

Artigo original

Pontos de apoio: uma estratégia de acesso à saúde da população do campo de uma cidade do Distrito Federal

Puntos de apoyo: una estrategia de acceso a la salud para la población rural de una ciudad del Distrito Federal

Support points: a health access an strategy for the rural population of a city in the Federal District

Renata Musa Lacerda¹ 
Jacinta de Fátima Sena da Silva² 

Larissa Polejack Brambatti³ 
Larissa Izidoro Rosa⁴ 

¹Contato para correspondência. Universidade de Brasília (Brasília). Distrito Federal, Brasil. renata.musa24@gmail.com

²Fundação Osvaldo Cruz (Brasília). Distrito Federal, Brasil. jacsenna31@gmail.com

^{3,4}Universidade de Brasília (Brasília). Distrito Federal, Brasil. larissapolejack@hotmail.com, psicologalarissaizidoro@gmail.com

RESUMO | INTRODUÇÃO: O acesso aos serviços de saúde no Brasil é um direito de todos. Apesar disso, a população do campo enfrenta inúmeras dificuldades para acessá-los, seja pela distância, pela baixa cobertura das equipes de saúde ou por questões econômicas. É necessário desenvolver estratégias que ampliem o acesso à saúde dessa população. Com esse intuito, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na capital brasileira implementou Pontos de Apoio em cada microárea do território adstrito. Assim, este estudo teve como objetivo compreender a percepção dos usuários e trabalhadores de saúde dessa UBS sobre a criação dessa estratégia. **MÉTODO:** Realizou-se uma pesquisa qualitativa descritiva, com entrevistas e diário de campo envolvendo nove usuárias e seis trabalhadores do território. **RESULTADOS:** Participaram 15 pessoas, sendo nove usuárias e seis trabalhadores da saúde. As usuárias apresentaram baixa escolaridade e renda de até dois salários mínimos. As principais dificuldades relatadas foram relacionadas às dimensões geográfica e técnica, seguidas de aspectos políticos, simbólicos e econômicos. Os trabalhadores destacaram barreiras semelhantes, além de limitações estruturais. Como potencialidades, ambos ressaltaram a aproximação territorial e a agilidade no atendimento proporcionadas pelos Pontos de Apoio. **CONCLUSÃO:** A estratégia dos Pontos de Apoio apresenta grande potencial para atender às necessidades de saúde da população do campo. Contudo, não pode ser a única medida para enfrentar as barreiras de acesso, pois, mesmo com seus benefícios, o acesso aos serviços ainda exige estratégias complementares, como as visitas domiciliares.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da População Rural. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde.

RESUMEN | INTRODUCCIÓN: El acceso a los servicios de salud en Brasil es un derecho de todos. No obstante, la población rural enfrenta numerosas dificultades para acceder a ellos, ya sea por la distancia, la baja cobertura de los equipos de salud o por cuestiones económicas. Es necesario desarrollar estrategias que contribuyan a ampliar el acceso a la salud de esta población. Con este propósito, una Unidad Básica de Salud (UBS) en la capital brasileña implementó Puntos de Apoyo en cada microárea del territorio adscrito. Así, este estudio tuvo como objetivo comprender la percepción de los usuarios y trabajadores de salud de esta UBS sobre la creación de dicha estrategia. **MÉTODO:** Se llevó a cabo una investigación cualitativa de carácter descriptivo, utilizando entrevistas y registros en diario de campo con nueve usuarias y seis trabajadores del territorio. **RESULTADOS:** Participaron 15 personas, siendo nueve usuarias y seis trabajadores de la salud. Las usuarias presentaban baja escolaridad y una renta de hasta dos salarios mínimos. Las principales dificultades relatadas estuvieron relacionadas con las dimensiones geográfica y técnica, seguidas de aspectos políticos, simbólicos y económicos. Por su parte, los trabajadores destacaron barreras similares, además de limitaciones estructurales. Como potencialidades, ambos grupos resaltaron la proximidad territorial y la agilidad en la atención proporcionadas por los Puntos de Apoyo. **CONCLUSIÓN:** La estrategia de los Puntos de Apoyo tiene un gran potencial para atender las necesidades de atención en salud de la población rural. Sin embargo, no puede ser la única medida para enfrentar las barreras de acceso, ya que, incluso con los beneficios de los Puntos de Apoyo, el acceso a los servicios aún requiere estrategias particularizadas, como las visitas domiciliares.

PALABRAS CLAVE: Salud de la Población Rural. Atención Primaria de Salud. Accesibilidad a los Servicios de Salud.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Access to healthcare services in Brazil is a right guaranteed to all. However, rural populations face numerous challenges in accessing these services, including long distances, limited coverage by health teams, and economic constraints. It is necessary to develop strategies that help expand healthcare access for these communities. With this aim, a Unidade Básica de Saúde – UBS (Primary Health Unit) in the Brazilian capital implemented Support Points in each micro-area of its assigned territory. This study aimed to understand the perceptions of users and healthcare workers of this UBS regarding the creation of this strategy. **METHOD:** This was a descriptive, qualitative study conducted through interviews and field notes with nine female users and six healthcare workers from the territory. **RESULTS:** Fifteen individuals participated in the study: nine users and six healthcare workers. The users had low educational levels and household incomes of up to two minimum wages. The main difficulties reported were related to geographic and technical dimensions, followed by political, symbolic, and economic aspects. The healthcare workers highlighted similar barriers, in addition to structural limitations. As strengths, both groups emphasized territorial proximity and the increased agility in care provided by the Support Points. **CONCLUSION:** The Support Points strategy shows great potential for addressing the healthcare needs of rural populations. However, it should not be considered the only approach to overcoming access barriers, as access to services still requires complementary and tailored strategies, such as home visits.

KEYWORDS: Rural Health. Primary Health Care. Health Services Accessibility.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de um longo processo histórico. Ainda em 1923, a saúde brasileira estava relacionada à meritocracia, voltada apenas para trabalhadores, ficando o restante da população sem esse direito. Em 1988, foi instituído na Constituição Federal a saúde como um direito de todos e dever do Estado. A partir desse ano, o sistema, que já era idealizado, foi ganhando força, inclusive com as leis que foram promulgadas posteriormente, como a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90. O SUS é uma estratégia de fazer saúde que ainda está em processo de consolidação e que exige grande conhecimento da população, financiamento e interesse público para tal (Giovannella et al., 2012; Silva et al., 2024).

Os princípios doutrinários e organizacionais do SUS inseridos na legislação são universalidade, equidade, integralidade, atenção humanizada, descentralização, controle social, regionalização e hierarquização (Lei nº 8.080, 1990; Lei nº 15.126, 2025). Tais princípios são amplamente divulgados, mas torná-los uma realidade é um grande desafio. Logo, é preciso pensar em estratégias e políticas públicas para sua consolidação. Além dos fatores biológicos, é inquestionável que determinantes sociais, como o ambiente e a economia, afetam ou influenciam as condições de saúde das populações. Compreender essa lógica facilita a criação de estratégias adequadas às realidades (Santos et al., 2025). Segundo a [Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde](#) - CNDSS (2008), os determinantes sociais de saúde englobam um conjunto de fatores ambientais, políticos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, socioeconômicos e biológicos, e são eles responsáveis por proporcionar condições de vida negativas ou positivas para as pessoas, refletindo em seus estados de saúde.

O Brasil também é conhecido pela sua vasta extensão territorial, por isso, a localização geográfica pode ser um obstáculo ao acesso dos serviços de saúde para algumas populações. Assim, as políticas públicas devem ser formuladas com a intenção de reduzir as iniquidades, considerando as diversas realidades da população brasileira e promovendo desde já a equidade social (Tomasiello et al., 2022). Desta forma, foi estratégica a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, com o objetivo de ampliar o acesso e a oferta de promoção e prevenção à saúde da população. Por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, este programa foi modificado para Estratégia de Saúde da Família (ESF) ocorrendo inclusive a alteração da nomenclatura, pois teria como objetivo a reorganização da Atenção Primária à Saúde visando ampliar a cobertura da população atendida e reduzir os agravos à saúde (Portaria nº 648, 2006; Pinto & Giovannella, 2018).

O [Conselho Nacional de Secretários de Saúde](#) (2004) descreve a Atenção Primária à Saúde (APS) como:

Um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações.

É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável. (p. 7)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) possibilitou a organização e até a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS). Ela passou a ser vista como uma alavanca para consolidar os princípios da APS, tornando-a uma porta de entrada efetiva e resolutiva, abarcando as populações com suas especificidades e vulnerabilidades (Macinko & Mendonça, 2018). Em seu estudo, Macinko e Mendonça (2018) apontam alguns ganhos com a expansão da ESF para a população brasileira, tais como melhoria do acesso para populações mais vulneráveis, melhores resultados de saúde, expansão de acessos a tratamentos, melhoria na equidade e eficiência no SUS.

Apesar do avanço quanto ao acesso à saúde das populações e aos indicadores da população brasileira, em algumas regiões e áreas específicas existem enormes dificuldades para uma APS efetiva e que cumpra todos os seus objetivos. Sendo assim, faz-se necessário a busca de estratégias que possibilitem que todas as pessoas tenham o direito à saúde, inclusive a população do campo (Lima et al., 2022).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2023), a população rural, neste estudo considerada população do campo, é toda aquela que reside fora dos limites da área urbana. No entanto, essa é uma definição meramente geográfica. Fazer parte da população rural envolve diversas especificidades, desafios e potencialidades, já que está ligada ao modo de produzir a vida dentro do território. Como cita o Ministério da Saúde (2013):

Tratam-se das populações do campo, da floresta e das águas, que se denominam como povos e comunidades tradicionais e se caracterizam por seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. (p. 8)

O Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (2022) traz alguns dados que caracterizam a população do campo no Distrito Federal. Essa população é predominantemente jovem (58,66%), apenas 44,54% são atendidos pela iluminação pública, 9,99% pela rede de águas pluviais, 21,56% possuem ruas asfaltadas, a rede de esgotamento geral alcança 54,76% dos domicílios e 36,8% destes utilizam fossa séptica. O abastecimento de energia elétrica atende 79,12% dos domicílios. Em relação ao abastecimento de água, 46,66% são atendidos pela CAESB (Companhia de saneamento ambiental do Distrito Federal), enquanto 45,54% dispõem de poços artesianos. No que diz respeito à saúde, 84,34% da população não possui plano de saúde, e a insegurança alimentar afeta cerca de um terço dos domicílios.

Portanto, é perceptível que a população do campo também está associada a uma situação de pobreza econômica, acesso limitado a condições básicas e bens essenciais à saúde, tais como emprego, moradia adequada, saneamento básico e educação. Além disso, as distâncias associadas ao sistema de transporte precário ou até mesmo à falta dele, bem como a violência na disputa de terras e dentro das próprias famílias, também influenciam nos processos de saúde-doença dessas populações (Ministério da Saúde, 2013). Do mesmo modo que há necessidade de buscar serviços de saúde, também existem empecilhos (sociais, econômicos, culturais e demográficos) que dificultam o acesso da população. Portanto, a responsabilidade pública não se limita apenas à oferta formal de saúde, mas também ao efetivo alcance desses serviços junto às comunidades do campo, evitando que a falta de acesso se torne uma barreira à garantia do direito à saúde.

O território do presente estudo tem como referência uma UBS (Unidade Básica de Saúde) que abrange microáreas. É um território diverso e cada porção territorial contém suas especificidades. As localidades encontram-se a diferentes distâncias em relação à UBS, a mais distante fica, em média, a 23 km. Há lugares com maior produção agrícola, tanto em larga escala como agricultura familiar, e uma população média de 3.578 mil habitantes.

Existe uma dificuldade com coleta de lixo no território que acontece em média duas vezes na semana e em pontos específicos, o que faz com que a maior parte da população queime ou enterre seus resíduos.

A energia é fornecida pela Companhia Energética de Brasília (CEB). As condições de abastecimento de água são através de poços e cisternas. A rede de esgoto é inexistente, como forma de escoamento da água oriunda dos banheiros, é necessário o uso de fossas sépticas ou rudimentares, sendo a maioria essa última. Existem áreas que não têm transporte público e, nas que possuem, os horários são reduzidos. No território, existe apenas um posto policial, que muitas vezes fica distante, tornando-se um fator agravante caso demandem alguma medida de urgência.

De acordo com dados do e-SUS (Sistema eletrônico do Sistema Único de Saúde), a maior parte da população se autodeclara como parda (2.335), depois branca (808) e em seguida, preta (364). As ocupações mais frequentes dos moradores da região são caseiros, empregados domésticos, pedreiros e trabalhadores volantes da agricultura. A maioria da população tem como escolaridade ensino fundamental incompleto (904). 245 pessoas disseram ter plano de saúde privado. As complicações de saúde em maior número são hipertensão arterial (475), uso de álcool e outras drogas (314) e tabagismo (314). 603 pessoas disseram usar plantas medicinais.

A partir da caracterização do território, fica evidente as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Com o objetivo de reduzir essas barreiras, a UBS desenvolveu uma estratégia visando a criação de Pontos de Apoio em cada microárea que faz parte do seu território de abrangência. O Ponto de Apoio funciona como uma espécie de extensão da UBS, ou seja, diversas atividades também são realizadas nesses locais, como atividades de promoção à saúde, marcação de consultas, atendimento médico, grupos terapêuticos, vacinação, palestras, entre outras atividades.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo compreender a percepção dos usuários e trabalhadores de saúde da UBS sobre a criação dos pontos de apoio como estratégia para melhorar o acesso das populações do campo ao serviço de saúde, bem como caracterizar o território da UBS, identificar as dificuldades de acesso aos serviços; conhecer a percepção da comunidade e dos trabalhadores de saúde na atenção básica e refletir sobre estratégias de ampliação do acesso à saúde das populações do campo.

Método

Neste trabalho adotou-se o método qualitativo descritivo. A pesquisa foi realizada no território de abrangência de uma UBS no Distrito Federal, no período entre janeiro e dezembro de 2020. O processo de coleta dos dados ocorreu em outubro de 2020.

Participantes

O estudo contou com a participação de usuárias e trabalhadores da saúde, incluindo representantes da gerência do serviço. Foram incluídas no estudo pessoas acima de 21 anos, independentemente do sexo e com capacidade cognitiva de compreensão. Foram excluídos do estudo usuários que não sejam adscritos à UBS. Com o objetivo de minimizar vieses, foram selecionados tanto usuários que participavam ativamente dos Pontos de Apoio quanto aqueles que não os frequentavam. A inclusão deste segundo grupo buscou compreender os motivos do não engajamento na estratégia de melhoria do acesso à saúde, permitindo identificar possíveis fragilidades.

Instrumentos

Foram realizadas entrevistas com roteiros semiestruturados diferentes: um para os usuários, outro para os trabalhadores da saúde e um diário de campo para anotações das percepções da pesquisadora em relação a aspectos subjetivos dos usuários e trabalhadores como reações corporais, olhares, sentimentos, entre outros. As perguntas realizadas abrangiam a percepção dos entrevistados acerca de temáticas referentes ao controle social, às dificuldades de acesso e aos fatores que as intensificam, às potencialidades e fragilidades dos Pontos de Apoio, ao suporte oferecido na pandemia da COVID-19, bem como sugestões e avaliações sobre o serviço. É importante salientar que todos os participantes tiveram explicação sobre a pesquisa, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimentos

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por terem um grande conhecimento da população e do

território adstrito, indicaram os usuários que teriam maior disponibilidade de participação. As entrevistas foram realizadas nos Pontos de Apoio, na unidade básica de saúde e na residência de uma usuária, com todos os cuidados em relação à pandemia, como distanciamento social, uso de álcool em gel nas mãos, limpeza dos ambientes com álcool 70% e uso de máscaras. Os ACS faziam a indicação dos usuários, a pesquisadora entrava em contato e marcava o melhor dia, horário e local para ambos. Quanto aos trabalhadores, foi combinado individualmente, de acordo com a disponibilidade e de forma que não atrapalhasse o processo de trabalho dentro da Unidade de saúde.

Análise de dados

A análise dos resultados foi feita utilizando a análise de conteúdo de [Bardin](#), que compreende as seguintes etapas: organização da análise, codificação, categorização e tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados (Bardin, 2010).

Na fase de organização da análise, as entrevistas foram transcritas, lidas e relidas de forma fluente, a fim de criar familiaridade com o material obtido e selecionar elementos importantes para o estudo. A categorização foi realizada previamente, com critérios definidos.

Inicialmente, analisou-se a percepção dos usuários e trabalhadores de saúde acerca do seu acesso à saúde, englobando as dimensões geográfica, técnica, econômica, política e simbólica. Em seguida, foi dado enfoque à percepção de potencialidades e dificuldades dos pontos de apoio da UBS, seguindo as mesmas categorias de acesso, porém acrescida da dimensão de estrutura física.

Durante a análise das entrevistas, as falas foram sendo agrupadas e inseridas nas categorias; depois as falas que continham o mesmo sentido e se repetiam dentro da mesma entrevista foram consideradas apenas uma vez. A partir desse momento, somou-se o número de menções feitas por usuários e trabalhadores que se encaixavam em cada categoria.

Resultados

Participaram do estudo 15 pessoas, sendo seis trabalhadores da saúde e nove usuárias. Foram entrevistados um representante da gerência, quatro agentes comunitários de saúde e uma técnica de enfermagem. A seguir, apresenta-se a caracterização das entrevistadas quanto ao local de moradia, escolaridade, renda e profissão: nove usuárias sendo, duas do Núcleo Rural B, uma do Núcleo Rural S, duas do Núcleo Rural M, duas do Núcleo Rural Q e duas do Núcleo Rural RM (As letras para identificação dos locais foram definidas aleatoriamente). Referente à escolaridade: duas pessoas concluíram o nível superior, duas pessoas têm ensino médio completo, cinco pessoas têm ensino fundamental incompleto. As rendas variavam: cinco pessoas recebem entre 0 e 1 mil reais por mês, duas pessoas recebem entre 1 mil e 2 mil por mês, uma pessoa tem o salário entre 2 mil e 4 mil reais e uma pessoa recebe acima de 4 mil mensais. Quanto aos trabalhadores entrevistados, foram seis: uma técnica de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde e um representante da gerência, nas seguintes faixas etárias: duas pessoas de 35 a 40 anos, três pessoas de 41 a 50 anos e uma pessoa acima de 51 anos. Assim, foram entrevistadas um total de 15 pessoas.

As categorias utilizadas foram definidas de acordo com o referencial teórico sobre acesso, sendo as dimensões geográficas, técnicas, econômicas, políticas e simbólicas. Foi sistematizado o número de menções das dificuldades relacionadas às dimensões de acesso apontadas pelas usuárias e trabalhadores.

As usuárias mencionaram as dificuldades relacionadas às dimensões geográficas dez vezes, à dimensão técnica oito vezes, à dimensão política e simbólica sete vezes e, por fim, à dimensão econômica seis vezes.

Abaixo estão descritas algumas das falas que representam cada dimensão:

Geográfica: “Eu moro muito longe, aí fica muito longe pra mim ir pro M”.

Técnica: “Principalmente assim, às vezes você quer consultar e às vezes tá muito cheio aqui, não tem como consultar, se não for emergência mesmo, não é fácil”.

Econômica: “Dependendo totalmente do SUS e às vezes você precisa de um remédio, não tem, aí você tem que comprar, às vezes fica até sem porque você não tem condições de comprar”.

Política: “Depende, porque assim, aqui nunca ninguém perguntou, assim qual a sua opinião né? Então eu nunca dei a minha opinião”.

Simbólica: “Eu tenho a impressão que ninguém gosta de mim, assim em relação a mim, e me chamar para participar disso, daquilo, o motivo eu não sei. Eu tenho essa dificuldade”.

Os trabalhadores mencionaram às dificuldades relacionadas às dimensões geográficas oito vezes, à dimensão técnica, política e econômica seis vezes e, por fim, à dimensão simbólica quatro vezes.

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

Geográfica: “A distância é... influencia porque às vezes tem uma família que mora muito longe da unidade e não tem condições, não tem um carro, não tem uma bicicleta e às vezes o próprio paciente não tem nem condições nem de vir andando”.

Técnica: “Tem alguns profissionais que falham no atendimento”.

Econômica: “A maioria das pessoas são caseiros, pessoas que o salário é um salário mínimo só, pessoas que não têm carro, então elas dependem de dinheiro para chegar à unidade básica de saúde, entendeu?”.

Política: “Eu acho não, eu tenho certeza, que eles não participam porque nós já botamos tudo já pronto já, verificamos o quê que estão precisando com eles né? e nós mesmos decidimos, já levamos para eles tudo pronto, já decidido como é que vai ser como é que não vai ser, eles até agora não participaram, (...) eles ainda nunca opinaram não”.

Simbólica: “Ainda tem pessoas que ainda é muito resistente, tem aqueles senhores bem de idade mesmo, alguns falam que não gosta de médico, de remédio de farmácia, dessas coisas, então são bem resistentes”.

Prossegue-se apresentando a sistematização das principais potencialidades e dificuldades dos pontos de apoio na percepção de usuárias e trabalhadores. Assim, as falas foram agrupadas em dimensões pré-estabelecidas e acrescida a categoria estrutura física por aparecer em diversas falas.

As potencialidades dos Pontos de Apoio foram mencionadas pelas usuárias dez vezes em relação à dimensão técnica, nove vezes sobre à dimensão geográfica, duas vezes sobre estrutura física e simbólica, uma vez sobre a econômica.

Seguem fragmentos de falas das usuárias que se encaixam nas seguintes dimensões:

Técnica: “Aqui a gente chega aqui, é rapidinho, a gente consulta”.

Geográfica: “Aqui fica muito mais fácil de a gente ir nas consultas”.

Simbólica: “Melhor que eu acho para os idosos que não tem condição de ir, que tem muito aqui né?”

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

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

As dificuldades dos Pontos de Apoio foram mencionadas pelas usuárias oito vezes em relação à estrutura física, quatro vezes sobre à dimensão técnica e simbólica, três vezes sobre a geográfica.

Seguem fragmentos de falas das usuárias que se encaixam nas seguintes dimensões:

Técnica: “Que ai de vez em quando a gente não fica sabendo das coisas, ai quando vai saber já é no outro dia e já passou”.

Discussão

Geográfica: *“Lá é um ponto de apoio, mas eu nunca fui porque lá não tem como você ir de ônibus, então assim, eu moro no vale verde, mas não tem, é longe demais”.*

Estrutura física: *“Precisa de muitas coisas né? vamos supor cadeiras, mais equipamento né? para poder melhorar”.*

Simbólica: *“Tem meu vizinho de 82 anos, ele não tem como ele vir pra cá”.*

As potencialidades dos Pontos de Apoio foram mencionadas pelos trabalhadores seis vezes em relação à dimensão técnica, cinco vezes sobre a dimensão geográfica e uma vez sobre a simbólica.

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

Técnica: *“O que melhora também é o, é a nossa aproximação da equipe né? aproximação da equipe, é eles saberem que podem contar com a equipe de saúde lá”.*

Geográfica: *“Quando a gente tá lá próximo, diminui essa distância né?”.*

Simbólica: *“Você consegue acolher mais aqueles usuários que não têm como às vezes mesmo vir ao posto”.*

As dificuldades dos Pontos de Apoio foram mencionadas pelos trabalhadores oito vezes em relação à dimensão técnica, sete vezes sobre a estrutura física, três vezes sobre a simbólica, uma vez sobre a geográfica.

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

Técnica: *“Se eu tivesse um atendimento mais frequente, se a gente tivesse mais medicações, se a gente tivesse como a gente trabalhar mais com a prevenção, estar mais presente, fazendo mais”.*

Geográfica: *“Às vezes a casa fica extremamente longe do ponto de apoio”.*

Estrutura física: *“Só falta melhorar a estrutura né? porque para gente representar a unidade de saúde lá tem que ter mais condições físicas”.*

Simbólica: *“O ponto de apoio, por ser uma prática nova, tem muitos que não dá muito valor sabe assim”.*

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

As usuárias levantaram como principais dificuldades de acesso aspectos relacionados à dimensão geográfica, como a distância do serviço de saúde e os problemas de mobilidade, visto ser uma área que em sua maioria não tem transporte público ou é escasso, fator que também dialoga com a dimensão econômica, pois a maioria recebe salários baixos, o que dificulta o investimento em mobilidade para chegar à UBS.

Esse cenário corrobora com a literatura que mostra que as populações que estão inseridas em um recorte socioeconômico de altos níveis de pobreza, incluindo as problemáticas, como indisponibilidade de transporte e salários inadequados, torna o acesso à saúde um desafio (Lima et al., 2022).

Na dimensão técnica, foram relatados obstáculos para conseguir vaga de consulta, falta de recursos (medicação, insumos, entre outros), falta de profissionais de outras especialidades e, em certos momentos, dificuldade de relacionamento interpessoal com os trabalhadores da saúde. É preciso reconhecer que o SUS ainda apresenta limitações quanto à oferta de serviços, além da potencialização de serviços nas metrópoles (Tomasiello et al., 2022).

Mesmo convivendo com certa dificuldade de acesso a algumas políticas públicas e serviços de saúde (dificuldades tanto funcionais, na forma de ingresso no sistema, quanto culturais), os sujeitos percebem essa situação como algo inerente ao cotidiano (Ruiz & Gerhardt, 2012, p. 1203).

Essa poderia ser uma das justificativas da participação social nula da comunidade em questões específicas da saúde. Na dimensão simbólica, as usuárias trouxeram as dificuldades de mobilidade devido a características específicas, como pessoas idosas,

mães com filhos pequenos e sujeitos com determinados problemas pessoais. Já os trabalhadores falaram da resistência da população do campo em aderir determinadas orientações e ofertas por preferirem formas de tratamentos tradicionais, onde não se dissociam das suas crenças, simbolismos e cultura, o que aponta a necessidade de formação permanente, sendo preconizado como atributo da atenção básica de saúde, desses trabalhadores quanto aos valores e cultura de determinadas populações do território estudado, a fim de aumentar a compreensão das especificidades (Dantas et al., 2024).

É possível notar que o fato de o ponto de apoio ser dentro das comunidades atenua algumas barreiras geográficas encontradas. Além de facilitar para aqueles que têm alguma condição específica (pessoas idosas ou aquelas com filhos pequenos), como citado anteriormente.

Os trabalhadores também relataram que existe uma falta de tempo dos usuários, pois durante o dia normalmente estão trabalhando e cuidando de suas terras. Esses achados confirmam que é preciso adequar o funcionamento da UBS às necessidades e demandas dos usuários, o que se alinha ao conceito de acesso como um “grau de ajuste” entre o serviço oferecido e a necessidade do sujeito (Lima et al., 2022).

O trabalho dos ACS, que são os principais protagonistas dos Pontos de Apoio, também contribui para diminuir o distanciamento da população com o serviço de saúde. Eles se sentem mais próximos desses profissionais, mais ouvidos e acolhidos por eles, o que faz com que esse acesso seja facilitado, a comunicação seja mais fluída, as orientações sejam realizadas de forma mais individualizada e a dificuldade técnica de relacionamento com a equipe citada anteriormente seja superada.

O agente comunitário de saúde (ACS) é o trabalhador que reduz a distância entre a população e o serviço de saúde, identificando e reconhecendo as necessidades de saúde da população e ampliando a compreensão da comunidade sobre modos de produzir o cuidado e formas de acessar os serviços de saúde. (Soares, 2020, p. 2)

Os Pontos de Apoio apresentam diversos benefícios, no entanto, é importante destacar que são necessárias melhorias, além de não limitar a promoção do acesso ao serviço apenas a essa estratégia, visto que existem demandas que ele não consegue suprir. Surgiu daí a necessidade de compreender as principais dificuldades do Ponto de Apoio explicitadas pelas usuárias e trabalhadores.

Tanto usuárias como trabalhadores levantaram a importância da realização das visitas domiciliares, ou seja, para que o trabalho seja potencializado, uma estratégia não deve excluir a outra, pelo contrário, devem se somar. Sobretudo, em razão da realidade de que, mesmo com a presença do Ponto de Apoio na comunidade, o serviço ainda não é plenamente acessível a todos, já que permanece distante da residência de muitos usuários e persistem as dificuldades econômicas, de transporte e de condições individuais. Sem contar que a visita e o Ponto de Apoio são ferramentas com objetivos distintos. A visita domiciliar, por exemplo, é um instrumento indispensável na ESF. É muito importante para aproximação dos usuários com o serviço de saúde, para o conhecimento da realidade da população atendida e conseqüentemente para o planejamento de ações em saúde efetivas (Lima et al., 2022; Silva, 2016).

As dificuldades encontradas também podem ser relacionadas a uma falta de reconhecimento da estratégia dos Pontos de Apoio pelos órgãos superiores de saúde. Todos os trabalhos, desde pedido de insumos a planejamentos diversos, são pensados apenas tendo em vista a UBS. Essa é mais uma constatação de que a estratégia de saúde da família no campo não pode funcionar na mesma lógica da cidade, pois ficarão lacunas e populações desassistidas.

Na prática, é uma estratégia priorizada pela equipe de saúde devido às diversas potencialidades explicitadas, mas que também deveria ser vista, reconhecida e inserida como estratégia na atenção primária para a população do campo.

Conclusão

Na percepção de usuários e trabalhadores, o Ponto de Apoio consegue romper algumas barreiras de acesso aos serviços de saúde, tais como localização geográfica, dificuldades financeiras e de transporte. Além disso, é considerado um facilitador para o contato com a população e para oferta dos serviços. A estratégia dos Pontos de Apoio se alinha aos objetivos da atenção primária e estratégia de saúde da família, ou seja, tem um grande potencial para lidar com as necessidades de atenção à saúde, especialmente, das populações do campo.

O Ponto de Apoio tem limitações que fazem com que seja necessário também investir em outras estratégias para quebrar as barreiras de acesso, como é o caso das visitas domiciliares, que levam os trabalhadores até os usuários que não conseguem chegar por si até o serviço, buscando atender às suas necessidades e reconhecendo seu contexto.

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

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



EBSCO



Referências

- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Edições 70.
- Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Fiocruz.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2004). *Atenção primária: Seminário do CONASS para construção de consensos*. <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-02/>
- Dantas, M. A., Silva, M. R. F., Dantas, V. L. A., & Lima, R. F. (2024). O chão(-universo) da educação popular em saúde: Saberes e práticas que rompem com o estabelecido. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 34, e340102. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434061pt>
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., & Carvalho, A. I. (Orgs.). (2012). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (2ª ed., rev. e ampl.). Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). *Proposta metodológica para classificação dos espaços do rural, do urbano e da natureza no Brasil*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102019.pdf>
- Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal. (2021). *Pesquisa domiciliar por amostra de domicílio nas áreas rurais (PDAD Rural)*. <https://www.ipe.df.gov.br/pdad-rural>.
- Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025. (2025). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/L15126.htm
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990). 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 e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
- Lima, J. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Fausto, M., & Medina, M. G. (2022). Barreiras de acesso à atenção primária à saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, e616. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>
- Macinko, J., & Mendonça, C. S. (2018). Estratégia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 18–37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
- Ministério da Saúde. (2013). *Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
- Ministério da Saúde. (s.d.). *e-SUS Atenção Primária: Base de dados*. <https://sisaps.saude.gov.br/esus>
- Pinto, L. F., & Giovanella, L. (2018). Do programa à estratégia saúde da família: Expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1903–1914. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
- Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. (2006). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html
- Ruiz, E. N. F., & Gerhardt, T. E. (2012). Políticas públicas no meio rural: Visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 1191–1209. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300018>
- Santos, A. N. S., Lopatiuk, C., Dantas, T. M., Sousa, A. J. Z., Souza, A. F., Souza, P. H., Maia, L. S., Lima, M. D. C., Oliveira, A. H. C., Alencar, N. P. B., Silva, V. C., Rebello, C. L. C., Oliveira, A. L. S., Martins, E. C. O. L., Nascimento, B. R., & Gomes, C. T. B. (2025). Políticas de saúde e desigualdade – determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). *Aracê*, 7(4), 17006–17039. <https://doi.org/10.56238/arev7n4-082>
- Silva, C. A. C. (2016). *A visita domiciliária na promoção à saúde da família dos moradores da zona rural* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais]. ARES – Acervo de Recursos Educacionais em Saúde. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5286>
- Silva, E., Guedes, D., Serique, M., De Oliveira, R. D., Vasconcelos, V., Saraiva, A., Costa, F., Castro, P., Corrêa, K., & Oliveira, C. (2024). Construindo o direito à saúde: A história e os marcos do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Research, Society and Development*, 13, e211131247941. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i12.47941>
- Soares, A. N., Silva, T. L., Franco, A. A. D. A. M., & Maia, T. F. (2020). Cuidado em saúde às populações rurais: Perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30, e303032. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300332>
- Tomasiello, D. B., Pereira, R. H. M., Vieira, J. P. B., Parga, J. P. F. A., & Servo, L. M. S. (2024). Racial and income inequalities in access to health in Brazilian cities [Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde em cidades brasileiras] [Preprint]. *SocArXiv*. <https://doi.org/10.31235/osf.io/g5z7d>