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100007&lng=en&tlng=en. Acesso em: 15 fev. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MONTEIRO, Michele Mota; FIGUEIREDO, Virgínia Paiva; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 43, p. 358-364, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6BtjK64YJ5YrgBnTTRGGffx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 dez. 2021.

NETTO, José Paulo. As condições histórico-sociais da emergência do Serviço Social. In: **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia Política**: uma introdução crítica. 8ª ed. Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 1. São Paulo: Cortez, 2012.

NORONHA, José Carvalho de., et al. O sistema único de saúde – SUS. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, Tânia Modesto Veludo de. **Amostragem não Probabilística**: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas. v. 02, n. 03. Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado. 2001.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. In: **Saúde Pública**, Salvador, nº especial, p. 73-78, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

PAIM, Jarnilson Silva., et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. In: **Saúde no Brasil**, Salvador, p. 11-31, 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 02 dez. 2021.

PEREIRA, Camila Potyara. Sobre o arcabouço teórico ou pano de fundo explicativo. In: **Proteção Social no Capitalismo**: crítica a teorias e ideologias conflitantes. São Paulo: Cortez, 2016.

PIAUÍ. **Lei nº 87 de 22 de agosto de 2007**. Teresina, 22 ago. 2007. Disponível em: <http://legislacao.pi.gov.br/legislacao/default/ato/13144>. Acesso em: 27 out. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONSENHOR HIPÓLITO. **Nossa História. Monsenhor Hipólito**, 2020. Disponível em: <https://www.monsenhorhipolito.pi.gov.br/nossa-historia/>. Acesso em: 03 nov. 2020.

RODRIGUES, Miguel Ramos. **Municipalização plena da saúde no Piauí**: uma utopia a ser realizada. 2004. 207 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – UFPI, Teresina, 2004. Disponível em: https://sigaa.ufpi.br/sigaa/public/programa/secao_extra.jsf?lc=pt_BR&id=251&extra=240427940. Acesso em: 10 mar. 2021.

SERGIPE. Fundação Estadual de Saúde/Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. **A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe: Saberes e tecnologias para implantação de uma política**. FUNESA, 2011. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_858538200.pdf. Acesso em: 21 abr. 2020.

SESAPI. Secretaria de Estado de Saúde do Piauí. **Regionais de Saúde**. 2020. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/paginas/regionais-de-saude>. Acesso em: 17 ago. 2020.

SESAPI. Secretaria de Estado de Saúde do Piauí. **Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (2019-2022)**. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planos-estaduais-educacao-permanente/PEEPS-PI.pdf>. Acesso em: 27 out. 2020.

SESAPI. Secretaria de Estado de Saúde do Piauí. **Plano Estadual de Saúde (2016-2019)**. 2016. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/896/Plano_Estadual_2016_a_2019_vers_o_final_.pdf. Acesso em: 17 ago. 2020.

SESAPI. Secretaria de Estado de Saúde do Piauí. **Estrutura da SESAPI**. 2021. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/paginas/estrutura-da-sesapi>. Acesso em: 12 mar. 2021.

SETA, Marismary Horsth de; OLIVEIRA, Catia Verônica dos Santos; PEPE, Vera Lúcia Edais. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 22, out. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.16672017>. Acesso em: 03 nov. 2021.

SILVA, Monique Maria Rodrigues da. **Gênese e função social do Estado**: o Estado brasileiro em tempos de crise estrutural do capital. 2016. 129 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – UFAL, Maceió, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atlas IDF 2019**. São Paulo, 2021. Disponível em: https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2021/06/Atlas_IDF_2019.pdf. Acesso em: 01 dez. 2021.

STEVANIM, Luiz Felipe. Previne Brasil: mudança sem debate. In: **Radis** – comunicação em saúde. Rio de Janeiro, nº 207, p. 19-21, dez./2019. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis207_web.pdf. Acesso em: 08 fev. 2021.

TRAVASSOS, Claudia., et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. In: **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, nº 5-6, p. 365-373, jun./2002. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/365-373/pt/>. Acesso em: 19 ago. 2021.

TRAVASSOS, Claudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

UNA-SUS. **Você sabe o que é equidade?**. Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-sabe-o-que-e-equidade>. Acesso em: 04 nov. 2021.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO USADO NA COLETA DE DADOS DA PESQUISA

- 1- Em qual unidade básica de saúde você é atendido (a)?
() UBS Aroeiras () UBS Serra Azul
() UBS Libório () UBS Mearim
- 2- Além da sua unidade de saúde de referência, você frequenta outra unidade básica de saúde? Se sim, qual?
() Sim () Não
() UBS Aroeiras () UBS Serra Azul
() UBS Libório () UBS Mearim
() Outra (s): _____
- 3- Você estabeleceu algum vínculo com alguma unidade de saúde ou algum profissional? Se sim, qual unidade/profissional?
() Sim () Não
() UBS Aroeiras () UBS Serra Azul
() UBS Libório () UBS Mearim
() Outra (s): _____
- 4- Frequência que utiliza o serviço:
() Uma vez na semana () A cada 15 dias
() Uma vez ao mês () Outro: _____
- 5- A quanto tempo você frequenta a sua unidade de referência?
() Há 1 ano () Há 2 anos () Há 3 anos
() Há 4 anos () Há 5 anos () Outro: _____
- 6- Motivo do atendimento?
() Consulta médica () Odontológico () Serviço Social () Psicológico
() Vacinas () Curativos () Retirar medicamento
() Realizar exame (s): Qual (ais)? _____
() Outro (s): _____

7- Seu médico já te encaminhou para algum serviço especializado de saúde? Se sim, qual?

() Sim: _____ () Não

8- Você teve acesso ao serviço especializado de saúde que seu médico te encaminhou de forma gratuita pelo SUS ou pago?

9- Teve dificuldade para acessar o serviço especializado que seu médico do postinho te encaminhou? Se sim, qual?

() Sim: _____ () Não

10- Quais facilidades para acessar o serviço especializado que seu médico do postinho te encaminhou?

11- Você teve acesso direto ao serviço especializado que seu médico do postinho te encaminhou ou demorou muito? Se demorou, quanto tempo?

12- Possui alguma doença crônica? Se sim, qual?

() Sim () Não

() Diabetes () Hipertensão () Osteoporose

() Asma () Câncer () Colesterol Alto

() Outro (a): _____

13- Se você possui alguma doença crônica, esta é tratada localmente ou você se desloca para outro local para fazer o tratamento? Se você se desloca, para qual cidade então?

() Localmente () Desloca: _____

14- Se você se desloca, qual a distância da sua residência para o local que realiza o tratamento da doença crônica? É de fácil acesso, ou você possui dificuldades?

Distância: _____

Acesso: _____

Dificuldades:

15- Com que frequência o (a) Agente Comunitário de Saúde vai a sua residência?

() Uma vez na semana () A cada 15 dias

() Uma vez ao mês () Outro (a): _____

16- Com que frequência o (a) médico (a) faz visita domiciliar a sua residência?

() Uma vez na semana () A cada 15 dias () Uma vez ao mês

() Nunca () Outro (a): _____

17- Você é atendido (a) apenas pela sua equipe de saúde na unidade básica? Se não, por quem mais?

() Sim () Não: _____

18- Em quais dias você pode ser atendido (a) na unidade básica de saúde?

() Segunda-Feira () Terça-Feira () Quarta-Feira () Quinta-Feira

() Sexta-Feira () Em qualquer dia que eu for a unidade

() Outro (a): _____

19- A unidade de saúde abre todos os dias? Se não, quais as dificuldades encontradas para ter acesso aos serviços de saúde?

() Sim () Não:

20- Já realizou marcação de exames através da sua unidade de saúde de referência?

() Sim () Não

21- Sobre a marcação de exames, qualifique com uma nota a facilidade ou dificuldade de acesso:

De 1 a 4 - **Sem acesso** (nunca consegui marcar)

De 5 a 7 - **Difícil** (tenho dificuldade de conseguir marcar)

De 8 a 10 - **Fácil** (sempre consigo marcar)

Nota: _____

22- Sobre as consultas especializadas, qualifique com uma nota a facilidade ou dificuldade de acesso:

De 1 a 4 - **Sem acesso** (nunca consegui acessar)

De 5 a 7 - **Difícil** (tenho dificuldade de acessar)

De 8 a 10 - **Fácil** (sempre consigo acessar)

Nota: _____

23- Quanto tempo você demora para ter acesso a uma consulta especializada encaminhada pelo o médico do postinho?

() 8 dias () 15 dias () 22 dias

() 30 dias () 45 dias () 60 dias

Outro: _____

24- Já houve necessidade de pegar medicação básica (diabetes, hipertensão, pomadas para queimaduras e ginecológicas, febre, entre outros) fornecida pela unidade de saúde?

() Sim () Não

25- Se você possui acesso a medicação básica fornecida pela unidade de saúde, qualifique o nível de tal acesso:

() **Difícil** (tenho dificuldade de acessar) () **Fácil** (sempre consigo acessar)

26- Qual a distância da sua residência até a unidade básica de saúde mais próxima?

27- Qual o meio de transporte utilizado para chegar até a unidade de saúde?

() Carro () Moto () Ônibus

() Bicicleta () A pé () Outro: _____

28- Na sua localidade existe rede de esgoto?

() Sim () Não

29- Na sua comunidade possui água encanada/tratada? Se não, onde adquire água e armazena?

() Sim () Não: _____

30- Existe coleta de lixo? Se sim, quantos dias por semana?

() Sim: _____ () Não

31- Qual a nota de satisfação do serviço prestado na unidade básica de saúde?

De 1 a 4 - **Ruim**

De 5 a 7 - **Bom**

De 8 a 10 - **Excelente**

Nota: _____

32- Na sua opinião, qual (ais) a (s) maior (es) dificuldade (s) enfrentada (s) para ter acesso aos serviços da unidade básica de saúde da zona rural?

33- Na sua opinião, os serviços de saúde ofertados pela unidade básica de saúde da sua comunidade são de fácil acesso a todos?

34- Você tem acesso aos serviços de saúde na sua comunidade a qualquer momento que você for a postinho de saúde, ou seja, de modo espontâneo ou por uma marcação de atendimento antecipada (prévia)?

35- Existem filas para o atendimento? Se sim, quanto tempo você espera para ter atendimento?

36- Na sua opinião, os serviços de saúde ofertados pela unidade básica de saúde da sua comunidade atendem as suas necessidades?

37- Idade: _____

38- Sexo:

() Feminino () Masculino

39- Em qual município você mora?

40- Em qual povoado você reside?

41- Observações a serem feitas (opcional):
