

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Escola de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Enfermagem

Natália Ana de Carvalho

**TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE MULHERES TRABALHADORAS RURAIS  
NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Belo Horizonte

2023

Natália Ana de Carvalho

**TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE MULHERES TRABALHADORAS RURAIS  
NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito obrigatório para obtenção do título de Doutora em Saúde e Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Menezes Brito

Coorientadora: Profa. Dra. Beatriz Santana Caçador

Belo Horizonte

2023

C331t Carvalho, Natália Ana de.  
Trajetórias assistenciais de mulheres trabalhadoras rurais nas redes de atenção à saúde [recursos eletrônicos]. / Natália Ana de Carvalho. - - Belo Horizonte: 2023.  
223f.: il.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Maria José Menezes Brito.  
Coorientador (a): Beatriz Santana Caçador.  
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Populações Vulneráveis. 2. Mulheres. 3. Itinerário Terapêutico. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. 5. Saúde da População Rural. 6. Dissertação Acadêmica. I. Orientador Sobrenome, Nome. II. Coorientador Sobrenome, Nome. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 390

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### ATA DE DEFESA DE TESE

**ATA DE NÚMERO 214 (DUZENTOS E QUATORZE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA NATÁLIA ANA DE CARVALHO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.**

Aos 12 (doze) dias do mês de julho de dois mil vinte e três, às 09:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da tese "*TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE MULHERES TRABALHADORAS RURAIS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: HISTÓRIA ORAL TEMÁTICA*", da aluna *Natália Ana de Carvalho*, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria José Menezes Brito (orientadora), Beatriz Santana Caçador (coorientadora), Tatiana Engel Gerhardt, Cláudia Maria de Mattos Penna, Carolina da Silva Caram e Maria Alice Fernandes Corrêa Mendonça, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

*"TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE MULHERES TRABALHADORAS RURAIS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.*

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 12 de julho de 2023.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria José Menezes Brito  
Orientadora (Escola de Enfermagem/UFMG)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Beatriz Santana Caçador  
Coorientadora (Universidade Federal de Viçosa)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tatiana Engel Gerhardt  
(Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cláudia Maria de Mattos Penna  
(Escola de Enfermagem/UFMG)

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Em 07.08.23

Profª. Drª. Carolina da Silva Caram  
(Escola de Enfermagem/UFMG)

Profª. Drª. Maria Alice Fernandes Corrêa Mendonça  
(Universidade Federal de Viçosa)

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Maria Alice Fernandes Corrêa Mendonça, Usuária Externa**, em 18/07/2023, às 14:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Jose Menezes Brito, Professora do Magistério Superior**, em 18/07/2023, às 15:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Carolina da Silva Caram, Membro**, em 18/07/2023, às 18:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Beatriz Santana Caçador, Usuário Externo**, em 19/07/2023, às 12:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Maria de Mattos Penna, Professora Magistério Superior - Voluntária**, em 19/07/2023, às 17:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Tatiana Engel Gerhardt, Usuário Externo**, em 19/07/2023, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andréia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 31/07/2023, às 09:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2466002** e o código CRC **4B217203**.

Referência: Processo nº 23072.229027/2020-96

SEI nº 2466002

HOMOLOGADO em reunião do CPG

Em 07 de 08 de 2023

## **APOIO DA PESQUISA**

Esta pesquisa teve o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem (NUPAE) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG).

A Jesus Cristo, força, luz e guia, que conduziu, fortaleceu e colocou este propósito na  
minha história de vida.

À Maria de Nazaré, mãe da inspiração, provedora de justiça e força para os mais  
necessitados, que me inspirou, protegeu e amparou durante todo o tempo.

A minha família, aos meus pais Ademar e Gianne Carvalho e ao meu irmão Felipe  
Carvalho, meus protetores, amigos, companheiros e guias de amor nessa terra.

Àquelas mulheres que vieram antes de mim, em especial a minha avó materna Dona  
Clarinha, amor da minha vida. Estendo também a minha bisavó materna Lilia (*in memoriam*),  
a minha avó paterna Dona Lica (*in memoria*) e a minha tia Adenizia (*in memoriam*).

A toda população rural, em especial as mulheres trabalhadoras rurais, que tecem suas  
trajetórias com bravura, coragem e sabedoria, tornando-se agentes protagonistas para  
construção e divulgação deste conhecimento científico para o mundo.

## AGRADECIMENTOS

Apreendi com as **mulheres trabalhadoras rurais** que toda semente bem feita garante uma boa colheita. Para isto, essas mulheres aprenderam, com a natureza, que é necessário cultivar a paciência e dedicação, pois compreendem que haverá tempestades, mudanças de rotas, e que será preciso esperar um pouco mais de tempo. Contudo, quando chega a hora certa, os frutos são potentes.

Desse modo, ferve o **sentimento de gratidão** a cada lição que se apresentou ao longo do caminho, bem como as palavras amáveis, as boas ações e os pensamentos elevados que foram transmitidos para a condução das minhas sementes, possibilitando o encontro desta colheita.

Primeiramente, meus agradecimentos à **tríade divino Espírito Santo** sobre a permissão e graça de Deus, para a concretização deste momento.

Aos meus pais **Ademar e Gianne**, toda honra e eterna gratidão, que formaram meu caráter e me ensinaram as mais preciosas lições da vida. Obrigada por viverem junto comigo este sonho e, através de todo amor, transmitirem força e coragem.

Ao meu irmão **Felipe**, por dividir comigo a caminhada desta vida como o mais fiel e sincero amigo.

Aos meus avós maternos **Dona Clarinha e Bonifácio**, por toda sabedoria, amor e pela oportunidade de crescer e viver a ruralidade.

A tias(os) e primas(os) por todo companheirismo e alegria dos encontros durante toda minha vida, em especial aos tios e tias **Geni, Marina, Gerson, Gilberto, Gilda, Geisa, Gilmar e Ildes**; e aos primos e primas **Bonifácio, Juliana, Pedro, André, Guilherme, Luiza, Luís Vitor e Eduardo Lucas**.

A minha querida orientadora **professora Dra. Maria José Menezes Brito** por ter me acolhido na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, pela oportunidade da realização deste trabalho e por todos os momentos ímpares de aprendizados e desenvolvimento pessoal e profissional durante toda a trajetória acadêmica. Além de orientadora, esse processo

nos tornou amigas, e sou grata por todo cuidado, profissionalismo e carinho para que juntas fizéssemos esta belíssima colheita.

À minha querida coorientadora **professora Dra. Beatriz Santana Caçador**. Unidas pela mesma origem de formação acadêmica, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, e pelos mesmos anseios e ações para a busca de melhorias no modelo de atenção à saúde para população rural, a sua colaboração foi fundamental para a construção desta tese.

As minhas inspirações acadêmicas, **a professora Bernadete Bara, professora Rosangela Greco e professora Anna Salimena**, que, mesmo após a conclusão da graduação e pós-graduação stricto sensu, fizeram-se presentes nos momentos mais importantes da minha carreira, sendo minha fonte de admiração e amizade.

Aos **amigos** que proporcionaram força e alegria ao longo da vida e as amigas construídas no doutoramento, pelos momentos dentro e fora do campus da universidade, em especial: **Suélien Emídio, Nathalya Casallas, Simone Cunha, Moema, Talita e Melissa**.

Às pessoas queridas e especiais, que foram colocadas no caminho e ofertaram apoio durante várias etapas deste caminhar, em especial: **Luiz Vicente, Raquel Brigatte e Fabiana Marques**.

Aos professores da **banca examinadora**, por toda a colaboração para consolidação desta tese, pelo compromisso na construção da ciência e principalmente pelas inúmeras pesquisas que contribuem para efetivação do direito à saúde no país. Vocês são profissionais e mulheres inspiradoras, em especial: **Dra. Tatiana Engel Gerardht, Dra. Claudia Maria de Mattos Penna, Dra. Carolina da Silva Caram, Dra. Maria Alice Fernandes Corrêa Mendonça, Dra. Girlene Alves da Silva e Dra. Kênia Lara Silva**.

A **Faculdade de Enfermagem da Universidade de Juiz de Fora**, que representa todos os meus colegas **docentes e técnicos administrativos** que me acolheram durante esse período de doutoramento. Vocês foram fonte de apoio, inspiração e aprendizados para a concretização deste momento. Estendo meus agradecimentos especialmente ao **Departamento de Enfermagem Básica da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Juiz de Fora**, que

me abraçou durante esse processo de formação no doutoramento, sendo fonte de profissionalismo e excelência no comprometimento com o ensino, pesquisa e extensão.

**Aos discentes da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Juiz de Fora.** Vocês foram minha força motriz, e é pela formação de novos enfermeiros que estou aqui concluindo esta etapa, em especial: à **equipe do projeto de extensão “Enfermagem em Libras”**, aos **meus alunos e monitores da disciplina de “Fundamentos e Tecnologias do Cuidar em Saúde e Enfermagem I e II”**, aos **alunos da disciplina da “Administração da Assistência em Enfermagem”** e aos **alunos e monitores da disciplina de “Introdução à Enfermagem”**.

**Aos docentes e funcionários do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais**, por proporcionarem a vivência da excelência do ensino e pesquisa na universidade pública, em especial: a professora **Dra. Kenia Lara**, ao professor **Dr. Francisco Lana**, a professora **Dra. Elisangela Diniz**, professora **Dra. Kleyde Ventura** e professora **Dra. Tania Chianca**.

**Aos profissionais de enfermagem dos diversos serviços de saúde em que atuei como enfermeira, docente e pesquisadora**, por todo apoio e acolhimento.

**A CAPES, FAPEMIG, CNPq e ao grupo de pesquisa NUPAE EE/UFMG**, pelo suporte durante toda minha formação acadêmica e pelo apoio para concretização desta pesquisa.

**Às mulheres rurais e agentes comunitárias de saúde deste estudo**, por oferecerem novas sementes, garantindo melhores colheitas para a atenção à saúde rural.

**Gratidão!**

*A saúde da população do campo, florestas e das águas, coloca para nós o desafio de dialogar com realidades singulares, plurais, interculturais, que passam pela dimensão dos movimentos sociais, do ambiente, do trabalho, do modo de vida e do cuidado em saúde. A expressão do mundo atual requer uma nova forma de explicar a realidade, de conhecer, de analisar, de perceber o mundo em que vivemos*  
(SANTOS, 2017, p. 23).

*“O rio corre sozinho, vai seguindo seu caminho.  
Não necessita ser empurrado.  
Para um pouquinho no remanso.  
Apressa-se nas cachoeiras.  
Desliza de mansinho nas baixadas.  
Precipita-se nas cascatas.  
Mas, no meio de tudo isso vai seguindo seu caminho.  
Sabe que há um ponto de chegada.  
Sabe que seu destino é para a frente.  
O rio não sabe recuar.  
Seu caminho é seguir em frente.  
É vitorioso, abraçando outros rios, vai chegando no mar.  
O mar é sua realização.  
É chegar ao ponto final.  
É ter feito a caminhada.  
É ter realizado totalmente seu destino.  
A vida da gente deve ser levada do jeito do rio.  
Deixar que corra como deve correr.  
Sem apressar e sem represar.  
Sem ter medo da calmaria e sem evitar as cachoeiras.  
Correr do jeito do rio, na liberdade do leito da vida, sabendo que há um ponto de  
chegada.  
A vida é como o rio.  
Por que apressar?  
Por que correr se não há necessidade?  
Por que empurrar a vida?  
Por que chegar antes de se partir?  
Toda natureza não tem pressa.  
Vai seguindo seu caminho.  
Assim também é a árvore, assim são os animais.  
Tudo o que é apressado perde o gosto e o sentido.  
A fruta forçada a amadurecer antes do tempo perde o gosto.  
Tudo tem seu ritmo.  
Tudo tem seu tempo.  
E então, por que apressar a vida da gente?  
Desejo ser um rio.  
Livre dos empurrões dos outros e dos meus próprios.  
Livre da poluição alheias e das minhas.  
Rio original, limpo e livre.  
Rio que escolheu seu próprio caminho.  
Rio que sabe que tem um ponto de chegada.  
Sabe que o tempo não interessa.  
Não interessa ter nascido a mil ou a um quilômetro do mar.  
Importante é chegar ao mar.  
Importante é dizer "cheguei".  
E porque cheguei, estou realizado.  
A gente deveria dizer: não apresse o rio, ele anda sozinho.  
Assim deve-se dizer a si mesmo e aos outros: não apresse a vida, ela anda sozinha  
Deixe-a seguir seu caminho normal.  
Interessa saber que há um ponto de chegada e saber que se vai chegar lá.*

(Barry Stevens)

## RESUMO

CARVALHO, N. A. **Trajetórias Assistenciais de mulheres trabalhadoras rurais nas Redes de Atenção à Saúde**. 2023. Tese (Doutorado em Saúde e Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

**Introdução:** Os avanços da sociedade produzem reconfigurações nas dinâmicas sociais que se desdobram em profundas e constantes transformações no trabalho e na vida das pessoas, estabelecendo um contexto desafiador para o fortalecimento e a garantia ao acesso universal a ações e serviços de saúde em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS estrutura-se em diferentes arranjos de saúde denominados Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais determinam como acesso prioritário de entrada a Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é responsável pela resolutividade, acesso e atendimento às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades. Entretanto, as rotas percorridas em busca de cuidado de saúde não seguem as ordenações determinadas pelo SUS, principalmente pelas mulheres trabalhadoras rurais, que enfrentam a desigualdade da distribuição dos serviços de saúde, influenciando os seus percursos para acessar os serviços. Nesse sentido, surge a inquietação: quais são as trajetórias assistenciais de mulheres trabalhadoras rurais nas RAS em um município do interior de Minas Gerais? **Objetivo:** Analisar as trajetórias assistenciais de mulheres trabalhadoras rurais na Rede de Atenção em Saúde em um município do interior de Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, no qual foi utilizada a História Oral Temática, para obtenção das principais fontes. Participaram 15 mulheres trabalhadoras do campo e três agentes comunitárias de saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista guiada por roteiro semiestruturado e observação registrada no caderno de campo, no período de maio a agosto de 2021. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, proposta por Bardin, com auxílio do software *ATLAS.TI*, versão 9. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob o parecer de número 4.864.980. **Resultados:** Como resultados, foram alcançadas três categorias temáticas, apresentadas em formato de artigos científicos conforme a seguir: “No caminho da Estratégia da Saúde da Família: itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19”, que permitiu a compreensão das condições de vida, trabalho e saúde das referidas trabalhadoras. Além disso, foi possível descrever o itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19, no qual elas escolhem como rede preferencial a ESF, revelando a organização dos serviços de saúde no território e a vivência da pandemia de COVID-19. A segunda categoria, intitulada “Barreiras para acessibilidade aos serviços de saúde: história oral de mulheres rurais”,

evidenciou que tais mulheres tecem seus caminhos, com intuito de alcançar o cuidado de saúde; contudo, encontram barreiras sócio-organizacionais e geográficas que acarretam o distanciamento para a efetivação da saúde rural. Na terceira categoria, intitulada “Construindo pontes no território de saúde: rede de apoio social de mulheres rurais”, identificou-se que a rede de apoio social formal e informal dessas mulheres favorece significativamente o alcance de cuidados à saúde na APS. Revelou-se, ainda, o elo entre as mulheres rurais e as agentes comunitárias de saúde reafirmando a importância desse vínculo entre a comunidade rural e a ESF, gerando subsídios para os gestores e profissionais de saúde no investimento dos arranjos sociais com o objetivo de promover a atenção integral à saúde. **Considerações Finais:** O contexto de pandemia de COVID-19 foi determinante para o agravamento das iniquidades de saúde vivenciadas pelas mulheres trabalhadoras rurais colaboradoras da pesquisa. Destaca-se a relevância da construção de propostas e ações para a reorganização dos serviços de saúde para o território rural onde vivem essas mulheres. As barreiras sócio-organizacionais e geográficas estão presentes em seus percursos para acessibilidade aos serviços na região de saúde. Ademais, despontam as redes de apoio sociais construídas para alcançar os serviços de saúde, revelando o suporte das agentes comunitárias de saúde por meio do vínculo e empoderamento para essas mulheres.

**Palavras-chave:** populações vulneráveis; mulher; itinerário terapêutico; acesso aos serviços de saúde; saúde da população rural; pandemia de COVID-19.

## ABSTRACT

CARVALHO, N. A. **Itinerary trajectories of rural women workers in Health Care Networks.** 2023. Thesis. (Doctorate in Health and Nursing) - Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023.

**Introduction:** Advances in society lead to reconfiguration in social dynamic unfolding deep and constant transformations for people in their work and lives, imposing a challenging context to strengthen and enhance universal access to actions and services according to the Unified Health System (SUS in Portuguese). Its organization is structured in different health arrangements called Health Care Networks (RAS in Portuguese), which establish Primary Health Care (APS in Portuguese) as an entry point in the health care system. APS is deemed as a gateway to solve, allow the access and meet health needs of individuals and communities. However, the ways to search the access for health care do not follow the rules determined by the SUS, mainly among rural women workers that have to face the inequality in the distribution of health services, imposing obstacles in their trajectories to access these services. Thus, a question emerges: what are the itinerary trajectories of rural women workers in RAS in a municipal district in the state of Minas Gerais? **Objective:** To analyze the care trajectories of rural women workers in Health Care Networks in a municipal district in the state of Minas Gerais. **Methodology:** This study follows a qualitative research approach, using Thematic Oral History in order to obtain the main sources. The research participants were 15 rural workers and 3 community health workers. Data were collected through semi-structured interviews guided by a script and observation field notes, from May 2021 to August 2021. Thematic content analysis was used, proposed by Bardin, with ATLAS.ti, version 9.1.4. This study was approved by the Research Ethics Committee of UFMG, opinion number 4.864.980. **Results:** As a result, 3 thematic categories emerged: “On the way to Family Health Strategy: therapeutic itinerary of rural women workers during the COVID-19 pandemic” which allowed an understanding of living, working and health conditions of these women. Besides, it was possible to describe therapeutic itinerary of rural women during the pandemic, choosing the ESF as their preferred network which demonstrate the organization of health services in the territory and the experience of pandemic in this context. The second category, called “Barriers to accessibility to health services: oral history of rural women”, revealed that these women build their paths in seeking care, however they find socio-organizational and geographic obstacles that move these women away from the effectiveness of accessibility to services and their health care. In the third category, “Building bridges in the health territory: social support network of rural women”, the

study showed that the formal and informal social support network of rural women significantly promotes the experience in seeking care in APS. The link between women and community agents was highlighted as well as the importance of this connection between the community and the ESF bringing support for managers and health professionals to invest in social arrangements aiming to promote access and health care in rural areas. **Final Considerations:** The COVID-19 pandemic was crucial to worsen health inequalities experienced by female rural workers, research subjects in this study. The relevance of building proposals and actions directed to the reorganization of health services for the rural territory of rural workers is highlighted. Socio-organizational and geographic barriers are present in their trajectories in order to access services in their region. In addition, social support networks built to facilitate the access to health services emerge, making evident the support of community health agents given through the bond and empowerment for these women.

**Keywords:** vulnerable populations; woman; therapeutic itinerary; access to health services; rural health care; COVID-19 pandemic.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Principais ações do Estado brasileiro para o desenvolvimento agrícola entre 1800–1980.....	38
Figura 2 - Evolução das diferentes tipologias utilizadas pelas organizações internacionais para diferenciar as áreas urbanas e rurais.....	40
Figura 3 - Tipologias usadas em países selecionados da América do Sul .....	41
Figura 4 - Critério mais recente utilizado pelo IBGE para definição de áreas rurais e urbanas no Brasil .....	43
Figura 5 - Principais políticas públicas direcionadas para o rural no Brasil entre 1996–2011 .....	46
Figura 6 – Principais políticas públicas de saúde para a população rural entre 1900–1987.	51
Figura 7 - Representação das etapas presentes na estrutura de projetos que trabalham com História Oral .....	96
Figura 8 - Mapa de Minas Gerais com destaque no município de Viçosa.....	105
Figura 9 - Mapa da área de abrangência .....	107
Figura 10 - Apresentação da comunidade rural onde residem as mulheres do estudo até os recursos de saúde localizados no município e distrito .....	108
Figura 11 - Estrada localizada próxima à residência de mulher trabalhadora rural .....	109
Figura 12 - Estrada percorrida pela pesquisadora.....	110
Figura 13 - Aspectos operacionais da pesquisa .....	111
Figura 14 - Etapas das Entrevistas .....	111
Figura 15 - Processo de construção do <i>corpus</i> documental .....	114

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Os principais conceitos da PNSIPCFA que orientam o Plano Operativo.....	54
Quadro 2 - Agenda 2030: Mulheres Rurais e ODS.....	56
Quadro 3 - Os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde .....	68
Quadro 4 - Elementos constitutivos das RAS .....	69
Quadro 5 - Caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres trabalhadoras rurais do estudo. Minas Gerais, 2023 .....	123
Quadro 6 - Caracterização do perfil socioeconômico das mulheres trabalhadoras rurais do estudo. Minas Gerais, 2023 .....	125
Quadro 7 - Caracterização das agentes comunitárias do estudo. Minas Gerais, 2023 .....	127
Quadro 8 - Síntese das principais evidências dos artigos elaborados .....	129

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Estabelecimentos de agricultura dirigidos por mulheres rurais no Brasil.....	59
Gráfico 2 - Cor/Raça de mulheres rurais no Brasil .....	59

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AF	Agricultura Familiar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPOIB	Coordenação das Articulações dos Povos Indígenas do Brasil
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CNPq	Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional dos Seringueiros
COEP-UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
COVID-19	Coronavírus - SARS-CoV-2
CTN	Código Tributário Nacional
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DNTR	Departamento Nacional de Trabalhadores Rurais
EE/UFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
EPAMIG	Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESPON/EDORA	Projeto European Development Opportunities in Rural Areas
ETR	Estatuto do Trabalhador Rural
EU	União Europeia
FACENF/UFJF	Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GT	Grupo Terra

GTB	Gritos da Terra Brasil
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IICA	Instituto Interamericano de Cooperação para Agricultura
IPTU	Imposto Predial Territorial Urbano
IT	Itinerário Terapêutico
ITR	Imposto Territorial Rural
MAB	Movimento dos Atingidos por Barragens
MAPA	Ministério da Agricultura e Pecuária
MMC	Movimento de Mulheres Camponesas
MONAPE	Movimento Nacional de Pescadores
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUPAE	Núcleo de Pesquisa sobre Administração em Enfermagem
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPF2	Peça Semifacial Filtrante 2
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNI	Programa Nacional de Imunização
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
POPMR	Programa de Organização Produtiva de Mulheres Rurais
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPSUS	Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PRONAF	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
PRONAF mulher	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar voltado para mulheres
PRONAT	Programa de Desenvolvimento Sustentável dos Territórios Rurais
PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PRORURAL	Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIMISP	Centro Latino-Americano para o Desenvolvimento Rural
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
SG	Síndrome Gripal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UE	União Europeia
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFV	Universidade Federal de Viçosa
UNCTAD	United Nations Conference on Trade and Development

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DE PESQUISA.....</b>	<b>24</b>
<b>1.2</b>	<b>Problemática do estudo.....</b>	<b>29</b>
<b>2</b>	<b>A SAÚDE NO RURAL .....</b>	<b>35</b>
<b>2.1</b>	<b>O rural brasileiro: do desenvolvimento agrícola para um espaço de vida e diversidade .....</b>	<b>35</b>
<b>2.2</b>	<b>As Políticas Públicas de Saúde para o Rural: uma trajetória para a consolidação da PNSIPCFA .....</b>	<b>48</b>
<b>2.3</b>	<b>As mulheres rurais: um olhar para as agricultoras familiares.....</b>	<b>55</b>
<b>3</b>	<b>REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE NO RURAL E A BUSCA POR CUIDADO..</b>	<b>63</b>
<b>3.1</b>	<b>A Rede de Atenção à Saúde no Rural.....</b>	<b>63</b>
<b>3.2</b>	<b>Concepções de saúde, doença e cuidado em suas múltiplas dimensões .....</b>	<b>72</b>
<b>3.3</b>	<b>Os itinerários terapêuticos como ferramenta teórica para compreender a busca por cuidado.....</b>	<b>75</b>
<b>3.4</b>	<b>A experiência de adoecimento ao longo das trajetórias assistenciais .....</b>	<b>80</b>
<b>4</b>	<b>ACESSO E DIREITO À SAÚDE DE MULHERES RURAIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....</b>	<b>83</b>
<b>4.1</b>	<b>O conceito de acesso e acessibilidade: promoção do direito à saúde para as populações vulneráveis.....</b>	<b>83</b>
<b>4.2</b>	<b>Contextualizando a pandemia de COVID-19.....</b>	<b>86</b>
<b>4.3</b>	<b>Experiência de adoecimento das populações vulneráveis na pandemia de COVID-19: um olhar para a realidade das mulheres trabalhadoras rurais.....</b>	<b>89</b>
<b>5</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>93</b>
<b>5.1</b>	<b>Fundamentos teóricos .....</b>	<b>96</b>
<b>5.1.1</b>	<b><i>Vivências e Inserção no Campo de Pesquisa: O Itinerário da História do Projeto</i></b>	<b>98</b>
<b>5.1.2</b>	<b><i>A Região de Estudo: o Lugar de vida e de saúde das Mulheres colaboradoras da pesquisa.....</i></b>	<b>105</b>
<b>5.2</b>	<b>Aspectos Operacionais .....</b>	<b>110</b>
<b>5.2.1</b>	<b><i>Técnica para produção do material empírico e construção do corpus documental .....</i></b>	<b>111</b>
<b>5.3</b>	<b>Análise de dados do material empírico.....</b>	<b>116</b>
<b>5.4</b>	<b>Aspectos Éticos da Pesquisa.....</b>	<b>117</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>119</b>
<b>6.1</b>	<b>Trajетória da pesquisadora: experiência de se fazer pesquisa durante a pandemia de COVID-19.....</b>	<b>119</b>
<b>6.2</b>	<b>Caracterização das mulheres trabalhadoras rurais.....</b>	<b>122</b>
<b>6.3</b>	<b>Caracterização das Agentes Comunitárias de Saúde da ESF.....</b>	<b>126</b>
<b>6.4</b>	<b>Apresentação dos Artigos Científicos .....</b>	<b>127</b>
<b>6.4.1</b>	<b><i>Síntese das principais evidências que emergiram das produções científicas.....</i></b>	<b>128</b>
<b>6.4.2.</b>	<b><i>Artigo 1. No caminho da Estratégia da Saúde da Família: itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19.....</i></b>	<b>132</b>

6.4.3	<i>Artigo 2. Barreiras para acessibilidade aos serviços de saúde: história oral de mulheres rurais.....</i>	<i>154</i>
6.4.4	<i>Artigo 3. Construindo pontes no território de saúde: rede de apoio social de mulheres rurais.....</i>	<i>170</i>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>186</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>189</b>
	<b>APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista.....</b>	<b>208</b>
	<b>APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista – Agentes Comunitários de Saúde.....</b>	<b>210</b>
	<b>APÊNDICE C - Caderno de campo.....</b>	<b>211</b>
	<b>APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Trabalhadoras Rurais.....</b>	<b>212</b>
	<b>APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Agente Comunitário de Saúde.....</b>	<b>214</b>
	<b>APÊNDICE F - Carta de Cessão.....</b>	<b>216</b>
	<b>ANEXO A – Parecer da Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da EEUFMG.....</b>	<b>217</b>
	<b>ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realização da pesquisa.....</b>	<b>218</b>
	<b>ANEXO C - Parecer Aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa-UFMG.....</b>	<b>219</b>

## 1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DE PESQUISA

*“Eu sempre venci, porque sempre corria a tempo”*

(Dona Clarinha).

O presente trabalho está regado de sentidos e significados da busca pessoal e profissional de experiências e aprendizados, com certa dose de coragem, ousadia e sede de navegar em nascentes desconhecidas, proporcionando um itinerário de crescimento, clareza e desenvolvimento do ser Enfermeira, Professora e Pesquisadora. Contudo, antes de descrever o processo formal sobre o estudo, escolhi iniciar pela apresentação sobre o território existencial sobre o qual sigo cultivando minha trajetória pessoal e profissional.

Primeiramente, sou Natália Ana de Carvalho, mulher e filha de Ademar e Gianne Carvalho, nascidos e criados em território de zona rural no interior de Minas Gerais. Os avós maternos Bonifácio Teixeira Carvalho e Maria Oliveira de Carvalho são moradores da zona rural até o presente momento. Os avós paternos *in memoriam* Antônio Calixto Fonseca e Amélia Carvalho Fonseca também residiam no referido território rural.

Desde a infância, minha base foi alicerçada em valores ligados à simplicidade, humildade e gentileza, emoldurados pelo cenário campestre, no qual aprendi a cuidar e amar a natureza, os animais e a conviver em família. Paralelamente, nesse contexto, minha mãe, professora do ensino fundamental de escola pública, ensinava-me a cuidar da minha formação nos estudos e a buscar conhecimentos que me permitissem, como mulher, explorar, ocupar e conhecer novos espaços. E meu pai, comerciante, com nível de escolarização do 3º ano do ensino fundamental, ensinou-me a sabedoria, honestidade, a bondade, a cuidar do trabalho e da família e a acreditar com coragem nos meus sonhos.

Nesse contexto, cresci ouvindo e vivendo muitas histórias, principalmente de cuidados envolvendo benzedadeiras, uso de chás e simpatias. A busca pelos cuidados de saúde perpassava diversos desafios, que abarcavam desde o acesso aos serviços de saúde até o conhecimento profissional e científico para o cuidado. Conforme o tempo foi passando, entre as diversas experiências vividas, foi suscitando em mim o desejo de atuar na área da saúde.

Desse modo, a análise do meu próprio itinerário me permitiu compreender os percursos que me fazem chegar até aqui, que perpassam gerações e que me viabilizaram construções singulares para este estudo. A reflexão sobre minha própria história influenciou a escolha profissional em direção ao cuidado humano na Enfermagem. Nesse caminho, em que a

construção se desdobrou em escolas públicas, fui a primeira neta e filha a ingressar por meio de cota pública em uma Universidade no curso da área de Saúde.

A Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) apresenta-se como minha primeira aproximação na construção do saber em Enfermagem no Curso de Graduação da Faculdade de Enfermagem (FACENF). Durante esse tempo, busquei aproveitar todas as oportunidades de morar pela primeira vez em uma cidade maior e com possibilidades de crescimento pessoal e profissional, principalmente na Universidade, na qual conheci a extensão, o ensino e a pesquisa.

Quando retornava para o interior aos finais de semana, tinha a oportunidade de contar histórias para meus avós, pais, primos e tios sobre as experiências de atuar no Hospital Universitário e nas Unidades Básicas de Saúde. Ademais, pude compreender a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) e de sua contribuição para o cuidado da saúde da minha família.

Posteriormente, pude me reconhecer no processo de cuidado humano pela perspectiva do universo rico de conhecimento que abarca quem cuida e quem é cuidado. Assim, aceitei a proposta de atuar em meu primeiro trabalho como Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediatria em um Hospital Filantrópico do interior de Minas Gerais. Por meio dessa experiência, desenvolvi habilidades, competências de escuta e olhar sensível para compreender o não dito, gestos e singularidades de pacientes neonatos e pediátricos, principalmente sobre como as famílias enfrentavam e demonstravam as significativas experiências no processo de busca pelo cuidado à saúde no SUS.

Entretanto, com o anseio de desenvolver o cuidado no ensino e na pesquisa despertado pela vivência da Universidade Pública, concomitantemente ao trabalho no serviço hospitalar, fui me preparando para o processo seletivo do Mestrado em Enfermagem da UFJF. No ano de 2013, obtive minha aprovação e me inseri na linha de pesquisa “Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem”. A partir daí, eu me aproximei de pesquisadores e professores que produziam estudos de pesquisa qualitativa.

Com o desejo de me dedicar à formação na pós-graduação, busquei oportunidades de me tornar bolsista nos programas oferecidos dentro da Universidade, obtendo minha primeira bolsa no Programa de Iniciação à Docência no Departamento de Enfermagem Básica e posteriormente pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Essas bolsas de estudos viabilizaram a dedicação à formação como pós-graduanda, com participação em eventos, realização de publicações e parcerias com outras instituições de ensino, bem como o aprofundamento nos estudos na pesquisa qualitativa por meio da abordagem fenomenológica de Martin Heidegger. Dessa forma, produzi minha dissertação

intitulada “Ser-aí-após-o-diagnóstico-de-câncer-de próstata: possibilidades de cuidado em saúde do homem”.

Os resultados da dissertação possibilitaram o olhar atento para captar o dito e o não dito, observar o silêncio, gestos, reticências e as pausas, respeitando o espaço e tempo do outro, desvelando singularidades do vivido. A fenomenologia foi a minha aproximação com o universo da pesquisa e despertou o desejo de captar a possibilidade de conhecer outras correntes de pensamentos da pesquisa qualitativa.

Adiante, após a conclusão do mestrado, com anseio de aprofundar minha experiência na docência, fui aprovada no concurso para Professora Substituta no Departamento Materno Infantil e Saúde Coletiva na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora FACENF/UFJF. Durante quase dois anos, atuei como docente nas disciplinas Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Coletiva I e II, Saúde Ambiental, Estágio Curricular I nas Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora e como professora convidada para a disciplina Pesquisa em Enfermagem.

Nessa época como professora substituta, além das atividades de ensino, desenvolvi trabalhos científicos com os discentes de graduação e também atividades educativas em saúde em todo o conjunto de disciplinas do Departamento. Paralelamente à carreira docente, concluí o Curso de Especialização *Latu Sensu* em Cuidados Intensivos na Universidade Federal Fluminense (UFF) e, por fim, após a conclusão do meu contrato, fui escolhida, com surpresa, como professora homenageada por uma turma de Enfermagem da FACENF/UFJF, tornando-se um momento importante de reconhecimento do meu trabalho como docente.

As vivências mencionadas reforçaram minha aspiração em realizar pesquisa, principalmente devido à integração e ao relacionamento com diferentes temáticas e cenários de atuação no SUS, além de preocupações manifestas por estudantes e por colegas de trabalho, provocando inquietações para a continuidade do investimento na ciência. Em vista disso, eu me preparei para o doutoramento, realizando a disciplina isolada denominada “Gerência do Cuidado de Enfermagem” na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG). No decurso das aulas, pude me aproximar do grupo de pesquisa da linha “Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem”, apresentando, na trajetória, a oportunidade de potencializar parcerias de estudos com pesquisadores, mestrandos, doutorandos e graduandos de enfermagem.

No período em que me senti preparada para realizar o doutoramento, participei do processo seletivo e obtive a aprovação na EE/UFMG. Nesse momento, optei mais uma vez em me dedicar com afinco a minha formação como pesquisadora e a retomar o desejo de produzir

estudos em pesquisa qualitativa. Para isso, escolhi concorrer às bolsas de estudos oferecidas por essa instituição e me submeter a uma série de transformações pessoais e profissionais, preparando minha mudança para a capital de Minas Gerais.

Assim sendo, lancei-me em território totalmente inexplorado, sendo uma mulher interiorana, aprendendo a viver em Belo Horizonte com uma série de desafios que se desdobraram em abdições, obstáculos, crescimento, aprendizados, desenvolvimento, em um processo de sair do conhecido para o desconhecido e de estar a quilômetros de distância da minha família e amigos para realizar um sonho.

Meu percurso na EE/UFMG é uma grande vitória, banhada de resiliência e constância como doses diárias de exercício. E nesse processo, o encontro com a Professora Dra. Maria José Menezes Brito foi de grandes aprendizados, desenvolvimento e amadurecimento profissional e pessoal. Nós nos identificamos na afinidade pela pesquisa qualitativa e aprendi com ela a paixão por fazer ciência, além de ganhar experiência admirável em gestão.

Firmada essa parceria, foi possível me aproximar das oportunidades do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG, primeiramente como Bolsista de Apoio Técnico do projeto “Influência da prática profissional da equipe e de gestores no contexto da atenção primária à saúde nas condições de saúde da população negra” do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) e posteriormente como bolsista CAPES do projeto guarda-chuva, denominado “Prática Profissional no contexto da Rede de Atenção à Saúde sob o prisma dos valores éticos e morais e do sofrimento moral”, apresentando, no processo formativo, a possibilidade de refletir e produzir estudos sobre a atuação dos gestores, profissionais da saúde e usuários que integram os serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com vistas ao fortalecimento do SUS, bem como do campo de conhecimento da Saúde e Enfermagem.

Consequentemente, a inquietação de aprofundar na temática deste estudo emergiu de discussões e reflexões das reuniões do nosso grupo de pesquisa, principalmente no encontro de uma vivência de pesquisa em que a Professora Dra. Maria José Menezes Brito estava participando na região rural no norte de Minas Gerais. Nessa vivência, e impactada pelo cenário, surgiu o meu anseio de produzir conhecimento para saúde e enfermagem que se entrelaçava com meu itinerário de vida.

Seguindo tal fio condutor, com vistas a enriquecer a construção do conhecimento, principalmente devido a sua experiência e produção acadêmica, convidamos a Professora Dra. Beatriz Santana Caçador da Universidade Federal de Viçosa (UFV) que, com grande generosidade e conhecimento, aceitou ser minha coorientadora, contribuindo fortemente com as discussões no âmbito teórico-metodológico desta pesquisa.

Cabe descrever nesta trajetória que o inesperado se fez presente, que as certezas se intensificaram de dúvidas, que as reflexões sobre a vida foram diariamente colocadas em confronto pelo contexto de pandemia de Coronavírus - SARS-CoV-2 (COVID-19). Nesse âmbito, ser pesquisadora foi desafiador, pelo fato de lidar com o desconhecido e de ter que criar novas habilidades para se fazer pesquisa qualitativa em meio a rigorosas medidas sanitárias. Nisto, foram percorridos mais de mil quilômetros entre as áreas rurais, atentando-se para o uso de álcool gel e máscara durante todo o percurso de pesquisa. Além do mais, o desafio de realizar a análise dos dados fora do ambiente acadêmico tornou o processo de doutoramento ainda mais solitário.

Em meio a esses sentimentos, senti a inquietação de atuar como enfermeira e docente no contexto de pandemia, realizando mais um concurso e sendo aprovada para Professora Substituta no Departamento de Enfermagem Básica da FACENF/UFJF. Nessa seara, vivenciei a experiência desafiadora de exercer a docência no ensino remoto emergencial na modalidade aula teórica on-line e aula prática nos serviços de saúde. Atuei no conjunto de disciplinas de Fundamentos e Tecnologias do Cuidar em Saúde e Enfermagem I e II, Administração da Assistência de Enfermagem e Introdução à Enfermagem. Aprendi a produzir vídeos didáticos, a interagir em sala de aula virtual, mas também ministrei aulas dentro do Laboratório e em campo de prática, tomando as devidas medidas para evitar a disseminação do vírus junto aos discentes e pacientes.

Nessa realidade, atuei como enfermeira no projeto de extensão “Todos contra a COVID-19”, com os docentes e discentes da graduação, residência, mestrado e doutorado, vacinando na modalidade *drive-thru* a população de Juiz de Fora contra a COVID-19. Essa vivência foi um grande marco na minha carreira acadêmica, justamente pela oportunidade de vislumbrar a esperança da vida normal nos olhos das pessoas. Assim, ao executar esse projeto, pude me sentir enfermeira, docente e pesquisadora em ação para um momento importante da sociedade brasileira.

Além disso, atuei como docente no campo de prática da Atenção Primária à Saúde (APS), ensinando os discentes a realizarem procedimentos de enfermagem em meio ao contexto de pandemia. Nesse momento, pude sentir, junto aos meus colegas de profissão, o medo, angústia, as incertezas, de um cenário instável, mesmo em meio à vacinação. Pude observar o sofrimento da população com relação às dificuldades econômicas, agravamento de doenças crônicas e mentais.

Em meio a essa turbulência, vivenciei na própria pele a contaminação pelo vírus da COVID-19, com perda de paladar, olfato e equilíbrio corporal. Assim, experienciei o medo,

angústia e insegurança durante quinze dias de isolamento em um quarto. Logo, após o fim do período do isolamento, pensando que teria acabado o pesadelo, vivi as sequelas da COVID-19 longa. Desse modo, perdi a capacidade de guardar a memória recente, vivenciei apagões mentais de lembranças, bem com a perda de foco e concentração. Esses sintomas perduraram por mais de um ano. Entretanto, em meio aos tratamentos e muita luta para me recuperar, fui vencendo dia após dia.

Dessa maneira, posso dizer que os assombros que foram arrastando minhas certezas permitiram um mergulho interno profundo para o nascimento da luz de uma mente serena, em paz com as rosas e espinhos que se apresentam no caminho. Digo que aprendi com as mulheres trabalhadoras do campo, principalmente aquelas que vieram do meu sangue a renascer em meio a tempestades com coragem, paciência e confiança na luta. Na oportunidade, enfatizo a fala da minha amada avó Dona Clarinha que se permitiu ser entrevistada por mim, para que eu encontrasse os fios que me conectassem às mulheres trabalhadoras rurais, possibilitando a concretização deste estudo. Dona Clarinha, que há 81 anos vive em uma comunidade chamada Santa Rosa, desenvolveu a sabedoria da vida, e é com sua fala que inicio esta tese:

No tempo do meu pai plantávamos alface, cebolinha, inhame, batata, tudo vinha da terra. Tínhamos que se virar na roça. Na rua comprávamos somente a querosene para fazer luz em casa [...]. Mas sabe de uma coisa Natália? Eu era doida para estudar. Queria demais, e não pude. Pensei: “Não. Com meus filhos vai ser diferente”. Não foi fácil não, mas passou e está muito bom hoje (Dona Clarinha).

Portanto, diante de tantas construções e desconstruções, nasce a presente tese feita pela voz de mulheres trabalhadoras rurais que transbordam empatia e sensibilidade, apresentando parte do contexto de pandemia de COVID-19 no processo de narrar sobre a busca de cuidado em saúde. As trajetórias de mulheres simples e fortes dão vida a este trabalho e abarcam reflexões profundas no que concerne ao direito à saúde, aos modelos de atenção e ao acesso aos serviços de saúde bem como às condições de vida e trabalho como trabalhadoras rurais.

## **1.2 Problemática do estudo**

A relevância assistencial do SUS como política pública está relacionada à universalização do acesso a diversos serviços de saúde, como APS, atendimento de urgência, vacinação, serviços especializados e hospitalares, possibilitando a consolidação da saúde como direito de toda e todo brasileiro (CAMPOS, 2018). Para alcançar o acesso universal, o SUS se organiza por meio da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde em relação a um

determinado território. A hierarquização envolve diferentes pontos de atenção, cada um oferecendo procedimentos e recursos tecnológicos específicos. A regionalização diz respeito à relação dos serviços de saúde com um território, para que possam atender a necessidades da população que vive nessa área. Dessa maneira, essa rede de serviços de saúde deve adaptar-se à dinâmica da vida social, por meio de horários e formas de trabalho, além de considerar as preferências dos usuários em termos de fluxo. Logo, é essencial que a definição dos territórios seja sempre centrada no usuário (MATTOS, 2007).

Para garantir ações qualificadas e resolutivas, o SUS tem como objetivo desenvolver a APS enquanto coordenadora do sistema para a prestação de serviços adequados aos usuários, com acessibilidade, equidade, eficiência e qualidade técnica. No modelo de atenção da APS, encontra-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), que focaliza o indivíduo integrado à família, promove acolhimento e escuta qualificada para a resolução de demandas e é responsável por orientar o caminho dos usuários dentro das RAS (SACCO *et al.*, 2020).

Segundo Ribeiro e Cavalcanti (2020), os países que organizam os sistemas de saúde com base na APS apresentaram níveis superiores de saúde e de maior equidade, contribuindo para reduzir as iniquidades em saúde. Entretanto, Malta *et al.* (2016) ressaltam que maior cobertura não responde à totalidade da saúde para diminuir as discrepâncias no acesso e uso dos serviços nas diversas regiões do Brasil. Para Pinafo *et al.* (2020), ainda são muitos os impedimentos que se interpõem no acesso à saúde, os quais, na maioria das vezes, são impostos e vivenciados pela população mais vulnerável. Menezes *et al.* (2020) afirmam que a capacidade do acesso depende dos serviços de conhecer e atuar considerando as necessidades de saúde dos indivíduos e das comunidades, de forma cooperativa, participativa e inclusiva.

Desse modo, cabe salientar que gestores e profissionais dos serviços de saúde devem estar dispostos a conhecer os atravessamentos que determinam barreiras no acesso à saúde dos usuários no seu território, a fim de efetivarem o planejamento do cuidado, bem como compreenderem os significados da produção e consumo de saúde. A escuta e o entendimento das necessidades têm uma alta potência para transformação na oferta de serviços, gerando informações que permitem ponderar os resultados obtidos pelas ações de saúde, visando melhor organizar os serviços e adequar as práticas profissionais (GOMIDE *et al.*, 2018).

Nesse sentido, Cabral *et al.* (2011) revelam que os percursos dos indivíduos em busca da resolução dos seus problemas de saúde não necessariamente correspondem ao ordenamento determinado pelos serviços formais de saúde. Para Gomes *et al.* (2015), cada vez mais estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde procuram

interpretar as produções individuais e coletivas acerca do trajeto da procura de cuidados de saúde.

Dessa forma, diante da ordenação do SUS, é necessário reconhecer a pluralidade de práticas, saberes e demandas dos usuários na busca de cuidado no campo da saúde, e, para compreender esses movimentos, é crucial investir na produção de conhecimento, que evidencia a experiência humana do adoecimento. Assim, entre as perspectivas teórico-conceituais que podem ser utilizadas como uma tecnologia avaliativa centrada no usuário, encontra-se o itinerário terapêutico (IT), que oferece visibilidade para os movimentos dos usuários, principalmente o modo como reconstróem os fluxos estabelecidos pelo SUS, por meio de suas trajetórias assistenciais (PINHEIRO *et al.*, 2016).

Por conseguinte, o IT permite a interpretação dos significados construídos ao longo desse processo, compreendendo como os serviços de saúde oferecem respostas eficazes às necessidades de saúde, a partir da perspectiva daqueles que gerenciam seu cuidado. Entre as capacidades avaliativas do IT, há que se ressaltar sua potencialidade em apresentar os caminhos percorridos pelos usuários nos diversos serviços e instituições, identificando os profissionais de saúde que os atenderam e a eficácia em cada um desses encontros (BELLATO *et al.*, 2009). De acordo com Bellato, Araujo e Castro (2008), os planos de trajetórias proporcionam uma análise das facilidades, dificuldades e restrições enfrentadas por indivíduos e famílias ao buscar cuidados em diferentes pontos de atenção, bem como avaliar os serviços de saúde em termos de sua resposta aos problemas enfrentados por essas pessoas. Essa abordagem examina cada percurso individual e o conjunto de trajetórias que compõem o IT, destacando tanto o acesso aos serviços oferecidos quanto a qualidade das repostas fornecidas.

Nesse âmbito, Fiorati, Arcêncio e Souza (2016) destacaram a premência de estudos em territórios influenciados pela persistência de grupos, em que o acesso aos sistemas de saúde é desigualmente distribuído para os serviços e tecnologias em saúde, elevando os índices de vulnerabilidade social. Para Chavez *et al.* (2020), está cada vez maior o tempo de espera e a carência para o acesso aos serviços de saúde no atendimento dos indivíduos com menores condições econômicas.

Ajustando a lente da presente tese, lançou-se o foco para a população rural, que teve seus direitos garantidos ao acesso à saúde somente após a criação do SUS, com destaque para a APS (RUIZ; SANTOS; GERHARDT, 2016). Outro aspecto que merece ser abordado em relação ao acesso à saúde pela população campo diz respeito à criação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), a qual evidencia a realidade que tal população vivencia. Desse modo, a política circunstancia os

contextos de escassez vivenciados no cotidiano rural bem como o frágil acesso ao saneamento básico, alto índice de mortalidade infantil, uso de agrotóxicos, doenças endêmicas, violência relacionada aos conflitos pela posse e propriedade da terra, além de condições de pobreza que impossibilitam a tais indivíduos terem as mínimas condições essenciais de saúde (BRASIL, 2014).

Afunilando o recorte da presente pesquisa e, portanto, do seu objeto de investigação, concentrou-se o olhar sobre as mulheres trabalhadoras do campo. Essas mulheres participam do trabalho na agricultura familiar, preparando o solo, plantio, a colheita e pós-colheita, bem como realizam atividades agrícolas como hortas, pequeno roçado para consumo e trato dos animais, especialmente aqueles de pequeno porte destinados ao consumo direto da família (NEVES; MEDEIROS, 2013).

Cabe destacar que a agricultura familiar é caracterizada pela estreita relação entre a posição social, profissional e familiar dos agricultores e agricultoras. Nos estabelecimentos rurais, é comum observar a cooperação entre os diversos membros da família, seja no trabalho produtivo, nas tarefas domésticas, nos cuidados, no lazer, na socialização e em outras atividades. Essa cooperação é frequentemente vista nos estudos da área como um sinal de harmonia e equilíbrio familiar. Contudo, nesse contexto, a divisão sexual do trabalho possui dois elementos: a separação, em que ocorre a diferenciação das tarefas entre homens e mulheres, e a hierarquização em que o trabalho dos homens é valorizado acima do das mulheres. Isso significa que os homens são responsáveis pelo trabalho produtivo, enquanto as mulheres são responsáveis pelo trabalho reprodutivo, ou seja, pelas tarefas domésticas e de cuidados, o que contribui para a sua invisibilidade no trabalho rural (HERRERA, 2019).

No contexto de desigualdades de gênero, as concepções predominantes de feminilidade e masculinidade são moldadas por disputas simbólicas e materiais em vários espaços sociais, como família, escola, igreja e a sociedade em geral. Essas desigualdades manifestam e se institucionalizam nas diversas organizações privadas e públicas, assim como nos variados grupos que compõem a sociedade, influenciando a vida cotidiana e o trabalho das mulheres trabalhadoras rurais. A mulher trabalhadora do campo é, muitas vezes, destituída de autonomia e do direito de decidir, inclusive sobre o seu próprio corpo, tornando-as mais vulneráveis ao abuso físico e emocional (COSTA; LOPES; SOARES, 2015).

Dessa maneira, tais mulheres ilustram as múltiplas dimensões da desigualdade de gênero e evidenciam as pendências históricas que existem como sociedade civil, setor empresarial e governo, não apenas em relação a sua autonomia econômica, mas também no que diz respeito à superação da pobreza, do trabalho doméstico e não remunerado, à disparidade

salarial, à discriminação no mercado de trabalho e falta de proteção social. Apesar de representar um terço da população mundial e serem responsáveis por metade da produção global de alimentos, por muito tempo foram negligenciadas pelas políticas públicas (INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA, 2019).

Do ponto de vista dos movimentos sociais, as políticas destinadas às mulheres rurais, incluindo as agricultoras, indígenas, pescadoras, extrativistas, quilombolas, enfrentam trajetórias de exclusão. Todavia, importa ressaltar que se trata de um grupo em movimento de luta e que vem se engajando arduamente em atividades militantes para fazerem suas vozes serem ouvidas em relação às demandas ainda não atendidas pelo Estado. Em meio a essa efervescência, é preciso considerar que, para garantir que todas as mulheres trabalhadoras do campo possam ser beneficiadas por políticas públicas de direitos, é necessário atentar para a gama completa de diferenças que redundam em vulnerabilidades particulares (LOZANO, 2018).

É crucial considerar nesta análise as transformações ocorridas nas áreas rurais brasileiras ao longo das últimas décadas, como a presença de novos agentes sociais provenientes das cidades e a crescente importância de atividades não agrícolas, as quais impactaram as relações de trabalho, o tempo, as estratégias e os modos de vida das mulheres trabalhadoras rurais. Essa forma de organização se manifesta em diferentes estilos de vida e percepções da vida campestre, visibilizando a necessidade de compreender a essência de cada tipo de território, por meio das diversidades que se concretizam na vida dessas pessoas e em suas trajetórias (FAVARETO, 2019).

Ademais, são pujantes os efeitos do enfrentamento da pandemia causada pela COVID-19, que agravou as iniquidades sociais vivenciadas pelas populações vulneráveis, principalmente as mulheres, acentuando estresse, sobrecarga domiciliar, redução de renda familiar, aumento de consumo de substâncias psicoativas, bem como o agravamento da violência e a consequente sobrecarga emocional. A partir disso, faz-se urgente resgatar os cuidados com essa população, que vivencia a violação dos seus direitos humanos (CUALHETE; SANTOS-MOURA; CASTRO-SILVA, 2022).

Contudo, apesar de todos os desafios, segundo Sales (2007), as mulheres do campo não se sentem tão aprisionadas, estão mais receptivas a diversas possibilidades do mundo, nutrem sonhos de liberdade e, logo, inspiram outras mulheres, influenciando e sendo influenciadas por esses anseios. Ademais, estão envolvidas nas etapas da produção de alimentos, preservam sementes e compartilham histórias, contribuindo ao longo do tempo para a segurança alimentar

e a justiça social no mundo (INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA, 2019).

Consequentemente, busca-se lançar como palco de investigação as mulheres trabalhadoras rurais, visando, por meio das suas narrativas, os múltiplos itinerários das memórias, estabelecendo conexões temporais entre o passado, presente e expectativas futuras (ROVAI, 2017). Entre os principais questionamentos da pesquisa estão aqueles relacionados aos caminhos realizados pelas trabalhadoras rurais para alcance dos serviços de saúde.

Desse modo, as inquietações que nortearam o estudo foram: como as mulheres trabalhadoras rurais buscam os serviços de saúde em seu território? Quais são as redes de apoio social acessadas nesse percurso? Há barreiras de acesso aos serviços de saúde? Quais são os impactos vivenciados na pandemia de COVID-19? Por fim, a pergunta de pesquisa foi: quais são as trajetórias assistenciais de mulheres trabalhadoras rurais nas RAS em um município do interior de Minas Gerais?

Esta tese defende que as mulheres trabalhadoras rurais desenham suas próprias trajetórias assistenciais nas RAS, enfrentando barreiras de acesso aos serviços de saúde e se sustentando em redes de apoio sociais para alcançar os serviços de saúde.

Portanto, apresenta como **objetivo geral**: analisar as trajetórias assistenciais de mulheres rurais na Rede de Atenção em Saúde em um município do interior de Minas Gerais. Nesse contexto, contempla entre seus **objetivos específicos**: descrever os itinerários terapêuticos das trabalhadoras rurais na busca de atendimento na Estratégia da Saúde da Família durante a pandemia de COVID-19; conhecer as barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde de mulheres do campo por meio da história oral e identificar a rede de apoio social de referidas mulheres e o tipo de apoio social recebido pelas agentes comunitárias de saúde.

## 2 A SAÚDE NO RURAL

*“Se temos de esperar, que seja para colher a semente boa que lançamos hoje no solo da vida”*  
(Cora Coralina).

Neste capítulo, serão abordadas as diferentes conceituações sobre o rural brasileiro por meio do resgate do contexto histórico, econômico e sócio espacial, bem como a importância das políticas públicas para as pessoas que vivem no cenário exposto. Primeiramente, serão apresentadas as transformações sobre as conceituações no rural brasileiro, após a construção das políticas públicas de saúde para o rural especificando a PNSIPCFA no Brasil e, posteriormente, o protagonismo da mulher trabalhadora do campo nesse espaço. Esse fio condutor permite a ampliação do conhecimento científico sobre a diversificação dos espaços rurais, principalmente para promoção e fortalecimento da atenção à saúde.

### **2.1 O rural brasileiro: do desenvolvimento agrícola para um espaço de vida e diversidade**

No Brasil, o ambiente, a vida e o trabalho no meio rural são resultados de fatores históricos, ambientais, políticos, sociais e econômicos. Desse modo, buscou-se apresentar os elementos presentes nesta diversidade, relacionados às diferentes áreas de conhecimentos, a fim de expor as implicações para o domínio da saúde (GERHARDT; LOPES, 2015). Para isso, é fundamental esclarecer a evolução das políticas de desenvolvimento, em que ocorre uma transformação entre os conceitos de desenvolvimento agrícola e o desenvolvimento rural, sendo que o primeiro se refere a condições e características da produção agrícola e o segundo significa a melhoria do bem-estar das populações rurais (NAVARRO, 2001).

Inicialmente, o desenvolvimento agrícola no Brasil começou por meio da lavoura cafeeira e pelos investimentos em infraestrutura de transportes, principalmente as ferrovias (CASTRO, 2019). Segundo um estudo de Garcia (1993), não havia uma preocupação central com o bem-estar da população do campo, o que evidencia uma realidade caracterizada pelas fazendas e pelas condições precárias de vida dos trabalhadores. Dialoga com tal realidade um estudo realizado por Coimbra Jr. (2018), que descreve que, no ano de 1918, a primeira edição da coletânea de contos Urupês escrita por Monteiro Lobato revela o retrato do brasileiro rural nessa época representado pelo personagem Jeca Tatu, descrito como ignorante, maltrapilho, cronicamente doente, anêmico e preguiçoso. Ainda segundo o autor, a menção a esse

personagem da literatura brasileira ajuda a refletir sobre questões sócio-históricas dos brasileiros que viviam nas áreas rurais.

Adiante, com a expansão do povoamento no país, surgiu a necessidade de estabelecer limites entre os espaços urbanos e rurais. Isso se concretizou com a promulgação do Decreto-Lei n.º 311, de 02 de março de 1938, que exigia que as autoridades municipais cumprissem as dimensões mínimas das cidades e vilas (áreas urbanas) e elaborassem mapas e plantas. Tal medida se tornou um marco jurídico para definição do espaço urbano-rural no país (LIMA, 2007).

Tal definição resultou em distorções, tais como a classificação de sedes de municípios muito pequenos como cidades, mesmo com a população inferior a 2.000 habitantes. A situação exposta se agravou em algumas sedes distritais, o que contribuiu para a atribuição do *status* de cidade, locais que, na realidade, seriam aldeias, povoados ou vilas, reforçando a supervalorização do grau de urbanização (MARQUES, 2002; VIEGAS, 2002).

No período compreendido entre 1950 e 1960, após a Segunda Guerra Mundial, a polarização mundial se intensificou, provocando a necessidade de modernizar a agricultura, por meio da introdução de implementos, insumos agrícolas e motomecanização (NEUMANN; FAJARDO; MARIN, 2017). Segundo Montenegro Gómez (2006), essa nova lógica dos países “desenvolvidos” que defendem a aplicação de um modelo perfeito para os países “subdesenvolvidos” gera um grande impacto no espaço rural brasileiro, contribuindo para narrativas sobre o “rural” como sinônimo de atraso, ignorância e de pobreza.

Diante dessa realidade, o mundo do campo passou a ser alvo de diversas pesquisas impulsionadas pela criação e consolidação de centros universitários, em várias regiões do país (MIRANDA; SILVA, 2013). Entre os pesquisadores, destacam-se os estudos da socióloga rural Maria Isaura Pereira Queiroz, que foi uma das pioneiras a se dedicar à importância do campesinato, buscando compreender seu modo de vida, pensamento e reações. A pesquisadora garantiu a hipótese de que a configuração social do meio rural brasileiro era marcada apenas pela dicotomia entre a casa grande e a senzala, tendo posteriormente transportado essa lógica para as cidades (LOPES, 2014).

Nesse sentido, as lutas do campesinato adquiriram maior relevância no cenário nacional, impulsionadas por suas mobilizações, o que favoreceu o aparecimento de outras organizações de representação no campo, destacando-se as Ligas Camponesas (TEIXEIRA, 2018). As Ligas Camponesas foram criadas com o propósito de contestar o sistema de opressão que levava à exclusão política e social do campesinato brasileiro, principalmente pelas relações de trabalho

que não possuíam regulamentação no campo e eram determinadas pelos proprietários de terra (AZEVEDO, 1982).

Como resultado, as organizações desses movimentos sociais geraram a pressão do Estado para a criação da primeira legislação trabalhista para o meio rural, conhecida como Estatuto do Trabalhador Rural (ETR) e pela criação do Código Tributário Nacional (CTN), com o intuito de organizar a destinação dos impostos arrecadados nas áreas urbanas (MIRANDA; SILVA, 2013). Com essa medida, ficou a cargo dos municípios a definição dos limites da zona urbana e, por exclusão, da zona rural, além da arrecadação de impostos municipais nas áreas urbanas e federais nas áreas rurais, incentivando a expansão das áreas urbanas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017; MIRANDA; SILVA, 2013).

Durante a década de 70, houve um novo intenso processo de modernização na agricultura, com a introdução de novas tecnologias agrícolas conhecidas como “Revolução Verde” (RIGOTTO *et al.*, 2012). Segundo Tolentino (2016), foi necessário adquirir maquinário, gerando a modernização nas grandes propriedades rurais, porém deixando de lado a maior parte da população do campo. Nesse contexto, o êxodo rural foi intenso, marcado pela migração de milhões de agricultores para as cidades (NAVARRO, 2019).

Para Veiga (2005), nesse período, os estudos sobre as comunidades rurais traziam de forma subjacente a visão de locais economicamente e socialmente atrasados, mas não se dedicaram a compreender as mudanças sociais, econômica e políticas ocorridas em seus espaços. Assim, ao se discutir o desenvolvimento dessas comunidades, o foco era sempre na promoção do desenvolvimento agrícola, visando a uma maior eficiência produtiva (CASTRO, 2019). Um estudo realizado por Kageyama e Rehder (1993), a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1981–1990, conclui que, na década de 80, a maioria dos estados brasileiros apresentava precariedade das condições de vida no que se refere a serviços básicos como abastecimento de água, saneamento, educação, insuficientes níveis de renda e baixo grau de garantias trabalhistas e previdenciárias, configurando-se dificuldades enormes para a superação da dificuldade da vida no rural.

Dessa forma, o Estado brasileiro, durante o período de 1800–1980, concentrou a sua atenção na valorização da agropecuária e no estímulo ao processo de urbanização como forma de atender à população do referido meio. A figura 1 apresenta as principais ações do Estado brasileiro para o rural, reforçando sua atenção para o desenvolvimento agrícola (CASTRO, 2019).

Figura 1 - Principais ações do Estado brasileiro para o desenvolvimento agrícola entre 1800–1980



Fonte: Elaborada pela pesquisadora a partir de Castro (2019).

Durante a década de 80 e 90, ocorreu outra transformação impulsionada pela criação da Nova Constituição de 1988, que gerou discussões específicas sobre o desenvolvimento rural, desdobrando-se em políticas na reforma agrária, crédito para agricultura familiar, apoio aos territórios rurais e ações afirmativas para mulheres, jovens, aposentados e negros (SCHNEIDER, 2010).

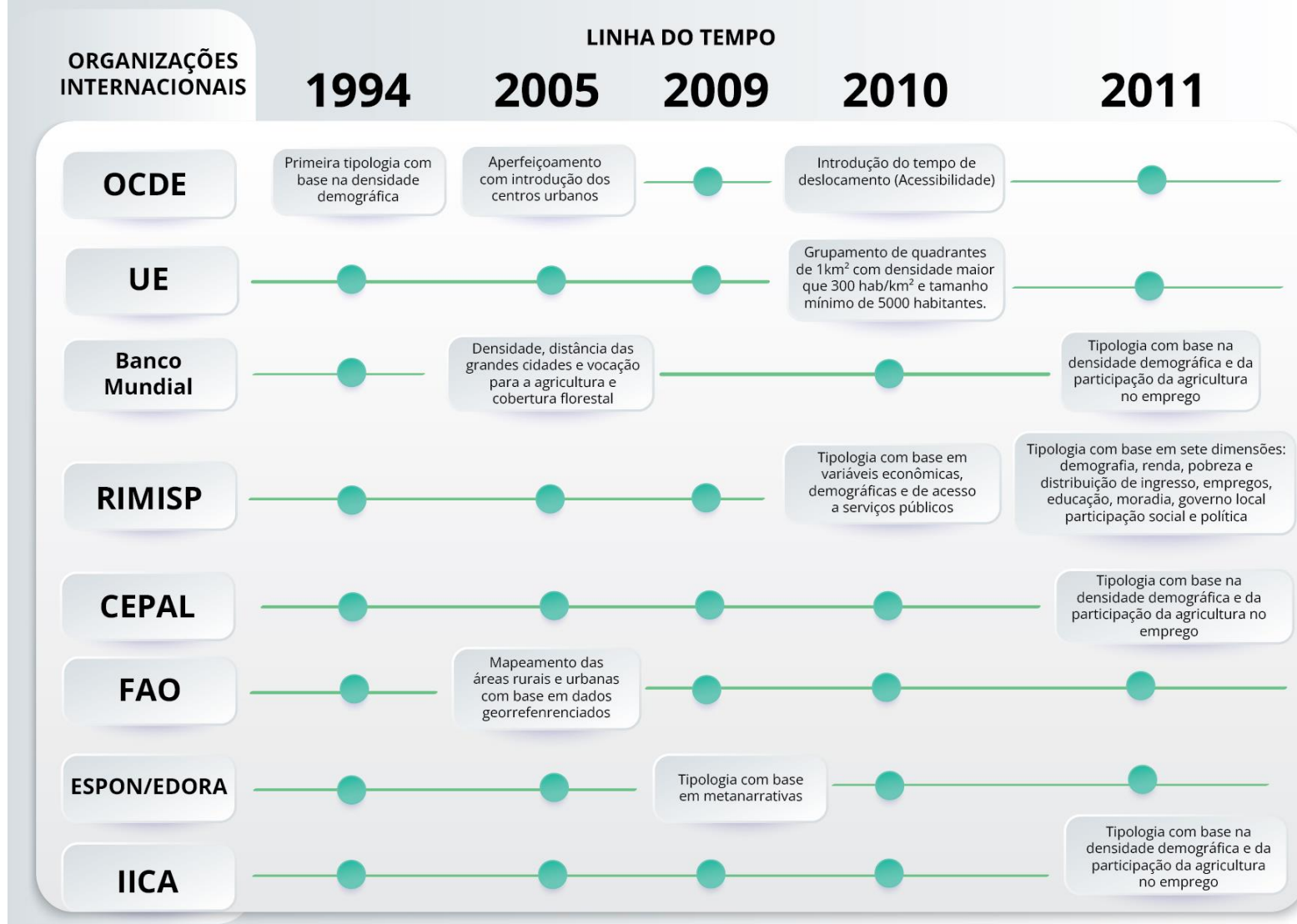
As discussões giraram em torno da proposta de desenvolvimento do campo, a fim de auxiliar na formulação de políticas públicas. Essas discussões foram estimuladas por diversas organizações internacionais e por órgãos públicos responsáveis pela produção e publicação de estatísticas socioeconômicas e demográficas. O objetivo era revisar seus critérios e metodologias para aprimorar e caracterizar o rural (LEITE, 2020).

As principais organizações internacionais que se ocupam da construção de tipologias como instrumentos de análise dos espaços rurais, e que influenciam o debate no contexto europeu e latino-americano, foram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), União Europeia (UE), Projeto European Development Opportunities in Rural Areas (ESPON/EDORA), Banco Mundial, Centro Latino-Americano para o

Desenvolvimento Rural (RIMISP), Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e o Instituto Interamericano de Cooperação para Agricultura (IICA) (LEITE, 2020; MIRANDA; SILVA, 2013).

Assim, foram criados vários conceitos para definir o que é considerado como rural e urbano em todo mundo, sendo que cada país adotou seus próprios critérios, incluindo densidade populacional, isolamento geográfico, baixo tamanho da população entre outros (MIRANDA; SILVA, 2013). A figura 2 apresenta a evolução das diferentes tipologias utilizadas pelas organizações internacionais para definir áreas urbanas e rurais.

Figura 2 - Evolução das diferentes tipologias utilizadas pelas organizações internacionais para diferenciar as áreas urbanas e rurais



Fonte: Elaborada pela pesquisadora a partir de Leite (2020) e Miranda e Silva (2013).

Na América do Sul, ainda não há um consenso em relação à definição do que é considerado rural em cada país. No entanto, existem cinco definições mais frequentes, que incluem a compatibilidade da população máxima da localidade, em torno de 2.000 pessoas, utilizadas pela maioria dos países, número de habitações contíguas, definições legais, localização fora da área central do município e com características não rurais (DIRVEN, 2004). A figura 3 apresenta as tipologias usadas em países selecionados da América do Sul.

Figura 3 - Tipologias usadas em países selecionados da América do Sul

<b>Critérios de definição</b>					
<b>País</b>	<b>Tamanho da população</b>	<b>Oferta de serviços</b>	<b>Participação da agricultura</b>	<b>Divisão administrativa</b>	<b>Aglomeração de propriedades</b>
<i>Argentina</i>	<b>X</b>				
<i>Bolívia</i>	<b>X</b>				
<i>Brasil</i>				<b>X</b>	
<i>Chile</i>	<b>X</b>		<b>X</b>		
<i>Colômbia</i>				<b>X</b>	
<i>Equador</i>					
<i>Paraguai</i>				<b>X</b>	
<i>Peru</i>					<b>X</b>
<i>Uruguai</i>		<b>X</b>		<b>X</b>	
<i>Venezuela</i>	<b>X</b>				

Fonte: Elaborada pela pesquisadora a partir do IBGE (2017).

A delimitação de área urbana e rural é, pois, um tema complexo, com uma grande diversidade de critérios, resultando em uma enormidade de conceituações oficiais. Logo, apesar da grande diversidade, não existe consenso entre os teóricos que resulte em uma única definição (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017). Nesse sentido, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estabelece: “A grande demanda de classificações por parte da academia, da administração pública e da sociedade em torno desse tema não deixa dúvidas quanto à pertinência dessa discussão de forma contínua, considerando diversas abordagens e escalas” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017, p. 8).

No Censo de 2017, o IBGE adicionou uma nova tipologia para classificar as áreas rurais e urbanas no Brasil, após questionamentos sobre a desvantagem da classificação anterior. Essa nova classificação considerou a evolução da realidade geográfica e econômica dos territórios, levando em conta a densidade demográfica na escala municipal, bem como de acessibilidade aos centros urbanos e disponibilidade de bens e serviços mais complexos. Como resultado, a maioria dos municípios brasileiros foi classificada como predominantemente rural, representando 60,4% do total (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017). A figura 4 apresenta o critério mais recente utilizado na definição de áreas rurais e urbanas no Brasil.

Figura 4 - Critério mais recente utilizado pelo IBGE para definição de áreas rurais e urbanas no Brasil

<b>Critérios utilizado para definição de áreas rurais e urbanas no Brasil</b>					
<i>Faixa da população total em área de ocupação densa (habitantes em áreas de ocupação densa)</i>					
Distribuição percentual da população em áreas de ocupação densa	<b>Mais que 50.000</b>	<b>Entre 25.000 e 50.000</b>	<b>Entre 10.000 e 25.000</b>	<b>Entre 3.000 e 10.000</b>	<b>Menos de 3.000</b>
<b>Maior que 75%</b>	Predominantemente Urbana	Predominantemente Urbana	Predominantemente Urbana	Intermediário	Predominantemente Rural
<b>50%-75%</b>	Predominantemente Urbana	Predominantemente Urbana	Intermediário	Predominantemente Rural	Predominantemente Rural
<b>50%-25%</b>	Predominantemente Urbana	Intermediário	Predominantemente Rural	Predominantemente Rural	Predominantemente Rural
<b>Menos que 25%</b>	Predominantemente Urbana	Predominantemente Rural	Predominantemente Rural	Predominantemente Rural	Predominantemente Rural

Fonte: Elaborada pela pesquisadora a partir de IBGE (2017).

A redemocratização no Brasil também permitiu a criação de várias organizações importantes na sociedade civil brasileira. A Central Única dos Trabalhadores (CUT) foi criada em 1983, e nela foi estabelecido o Departamento Nacional de Trabalhadores Rurais (DNTR) em 1988. Em 1984, surgiu o Movimento dos Sem Terra. No ano seguinte, em 1985, foi criado o Conselho Nacional dos Seringueiros (CNS); e, em 1991, foi oficializado o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB). Os grupos mencionados possuíam objetivos diversos, mas todos compartilhavam da visão de que havia desigualdade na distribuição de renda e acesso a terras no meio rural brasileiro. Deram ênfase às precárias condições de reprodução social dos pequenos produtores e à dificuldade de acesso a políticas públicas, questionando a priorização da ruralidade pelo Estado e pela sociedade. Além disso, eles exigiam que o governo intervisse na construção de políticas públicas adequadas às particularidades desse meio (MIRANDA, 2017).

Os movimentos sociais e sindicais da agricultura familiar tiveram um marco importante na realização dos Gritos da Terra Brasil (GTB). O primeiro GTB aconteceu em maio de 1994 e foi realizado por meio de diversas marchas organizadas pela CUT, Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), MAB, CNS, Movimento Nacional de Pescadores (MONAPE) e Coordenação das Articulações dos Povos Indígenas do Brasil (CAPOIB). Esse evento representou uma mobilização significativa para chamar a atenção do governo para a situação dos trabalhadores rurais e familiares, enfatizando a importância da agricultura familiar para o desenvolvimento econômico e social do país. É importante sublinhar que, antes do GTB, não havia políticas públicas voltadas especificamente para a agricultura familiar, visto que essa categoria social e econômica ainda não estava devidamente institucionalizada (RODRIGUES, 2019).

Diante da mobilização, os responsáveis pela elaboração de políticas públicas perceberam os malefícios decorrentes da ausência de uma política específica para a agricultura familiar. Sob contínua pressão dos representantes dos agricultores, foi instituído, em 1995, o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF) (RODRIGUES, 2019). Para Schneider, Cazella e Mattei (2021), a criação do PRONAF representou um marco importante na política pública nacional voltada exclusivamente para o segmento da agricultura familiar, e, com sua implantação, duas demandas foram atendidas: 1) a reivindicação histórica dos movimentos sociais em relação ao financiamento de atividades produtivas no âmbito da agricultura familiar; e 2) o reconhecimento da importância da agricultura familiar e seu papel fundamental na estrutura produtiva e organização do setor rural do país. Na mesma linha,

Búrigo *et al.* (2021) destacaram a seletividade do crédito, com atenção especial ao tipo de atividade a que os recursos serão destinados e a distribuição geográfica de acesso ao crédito em todo o território nacional.

Desse modo, uma mudança paradigmática aconteceu nos estudos rurais brasileiros, os quais passaram a ressaltar a importância econômica e social da agricultura familiar. As políticas públicas relacionadas ao meio campestre se dividem em duas categorias: aquelas que não são específicas para as áreas rurais e aquelas que são criadas especificamente para solucionar os problemas próprios do campo e dos grupos sociais que ali habitam (MIRANDA, 2017).

No primeiro grupo, inserem-se os programas universais como Minha Casa, Minha Vida, o Programa Nacional de Banda Larga, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC). No segundo grupo, situam-se o Pronaf e o Programa de Criação de Assentamentos de Reforma Agrária. Essas políticas foram criadas para resolver os problemas específicos, mas se expandiram para acomodar a diversidade de categorias presentes no meio rural, como agricultores, ribeirinhos, indígenas e quilombolas (MIRANDA, 2017).

Frisa-se também o Programa de Desenvolvimento Sustentável dos territórios Rurais (PRONAT), também conhecido como Territórios Rurais de Identidade, criado em 2004, como política brasileira de desenvolvimento territorial do Ministério do Desenvolvimento Agrário. Esse programa reconhece a abordagem territorial por várias prerrogativas, incluindo as que se seguem: 1) O rural não se limita à agricultura; 2) A escala municipal é muito restritiva para o planejamento e organização de esforços visando à promoção do desenvolvimento, sendo a escala estadual ampla; 3) Existe a necessidade de descentralização das políticas públicas; 4) O território é a unidade que melhor dimensiona os laços de proximidade entre pessoas, grupos sociais e instituições, possibilitando iniciativas para o desenvolvimento (DELGADO; LEITE, 2011).

Atualmente, o Brasil procura integrar as políticas públicas com essas múltiplas ruralidades e verificar quais tipos de ruralidade podem ou não estar alcançando (MIRANDA, 2017). A figura 5 evidencia as principais políticas públicas direcionadas para o ambiente do campo no Brasil entre 1996–2011.

Figura 5 - Principais políticas públicas direcionadas para o rural no Brasil entre 1996–2011

	Pronaf	PNAE	Pronat	Minha Casa, Minha Vida	Banda Larga	Pronatec
<i>ANO</i>	1996	1979	2004	2009	2010	2011
<i>Público</i>	Agricultores Familiares	Agricultores Familiares, empresas do Sistema Agroalimentar escolares	Populações localizadas em territórios rurais	Agricultores familiares e população urbana com certo limite de renda	Populações localizadas em áreas rurais e urbanas	Jovens e trabalhadores com prioridade à agricultura familiar e povos e comunidades tradicionais
<i>Unicamente rural</i>	SIM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO
<i>Tratamento diferenciado para o rural</i>	Não se aplica	Lei n.º 11.947 de 2009	Promover o desenvolvimento sustentável e enfrentar a pobreza nos territórios rurais	Programa Minha Casa Minha Vida Rural	Programa Nacional de Telecomunicações Rurais	Pronatec Campo (Pronacampo)

Fonte: Elaborada pela pesquisadora a partir de Miranda (2017).

Por conseguinte, não mais se concebe o rural como periférico, residual ou dominado, mas sim como uma nova ruralidade, um espaço de investimento e um lugar de vida (LEITE, 2020). Wanderley (2000) ressalta um conjunto de elementos que surge nessa ruralidade, representada por elementos como diversificação social, relações complementares com o urbano, aumento da população, valorização do patrimônio natural e cultural das cidades, bem como a evolução de novos papéis atribuídos aos agricultores. Esses novos papéis abrangem desde a preservação da paisagem e proteção ambiental até a reprodução das tradições culturais.

Segundo Schneider (2010), esse novo rural é marcado pela presença de famílias pluriativas, que combinam atividades agrícolas e não agrícolas, promovendo uma integração entre diferentes setores (agricultura, comércio e serviços) e diferentes espaços (rural e urbano). É importante ressaltar que o termo “atividades não agrícolas” não representa um setor específico, mas se refere a diversas atividades relacionadas a lazer, habitação, turismo, indústria e prestação de serviços que se estabelecem na nova ruralidade:

[...] o espaço rural não mais pode ser pensado apenas como lugar produtor de mercadorias agrárias e ofertador de mão de-obra. Além de ele poder oferecer ar, água, turismo, lazer, bens de saúde, possibilitando a gestão multi-propósito do espaço rural, oferece a possibilidade de, no espaço local regional, combinar postos de trabalho com pequenas e médias empresas [...] (SILVA, 2001, p. 28).

Logo, o estudo desse espaço deve abranger sua ocupação territorial, modo de vida e identidade, bem como sua cidadania e inserção na sociedade mais ampla. É necessário compreender suas especificidades e representações, considerando-o como um lugar físico, onde se vive e se vê o mundo (WANDERLEY, 2000).

Portanto, na década de 1990, impulsionado pela nova ruralidade, houve a entrada da agricultura familiar nos estudos acadêmicos, enquanto, nos anos 2000, houve uma reavaliação do significado do desenvolvimento rural, com a introdução do debate sobre as relações entre o rural e o urbano e da abordagem das dinâmicas territoriais nos processos de desenvolvimento. Essa nova abordagem implica a institucionalização do desenvolvimento rural, o que tem influências iminentes na formulação e na execução de políticas públicas e na alocação de investimento nas áreas do campo (MIRANDA, 2017).

Segundo Kageyama (2008), é importante compreender a população do campo por suas inter-relações sociais, produtivas, econômicas e políticas, e não apenas como um grupo que habita uma área não urbana. O conceito de território rural, portanto, passa a ser caracterizado por sua baixa densidade populacional e pela presença de diversas atividades, como a multifuncionalidade, que delimita sua análise com base no específico conceito de território e o

vincula a três aspectos: a conexão com a natureza, a relação com as áreas urbanas e as dinâmicas interpessoais decorrentes da baixa densidade populacional e do tamanho reduzido das comunidades (HERRERA, 2016).

Passa a se reconhecer, então, a nova ruralidade por meio do território associado a políticas brasileiras de desenvolvimento territorial rural, que buscam compreender a persistência da pobreza e da desigualdade social e regional, no contexto mais amplo de desenvolvimento econômico e da sustentabilidade (DELGADO; LEITE, 2011). Nesse cenário, evidencia-se a importância de redefinir o papel do Estado como articulador de políticas públicas e de demandas sociais, por meio de aspectos de interação entre os sistemas socioculturais e os sistemas ambientais, e que encara a questão ambiental para além da visão convencional de manejo de recursos naturais, mas, a partir de uma perspectiva de proteção ambiental e de produção limpa, favorecendo a economia, a cultura, a sociedade, o ambiente, o político e as instituições que interagem sobre o território (BRASIL, 2003).

Assim, observa-se a transformação no ambiente do campo brasileiro atravessada pela história política, social, econômica e ambiental no país. Entretanto, a intenção não é esgotar esse tema, mas compreender a dimensão do rural, que é abraçada por diversos atores ao longo do tempo. Portanto, cabe destacar que, para este estudo, considera-se o rural como um modo de vida e de trabalho, e que isto se expressa de maneira diversa e heterogênea, sendo necessário o mergulho em seus territórios, conforme descrito no trecho a seguir: “O ‘rural’ não se constitui como uma essência, imutável, que poderia ser encontrada em cada sociedade. Ao contrário, esta é uma categoria histórica, que se transforma. Cabe, portanto, ao pesquisador, compreender as formas deste rural nas diversas sociedades passadas e presentes” (WANDERLEY, 2000, p. 70).

## **2.2 As Políticas Públicas de Saúde para o Rural: uma trajetória para a consolidação da PNSIPCFA**

Este subcapítulo aborda a trajetória da construção das políticas públicas de saúde para as “ruralidades” brasileiras, e, para isto, é necessário elucidar a importância da participação dos movimentos sociais principalmente para a consolidação do SUS e implantação da PNSIPCFA. Considerando as discussões realizadas no subcapítulo anterior, é possível afirmar que o estilo de vida e trabalho rural é bastante variado e heterogêneo, com políticas públicas voltadas para o desenvolvimento econômico, humano e sustentável, integrado por organizações incorporadas nesse território (MIRANDA, 2017).

Para compreender as políticas públicas de saúde para a população rural, faz-se essencial expor as primeiras iniciativas e em que contexto se apresentaram no Brasil. Nesse sentido, inicia-se com a campanha da Liga Pro-Saneamento em 1918, visando melhorar o saneamento, como caminho para a modernização e de desenvolvimento da nação, que teve um impacto especialmente no setor produtivo capitalista da época, composto por monoculturas de café, cana-de-açúcar e algodão (FENNER *et al.*, 2018). Outra medida foi no ano de 1940, com a implantação dos Serviços Nacionais de Combate às Endemias e da Fundação dos Serviços Especiais de Saúde Pública, por meio da estratégia de expandir as atividades de saúde pública para as áreas rurais (SCOREL, 1998).

A criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953, e do Departamento Nacional de Endemias Rurais, em 1956, estabelecido para melhorar a organização e unificação das ações de controle das principais doenças endêmicas no país, constitui igualmente referências significativas. Paralelamente nesse período, conforme descrito no capítulo anterior, os movimentos de trabalhadores rurais também lutavam por direitos trabalhistas, previdenciários e assistenciais de saúde (FENNER *et al.*, 2018). Em resposta à pressão dos movimentos sociais, houve a criação do ETR, quando emergiram as primeiras medidas para estender a cobertura previdenciária aos referidos trabalhadores. Para contextualização, nessa época, a oferta de assistência médica saúde estava associada à previdência social. Antes dessa data, os trabalhadores do campo até então não eram contemplados por nenhum sistema previdenciário no Brasil (MARANHÃO; VIEIRA FILHO, 2018).

A partir da década de 1970, foi criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, que foi responsável pela execução direta de atividades de erradicação e controle de endemias (LIMA *et al.*, 2005). Posteriormente, foi instituído o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), com o objetivo de oferecer assistência previdenciária aos trabalhadores do campo, incluindo a prestação de serviços médico-sociais mantendo enfoque de caráter urbano e curativista, com prestação de serviços pela rede privada (MARANHÃO; VIEIRA FILHO, 2018).

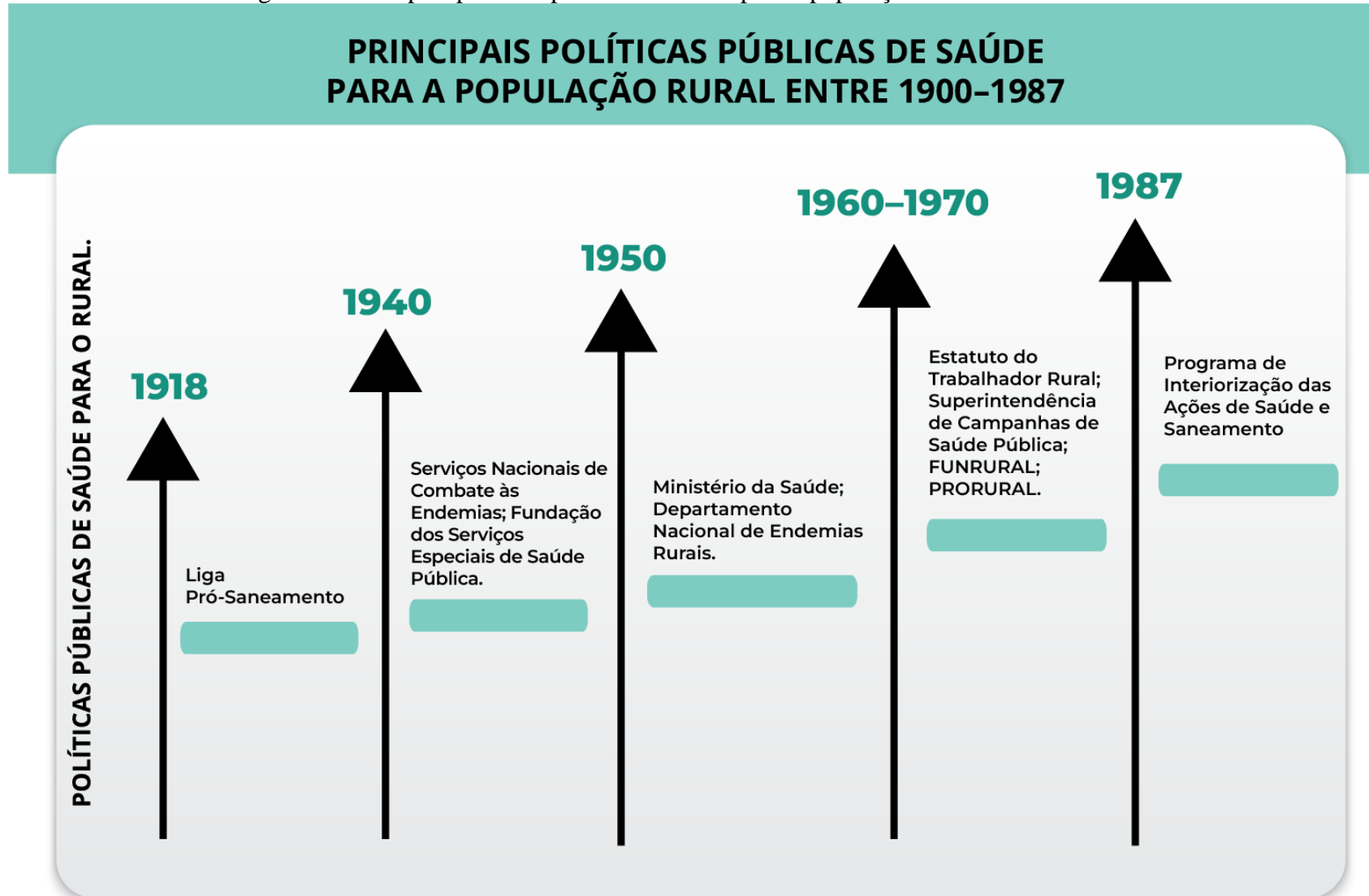
Logo, o FUNRURAL passou a ser Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), por meio da Lei Complementar n.º 11, de 25 de maio de 1971, com o objetivo de estender a previdência social aos demais trabalhadores rurais e incluir novos benefícios, tais como aposentadoria por idade e invalidez, pensão por morte e serviços de saúde. O PRORURAL abrangia tanto os trabalhadores e empregadores remunerados quanto o produtor rural em regime de economia familiar (FENNER *et al.*, 2018). Para isso, o alcance de

aposentadoria era por idade, aos que completavam 65 anos, com valor correspondente a 50% do salário mínimo mais alto do país.

Porém, naquela época, a expectativa média de vida era de cerca de 50 anos, o que tornava o benefício mais uma compensação do que uma aposentadoria propriamente dita. Além disso, o benefício era concedido apenas a um membro da família, geralmente o chefe, excluindo mulheres rurais e dependentes (MARANHÃO; VIEIRA FILHO, 2018). No início da fase de abertura do Regime Militar, criou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, momento em que o MS procurou implementar projetos de extensão de cobertura, enfocando basicamente as áreas rurais e os programas tradicionais de saúde pública (CARNEIRO, 2007).

Dessa feita, ao analisar o processo de construção do direito à saúde para a população do campo, observa-se a falta de continuidades nos modelos assistenciais e políticas públicas, o que contribuiu para altos níveis de exclusão e discriminação em relação aos serviços de saúde (MIRANDA *et al.*, 2020). De acordo com Carvalho (2007), a categoria de trabalhador rural foi privada de proteção social até os anos de 1970; conseqüentemente os proprietários de terra e as organizações religiosas filantrópicas seriam responsáveis por fornecer assistência social, incluindo cuidados médicos e hospitalares aos trabalhadores rurais. A figura 6 sintetiza as políticas públicas de saúde para a referida população entre 1900–1987.

Figura 6 - Principais políticas públicas de saúde para a população rural entre 1900–1987



Fonte: Elaborada pela pesquisadora a partir de Fenner *et al.* (2018)

A Nova Constituição Federal, promulgada em 1988, iniciou a implantação do estado de bem-estar social no Brasil, em que a saúde passou a ser estabelecida como um direito de cidadania, sendo estendida aos trabalhadores rurais com e sem vínculo formal. Como resultado, foi criado um sistema público, universal e descentralizado de saúde, que teve um impacto significativo na organização da saúde pública no país, superando a tradicional divisão entre os sistemas de saúde pública e previdenciária (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Por conseguinte, esse novo cenário da saúde no Brasil foi formado a partir do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), com a participação de profissionais da saúde e movimentos populares, com o intuito de transformar o sistema de saúde brasileiro. A proposta da MRSB foi de estabelecer um sistema universal, democrático e descentralizado, baseado na promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento integral dos pacientes. Esse movimento mobilizou a sociedade civil e pressionou o governo para criar o Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a ideia de saúde pública como um direito fundamental (CELUPPI *et al.*, 2019).

A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabeleceu o SUS com princípios e diretrizes fundamentais, incluindo universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde, igualdade na assistência sem prescrição, integralidade da assistência e descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990a). Já a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, prevendo as conferências e os conselhos de saúde (BRASIL, 1990b).

Assim sendo, o conceito de saúde foi ampliado e conduziu para uma discussão sobre a conexão intrínseca entre a área da saúde e os modelos de proteção social, desenvolvimento econômico e território rural (FENNER *et al.*, 2018). Outro aspecto a considerar na criação do SUS é o princípio da equidade que orienta as políticas de saúde, reconhecendo as demandas e necessidades singulares de determinados grupos populacionais, a fim de reduzir as suas vulnerabilidades e minimizar os impactos da determinação social da saúde (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Entre as entidades sociais que buscaram ampliar o direito à saúde da população rural, destaca-se o Grupo Terra (GT), instituído pelo MS por meio da Portaria n.º 2.460, de 12 de dezembro de 2005, cujo objetivo principal foi a elaboração de uma política que pudesse dar conta das especificidades dessas populações, bem como de formular estratégias para sua implantação (BERTONCELLO; BADALOTTI; KLEBA, 2020). Tal grupo foi responsável por construir a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), por meio do diálogo entre a sociedade civil e o Estado, sendo aprovada em 2011,

durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde e que se insere no contexto das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (BERTONCELLO; BADALOTTI; KLEBA, 2020). Posteriormente, a portaria que criou o GT foi atualizada pela Portaria n.º 3.071, de 27 de dezembro de 2012, reforçando a sua atuação com a finalidade de formular, monitorar e avaliar ações para implementação da PNSIPCF, além de participar de iniciativas intersetoriais relacionadas à saúde dessas populações (BRASIL, 2005; 2012a).

A PNSIPCF busca promover a saúde das pessoas do campo e da floresta por meio de iniciativas que garantam o acesso aos serviços de saúde, reduzir riscos e melhorar a qualidade de vida. Além disso, a política reitera os princípios e orientações do SUS, no qual as intervenções e os cuidados de saúde devem ser realizados de forma equitativa, ao mesmo tempo que permite a descentralização para melhor atender às demandas das comunidades rurais em suas diferentes realidades (BRASIL, 2013). Cabe destacar que, em 2014, houve uma atualização na portaria, incluindo a palavra “águas”, o que culminou na criação da PNSIPCFA, conforme estabelecido pela Portaria n.º 2.311, de 23 de outubro de 2014 (SANTOS; ARRUDA; GERHARDT, 2018).

Dessa maneira, a população abrangida por essa política é composta por povos e comunidades cujas formas de vida e reprodução social estão principalmente relacionadas ao campo, à floresta, aos ambientes aquáticos, à agropecuária e ao extrativismo. Entre eles, destacam-se os camponeses, agricultores familiares, agricultores rurais assentados, acampados, assalariados e temporários, bem como comunidades de quilombos, que vivem em reservas extrativistas, ribeirinhas e impactadas por barragens, além de outras comunidades tradicionais (SANTOS; ARRUDA; GERHARDT, 2018).

A PNSIPCFA possui um Plano Operativo que oferece diretrizes para nortear a gestão federal, estadual e municipal no enfrentamento das desigualdades e disparidades em saúde, com atenção especial para as populações que vivem no campo e na floresta. O quadro 1 descreve os principais conceitos da política que devem orientar o desenvolvimento desse Plano Operativo:

Quadro 1 - Os principais conceitos da PNSIPCFA que orientam o Plano Operativo

CONCEITOS DA PNSIPCFA	
Território	Espaço que possui história, cultura, configurações políticas e identidades para promoção da saúde.
Mapas de Saúde	Distribuição dos recursos humanos e as ações e serviços de saúde oferecidos pelo SUS e pela iniciativa privada.
Região de Saúde	Espaço formado por municípios com características culturais, econômicas e sociais, compartilhando redes de comunicação e infraestrutura de transporte.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de (BRASIL, 2013).

Portanto, o Plano faz parte do SUS e, por meio desses conceitos, busca direcionar a gestão participativa para garantir a integralidade das ações de saúde. Para isso, é importante contar com equipes interdisciplinares e prestar serviços contínuos de qualidade, desde a atenção básica, a atenção especializada e urgência e emergência. Além disso, o Plano Operativo encontra-se estruturado em quatro eixos estratégicos: acesso na atenção à saúde; educação permanente e educação popular em saúde; ações de promoção e vigilância em saúde; e monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde às populações do campo, da floresta e das águas (BRASIL, 2013).

Ademais, existem políticas que possuem uma interface com a PNSIPCFA, como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Práticas Integrativas e Complementares no SUS, Plano Nacional de Saúde, Política Nacional de Saúde do Homem, Política Nacional da Saúde da Mulher, Política Nacional da População Negra, Programa mais Médicos, Política Nacional de Saúde da População Indígena e outras (CARNEIRO; PESSOA; TEIXEIRA, 2017). A articulação dessas políticas é crucial para atender e compreender o universo e as particularidades abarcadas pela PNSIPCFA.

Cada grupo possui sua própria percepção de vida e de lugar, além de contar com meios específicos para buscar estratégias importantes para a produção econômica, social e de saúde (SANTOS; ARRUDA; GERHARDT, 2018). Em relação às políticas, a PNAB é a que mais se aproxima dessa população, pois prevê o financiamento de equipes da ESF para comunidades ribeirinhas, unidades básicas fluviais, assentados e quilombolas e fornece recursos adicionais para os municípios que enfrentam desafios na proteção e retenção de profissionais de saúde (CARNEIRO; PESSOA; TEIXEIRA, 2017).

Por fim, essa PNSIPCFA foi elaborada por diversos atores, vozes, olhares, escutas, ou seja, os movimentos sociais do campo, da floresta e das águas foram os grandes protagonistas. Como já abordado, o tempo das populações rurais, da floresta e das águas não é o tempo da população urbana, sendo que a sua realidade é resultado de sua história econômica, política e cultural, fundada na escravidão, marginalização rural, nos conflitos e nas lutas populares de resistência (SILVA *et al.*, 2015).

Portanto, apesar de esforços do ponto de vista operativo, ainda há muito o que se fazer para que essa política seja operacionalizada nos territórios; ademais, tal política é recente e encontra-se em processo de estudo e implementação nos estados brasileiros. É importante destacar que a falta de implementação dessa política mantém essas populações invisíveis e excluídas, indo contra os princípios fundamentais do SUS e as concepções das novas ruralidades (SANTOS; ARRUDA; GERHARDT, 2018).

### **2.3 As mulheres rurais: um olhar para as agricultoras familiares**

Neste subcapítulo, com o intuito de esclarecer os obstáculos que afetam a vida das mulheres rurais, serão apresentados os destaques que as organizações internacionais e nacionais lançam sobre suas singulares, aprofundando na importância do seu trabalho na agricultura familiar. Em seguida, focaliza-se a importância dos movimentos sociais para obter a sua visibilidade na área rural, bem como serão abordadas as iniquidades que essas mulheres enfrentam no referido contexto.

As mulheres residentes em áreas campestres possuem uma função de suma importância na economia dessas regiões, atuando como protagonistas para assegurar a sobrevivência dessas comunidades, promover a renovação das gerações, evitar o êxodo populacional e alcançar um desenvolvimento social, econômico e ambientalmente sustentável, tanto para o meio rural quanto para a sociedade como um todo (INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA, 2019). Além disso, essas mulheres

desempenham um papel decisivo no sustento das famílias, no fortalecimento das comunidades, na redução da pobreza, além de serem guardiãs dos saberes e culturas de seus povos. Por isso, fornecer mais acesso a recursos econômicos para essas mulheres é um investimento valioso para o futuro das gerações (INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA, 2019).

Várias organizações internacionais buscam lançar a visibilidade para essas mulheres. Iniciar-se-á pela Organização das Nações Unidas (ONU), por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, que propõem 169 metas para o desenvolvimento sustentável e requerem uma parceria global entre governos, sociedade civil, setor privado, academia e mídia. A quinta meta da Agenda 2030 da ONU é “Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas até 2030”. Para cumprir essa meta, são propostas diversas estratégias como o empoderamento econômico das mulheres, a utilização de novas tecnologias e desenvolvimento de políticas e estruturas jurídicas que promovam a igualdade de gênero em todos os níveis (NAÇÕES UNIDAS, 2015). No quadro 2, apresentam-se os principais objetivos voltados para as mulheres rurais na Agenda 2030:

Quadro 2 - Agenda 2030: Mulheres Rurais e ODS

<b>OBJETIVOS DA ODS</b>	
<b>Objetivo 1. Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares</b>	Assegurar a igualdade de direitos aos recursos econômicos para homens e mulheres até 2023 é uma meta importante, especialmente para os pobres e vulneráveis.
<b>Objetivo 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável</b>	Até 2030, é meta dobrar a produtividade agrícola e a renda dos pequenos produtores de alimentos, com especial atenção para as mulheres, povos indígenas, agricultores familiares, pastores e pescadores.
<b>Objetivo 5. Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas</b>	Realizar reformas que garantam a igualdade de direitos entre homens e mulheres no acesso a recursos econômicos, além de fortalecer políticas sólidas e legislação que promovam a igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de ONU (2015).

Outra organização internacional que contribui para visibilizar o contexto de vida e trabalho da mulher do campo é a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO), e, entre as produções, frisa-se: “*O Estado Mundial da Agricultura e da*

*Alimentação. As Mulheres na Agricultura: Superar a Brecha de Gênero em prol do Desenvolvimento*”. Nesse documento, a FAO descreve a contribuição que as mulheres rurais poderiam fornecer para a alimentação das 925 milhões de pessoas subnutridas no mundo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A AGRICULTURA E A ALIMENTAÇÃO, 2011).

De acordo com a FAO, a presença feminina na força de trabalho agrícola dos países em desenvolvimento é de cerca de 43%, com variação de 20% na América latina a 50% na Ásia Oriental e África subsaariana (PAULILO, 2013). A FAO aponta que esses sistemas agroalimentares são importante fonte de emprego para as mulheres, sendo que, em 2019, globalmente, 36% das mulheres e 38% dos homens que trabalhavam, faziam-no nesses sistemas (ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA, 2023). Segundo Silva e Soares (2013), a contribuição das mulheres rurais para as economias globais é significativa, visto que elas são responsáveis por 43% da produção de alimentos em todo o mundo.

No contexto da América Latina e Caribe, o IICA está comprometido em viabilizar o papel das mulheres que vivem no ambiente agrário e promover o impulso para a formulação urgente de políticas públicas sólidas para seu benefício. Os dados produzidos por uma recente produção do IICA apontam que, dos cerca de 670 milhões de pessoas que vivem na América Latina e no Caribe, 129 milhões são rurais, e, entre essas, 58 milhões são mulheres do campo. Dessas mulheres, 20% são povos nativos e 23% afrodescendentes que trabalham como agricultoras, artesãs, pescadoras e moram nas florestas, selvas, montanhas e costas.

Além disso, dos 194 países reconhecidos pela ONU, 102 aplicam leis ou práticas tradicionais que negam acesso igualitário a terra para as mulheres, que enfrentam dificuldades de participação política, acesso à escola, maior tempo em tarefas domésticas, pouco acesso ao crédito, e, conseqüentemente, as famílias chefiadas por mulheres são mais vulneráveis à pobreza e à pobreza extrema (INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA, 2018; NACIONES UNIDAS, 2018; ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA, 2017).

No Brasil, atualmente existe o Observatório das Mulheres Rurais que conta com uma articulação interna, por meio da Rede Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA) - Mulheres Rurais do Brasil. Inclui representantes das Unidades Descentralizadas da Empresa, localizadas nas diferentes regiões do Brasil, e com uma articulação externa, por meio da colaboração de instituições e organizações como da FAO, e financiamento do Ministério da Agricultura e Pecuária (MAPA). Os dados do observatório demonstram que,

no Brasil, 946.075 dos estabelecimentos rurais são dirigidos por mulheres, e, desses, 769.672 são de agricultura familiar com maioria das atividades concentradas na pecuária e criação de animais, seguida da lavoura temporária, lavoura permanente, produção de floresta (floresta plantadas), horticultura e floricultura, aquicultura, pesca e produção de sementes e mudas certificadas (HORA; NOBRE; BUTTO, 2021).

Além disso, segundo Andre Butto (2011), existem diversas políticas que visam promover os direitos econômicos e autonomia das mulheres rurais no Brasil. Essas políticas abrangem direitos à terra, à documentação civil e trabalhista, bem como acesso a linhas de crédito específicas, políticas de comercialização e organização produtiva.

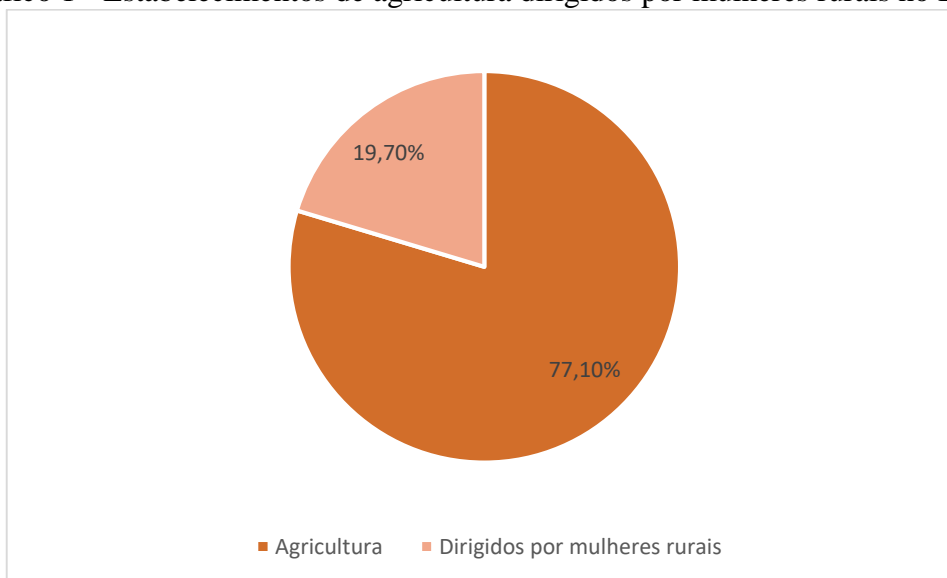
Nas últimas duas décadas, o país desenvolveu políticas públicas e programas governamentais que abordam de forma mais abrangente a questão da autonomia das mulheres, como o Programa Bolsa Família (PBF) e o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), direcionados tanto para as populações urbanas quanto do campo. Além disso, há o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar voltado para mulheres (PRONAF mulher), a aposentadoria para mulher rural, o Programa de Organização Produtiva de Mulheres Rurais (POPMR) e o Prêmio Mulheres Rurais que produzem o Brasil Sustentável (ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA, 2017).

Diante da sua relevância, o termo “mulher rural” tem sido amplamente utilizado para revelar suas similaridades e diferenças. Essa diversidade é refletida nas diversas atividades realizadas pelas mulheres, como agricultura, coleta, pesca, trabalho assalariado e até mesmo participação em atividades não agrícolas em áreas rurais. Além disso, a identidade rural das mulheres também é influenciada pelas interações culturais e pelos territórios em que vivem (ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA, 2017).

Todavia, cabe sublinhar que o tema central desta pesquisa serão as mulheres que atuam na agricultura familiar (AF), e, para isto, é importante discutir que o termo “agricultura familiar” era utilizado para se referir a sua compreensão como: “pequena produção”, “pequeno agricultor”, “agricultura de baixa renda ou subsistência” e até mesmo o termo “camponês”. Atualmente, a AF é crucial para a geração de renda e melhoria da qualidade de vida de muitos na população rural. Esse modelo de cultivo tem crescido em importância, especialmente em municípios menores com até 50.000 habitantes (RAMOS, 2014). Nesse contexto, as mulheres frequentemente desempenham tarefas como a colheita, plantio, ordenha e preparação de agrotóxicos para pulverização (BRASIL, 2020a).

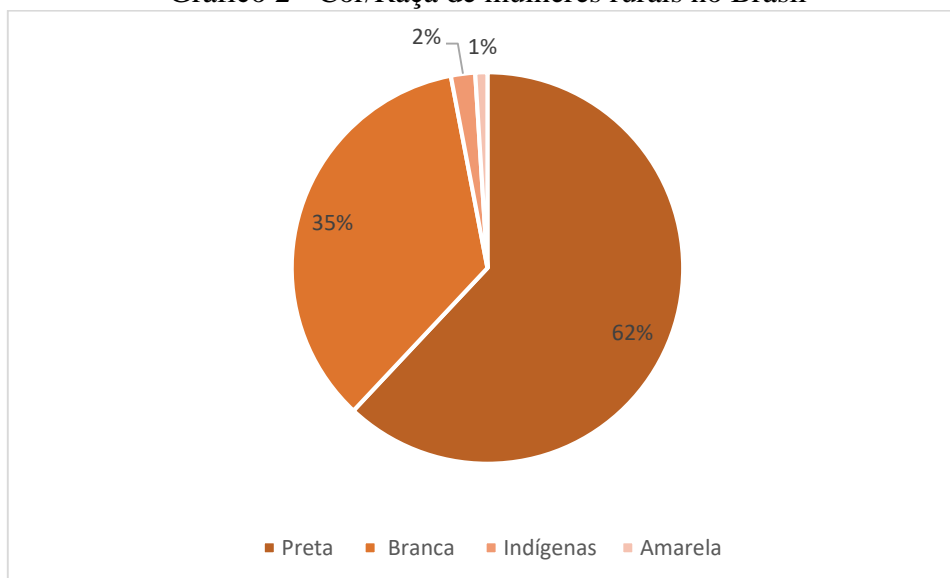
O Censo Agropecuário de 2017 apresentou dados sobre as mulheres na agricultura no Brasil, com o objetivo de aumentar a visibilidade dessas trabalhadoras rurais. Os gráficos 1 e 2 apresentam o perfil dessas mulheres na agricultura:

Gráfico 1 - Estabelecimentos de agricultura dirigidos por mulheres rurais no Brasil



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de Hora, Nobre e Butto (2021).

Gráfico 2 - Cor/Raça de mulheres rurais no Brasil



Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de Hora, Nobre e Butto (2021).

Diante da sua relevância, as mulheres rurais são protagonistas também na luta por direitos de cidadania e igualdade de oportunidades, participando ativamente nas diferentes categorias nos espaços públicos (SILVA; SOARES, 2013). Os primeiros relatos referentes aos movimentos sociais de agricultoras no Brasil foram em 1980, com o apoio da Igreja Católica

juntamente a outros movimentos que apresentaram demandas vinculadas às questões de gênero (PAULILO, 2000). Durante esse período, foram realizados encontros para fundação de associações autônomas de mulheres trabalhadoras rurais em diferentes estados no país: Santa Catarina em 1984, Paraná em 1985, Pernambuco e Espírito Santo em 1987, e Rio Grande do Sul em 1989. Esses encontros deram origem aos Movimentos Autônomos de Mulheres Trabalhadoras Rurais (AGUIAR, 2016).

As principais reivindicações dos movimentos de mulheres do campo nesse período estavam relacionadas ao reconhecimento como trabalhadoras, com direito a benefícios como aposentadoria e participação na direção de sindicatos. Essa luta representava a busca por independência e participação política na sociedade (GEHLEN; MOCELIN, 2018). Esses movimentos ganharam um destaque maior durante a Assembleia Constituinte de 1986 a 1988, quando tiveram uma ampla mobilização popular. Em 1988, com o apoio de organizações sindicais e não governamentais, ocorreu o 1º Encontro Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais da CONTAG, quando as mulheres rurais foram integradas aos movimentos sindicais (RAMOS, 2014).

Na elaboração da Constituição de 1988, as referidas mulheres desempenharam um papel fundamental na conquista de direitos iguais na legislação do trabalho e na previdência social. A participação e o engajamento dessas mulheres permitiram que fosse garantido o direito à terra, com a obrigatoriedade da titulação em nome do casal ou em nome das mulheres chefe de família, possibilitando que mulheres solteiras ou chefes de família fossem beneficiárias da reforma agrária. Além disso, foram incluídas como beneficiárias da previdência social de seguradas especiais, o que garantiu a elas diversos direitos, como aposentadoria, seguro-desemprego, além de 120 dias de licença-maternidade remunerada. Desse modo, as mulheres que desempenhavam o papel de trabalhadoras familiares sem remuneração, na produção agrícola, tornaram-se elegíveis aos benefícios da aposentadoria por direito próprio, deixando de serem consideradas apenas como dependentes do homem chefe da família (HEREDIA; CINTRÃO, 2006).

Na década de 1990, as mulheres passaram a constituir formas organizativas próprias e a reivindicar participação nos cargos de direção, pressionando o surgimento de coletivos, comissões e coordenações específicas para mulheres em estruturas sindicais e de outros movimentos mistos, em âmbito nacional, estadual e municipal. Nesse período, as mulheres ampliaram suas estratégias organizativas tanto nos movimentos mistos quanto nos movimentos autônomos (AGUIAR, 2016).

Nos anos 2000, houve grandes mobilizações de mulheres do campo, que marcharam por diversas causas, como a erradicação da fome, pobreza rural e a violência sexista. Essas reivindicações foram levadas diretamente aos representantes do governo nacional, sendo a Marcha das Margaridas um movimento fundamental na busca por soluções para demandas antigas e novas, enraizadas na cultura rural brasileira (RAMOS, 2014). Nos anos 2000 e 2010, o movimento de mulheres rurais foi marcado pela realização de cinco Marchas das Margaridas, além de encontros nacionais de mulheres indígenas, quilombolas e das quebradeiras de coco babaçu. As manifestações da Via Campesina, em comemoração ao Dia Internacional da Mulher, foram coordenadas pelo Movimento de Mulheres Camponesas (MMC) e pelas mulheres do MST (AGUIAR, 2016).

As mulheres rurais foram importantes protagonistas das lutas sindicais e trouxeram novas pautas para a plataforma sindical, ampliando o debate sobre reforma agrária, acesso à terra, titularidade e gestão compartilhada da unidade produtiva. Elas também reivindicaram o acesso às políticas públicas destinadas à agricultura familiar e a revisão dos papéis sociais tradicionalmente impostos pela visão patriarcal-machista que as limitavam a ser apenas “mães de...”, “esposas de...”, ou “filhas de agricultor”, em vez de serem reconhecidas como agricultoras (CAPPELLIN, 1990, p. 20). Além disso, essas mulheres participam ativamente do GT, que articula diversas organizações sociais na perspectiva de um trabalho em rede de movimentos, no processo de construção da PNSIPCFA (BERTONCELLO; BADALOTTI; KLEBA, 2020).

Contudo, é importante discorrer que, mesmo diante de sua relevância, as mulheres rurais ainda são frequentemente ignoradas e discriminadas, enfrentando obstáculos sistemáticos e recebendo pouca atenção no processo de formulação de políticas públicas. As estatísticas de gênero e desenvolvimento globais indicam que as mulheres que vivem em áreas campestres enfrentam condições mais desfavoráveis do que os homens rurais e as mulheres que vivem em áreas urbanas (INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA, 2019).

No Brasil, essas mulheres enfrentam condições precárias de vida e têm pouco acesso a políticas públicas, especialmente nas regiões mais carentes, agravando ainda mais as desigualdades de gênero. Essas desigualdades são intensificadas pela escassez de recursos básicos, como água potável, eletricidade, acessibilidade nas estradas, que são essenciais para o desenvolvimento de suas atividades cotidianas. Isso gera grande sofrimento, afetando toda a família, mas, especialmente, as mulheres que são responsáveis pela organização da rotina familiar (RAMOS, 2014).

Nesse sentido, apesar de o mundo rural se apresentar como uma comunidade mais integrada, com uma organização social mais coesa e aspectos culturais que lhes fortalecem a identidade, também pode se perceber a presença das iniquidades de gênero (SANTOS; RAMIRO; VERONEZZI, 2020). Importa destacar ainda que essas iniquidades provocam a divisão sexual do trabalho, em que aos homens são atribuídas as prerrogativas de pertencerem a atividades de evidente impacto econômico mediante geração de renda e emprego; já as mulheres camponesas são destinadas a atribuições que as reconhecem pelas práticas relacionadas ao autoconsumo familiar, à economia do cuidado e, portanto, ao baixo potencial de geração de renda (BUTO; DANTAS, 2011). Assim, as práticas das mulheres rurais são secundarizadas e colocadas como subalternas ou complementares àquelas realizadas pelos homens (SANTOS; RAMIRO; VERONEZZI, 2020).

Em relação à saúde, essas mulheres vivenciam falta de acesso à infraestrutura, falta de acesso aos serviços de saúde, precárias condições de vida e trabalho, baixa escolaridade e alta vulnerabilidade à violência. Ademais, há doenças específicas que afetam essas mulheres, como a hipertensão arterial, depressão, estresse e intoxicação por agrotóxicos (RICHTER; GEVEHR, 2021).

Por fim, a mulher que vive no ambiente agrário é uma agente de mudança que realiza uma significativa contribuição, ainda que esse apoio muitas vezes passe despercebido aos olhos da opinião pública e dos grupos de interesse. Infelizmente, ela, muitas vezes, assume uma sobrecarga de atividades de cuidado sem remuneração e reconhecimento, e está mais suscetível a sofrer desigualdades e violências do que os homens. Portanto, é fundamental reconhecer essa mulher como uma gestora essencial para a reconstrução do tecido social das áreas rurais (INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA, 2019).

### 3 REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE NO RURAL E A BUSCA POR CUIDADO

*“Somos o broto verde que rompe a rocha. Nós persistiremos”*

(Gloria Anzaldúa).

Neste capítulo, serão abordadas a criação do SUS até a constituição das RAS e como se configura atualmente essas RAS para o rural. Posteriormente, serão abordadas as concepções de saúde, doença e cuidado em suas múltiplas dimensões. Logo, assume-se o IT como ferramenta teórica para compreender a busca de cuidado por meio da perspectiva do usuário. Por fim, apresentam-se a experiência da doença e as trajetórias assistenciais como prática avaliativa dos percursos realizados nas redes formais de saúde.

#### 3.1 A Rede de Atenção à Saúde no Rural

Conforme discutido no capítulo anterior, a Constituição Federal de 1988 incorporou a saúde, a previdência e a assistência, reconhecendo o direito à saúde e o dever do Estado em garantir políticas econômicas e sociais abrangentes. Como parte desse processo, foi estabelecido o SUS, que se destaca por ser universal, público, descentralizado e integral (PAIM, 2013). O SUS possui como diretriz as ações e serviços de saúde, conforme descrito a seguir:

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, 2000).

Para o desenvolvimento do SUS, diversas normas têm incentivado a adoção de arranjos organizacionais em diretrizes como a municipalização, descentralização, regionalização, participação social e gestão interfederativa. Essas importantes diretrizes representam inovações na estrutura do Estado e na administração da saúde pública do país (TOFANI *et al.*, 2021).

No que tange à descentralização dos recursos, a Norma Operacional Básica (NOB) do SUS foi uma das normatizações que regulamentaram o sistema de saúde e foi editada quatro vezes na década de 1990, por meio da NOB 91, NOB 92, NOB 93 e NOB 96. Entre elas, a NOB 96 destacou-se ao estabelecer condições de gestão que permitissem que os municípios menos

populosos recebessem regularmente transferências de recursos do Governo Federal. Por conseguinte, a NOB 96 avançou significativamente no processo de descentralização administrativa da saúde, principalmente pela criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, como estratégia para articulação e mobilização dos municípios, de acordo com características geográficas, demanda, perfil epidemiológico e oferta de serviços (KROTH; GUIMARÃES, 2019; LIMA, 2000).

De acordo com a pesquisa de Silva *et al.* (2017), os consórcios de saúde têm a capacidade de organizar a procura por serviços de saúde especializados e de alta complexidade, uma vez que englobam diversos municípios em uma mesma região. Essa organização resulta em benefícios significativos, especialmente para os municípios menores que têm acesso limitado a esses serviços.

Contudo, tendo em vista as dificuldades de materializar o processo de descentralização de forma plena em muitos municípios, um conjunto de esforços foram feitos pelo MS, para implantação do processo de regionalização das políticas de saúde (LUI; SCHABBACH; NORA, 2020). Ainda segundo os autores, a regionalização da administração da saúde foi um processo complementar à descentralização municipal. Nesse contexto, surgiu a regionalização dos serviços de saúde em um determinado território, com o objetivo de garantir a prestação completa de atenção a todos os usuários, permitindo a utilização racional dos recursos financeiros e a promoção da igualdade (LUI; SCHABBACH; NORA, 2020).

De acordo com Albuquerque e Viana (2015), a regionalização e organização das redes de saúde no Brasil passaram por três fases distintas, cada uma orientada por diferentes concepções teóricas e políticas. A primeira foi marcada pela região normativa, com redes regionalizadas e hierarquizadas conforme estabelecido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Em seguida, ocorreu a transição para uma região negociada, com redes integradas e regionalizadas conforme o Pacto pela Saúde, estabelecido pela Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Por fim, uma terceira fase foi caracterizada por uma região negociada e contratualizada, com a criação das RAS atendida pela Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, e posteriormente pelo Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011.

A NOAS foi instituída em 2001, por meio das diretrizes NOAS/2001 e NOAS/2002, com o objetivo de retomar a regionalização e integrar os sistemas municipais de saúde. Esse processo foi crucial para consolidar os princípios da universalidade, equidade e integralidade, garantindo acesso a serviços de maior complexidade. Para organizar a demanda regionalmente, os gestores municipais elaboraram o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que inclui o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) (SILVA, 2011).

O PDR é um instrumento de gestão de saúde, que tem como objetivo organizar a assistência à saúde de forma hierarquizada e regionalizada, assegurando o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde. O processo de aprovação do PDR é baseado no pacto entre os gestores e é coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde, envolvendo um conjunto de municípios que compõem uma região de saúde. Desse modo, são assegurados níveis adequados de atendimento às necessidades de saúde da população, e os gestores devem garantir o acesso irrestrito aos mesmos ainda que prestados em outro município (BRASIL, 2002).

Posteriormente, a regionalização retornou com ainda mais força à agenda do SUS com a publicação do Pacto pela Saúde, pela Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, que incluía três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão (BRASIL, 2006a). O Pacto pela Vida corresponde à definição de prioridades, para a melhoria da saúde da população. Já o Pacto em Defesa do SUS indica a necessidade de um movimento político para a garantia dos princípios e diretrizes da reforma sanitária, fortalecendo a base de apoio à política de saúde nos governos e na sociedade. Por sua vez, o Pacto de Gestão estabelece diretrizes para o aprimoramento da gestão do SUS em oito aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, PPI, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde. Esses pactos devem ser acordados nas três esferas de governo (LIMA *et al.*, 2012).

Tal conjunto de normas possibilitou a direção do SUS para a garantia de cobertura universal em saúde, especialmente para a consolidação da APS (TASCA *et al.*, 2020). Assim, revela-se como o segundo maior movimento das políticas de saúde no Brasil, a implantação da APS, que teve a sua primeira definição mundial na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata em 1978. De acordo com a Declaração de Alma Ata, a APS é composta por cuidados de saúde essenciais, baseados em tecnologias acessíveis e levados o mais próximo possível das residências e locais de trabalho das pessoas. Assim sendo, é considerada o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e é o ponto de partida de um processo contínuo de atenção (GOMES *et al.*, 2011).

Historicamente, é relevante frisar que há diversas abordagens para a adoção da APS. Em alguns países, ela é vista como um programa focalizado e seletivo, que oferece uma gama limitada de serviços para os mais necessitados. Em outros, a APS é considerada o primeiro nível de um sistema de saúde, fornecendo serviços clínicos e sendo responsável pela coordenação e organização do cuidado (PAIM, 2012).

No Brasil, inicialmente, foram estabelecidos diferentes modelos de APS em várias regiões do país, baseados em concepções e interesses diversos. No entanto, um marco

significativo para a consolidação da APS ocorreu com a introdução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Eles foram criados para incentivar os municípios a adotarem alternativas de organização da atenção à saúde em nível local, especialmente em cidades pequenas que tinham poucos serviços de saúde disponíveis. A ideia era oferecer uma rede de serviços de saúde mais ampla e melhorar o acesso da população aos cuidados básicos de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007). Ademais, cabe destacar uma mudança significativa que ocorreu em relação ao termo PSF a partir de 1996, quando se tornou a ESF por meio da sua fusão com o PACS (MELO *et al.*, 2018b).

Outra importante referência para fortalecimento da APS foi a criação da PNAB, construída em acordo com gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais, que consolidou o PSF como estratégia prioritária na organização da Atenção Básica (AB) no Brasil (GIOVANELLA *et al.*, 2009). Cabe destacar que a APS no Brasil é referida como AB, e o termo se popularizou principalmente após sua utilização em documentos normativos e institucionais (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). Neste trabalho, será utilizado conforme o texto do PNAB, que faz uso dos termos APS e AB como sinônimos, sendo que AB aparece mais associado aos elementos da PNAB normatizados pelo MS (BRASIL, 2012b).

A PNAB desempenha um papel fundamental na promoção do acesso à saúde e na organização do modelo de atenção à saúde no Brasil. Ela é apoiada por diversos grupos de interesse, que, embora tenham concepções e interesses conflitantes, concordam que é uma política pública necessária para a implementação do SUS (CECILIO; REIS, 2018). A primeira versão da PNAB foi aprovada por meio da Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006, que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para o PSF e PACS (BRASIL, 2006b).

Nesse documento, foi instituída a Equipe de Saúde da Família (EqSF), composta por um médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Também podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2006b). Além disso, a PNAB também redefiniu as atribuições das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu as diferentes modalidades de organização, incluindo UBS com ou sem presença da ESF, que cresceram rapidamente em cidades pequenas e se espalharam para regiões metropolitanas (MELO *et al.*, 2018b).

Em 2008, após um longo processo de discussão, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como uma extensão da EqSF, com o objetivo de ampliar as ações e

resolutividade da AB. Essa criação foi influenciada por experiências municipais, formulações no campo da saúde coletiva e reivindicações corporativas (MELO *et al.*, 2018a). A partir de 2011, a PNAB incorporou outras modalidades de EqSF como as ribeirinhas e fluviais e consultórios de rua, a criação do Programa de Requalificação de UBS com ampliações, informatização e telessaúde, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e do Programa mais Médicos para o Brasil (BRASIL, 2012b).

A última atualização da PNAB ocorreu em 2017, que definiu que AB deveria seguir os mesmos princípios e diretrizes previstos para a ESF, e apresenta que essa equipe não deve ter, em sua composição, os ACS. Essa alteração é duramente criticada pelo reconhecimento do papel central dos ACS na mobilização, orientação comunitária e inserção territorial (ALMEIDA *et al.*, 2018). Assim, é relevante reconhecer a importância da APS, principalmente pela capacidade de atender mais de 85% dos problemas de saúde, além de oferecer tecnologias de alta complexidade, por meio das mudanças de comportamentos e estilo de vida relacionados à saúde (MENDES, 2010). Segundo Mendes (2010), para potencializar a construção de uma APS de qualidade, é necessário seguir sete atributos conforme apresentado no quadro 3, a seguir:

Quadro 3 - Os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde

<b>OS ATRIBUTOS E AS FUNÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>		
<b>ATRIBUTOS</b>	Primeiro Contato	Acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para os quais se procura atenção à saúde.
	Longitudinalidade	A existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo.
	Integralidade	A prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adscrita.
	Coordenação	A capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas.
	Focalização na família	Considerar a família como o sujeito da atenção.
	Orientação comunitária	O reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem.
	Competência cultural	A equipe de saúde e a população que respeitem as singularidades culturais.
<b>FUNÇÕES</b>	Resolubilidade	Significa que ela deve ser resolutiva, capacitada para atender mais de 85% dos problemas de sua população.
	Comunicação	Ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas entre os diferentes componentes das redes.
	Responsabilização	Conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de Mendes (2011).

A APS também tem por função atuar como importante centro de comunicação entre os diversos serviços de saúde e, para isso, deve gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos das RAS (BRASIL, 2010). A implantação das RAS foi o terceiro importante marco para organização dos serviços do SUS e surgiu em 2010, atualmente configurando-se como principal modelo de organização fundamentado nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) preconizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Tal modelo vem sendo apresentado como

alternativa à fragmentação dos sistemas de saúde e indica a centralidade da atenção primária nas redes (TOFANI *et al.*, 2021). Segundo a Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010:

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010, p. 4).

Conforme Mendes (2010), com a inserção das RAS, ocorrem mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado pelo SUS, com sua reorganização a partir de três elementos de acordo com o quadro 4, a seguir:

Quadro 4 - Elementos constitutivos das RAS

ELEMENTO	CONCEITO	PROCESSO
<b>POPULAÇÃO</b>	O primeiro elemento da rede de atenção à saúde e sua razão de ser é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O processo de territorialização;</li> <li>• Cadastramento das famílias;</li> <li>• Classificação das famílias por riscos sociossanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família;</li> <li>• Identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos;</li> <li>• Identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.</li> </ul>
<b>ESTRUTURA OPERACIONAL</b>	É a estrutura operacional, constituída pelos nós da rede e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro de comunicação, a atenção primária à saúde;</li> <li>• Pontos de atenção secundários e terciários;</li> <li>• Sistemas de apoio;</li> <li>• Sistemas logísticos;</li> <li>• Sistema de governança da rede de atenção à saúde.</li> </ul>
<b>MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento da rede de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratificadas por riscos as populações com o foco da intervenção do sistema de atenção à saúde e dos diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevacente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Mendes (2010).

Então, a partir desses elementos, os pontos da atenção à saúde se comunicam horizontalmente, conformados sob a coordenação da APS, para densidade tecnológica intermediária — denominada Atenção Secundária à Saúde —, e para o de maior densidade tecnológica — a Atenção Terciária à Saúde. Esses níveis de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para o estabelecimento do foco gerencial dos entes de governança das RAS (MENDES, 2010). Ainda, segundo Mendes (2010):

A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e medeiam suas diferenças (RONDINELLI, 2006).

Por meio da governança, a APS assume o papel central e estratégico de reordenamento do sistema de saúde, orientando o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção e de toda a vida de uma comunidade. Para tal, coordena os pontos de atenção secundária, terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, sendo o objetivo dessa estratégia garantir a integralidade do cuidado e promoção de mudanças nos modos de produção do cuidado à saúde (RODRIGUES *et al.*, 2014).

No ano de 2011, houve a edição do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que estabeleceu diretrizes complementares à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, [2022]), para tratar da estruturação do SUS:

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011, p. 1).

Além disso, descreve sobre como devem se conformar as regiões de saúde, que são instituídas pelo Estado, em articulação com os municípios, que devem conter no mínimo as seguintes ações e serviços:

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I - atenção primária;
- II - urgência e emergência;
- III - atenção psicossocial;
- IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V - vigilância em saúde (BRASIL, 2011, p. 3).

Dessa maneira, a implantação das RAS pelo MS, a partir de 2011, representou uma nova fase na organização do SUS, garantindo o cuidado integral aos pacientes e promovendo mudanças nos modelos de prestação de cuidados de saúde. Destaca-se, nesse modelo, a presença das redes temáticas prioritárias, que inclui a Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Saúde da Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas (TOFANI *et al.*, 2021).

A operacionalização das RAS no SUS ainda se encontra em processo de consolidação e discussão de estratégias visando à sua implantação plena, principalmente pela fragilidade em relação aos fluxos descontínuos de referência e contrarreferência, com pouca articulação dos pontos de atenção especializados com a APS e raros processos efetivos de contrarreferência (PEITER *et al.*, 2019).

Como abordado no capítulo anterior, as áreas rurais enfrentam diversas dificuldades no acesso às políticas públicas, o que resulta na falta de reconhecimento das suas particularidades socioculturais e em obstáculos para obter serviços de saúde. No contexto da implementação das RAS nessas áreas, surge o desafio de considerar a necessidade de um modelo organizacional adaptado às particularidades das regiões campestres, levando em conta os modos de vida específicos e garantindo que a atenção à saúde e os cuidados sejam direcionados de forma adequada (SANTOS; GERHARDT, 2015).

Segundo Franco, Lima e Giovanella (2021), é fundamental compreender as particularidades do acesso, da organização da atenção à saúde, assim como os processos histórico-sociais e ambientais em constante evolução nas áreas rurais. Nesse sentido, a regionalização das RAS enfrenta desafios significativos nesses contextos, que deve levar em consideração a diversidade de territórios.

Segundo Almeida *et al.* (2021), enfrentar os desafios relacionados à formulação de políticas nacionais e estaduais requer um equilíbrio entre a indução e o reconhecimento das realidades e iniciativas locais, levando em conta as diversas necessidades da população rural em diferentes municípios. É preciso, igualmente, reconhecer as condições precárias de vida e mobilidade que caracterizam tais cenários, exigindo ação coordenada de diversos setores políticos que não são contemplados adequadamente pelas políticas distritais/municipais. Ademais, compreender as formas de uso do espaço e da vida social que definem os itinerários sanitários rurais e o contexto das práticas e organização da APS representa um passo importante para aperfeiçoar e implementar ações e políticas que garantam o direito à saúde dessas populações.

Segundo Franco, Lima e Giovanella (2021), nas regiões rurais e remotas, a APS muitas vezes representa o único recurso disponível para atender à saúde, devido as suas características, como coordenar a rede de atenção, garantir acesso aos serviços necessários, realizar prevenção precoce e acompanhar os problemas de saúde, abordar os problemas em nível familiar e comunitário, bem como demonstrar competência cultural do cuidado. Assim, o fortalecimento da APS é a chave para enfrentar as iniquidades existentes nas áreas rurais.

Ao considerar os princípios do SUS, como equidade, regionalização e descentralização dos serviços de saúde, que visam oferecer atendimento igualitário em todas as regiões do Brasil, é evidente que existem desigualdades significativas entre as áreas rurais e urbanas. Essas disparidades refletem, em grande parte, fatores estruturais importantes e a dificuldade do Estado em suprir todas as demandas nas áreas mais remotas do país. É importante lembrar que o objetivo do SUS é garantir um acesso justo e igualitário aos serviços de saúde, e, portanto, faz-se necessário buscar estratégias eficazes para superar essas desigualdades e garantir que todas as comunidades, independentemente de sua localização geográfica, recebam a atenção e o cuidado necessários (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

Logo, enfrentar o desafio de fornecer serviços de saúde em áreas rurais é de extrema importância, levando em consideração os princípios da universalidade, integridade e equidade que orientam o SUS, bem como o agir com base no direito à saúde garantindo a presença de serviços nessas áreas, mas também que esses serviços apresentem estrutura adequada para atender a necessidades específicas dos territórios em foco.

### **3.2 Concepções de saúde, doença e cuidado em suas múltiplas dimensões**

Neste subcapítulo, serão abordados os conceitos de doença, saúde e cuidado que têm evoluído ao longo dos séculos, refletindo as mudanças do pensamento humano. Nesse sentido, não se busca uma verdade universal sobre os conceitos, mas sim se fornecem elementos para uma reflexão embasada em produção científica.

Iniciar-se-á pela concepção da doença, a qual era atribuída a elementos misteriosos ou atos mágicos nas sociedades primitivas. Na Grécia antiga, acreditava-se que Apolo enviava e curava doenças. Posteriormente, os médicos consideravam a doença como um desvio da normalidade, sendo que aqueles que estão doentes eram vistos como os que se afastam do estado de normalidade. Assim, até o início do século XX, a doença era entendida como um fenômeno causado por uma única causa (PINHEIRO; CHAVES; JORGE, 2004). A última concepção descrita é conhecida como modelo biomédico clássico, no qual a compreensão da doença é

caracterizada como um desequilíbrio ou falta de controle adaptativo do organismo ao ambiente, ou ainda como a presença de perturbações na estrutura viva que resultam em disfunções em órgãos, sistema ou no organismo como um todo (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Desse modo, a percepção da doença pode ocorrer por meio de sinais e sensações corporais que indicam uma mudança no funcionamento habitual do corpo, como dor, febre, distúrbios do sono, perda de apetite e fraqueza. Além disso, a doença pode ser percebida pela incapacidade de desempenhar as atividades diárias e de trabalho, sendo essa percepção compartilhada tanto por homens quanto por mulheres (CANESQUI, 2003).

Embora a biomedicina continue a ser considerada como o conhecimento dominante, o fortalecimento da antropologia da saúde e da doença nas últimas duas décadas no Brasil tem levado à defesa de um relativismo em relação ao processo saúde-doença e as práticas de saúde. Nessa perspectiva, reconhece-se que os saberes e as práticas são percebidos como construções socioculturais (BECKER *et al.*, 2009). Em outros termos, o fenômeno da saúde e doença não pode ser compreendido apenas por meio de abordagens exclusivamente anatômicas e fisiológicas, mas requer a consideração das perspectivas de mundo de diferentes grupos sociais, bem como suas crenças e culturas (MINAYO, 1991). Um exemplo claro sobre essa concepção de doença são as compreensões relacionadas a crenças e imaginações, como é o caso do fenômeno conhecido como “assombro de olhada de bicho” que tem capacidade de causar doenças em comunidades ribeirinhas (WAWZYNIAK, 2009).

As percepções da doença na vida de cada indivíduo são, logo, inerentes a uma experiência única, uma vez que as doenças não se manifestam de maneira idêntica em todas as pessoas e possuem significados diversos para cada indivíduo. Portanto, os significados atribuídos à doença são moldados social, histórica e culturalmente, estando sujeitos a crenças, hierarquias, julgamentos de valor, conhecimentos e atitudes compartilhados por determinado grupo (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Nessa seara, enquanto ocorreu a busca incessante para explicação da doença, a saúde parece ter recebido pouca atenção de filósofos e cientistas. Nessa perspectiva, a saúde começou a ser compreendida como a ausência de doença. Essa forma de conceber a doença irá assentar as bases do sistema teórico do modelo biomédico, que é presente até os dias atuais (BATISTELLA, 2007). Segundo Helman (2003), a saúde não se limita apenas à ausência de sintomas orgânicos desagradáveis, mas engloba aspectos físicos, psicológicos e comportamentais. Para a autora, compreender essas concepções individuais é essencial para

abordar adequadamente as necessidades de saúde e promover uma interação efetiva entre a equipe de saúde e os usuários.

Um marco importante sobre a concepção de saúde foi o esforço da Cooperação Internacional estabelecido entre diversos países no final da Segunda Guerra Mundial que deu origem à criação, em 1948, da OMS que, em seu documento de constituição, definiu a saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, que evidencia uma tentativa de superar a visão negativa da saúde propagada pelas instituições médicas (SEGRE; FERRAZ, 1997). Entretanto, a amplitude do conceito da OMS acarretou críticas, como o fato de o conceito possibilitar abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde (SCLIAR, 2007).

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, em 1986, é outro marco fundamental. O seu ideário concebe a promoção da saúde como ação coordenada entre a sociedade civil e o Estado, visando à difusão de políticas públicas saudáveis e reorientação do sistema de saúde. Com base em um conceito ampliado de saúde, o documento destaca a interconexão entre a população e o meio ambiente por meio de uma abordagem socioecológica. Isso orienta a atenção para as questões relacionadas a consequências das injustiças sociais e dos problemas ambientais na saúde, bem como a criação de ambientes favoráveis à saúde (PINHEIRO BEZERRA; ESPOSITO SORPRESO, 2016).

Essa concepção de saúde influenciou a Constituição Brasileira de 1988, que estabeleceu a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Para a necessidade de pensar a saúde como acesso à educação, ao trabalho, transporte, lazer, à alimentação, entre outros aspectos, é crucial superar o modelo biomédico e adotar princípios que orientam a reorganização do sistema de saúde. O conceito e as práticas de promoção da saúde representam uma oportunidade real de romper com o paradigma, ao propor uma nova forma de compreender e intervir no campo da saúde. Desde a sua formulação inicial, o conceito de promoção de saúde evoluiu de uma abordagem restrita à medicina preventiva para uma perspectiva política e técnica do processo saúde-doença-cuidado (BATISTELLA, 2007).

Nessa jornada exploratória em torno das concepções de saúde e doença, é necessário entremear as suas relações com o cuidado. Os conceitos de saúde e doença evoluíram ao longo da história, sendo moldados por diferentes contextos históricos, geográficos, políticos, sociais, econômicos e culturais. Essas definições abrangem desde políticas públicas estatais até comportamentos da população diante das questões de saúde em seu ambiente, possibilitando uma variedade de abordagens e formas de cuidado (SCORSOLINI-COMIN; FIGUEIREDO, 2018).

Pensar no cuidado em suas múltiplas dimensões implica levar em conta que ele se apoia em grande medida nas situações de vida de cada sujeito (GERHARDT, 2007). Segundo Boff (2003), o cuidado é uma ação de responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro. Pode-se considerar também como designação de uma atenção à saúde mediante a experiência do adoecimento, físico ou mental, oferecendo, por conseguinte, as práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2004).

Para Leininger (1985), há diversidade no cuidado humano, levando em consideração crenças, valores e modos das culturas para que se possa oferecer um cuidado eficaz e significativo para os indivíduos. Assim, é um conceito significativo e predominante para conhecer, compreender e prever o cuidado como um cuidado cultural que está em harmonia com as crenças e valores do paciente.

Outra conceituação sobre o termo “cuidado” refere-se ao encontro entre usuários, entre usuários e organizações, entre usuários e trabalhadores de saúde em diferentes instituições que busca ampliar as suas ferramentas para suportar diferentes dores e sofrimentos. Desse modo, os usuários têm um papel ativo nesse processo, fazem as escolhas, porque são ativos também em seu encontro com os trabalhadores de saúde. Usuários e trabalhadores afetam e são afetados. Todos deixam marcas uns nos outros. Todos tentam fazer valer suas ideias, projetos e necessidades (SANTOS; MISHIMA, MERHY, 2018). Essa compreensão possibilita a análise da sua relação com os serviços de saúde e a promoção de cuidados de saúde. Essa inteiração no sistema possibilita que a produção científica reflita sobre a repercussão desse movimento de lógica do cuidado para a reorientação do modelo assistencial (FERNANDES; BOEHS, 2011).

Dessa maneira, os conceitos de doença, saúde e cuidado estão em constante modificação e aperfeiçoamento e são, aqui, tomados de modo subjetivo, uma vez que as trajetórias empreendidas pelas mulheres trabalhadoras rurais podem ser motivadas pela experiência de adoecimento e busca de cuidado à saúde das mais variadas naturezas.

### **3.3 Os itinerários terapêuticos como ferramenta teórica para compreender a busca por cuidado**

A abordagem do IT oferece a visibilidade para explorar as inesgotáveis formas para buscar o cuidado à saúde em diferentes contextos e populações (RIOS CAMARGO; URREGO-MENDOZA, 2021). Para a construção desta pesquisa, inspirou-se no que propõe Gerhardt (2019), que descreve que, por meio do IT, é possível repensar novos métodos, conceitos e teorias, transformando o conhecimento nos serviços de saúde. Nessa seara, para fins de

compreensão e delineamento, toma-se o investimento neste subcapítulo de abordar os pressupostos teóricos, a fim de sustentar a investigação e o caminho utilizado para sua constituição neste estudo.

O contexto de sua aplicação surgiu em pesquisas nas áreas de sociologia e antropologia da saúde firmado como um dos conceitos centrais dos estudos socioantropológicos no campo da saúde, com as ponderações de compreender os caminhos ou rotas realizadas por indivíduos e grupos na busca de solução para suas inquietações ou enfermidades (TRAD, 2015). Logo, são constituídas diversas correntes de pensamento, e, na aproximação de pressupostos teóricos subjacentes aos estudos sobre o IT, partir-se-á dos trabalhos denominados “comportamento do enfermo”. Estes foram desenvolvidos por antropólogos a partir da década de 1960 e voltavam-se para explorar como os indivíduos e grupos respondem de modos variados quando ficam doentes (ALVES, 2015).

Destaca-se a perspectiva centrada no “comportamento do enfermo” (*illness behavior*) pautado nos antropólogos ingleses Mechanic e Volkart (1961), que descreveram que as escolhas dos indivíduos são influenciadas pelas práticas de cuidado biomédicas e também pela demanda e oferta de serviços de saúde, fundamentadas pelo consumo (GERHARDT; BURRILE; MULLER, 2016).

Posteriormente, com o avanço do conhecimento, a partir da década de 1970, a antropologia médica se interessou pelo entendimento das práticas de cura em entidades tradicionais; com isso, as explicações sobre o adoecimento poderiam definir evidências relevantes para possibilidades de tratamento (ALVES; SOUZA, 1999). Um dos representantes da antropologia médica nesse período foi o antropólogo americano Arthur Kleinman (1978) que, por meio de uma perspectiva compreensiva do modelo explicativo do comportamento, descreveu que a procura é influenciada por diferentes subsistemas orientados pelo meio cultural e social, que ultrapassa a lógica biomédica (GERARHI; BURRILE; MULLER, 2016).

Os conceitos de Modelos Explicativos e de Sistema de Atenção à Saúde de Kleinman (1978) despontam como predominantes nas produções internacionais e nacionais. Nesse modelo, a enfermidade vivenciada é influenciada por três subsistemas, denominados pelo autor como informal, popular (*folk*) e profissional. O subsistema informal representa os cuidados de saúde prestados por amigos, vizinhos, automedicação. No subsistema popular (*folk*), os cuidados de saúde são prestados por curandeiros, rezadores e espiritualistas. O subsistema profissional incorpora as profissões da área da saúde, como a medicina tradicional, que atendem a população por meio das especialidades (TRAD, 2015).

Entretanto, o uso inaugural do conceito IT aconteceu nos estudos do antropólogo francês Augé (1984) que o descreveu como o caminho percorrido na busca de solução para problemas de saúde mediante a diversidade de serviços (RÍOS CAMARGO; URREGO-MENDOZA, 2021). Assim, graças a tais pesquisadores da socioantropologia da saúde, foi possível refletir sobre as distintas classificações de sistemas terapêuticos na tentativa de compor as interpretações sobre as doenças e tratamentos disponíveis na sociedade (ALVES; SOUZA 1999).

No Brasil, os primeiros estudos foram realizados pelos antropólogos Alves e Souza (1999) e Rabelo (1993) a partir da década de 1990, que conduziram uma expansão na linha de pensamentos teórico-conceituais sobre o comportamento e os fatores que influenciam as escolhas na procura por cuidado (GERARHI; BURRILE; MULLER, 2016). A partir de uma importante revisão de literatura socioantropológica sobre as diversas escolhas por cuidado de saúde, Alves e Souza (1999) fizeram uma análise dos “modelos explicativos” descrevendo que o itinerário não deve se limitar às trajetórias entre os serviços disponíveis, visto que os processos de escolha são influenciados por um contexto sociocultural. Segundo os autores:

Na interpretação de um determinado processo de escolha terapêutica é preciso que se apresente o sujeito desse processo como alguém que compartilha com outros um estoque de crenças e receitas práticas para lidar com o mundo, receitas estas que foram adquiridas (ampliadas, reformuladas ou mesmo descartadas) ao longo de uma trajetória biográfica singular (ALVES; SOUZA, 1999, p. 133).

Prosseguindo com as considerações de Alves e Souza (1999, p. 135), reafirma-se que o itinerário terapêutico é “um fenômeno complexo para que possa ser subsumido a generalidades que procedem pela descoberta de leis que ordenam o social”. Contudo, como ampliar nosso horizonte conceitual para dar conta do transcorrer de itinerários em busca de cuidados de saúde?

Segundo Gerhardt (2019), os modelos socioculturais discutidos pela antropologia colaboram para que os profissionais de saúde utilizem essa perspectiva nas suas pesquisas, denominada pela autora de antropologia para não antropólogos. Recentemente, sublinham-se os importantes avanços teóricos e científicos ocorridos na investigação dos itinerários terapêuticos e as implicações da sua aplicação com enfoque biologicista no cuidado em saúde-doença (DEMETRIO; SANTANA; PEREIRA-SANTOS, 2019).

Nesse sentido, no Brasil, é válido sublinhar a construção e consolidação do SUS e as reflexões impulsionadas pelo MRSB, que proporcionaram aprofundamento das ponderações teóricas em torno do IT. Dessa maneira, passam a ter maior visibilidade as produções com a perspectiva do usuário, considerando os percursos da procura por cuidado como propulsores de

políticas públicas promovendo melhorias na organização dos serviços de saúde (GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016).

Nesse contexto, Gerhardt (2006) investigou condições de pobreza e descreveu o IT como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos determinados por um contexto social, tendo como fim descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais de saúde. Segundo Alves (2015), existem quatro temáticas de pesquisa que permitem caracterizar o que sejam os itinerários terapêuticos que envolvem:

- a. identificação das estratégias desenvolvidas para resolução de problemas de saúde;
- b. rota de pacientes nos distintos subsistemas de cuidados à saúde;
- c. definição de modelos ou padrões nas trajetórias de tratamento ou cura; e
- d. desempenho e organização de serviços de cuidado à saúde.

No estudo de sistematização de Cabral *et al.* (2011), os autores analisaram a produção científica brasileira e identificaram três grandes perspectivas. Na primeira, o foco dirige-se para a pessoa com a doença e a influência sobre sua busca por cuidado; segundo os autores, esses estudos não aprofundam nos aspectos contextuais ou socioeconômicos. O segundo eixo revela a sua aplicação no campo da pesquisa avaliativa, particularmente, na efetividade do acesso nas redes de serviços, promovendo propostas de reorganização de fluxos e a capacitação de recursos humanos na saúde. E, finalmente, a terceira perspectiva incorpora as anteriores, considerando o contexto sociocultural por meio da dimensão subjetiva que interfere na forma como as pessoas utilizam o sistema formal de saúde.

Gerhardt, Burrile e Muller (2016) também realizaram empreendimento sobre a produção nacional nos artigos, teses, dissertações, capítulos e livros. Tal estudo confirma os resultados de Cabral *et al.* (2011) ao ressaltar que a maioria das produções aplicam os itinerários terapêuticos a partir da experiência da enfermidade, sem considerar o contexto. Gerhardt, Burrile e Muller (2016) enfatizam o potencial do IT como ferramenta teórico-metodológica de análise das RAS, principalmente em desvendar o pluralismo terapêutico, as práticas de saúde e a diversidade humana.

Outro recente estudo de revisão de escopo feito por Ríos Camargo e Urrego-Mendoza (2021) concluiu que os itinerários terapêuticos se apresentam como um campo extenso de possibilidades teóricas e conceituais, sendo diversa a viabilidade de aplicação em diferentes populações oferecendo informações valiosas para construção de sistemas de saúde abrangentes e consistentes com a realidade da população-alvo.

Em face das possibilidades de utilização dos itinerários, para esta investigação, a escolha foi pautada na análise centrada no usuário. Tal perspectiva adota o reconhecimento da uma

pluralidade de possibilidades e de ofertas de cura, auxiliando na organização da rede de cuidados (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008; NEVES; NUNES, 2010; PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008). Para Cabral *et al.* (2011), a opção por propostas assistenciais centradas no usuário e no seu território dispõe, para a gestão em saúde, o desafio de conhecer profundamente as mobilizações e os acionadores de busca de cuidado.

Cabe descrever que se tomará como norte a reflexão proposta por Gerhardt (2009) na qual a avaliação centrada no usuário é de aproximação com a realidade, abrangendo componentes da vivência pela procura de cuidados terapêuticos, levantando temas para este estudo como acesso e acessibilidade a partir da ótica de quem recebe o cuidado.

Bellato, Araújo e Castro (2008) produziram estudos com a abordagem centrada nos usuários e pontuaram que a construção dos seus itinerários permitiu apreender discursos e práticas que expressam diferentes ordens que permitiram contestar os princípios da integralidade e resolutividade na atenção em saúde. Para Costa *et al.* (2009), o IT é como uma tecnologia em pesquisa, pois possibilita a construção de um conjunto de recursos teórico-metodológicos, para apreender, organizar e analisar as trajetórias, além da experiência de adoecimento e cuidado em saúde.

Conforme destacaram Bellato *et al.* (2009) e Gerhardt (2009), pode-se considerar a construção dos itinerários como uma tecnologia avaliativa em saúde centrada no usuário permitindo acessar caminhos de busca e gerenciamento do cuidado mobilizados pelos indivíduos e famílias, evidenciando as múltiplas redes, como as de apoio social, que oferecem sustentação durante o adoecimento.

Segundo Gerhardt (2006), a identificação das redes de apoio social e a mobilização de recursos acionados pelos indivíduos são de extrema importância para a compreensão do IT. Para entendimento da rede de apoio social, devem-se considerar as famílias e amigos, assim como as arenas de cuidado formais e informais a partir de uma situação de procura de cuidado. Trad *et al.* (2010) contribui ao descrever que os itinerários são mediados pelo suporte social oferecido pela vizinhança e pelas condições de atendimento do sistema formal do bairro, bem como as características dinâmicas dos grupos.

Ao investigar as redes sociais formadas durante a busca de cuidados em diferentes contextos, são evidenciados os encontros e desencontros entre as ações incorporadas nos serviços de saúde e as demandas manifestadas pelos usuários. As redes de apoio social desempenham, assim, um papel fundamental na formação de laços sociais e de empoderamento, fornecendo suporte e assistência às necessidades de cuidados. Quando os recursos formais de saúde são menos eficientes, as pessoas doentes e suas famílias mobilizam outros recursos de

maneiras diversas, e, por meio dessa interação, é possível analisar a capacidade e a qualidade das redes sociais para o cuidado, bem como o envolvimento das instituições de saúde formais no processo (BELATTO *et al.*, 2009).

O estudo desenvolvido por Andrezza (2011) reconstituiu as experiências dos usuários pelos percursos do sistema de saúde, nos seus processos de adoecimentos. Identificaram-se, assim, os recursos e as estratégias utilizadas para traçar os caminhos mais rápidos para resolver os problemas de saúde, construindo redes preferenciais de acesso, bem como o contorno dos obstáculos nos distintos espaços de produção de cuidado.

Bellato *et al.* (2016) utilizaram a construção do IT, possibilitando a investigação das intermediações estabelecidas na rede, enfatizando as discussões sobre os itinerários em torno de dois eixos, o dos serviços de saúde e o dos usuários, os quais, ao serem explorados, possibilitaram um redesenho das configurações dos serviços. Vasconcelos (2014) considera, nos itinerários, a possibilidade de analisar os movimentos de espera e negação do acesso, além das relações estabelecidas entre indivíduos e a comunidade. Trad (2015) pondera que, no itinerário, pode-se aprofundar nos aspectos de caráter socioeconômico ou em outras dimensões contextuais, incluindo elementos relativos ao sistema de saúde.

Para Pinheiro e Silva Junior (2008), os itinerários terapêuticos têm a capacidade de elucidar, pela experiência dos usuários, a organização dos serviços de saúde e a capacidade de responderem as demandas. Segundo Gerhardt, Rotoli e Riquinho (2008), o itinerário fornece subsídios para conhecer as redes de serviços de saúde e sua organização, possibilitando a reflexão sobre a gestão em saúde, construindo novos saberes e práticas em saúde.

Nesse sentido, as múltiplas singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária dos serviços de saúde dizem muito a respeito da capacidade dos serviços em responderem as suas necessidades para garantir o direito à saúde. É importante, portanto, enfatizar que a presente tese partirá da perspectiva do usuário a fim de elucidar os recursos terapêuticos disponíveis no território, as redes de apoio social acionadas e o acesso aos serviços formais de saúde, além de considerar toda a potência do itinerário terapêutico como revelador de outras singularidades.

### **3.4 A experiência de adoecimento ao longo das trajetórias assistenciais**

Neste subcapítulo, serão abordadas as trajetórias assistenciais como experiências vivenciadas ao longo das redes assistenciais formais com objetivo de subsidiar os percursos realizados pelas mulheres trabalhadoras rurais na rede de atenção à saúde. Segundo Silveira *et*

*al.* (2008), a avaliação por meio da via assistencial estimula a reflexão e o debate para gestores, profissionais de saúde e usuários sobre a articulação do sistema de saúde. Nesse sentido, reside a principal riqueza da experiência do adoecimento, que tem o potencial de impulsionar mudanças nos processos de trabalho, refletindo diretamente na qualidade do cuidado prestado aos usuários.

Para compreensão, é necessário diferenciar IT e as trajetórias assistenciais. Ambos têm como ponto de partida a perspectiva do usuário para compreender a busca por cuidados, porém, apresentam diferenças nas dimensões de tempo, espaço e relações. Enquanto o IT abrange as redes de relações sociais, podendo incluir ou não as redes de serviços, tais caminhos são delimitadas e referem-se ao caminho na busca por cuidado exclusivamente nos serviços da rede formal (MEDEIROS; GERHARDT; SILVA JUNIOR, 2016).

Assim, os itinerários terapêuticos são meios de mapear as trajetórias percorridas em instituições de saúde ou em contextos informais de cuidado. A metodologia pode ser aplicada de maneiras diversas, dependendo do referencial adotado. Por um lado, pode ser utilizada como uma prática avaliativa que se concentra principalmente na análise do percurso assistencial no sistema de saúde (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008; SILVEIRA *et al.*, 2008). De outro modo, pode ser empregada como um instrumento de análise do cotidiano, considerando aspectos culturais, experiências de adoecimento e processos de tomada de decisão (TAVARES; BONET, 2008).

Logo, as trajetórias assistenciais fazem parte dos itinerários, e, segundo Bellato, Araujo e Castro (2008), seus respectivos desenhos viabilizam a análise das facilidades, desafios e restrições enfrentados por indivíduos e famílias ao buscar cuidado, abrangendo o acesso a diferentes níveis de atenção e serviços disponibilizados. Além disso, essas trajetórias permitem compreender como os serviços de saúde responderam a necessidades e problemas enfrentados ao longo de cada etapa.

Segundo Feuerwerker (2014), é importante reconhecer, dentro dos territórios onde ocorre a prestação de cuidados, o estilo de vida, arranjos sociais, conhecimentos, crenças e valores que influenciam a forma como os indivíduos e grupos populacionais promovem sua saúde. É o estudo das práticas desenvolvidas tanto pelos profissionais de saúde quanto pela população, a fim de que suas trajetórias, estratégias e abordagens de cuidado e cura possam ser compreendidas em relação às lógicas das práticas de saúde, permitindo a articulação do conhecimento prático, profissional e o planejamento no campo da saúde.

Segundo Alves (2016), por meio da narrativa da experiência do usuário, é possível revelar as dificuldades, perdas e conquistas enfrentadas durante o processo de busca por

tratamento, tornando-se possível analisar a sequência de eventos que culminam na atual situação de cuidado em que o usuário se encontra. Desse modo, a perspectiva do usuário é considerada uma ferramenta de prática social democrática, alinhada a princípios e diretrizes do SUS, assegurando o direito à saúde (MEDEIROS; GERHARDT; SILVA JUNIOR, 2016; PINHEIRO, SILVA JUNIOR; 2011). Nessa abordagem, além de contribuir para os processos de avaliação, também pode colaborar para a formação, tomada de decisão pela gestão, reorientação das práticas e organização do SUS, com foco na integralidade dos cuidados (BELLATO *et al.*, 2009; GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016).

A adoção de novas abordagens analíticas em avaliação na saúde na perspectiva centradas no usuário, cuja apresentação e análise ocorrem a partir da experiência de adoecimento e de busca por cuidado em saúde, oferece contribuições importantes para estudos sobre a gestão social de saúde (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008). Esses percursos têm a potência de propiciar *insights* valiosos para uma organização adequada dos serviços, em consonância com os princípios da integralidade e das necessidades individuais de saúde, e desempenham um papel crucial na compreensão das necessidades reais de saúde dos pacientes (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008).

As trajetórias assistenciais podem proporcionar subsídios para repensar e qualificar a organização e o funcionamento das RAS, possibilitando analisar como os serviços estão se organizando para atenderem às necessidades dos usuários, no que diz respeito a acesso, cuidado integral e resolutividade (MEDEIROS; GERARDHT; SILVA JUNIOR, 2016). Assim, focados nas condições de acesso e acessibilidade, de visibilidade e de participação, os estudos baseados nas avaliações mais acuradas dos itinerários terapêuticos são unânimes em constatar as deficiências do sistema de saúde pública praticado no Brasil (MATTOS, 2009). Por conseguinte, considera-se importante incluir neste trabalho as trajetórias assistenciais como parte inerente dos percursos formais de saúde, sendo o IT a busca por cuidados em saúde que inclui alternativas sobre a diversidade e multiplicidade de fatores e dimensões que influenciam nesse processo.

## **4 ACESSO E DIREITO À SAÚDE DE MULHERES RURAIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**

*“O teste de uma civilização é a maneira como ela cuida de seus membros indefesos”*

(Pearl S. Buck).

Neste capítulo, serão abordados o acesso e direito à saúde para assegurar a atenção à saúde da população rural no contexto da pandemia de COVID-19. Nesse âmbito, serão explanados os conceitos de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde e os estudos que utilizam sua compreensão em populações vulneráveis. Logo, serão apresentados o contexto da pandemia de COVID-19 e, por fim, a experiência de adoecimento das populações vulneráveis durante a referida pandemia.

### **4.1 O conceito de acesso e acessibilidade: promoção do direito à saúde para as populações vulneráveis**

Neste subcapítulo, resgatam-se os conceitos de acesso e acessibilidade para discutir a garantia ao direito à saúde para as mulheres trabalhadoras rurais, de modo que se sintam reconhecidas enquanto parte da comunidade na qual se inserem, evidenciando seu direito de usufruir dos espaços públicos como cidadãs.

Conforme já abordado no presente estudo, a Constituição Federal de 1988 garante o direito de acesso universal e igualitário à saúde a todos os brasileiros. Contudo, há evidências de que o acesso está sendo um desafio para os usuários do SUS. As limitações de acesso aos serviços de saúde são consideradas complexas, multifatoriais e subjetivas, que podem ter diferentes impactos no estilo de vida das pessoas (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Face ao exposto, é relevante destacar novamente a Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que enfatiza que, para garantir a resolução dos problemas de saúde na rede de atenção, um dos elementos básicos que precisam ser considerados é o acesso, que pode ser analisado por meio de: disponibilidade, que diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e a sua família; comodidade, relacionada ao tempo de espera nos serviços; e aceitabilidade, relacionada à satisfação dos usuários com a localização e estrutura física do serviço, o tipo de serviço prestado e a aceitação do usuário pelo profissional responsável pelo serviço (BRASIL, 2010).

Contudo, segundo estudo de revisão de Travassos e Martins (2004), a disponibilidade de um serviço em um determinado tempo e espaço não garante o acesso, sendo este um elemento complexo, dependente do indivíduo, de fatores sociais e da organização dos recursos e serviços para favorecer ou desfavorecer seu uso por potenciais usuários. Desse modo, o conceito de acesso à saúde sofre transformações ao longo do tempo, conforme a evolução da sociedade e das novas necessidades que surgem, tornando-se um conceito de múltiplas dimensões (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Dada a importância para a consolidação de um sistema de saúde, o acesso vem sendo objeto de discussões, havendo diferenças teóricas entre os pesquisadores, principalmente em relação aos termos “acesso” e “acessibilidade” (ASSIS; JESUS, 2012).

Para fins de compreensão, ressalta-se que um dos primeiros modelos teóricos para o estudo sobre o acesso surgiu na década de 70, mediante o ponto de vista da avaliação da qualidade dos serviços de saúde nos Estados Unidos por Donabedian (1973), que propôs a utilização do termo acessibilidade em dois aspectos: acessibilidade sócio-organizacional, relativa aos aspectos que envolvem a organização interna, como o contato do usuário com a equipe; e a acessibilidade geográfica, relacionada à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Segundo o estudo de revisão de Sanchez e Ciconelli, (2012), nesse mesmo período, outros pesquisadores, como Aday e Andersen (1974), empregaram o termo “acesso” de maneira ampla, propondo a análise do acesso aos serviços de saúde tomando por base as características da população e a disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde. Já o estudo de Frenk (1985) buscou esclarecer as diferenças conceituais entre acesso e acessibilidade a partir da proposta de Donabedian. Nesse caso, o autor se utiliza de outros conceitos, como: uso do serviço, ou seja, o real consumo do serviço pela população; disponibilidade, relacionada aos recursos disponíveis na rede de saúde; e resistência, que implica os obstáculos que podem surgir no processo de procura e conquista do atendimento (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

No cenário nacional, os esforços para compreensão do acesso aos serviços de saúde brasileiros surgiram a partir da década de 90, por meio de pesquisadores como Unglert (1990) que descreveu que a heterogeneidade e características da distribuição geográfica da população afetam a equidade e acessibilidade. A autora especificou que a acessibilidade deve ser garantida através das perspectivas: geográfica, para o planejamento dos serviços de saúde; econômica, com a remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição do usuário; cultural, por meio da adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da

população local; e funcional, através da oferta de serviços adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1990).

Em outro estudo de revisão sobre o conceito de acesso, Giovanella e Fleury (1996) apontaram, como eixo de análise para o acesso aos serviços de saúde, quatro dimensões do acesso: política, econômica, técnica e simbólica. No entanto, Assis e Jesus (2012), baseados em Giovanella e Fleury (1996), propuseram um novo modelo de análise do acesso aos serviços baseado em cinco dimensões: política, econômica, técnica, organizacional e simbólica. Essas dimensões têm como orientadores os princípios da responsabilização, equidade e resolutividade.

Assis e Jesus (2012) discorreram sobre a dimensão política que visa evidenciar o compromisso com os formuladores de políticas no acesso universal aos serviços de saúde como: governo, sociedade civil, prestadores de serviços públicos ou privados e instituições formadoras. A dimensão econômico-social pode ser analisada através dos investimentos na rede pública por nível de complexidade (básico, médio e alta complexidade), com definição das responsabilidades de financiamento por esfera de poder (federal, estadual e municipal). A dimensão referente à organização da rede de saúde sustenta-se na capacidade dos serviços de saúde em dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários. A dimensão técnica objetiva responsabilizar os trabalhadores de saúde, os gestores de saúde, os prestadores públicos e/ou privados, situando o usuário do SUS no centro do processo da atenção à saúde. Já a quinta e última dimensão de análise do acesso, a simbólica, adentra no campo da subjetividade em sua dinâmica relacional, envolvendo a compreensão do processo saúde-doença, a cultura, as crenças e os valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes territórios nas áreas em que os serviços se organizam para ofertar a atenção loco-regional.

Diante da discussão teórica em torno da sua compreensão, estudiosos têm feito esforços para produção de conhecimento que possibilite a concretização do acesso aos serviços de saúde, principalmente para as populações vulneráveis. Um estudo realizado em populações ribeirinhas da Amazônia evidenciou que as questões geográficas interferem diretamente no acesso aos serviços de saúde (GAMA *et al.*, 2018).

Outro estudo com mulheres aponta que as barreiras de acesso e qualidade ao cuidado periódico impactam a sua adesão ao preventivo, abarcando que as carências estruturais (insumos e infraestrutura) atingem a disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade, e, por conseguinte, tornam-se importantes motivos para a não realização do exame em tempo oportuno (FERNANDES *et al.*, 2019). Um estudo utilizando a compreensão da acessibilidade permitiu evidenciar as barreiras geográfica, econômica e cultural entre os serviços e a

comunidade para as pessoas trans permaneçam sob o cuidado integral de profissionais de saúde (PEREIRA; CHAZAN, 2019).

Concorda-se, portanto, com Silva Junior *et al.* (2016) quando afirmam que ainda há dificuldades na implementação do SUS e para a efetivação do direito à saúde. Para Fonseca *et al.* (2018), os profissionais estão buscando efetivar o SUS, no sentido de garantir o acesso universal, que se relaciona com a prestação de uma assistência justa e singular. Silva *et al.* (2020) discorreram sobre a imprescindibilidade de que a população tenha acesso a um sistema com ações integrais como direito, em que constam as condições de vida e necessidades do usuário e das famílias.

E lançando o foco para as mulheres trabalhadoras rurais, a compreensão do acesso é ainda mais crucial quando se trata de populações que tradicionalmente enfrentam dificuldades para obter a devida atenção em saúde (TRAVASSOS, 2003). O conhecimento de suas realidades permite que os profissionais operacionalizem os fluxos assistenciais, para o desempenho com qualidade da produção do cuidado (ASSIS *et al.*, 2010).

Dessa forma, a discussão visa facilitar a compreensão do acesso dos usuários aos serviços de saúde como um direito de cidadania, e, para exercer esse direito, é preciso que suas necessidades sejam conhecidas por todos os agentes responsáveis pela atenção à saúde. Logo a seguir aborda-se a pandemia de COVID-19 para compreender as mudanças que atravessaram os sistemas de saúde impactando o acesso aos serviços de saúde.

## **4.2 Contextualizando a pandemia de COVID-19**

No mês de dezembro de 2019, a cidade de Wuhan, na China, foi o local onde o Coronavírus SARS-CoV-2, responsável pela doença conhecida como COVID-19, foi descoberto. Em fevereiro de 2020, o vírus já havia se espalhado para várias nações, resultando em sua classificação como uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

A principal forma de transmissão da COVID-19 é por contato direto entre pessoas, por meio de gotículas e dos aerossóis liberados no ambiente pelo nariz e boca dos indivíduos infectados, especialmente ao tossir, espirrar, falar e até mesmo respirar (FRANCO; LANDGRAF; PINTO, 2020). De acordo com a OMS, os sinais e sintomas iniciais da doença se assemelham a um quadro gripal comum, mas podem variar de pessoa para pessoa e se apresentar de diferentes formas, incluindo quadros brandos, pneumonia, pneumonia grave e a síndrome respiratória aguda grave (SRAG). A maioria das pessoas infectadas apresentam a

forma leve da doença, com sintomas de mal-estar, febre, fadiga, tosse, dispneia leve, perda de apetite, dor de garganta, dor no corpo, dor de cabeça ou congestão nasal. Além disso, algumas pessoas apresentam sintomas gastrointestinais, como diarreia, náusea e vômito. E os indivíduos imunossuprimidos podem apresentar o agravamento rápido, o que resulta em maior risco de morte, especialmente idosos e aqueles com comorbidades pré-existentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

O MS reconheceu a manifestação da doença como síndrome gripal (SG), caracterizada pelo quadro respiratório agudo. Esse quadro é marcado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse, dor de garganta, coriza ou dificuldade respiratória. Na presença deste último sintoma, é considerada a existência da SRAG, apresentando dispneia ou desconforto respiratório, pressão persistente no tórax, saturação de oxigênio inferior a 95% em ar ambiente ou coloração azulada dos lábios ou rosto (BRASIL, 2020b).

Ademais, pacientes, após apresentarem quadros leves e graves, podem continuar a manifestar sintomas e sequelas a longo prazo em vários sistemas orgânicos, o que constitui a chamada COVID-19 longa. Desse modo, têm-se efeitos psicológicos, reduzindo a produtividade, com dificuldades na reintegração à sociedade, no retorno às atividades diárias e ao trabalho, demandando um maior investimento em recursos de saúde para investigação, tratamento e reabilitação (NUNES *et al.*, 2022).

Dessa maneira, desde o seu surgimento, a pandemia de COVID-19 tornou-se a maior crise de saúde dos últimos cem anos. Inicialmente, devido à ausência de vacinas e tratamentos específicos, os esforços para controlar a pandemia exigiram a implementação de medidas convencionais de saúde pública, incluindo o isolamento social, promoção da higiene das mãos, adoção de práticas respiratórias adequadas e uso das máscaras caseiras, com objetivo de reduzir a transmissão do vírus. Além disso, foi implementado o fechamento de escolas e universidades, chegando até ao bloqueio total (*lockdown*) ou a proibição de circulação nas ruas, exceto para a compra de alimentos, medicamentos ou busca de assistência à saúde. Essas medidas foram aplicadas de forma gradual e diferenciada em cada país, com diferentes intensidades, e seus resultados provavelmente estão relacionados a fatores socioeconômicos, culturais, características dos sistemas políticos e de saúde (AQUINO *et al.*, 2020; REIS *et al.*, 2020).

De acordo com estudos produzidos por diversos institutos de pesquisa e organismos multilaterais, como a OCDE, United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD), UE, Fundo Monetário Internacional (FMI) e outros, os impactos socioeconômicos da pandemia não têm precedentes em comparação a outros eventos de escala global, como a Grande Depressão de 1929 e a Crise Econômica e Financeira Internacional de 2007–2008.

Esses efeitos podem ser categorizados em cinco diferentes subgrupos: 1) diminuição do número de trabalhadores empregados e das horas trabalhadas; 2) baixa produtividade do trabalho, resultante dos efeitos físicos dos sintomas da doença, das consequências psicológicas do isolamento social, da deterioração de habilidades devido ao desemprego ou à ausência prolongada do ambiente de trabalho; 3) redução na produtividade também causada pela desordem nos processos de trabalho dentro das empresas; 4) redução do nível de atividade econômica; e 5) interrupção do fluxo de insumos entre setores, em âmbito nacional e internacional, impactando a continuidade e eficiência das operações produtivas (AMITRANO; MAGALHÃES; SILVA, 2020).

A América Latina e o Caribe ainda enfrentam um desafio sem precedentes devido à pandemia de COVID-19. Embora abriguem apenas 8% da população mundial, essa região registrou 17% dos casos de COVID-19 e 29% das mortes confirmadas, além de uma recessão econômica que resultou em uma queda de 6,7% no Produto Interno Bruto (PIB) em 2020. Estima-se que 39 milhões de empregos foram perdidos e que 20 milhões de pessoas caíram na extrema pobreza, configurando uma situação de crise sanitária, econômica e social (ALMEIDA; CASOTTI; SILVÉRIO, 2023). No Brasil, até maio de 2023, foram registrados mais de 702.664 mil óbitos e 37.579.028 milhões de casos confirmados, e essa crise também se soma à recessão econômica ao aumento significativo da pobreza (ALMEIDA; CASOTTI; SILVÉRIO, 2023; BRASIL, 2023).

Dessa feita, o impacto econômico da pandemia acentuou ainda mais as barreiras para o acesso aos serviços de saúde, como a falta de rede de apoio que torna os indivíduos ainda mais vulneráveis a efeitos psicossociais com o aumento da ansiedade, abuso de substâncias, violência e aumento do número de suicídios. Essas medidas tiveram um impacto significativo na vida das pessoas, o que contribuiu para intensificação das desigualdades sociais pré-existentes (NABUCO; OLIVEIRA; AFONSO, 2020; REIS *et al.*, 2020).

Para enfrentar a pandemia causada pela COVID-19, também foi necessária uma reestruturação dos sistemas de saúde em todo o mundo. Nessa seara, o SUS enfrentou desafios relacionados a planejamento, organização, financiamento e prestação de assistência. A expansão de leitos, a aquisição de equipamentos e insumos tornaram-se prioridades durante a pandemia. A necessidade de lidar com as desigualdades regionais na prestação de cuidados de saúde tornou-se uma realidade. Entretanto, mesmo com bases financeiras frágeis, o sistema universal de saúde demonstrou suas capacidades técnicas e políticas (COSTA *et al.*, 2020).

Com o objetivo de conter a disseminação do vírus e erradicar a pandemia, cientistas em todo o mundo se dedicaram a desenvolver vacinas eficazes e seguras em um tempo recorde para

combater esse patógeno. No Brasil, utilizou-se a Oxford/AstraZeneca, Janssen, CoronaVac e Pfizer, cada uma com um mecanismo de ação específico, eficácia e custo distintos (VILELA FILHO *et al.*, 2022). O Programa Nacional de Imunização (PNI) desempenha um papel crucial como parte integrante do SUS, sendo reconhecido globalmente por sua eficiência em atender a um país de proporções continentais, com diversas realidades socioeconômicas, com um calendário abrangente de vacinação. Durante a pandemia, o PNI exerceu uma função essencial na proteção da saúde da população brasileira (LANA *et al.*, 2021).

A importância das vacinas é inegável no combate à pandemia, possibilitando o retorno a um estado de normalidade. Contudo, é fundamental o desenvolvimento de conhecimentos que abordem as desigualdades concernentes aos processos de adoecimento e ao acesso desigual à saúde (CASTRO, 2021). Segundo Cualhete, Santos-Moura e Castro-Silva (2022), enfrentar o desafio imposto pela COVID-19 representou uma tarefa monumental para governos e sociedades, especialmente no contexto brasileiro, caracterizado pela desigualdade social. Portanto, é fundamental promover a articulação da sociedade, permitindo a participação social, e dar voz aos grupos mais vulneráveis, em conformidade com os princípios do SUS, a fim de promover a equidade no acesso aos serviços de saúde que se agravaram ao longo desse cenário de pandemia (CASTRO-NUNES; RIBEIRO, 2022).

#### **4.3 Experiência de adoecimento das populações vulneráveis na pandemia de COVID-19: um olhar para a realidade das mulheres trabalhadoras rurais**

A pandemia de COVID-19 proporcionou ao mundo uma visão nítida e impactante do que se constitui uma crise de múltiplas dimensões, evidenciando o papel fundamental dos sistemas de saúde e as profundas disparidades no acesso aos cuidados em diferentes países (FIGUEREDO; URRUTIA-PEREIRA; SOLÉ, 2022). Nessa seara, diante das crises de saúde emergenciais, são indispensáveis planos de contingência abrangentes para o sistema de saúde como um todo, e não apenas para o agente infeccioso. Esses planos devem incluir medidas para a reestruturação das ações e serviços visando à manutenção dos cuidados essenciais e a capacidade de responder às necessidades decorrentes da situação de emergência (ALMEIDA; CASOTTI; SILVÉRIO, 2023).

A ênfase nas pessoas em situação de vulnerabilidade social é uma diretriz ativa nas agendas de saúde nacionais e internacionais, e se torna ainda mais relevante no contexto da pandemia de COVID-19. Isso se deve ao fato de que essas pessoas enfrentam um maior risco

de adoecimento e óbito, além das consequências sociais e de saúde decorrentes desse processo (OLIVEIRA *et al.*, 2023).

O termo “vulnerável” refere-se a um grupo de pessoas que estão expostas de forma desproporcional a riscos, e a inclusão nesses grupos pode variar ao longo do tempo. Durante uma pandemia, uma pessoa que não era considerada vulnerável inicialmente pode se tornar vulnerável, pois os riscos de perda de renda e acesso a apoio social abarcam consequências difíceis para diversas parcelas da população. Assim, os grupos vulneráveis não se limitam apenas a idosos, pessoas com problema de saúde, comorbidades, pessoas sem-teto ou sem moradia, mas também incluem pessoas de diferentes grupos socioeconômicos que enfrentam desafios financeiros, mentais ou físicos para lidar com a crise (THE LANCET, 2020).

Segundo Lage (2022), é uma questão política persistir no reconhecimento da vulnerabilidade durante a pandemia de COVID-19, principalmente no que concerne ao acesso aos sistemas de saúde e medicamentos, às condições adequadas de moradia e sustento, entre outros aspectos. Segundo o autor, não devemos tolerar mais nenhuma forma de violência e somos desafiados a imaginar e criar novas formas de viver, nas quais a dignidade e a vulnerabilidade sejam reconhecidas e compartilhadas de maneira mais justa e igualitária.

Dessa maneira, as populações vulneráveis foram severamente impactadas pela COVID-19, acentuando os determinantes sociais da saúde como idade, raça/etnia, desvantagem econômica, instabilidade habitacional, insegurança alimentar, isolamento social, preconceito e discriminação, resultando em uma perturbação desproporcional em suas vidas diárias. Ademais, as populações vulneráveis têm sido historicamente marginalizadas ou negligenciadas nas agendas socioeconômicas e políticas, igualmente excluídas de estudos clínicos (WEBBER-RITCHEY; SIMONOVICH; SPURLARK, 2021).

Segundo Torbay (2020), apesar da gravidade do vírus, é mais difícil identificar os efeitos colaterais que o acompanham, como os indivíduos que evitam buscar o cuidado por medo de contrair a doença, pessoas com doenças não transmissíveis que optam por não realizar exames de rotina e doenças infecciosas que não são testadas ou rastreadas. Desse modo, a COVID-19 revelou as desigualdades sistêmicas na saúde global que ainda não foram resolvidas.

Sobre as populações vulneráveis, é necessário discorrer acerca de resultados de alguns estudos que foram realizados para visibilizar a realidade vivenciada durante a pandemia de COVID-19 no mundo. Por conseguinte, destacam-se as populações indígenas que experienciam as dificuldades causadas pela distância geográfica entre seus territórios e os centros urbanos onde se encontram os serviços de saúde, além da demora da adaptação de hospitais e unidades de saúde de acordo com os novos protocolos de atendimento, falta de equipamento de proteção

individual para profissionais de saúde nos polos de atendimento e a demora de transferência de recursos destinados à prevenção e combate a COVID-19 nos distritos sanitários indígenas (BARBOSA; CAPONI, 2022).

A população de rua também merece atenção especial devido à vulnerabilidade natural à infecção por COVID-19, por conta das condições em que vivem, como o declínio físico e problemas mentais resultantes da exposição a riscos, bem como considerações especiais de isolamento e manejo (HONORATO; OLIVEIRA, 2020). A população carcerária enfrentou péssimas condições de encarceramento nas unidades prisionais no Brasil, com celas superlotadas e mal ventiladas, acesso limitado à água e saneamento básico além da ausência de módulos de saúde com salas de atendimento adequadas, o que dificultou o acesso dessa população às RAS em caso de necessidade de suporte avançado em decorrência da COVID-19 (CRISPIM *et al.*, 2021).

A maior parte da população migrante enfrentou carências de moradia adequada, acesso a serviços de saúde e suporte social. Ademais, foi alvo de xenofobia e discriminação, sendo injustamente responsabilizada pela disseminação da COVID-19 (DANIELS, 2020). Os idosos também foram altamente impactados pelas políticas de distanciamento social devido ao alto risco de complicações da COVID-19, sem rede de apoio social e com atividades limitadas. Da mesma forma, as pessoas com transtornos psiquiátricos enfrentaram desafios semelhantes, já que as medidas de distanciamento influenciaram na possibilidade de agravamento dos seus sintomas (MESA VIEIRA *et al.*, 2020).

A pandemia da COVID-19 também acentuou a desigualdade de gênero na saúde que se manifestou por meio da disparidade de acesso a recursos e cuidados de saúde entre homens e mulheres. Nesse contexto, as mulheres enfrentam barreiras adicionais devido a papéis atribuídos a elas pela casa, normas sociais restritivas e à desigualdade de gênero. Entre eles, sublinham-se a responsabilidade pelo cuidado dos familiares quando adoecem, a baixa possibilidade de tomada de decisão e menor independência financeira em emergências de saúde (ALEKSANYAN; WEINMAN, 2022).

Um estudo de revisão sistemática e meta-análise comparando a saúde mental em grupos vulneráveis durante a pandemia de COVID-19 aponta alguns temas relacionados às mulheres, como as gestantes com um maior nível maior de estresse, depressão e ansiedade em relação a grupos não vulneráveis. Além disso, as mulheres foram a maioria dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente durante a pandemia de COVID-19 e ficaram mais em risco em comparação com o gênero masculino (NAM; NAM; KWON, 2021). A vulnerabilidade das pessoas que já viviam situações de violência antes da pandemia foi intensificada; contudo,

houve aumento significativo de violações de direitos nas histórias de mulheres migrantes, gestantes, puérperas e adolescentes e jovens (SÁNCHEZ *et al.*, 2020).

Durante as pandemias, as mulheres vivenciam um maior risco, atravessando desafios multifatoriais relacionados à saúde, o que gera a necessidade de uma compreensão profunda sobre o impacto das desigualdades de gênero para reduzir as vulnerabilidades nesse grupo (SAHAY *et al.*, 2022). Portanto, com base no exposto, na presente tese, considera-se visibilizar as vivências das mulheres trabalhadoras rurais no contexto da pandemia de COVID-19, tendo em vista que a pandemia de COVID-19 repercutiu em termos de saúde e qualidade de vida das mulheres, o que deve ser considerado em políticas públicas e programas da saúde e proteção social.

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

*“Tudo que a memória amou já ficou eterno”*

(Adélia Prado).

Objetivando analisar as trajetórias assistenciais de mulheres trabalhadoras rurais nas RAS, realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando como metodologia a História Oral.

A utilização da abordagem qualitativa nessa construção decorre da subjetividade inscrita no objeto de análise haja vista o intuito de analisar aspectos subjetivos impregnados nas experiências vividas pelas mulheres trabalhadoras rurais ao tecerem suas trajetórias assistenciais. Segundo Minayo (2015), a pesquisa qualitativa possibilita se aproximar de significados, valores e atitudes como parte da realidade social, determinada pela maneira como cada pessoa reflete e interpreta suas ações no contexto vivido e nas experiências compartilhadas.

Além disso, a abordagem qualitativa proporciona a apreensão da visão e da essência dos indivíduos no momento presente e na sua cultura, tornando-se uma potente ferramenta de pesquisa capaz de transformar as construções humanas e a sociedade. Em vista disso, o estudo de natureza qualitativa de cunho descritivo permite o conhecimento das múltiplas dimensões da existência dentro dos processos subjetivos e intersubjetivos, relacionais, históricos, simbólicos e seus contextos sociais (MINAYO, 2015).

Considera-se Evangelista (2019), que descreveu que os estudos das experiências de mulheres com história oral permitem análises ampliadas da sociedade, as quais se apresentam generalizadas, e acrescentou sobre o seu potencial para explorar aspectos metodológicos, teóricos e temáticos que envolvem as questões de gênero, histórias das mulheres e as (inter)subjetividades.

Nesse sentido, mergulha-se na história oral, conforme descrito pelos autores Meihy e Seawright (2020), como uma sondagem profunda sobre o que é reformulado e o que está contido na particularidade da memória, proporcionando o cultivo do conhecimento e a geração de novas pautas, debates e diagnósticos sociais. Segundo os autores Meihy e Ribeiro (2020), tal metodologia proporciona a visibilidade social, jogando luz sobre os esquecidos, sobretudo para enfrentamento das questões de interesse social, valendo-se da compreensão da realidade por meio de experiências.

De acordo com Meihy e Ribeiro (2020), a história oral demanda definição dos territórios de interação, assim é necessário definir as nuances que permitiram as suas operações e aplicações. Assim, neste trabalho, apropriou-se da modalidade da História Oral Intelectual ou Acadêmica, guiando através de seus procedimentos teóricos e operacionais para realização desta investigação. Nessa sequência, cabe apresentar que a história oral se revela na dimensão individual, por meio de narrativas decorrentes da memória de pessoas, seres vivos, que são sempre dinâmicas, variáveis e, sobretudo, seletivas (MEIHY; RIBEIRO, 2020; MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). Na concepção de Meihy e Seawright (2020):

A história oral é dimensão prática e organizada de projetos que exploram nuances da memória. Tendo os fenômenos mnemônicos como semente, as possibilidades de sondagem da organização dos enunciados remetem a distinção entre seus enunciados. Não apenas os usos dos sentidos se harmonizam em relações distintas, mas de igual forma, a possibilidade de revisão, pela escrita, quebra a força da espontaneidade (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020, p. 21).

Nessa perspectiva, segundo Meihy e Ribeiro (2020), o ponto central do estudo é a memória, expressando-se por meio das narrativas na espontaneidade dos fatores subjetivos. Logo, a operacionalização dos procedimentos deve ocorrer conforme descrito a seguir:

História oral é um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto e que continua com a definição de um grupo de pessoas a serem entrevistadas. O projeto revê planejamento das gravações, com indicação dos locais, tempo de duração e demais fatores contextuais, bem como o tratamento ser dado: estabelecimento de textos; conferência do produto escrito; autorização para uso. O projeto estabelece parâmetros para eventuais análises das histórias ou disponibilização de entrevistas inteiras; arquivamento ou criação de banco de histórias e sempre que possível, a publicação dos resultados que devem, em primeiro lugar, ser devolvidos ao grupo que gerou as entrevistas (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020, p. 27).

As variantes de gênero operacional implicam procedimentos, e as gravações são imprescindíveis para sua escolha e execução. Autores como Meihy e Holanda (2019) consideram como gênero operacional a tradição oral, a história oral de vida e a história oral temática. Estudos recentes como os de Meihy e Ribeiro (2020) e Meihy e Seawright (2020), todavia, acrescentam a história testemunhal aos gêneros anteriores.

Segundo Meihy e Holanda (2019), a tradição oral trabalha com a apreensão dos fenômenos de maneira a favorecer a tradução dos denominados mitos fundadores, revelando estruturas e comportamentos de um determinado grupo, consideram-se, assim, os rituais de passagem, as festividades, as cerimônias, as motivações abstratas de tragédias eventuais e doenças endêmicas ou epidêmicas como matéria da tradição oral.

A história oral testemunhal é caracterizada por narrativas das vivências dos narradores, permitindo análises sobre a história pessoal, de vida, com a participação de pessoas e seguimentos que sofreram graves violações de direitos humanos ou padeceram de debilidades de saúde, tratando de propostas de cunho político com apelo histórico e social (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020; MEIHY; RIBEIRO, 2020).

A história oral de vida trata-se da construção de conhecimento sobre uma pessoa ou grupo de outra natureza; estima-se a experiência como valorização dos filtros subjetivos, das impressões pessoais, e, à vista disso, nesse gênero, o narrador é soberano para revelar, ocultar, negar, esquecer ou deformar situações (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020; MEIHY; RIBEIRO, 2020).

Por fim, a história oral temática, que tem como foco um assunto central, dado seu caráter específico, ressalta detalhes da história pessoal do narrador que interessam por revelarem aspectos úteis à instrução dos assuntos centrais, não anulando a subjetividade dos atos expressivos de memória; assim o que se busca é a produção de *corpus* documental provocado por diálogos (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020; MEIHY; RIBEIRO, 2020). É importante enfatizar o que se segue:

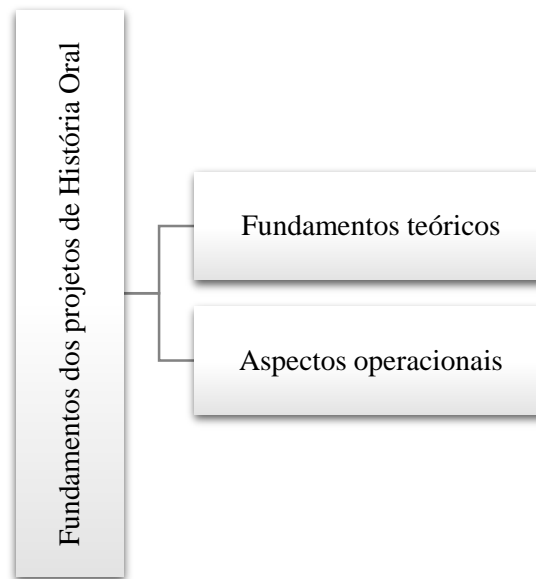
A carga de subjetividade em história oral é amainada por perguntas temáticas muito mais diretas e objetivas, mas por mais que sejam evitadas, as marcas da subjetividade não se apagam. Pelo contrário, a subjetividade que decorre pelas perguntas e respostas faz exceder posturas simples de objetivação (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020, p. 70).

Desse modo, a história oral temática foi o gênero operacional escolhido para a constituição da presente pesquisa, e sua utilização foi compatível com o objeto de estudo. Cabe destacar que, na entrevista, aspectos complementares da situação contextual do colaborador podem ser considerados, revelando elementos proveitosos na instrução dos assuntos centrais (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). Ainda segundo os autores Meihy e Seawright (2020), a história oral temática permite mesclar, em doses medidas, lances da história de vida sem que sejam desprezados os fundamentos centrais das entrevistas com foco no assunto, explicando pontos vivenciados, os quais são capazes de valorizar a informação com maior vivacidade e sugerir características do narrador.

O estudo na história oral pode ser orientado por duas etapas distintas e articuladas: os fundamentos teóricos e os aspectos operacionais (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020; MEIHY, 2005). Salienta-se que, por remeter a indivíduos dispostos a narrar suas percepções e experiências, é conveniente supor que projetos partam do pressuposto de fragilidade, por isso,

como história viva, podem surgir variações impostas sobre a dinâmica da pesquisa (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020; MEIHY, 2005). É imprescindível, portanto, que o pesquisador siga etapas para construção do desenho de pesquisa, como representado na figura 7.

Figura 7 - Representação das etapas presentes na estrutura de projetos que trabalham com História Oral



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

### 5.1 Fundamentos teóricos

Para fins do presente estudo, as mulheres trabalhadoras rurais são assumidas como agentes ativas de sua história, sendo, pois, colaboradoras da pesquisa. Nessa perspectiva, Meihy e Sewright (2020) afirmam que a centralização da colaboradora possibilita seu protagonismo e o livre exercício da performance narrativa.

Na história oral, a escolha das colaboradoras é uma etapa fundamental, e, para isso, é necessário o estabelecimento das comunidades de destino, colônias e redes, para que se respondam as perguntas pertinentes aos fatos eleitos como temas (MEIHY; HOLANDA, 2019).

A comunidade de destino é caracterizada pela força do vínculo subjetivo existente entre pessoas em torno de motivações comuns, dramas e sofrimentos, vivenciado de episódios relevantes e modificadores da vida, que têm suas trajetórias marcadas por experiências fortes que merecem atenção (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). Segundo os autores, a comunidade de destino também é afetada por mudanças na vida de pessoas excluídas e vulneráveis aos preconceitos étnicos, religiosos e em função das identidades de gênero; assim, suas narrativas

operam na memória ao selecionar passados e imprimir sentidos às histórias (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

Na presente investigação, constituiu-se como comunidade de destino a ESF que realiza atendimento, pertencente a um distrito rural de um município do interior de Minas Gerais. A escolha pela ESF justifica-se como vínculo com a APS e por ser a porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde das colaboradoras do estudo.

A condição de colônia é formada por elementos que partilham entre si pontos em comum como classe social, sexo e etnia, que são classes ligadas, portanto, a traços comuns que marcam a identidade de parcelas de pessoas em uma mesma comunidade destino, podendo se pensar na colônia como critério de gênero (MEIHY; HOLANDA, 2019). Para fins do presente estudo, foram definidas como colônias as mulheres trabalhadoras do campo pertencentes à área de abrangência da ESF do distrito rural do município do estudo.

A rede é a subdivisão da colônia, a qual deve ser sempre plural, porque, nas diferenças internas aos diversos grupos, residem disputas e olhares diferentes que justificam comportamentos variados (MEIHY; HOLANDA, 2019). Desse modo, a estruturação das redes se deu com base nos seguintes critérios de inclusão: ser do sexo feminino, ter idade superior a 18 anos, ser usuária da ESF do distrito rural municipal, residente da área de abrangência do território da comunidade rural da região, trabalhar diretamente com agricultura familiar, apresentar comunicação verbal, aceitar o uso do gravador e permitir que os resultados obtidos no estudo possam ser publicados em meios científicos. Os critérios de exclusão foram: aquelas que não concordarem em participar como voluntárias não remuneradas e não concordarem em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para o fortalecimento da constituição das redes e seleção das trabalhadoras rurais colaboradoras da pesquisa, foi acrescentada ao estudo a técnica de amostragem nomeada bola de neve, a qual se caracteriza como forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência para estudar determinados grupos (VINUTO, 2014). A execução da amostragem em bola de neve se constrói do seguinte modo: primeiramente, utilizam-se informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa. Dessa feita, as sementes ajudam o pesquisador a iniciar seus contatos e a se aproximar do grupo a ser pesquisado.

Posteriormente, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente. O quadro de amostragem, assim, pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador (VINUTO, 2014).

Meihsy e Holanda (2019) descrevem que, na história oral, é importante determinar de onde ou por quem começar, e, nesse sentido, valoriza-se a entrevista inicial, chamada de ponto zero, e favorecem-se elementos capazes de propiciar o aprofundamento de pontos indicados na problemática, os quais devem ser perseguidos na investigação. Conseqüentemente, por meio da técnica da bola de neve, elegeram-se as ACS como contato inicial para encontrar o ponto zero para constituição das redes, realizando a seguinte pergunta: Você poderia indicar uma mulher trabalhadora rural que utiliza este serviço de saúde? Assim sendo, no presente estudo, o ponto zero foi a mulher trabalhadora rural representante da comunidade, constituindo-se alguém com amplo conhecimento dos componentes da colônia. Em seguida, por meio da bola de neve, esta mulher trabalhadora indicou a segunda participante, e, assim, ocorreu a composição sucessivamente.

Segundo Meihsy e Searight (2020), para constituição das redes, podem-se utilizar redes menores ou sub-redes que auxiliem na especificação do tema e tragam à tona outros fatores importantes para objetivo do estudo. Alberti (2013) também considera importante entrevistas temáticas com outros atores e testemunhas, que seriam, com isto, tomados como unidades qualitativas, justificando o investimento de transformar em entrevistados outros atores no decorrer da pesquisa. Diante disso, diferentemente da proposta inicial da presente investigação, que estabelecia o estudo com as mulheres trabalhadoras usuárias da ESF, o desenvolvimento da proposta redirecionou a composição da amostragem devido à possibilidade de abranger maior compreensão do objeto do estudo.

Elencam-se, portanto, como sub-redes, as agentes comunitárias pertencentes à ESF, e a escolha pela inclusão das mesmas também como colaboradoras foi baseada nas falas das mulheres trabalhadoras rurais ao longo da coleta de dados, que enfatizaram a importância do seu apoio na busca de cuidado à saúde, o que fez com que elas se tornassem, portanto, um investimento como atores imprescindíveis para análise das suas trajetórias assistenciais.

Por conseguinte, nesta investigação, constituíram-se como nossas colaboradoras as redes de trabalhadoras rurais e as sub-redes formadas pelas agentes comunitárias de saúde pertencentes à ESF do estudo.

### ***5.1.1 Vivências e Inserção no Campo de Pesquisa: O Itinerário da História do Projeto***

Nesta tese, com base em Meihsy e Seawright (2020), serão descritos os passos dados para a constituição da pesquisa, denominada história do projeto. Segundo os autores:

A história do projeto deve apresentar os pontos de partida, os momentos de flexibilidade e alterações, revelando o caminho desde as ideias que lhe deram origem até os primeiros registros de escrita, bem como as demais modificações ao longo do trajeto (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020, p. 39).

Logo, esta investigação é resultante de uma série de reflexões desenvolvidas no grupo de pesquisa coordenado pela Profa. Dra. Maria José Menezes Brito. Entre as pesquisas, destacam-se o projeto científico denominado a “Influência da prática profissional da equipe e de gestores no contexto da atenção primária à saúde nas condições de saúde da população negra” e o projeto guarda-chuva, denominado “Prática Profissional no contexto da RAS sob o prisma dos valores éticos e morais e do sofrimento moral”.

Nesse grupo, pude fortalecer parcerias e produzir trabalhos com professores e pesquisadores com foco nas populações vulneráveis, com vistas ao avanço nas políticas públicas e na gestão do cuidado em saúde. Nesse caminhar, surgiu a oportunidade de pensar na população rural considerando os processos de vulnerabilidades e invisibilidades nos grupos que nela habitam.

As inquietações foram alavancando no crescente investimento na construção do conhecimento, permitindo o encontro com o referencial de pesquisa do IT e trajetórias assistenciais. Vislumbra-se seu potencial ao examinar estudos que tiveram a sua análise baseada na atenção primária à saúde (BELLATO; ARAUJO; CASTRO, 2008; GERHARDT, ROTOLI; RIQUINHO, 2008; SILVEIRA *et al.*, 2008; TAVARES; BONET, 2008). Esses estudos foram capazes de explorar as redes de apoio social formadas na busca de cuidados, revelando elementos importantes da organização e funcionamento dos serviços de saúde por meio da expressão dos usuários. Igualmente investigaram a rotina desses usuários e a interação com os atores nos serviços de saúde, permitindo apresentar aos gestores e profissionais de saúde novos primas para resolver os dilemas e o impacto produzido em suas vidas.

Direcionada para a formação no doutoramento, cursei disciplinas obrigatórias e não obrigatórias a fim de aprimorar o conhecimento relativo ao empreendimento da pesquisa qualitativa. Entre as disciplinas que me permitiram o aprimoramento, inclui-se principalmente a de “Seminários de Pesquisa em Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem” na qual vivenciei a oportunidade de perceber a riqueza e a potencialidade do uso da história oral, principalmente no que se refere à possibilidade de ter acesso ao que há de íntimo em uma comunidade e no sujeito histórico.

Durante o período da construção do projeto de pesquisa, pude descobrir as possibilidades da história oral como método de pesquisa, principalmente por colocar na

perspectiva a valorização da diversidade social, do caráter democrático e da produção de conhecimento frente ao desafio da transformação social. Dessa maneira, através desse método, poderia dar voz a grupos, que se inscrevem socialmente por meio de suas histórias até então pouco expostas e, assim, evidenciar aspectos de atuação social, política, cultural e econômica (MEIHY; RIBEIRO, 2020).

O projeto desta pesquisa transitou por etapas antes de ser executado, sendo a primeira a participação na disciplina “Seminários de Pesquisa em Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem”, na qual a leitura do projeto foi realizada por discentes e professores da linha de pesquisa “Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem”. Tal disciplina apresentava avaliação e discussão sobre a produção do projeto de pesquisa, sendo aprovado pelos professores responsáveis.

Logo após essa etapa, antes de ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG), o projeto deveria ser encaminhado para avaliação na Câmara Departamental da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG). Após aprovação (ANEXO A), foi necessário executar o outro momento, sendo concedida a autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para inserção no cenário da pesquisa (ANEXO B). Por fim, houve a última etapa, o envio e a aprovação do COEP-UFMG (ANEXO C).

Tendo percorrido tal trajetória para execução desta pesquisa, cabe destacar o imprevisível contexto de pandemia de COVID-19 que se desdobrou como um grande desafio para a humanidade. Esse cenário, permeado de incertezas, repercutiu intensamente na saúde das pessoas, principalmente em razão do seu potencial de gravidade, impactando as camadas mais profundas do ser humano, tal como influenciou a operacionalização deste trabalho para uma formação singular como pesquisadora.

Concorda-se com Meihy e Holanda (2019) ao posicionarem a história oral como uma solução moderna disposta a influir no comportamento da cultura e com sensibilidade humana em um determinado contexto. Nesse caminho, Meihy e Seawright (2020) descreveram que toda aventura de história oral carrega um caminho que deve ser contado, pois, apesar do projeto como essência, as eventuais transformações no andamento da execução devem ser relatadas. Os acontecimentos imprevisíveis do processo de entrevistas acabam por possibilitar novas inclusões ou mudanças de rumos, que atendem à cadência de combinações dos procedimentos e determinam novas abordagens (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

Diante disso, a proposta inicial do projeto era utilizar a história oral de vida como gênero de apreensão das narrativas, porém, com as mudanças ao longo desse percurso, considera-se a

história oral temática como melhor opção para captação das narrativas, principalmente pela possibilidade de utilização de questionários ou roteiros de entrevistas contextualizados e capazes de inscrever os tópicos principais em análises para o narrador (MEIRY; RIBEIRO, 2020). Ainda segundo os referidos autores, as entrevistas temáticas combinam elementos de história oral de vida, e, nesses casos, o que se busca é o enquadramento de dados objetivos do narrador mesclando com situações vivenciadas. Por conseguinte, as informações ganham mais vivacidade.

Outro desafio neste estudo foi o processo de se fazer história oral em meio a esse cenário de pandemia, visto que seus pesquisadores afirmavam a importância das entrevistas na presença física, dialógica, o “olho no olho” (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). Perante isso, sublinha-se que o projeto havia sido aprovado pelo COEP-UFMG; entretanto não foi permitido realizar a pesquisa, pois a região leste do sul de Minas Gerais, composta pelas microrregiões onde seria desenvolvido o estudo, ficou classificada na Onda Roxa do Programa Minas Consciente, provocando um nível maior de restrição de circulação de pessoas para conter o avanço da pandemia.

Contudo, no mês de abril de 2021, recebemos um comunicado atestando que a microrregião havia sido novamente reavaliada pelo programa Minas Consciente, regredindo para a classificação denominada Onda Vermelha no programa Minas Consciente, viabilizando o início do estudo.

Posteriormente, realizou-se o contato com a enfermeira gestora responsável pela ESF do estudo para planejamento da inserção no campo de pesquisa. Nesse momento, houve o acolhimento e apoio para execução da pesquisa, pois a gestora compreendeu a importância do estudo principalmente no que se refere aos resultados para melhoria da qualidade da gestão para a comunidade rural. Para seleção das colaboradoras, seguindo a proposta do estudo, houve uma apresentação da pesquisa para as ACS que atendem as mulheres trabalhadoras do território de abrangência da ESF. Salienta-se que prontamente se disponibilizaram para o acesso a essas mulheres, visto que suas residências se localizavam a 26 quilômetros de distância, entre ida e volta, da estrutura física da sede da ESF.

Atendendo às propostas do estudo, as entrevistas seriam realizadas em seus domicílios, a fim de cumprir rigorosamente as medidas de segurança sanitária, e, por conseguinte, seria possível atingir o propósito de se aproximar das colaboradoras e de seu contexto de vida. Seguiu-se Meihy (2005), que descreve que, para a gravação das entrevistas, é necessário também um espaço de privacidade, conforto e de fácil acesso para o estabelecimento do processo de colaboração.

Dito isso, cabe destacar que a técnica da bola de neve foi fundamental ao somar a possibilidade de incluir as agentes comunitárias como informantes-chaves para a pesquisa. Desse modo, uma das agentes comunitárias generosamente e com permissão da gestora se prontificou a colaborar para ir ao encontro das mulheres trabalhadoras rurais, justamente pelo conhecimento dos seus modos de vida e principalmente por conhecer a localização das suas residências, visto que não havia internet na região e era impossível o uso do localizador, além do fato de a maioria das mulheres trabalhadoras em foco não possuírem endereço. Enfatiza-se que, nesse momento do trabalho de pesquisa, realizei os primeiros registros do caderno de campo, sobre o acolhimento da equipe da ESF e a importância fundamental de suas atividades na Saúde da Família, sendo esses profissionais potentes produtores de cuidado principalmente por conhecerem intimamente a sua população.

Para escolha do ponto zero, fez-se de acordo com Meihy (2005) ao discorrer sobre a questão de a primeira informante ter um profundo conhecimento sobre a comunidade. Logo, a primeira escolhida foi a representante da comunidade rural usuária da ESF do estudo. Para ir ao encontro dessa trabalhadora, foi necessário percorrer 26 quilômetros de estrada de terra de chão entre ida e volta da estrutura física da unidade e o local da sua residência na comunidade.

Após essa trabalhadora rural, foi possível iniciar a formação das redes de colaboradoras. O contato entre as redes foi realizado conforme a técnica da bola de neve, por meio da indicação de cada colaboradora. Considerando que suas casas distavam cerca de quinhentos metros a três quilômetros uma da outra, utilizei, para os encontros, o carro próprio, possibilitando o ritmo para realização em média de duas entrevistas por dia de acordo com a possibilidade da colaboradora.

É importante demarcar que esse período se desdobrou em um outro momento importante do contexto da mulher trabalhadora do campo que foi o período da colheita de café. Por ser uma fase importante para todas as famílias rurais, a grande maioria se organiza para ir para as lavouras que se localizavam a longas distâncias de suas residências. Essas famílias ficavam durante o dia todo na colheita e retornavam para casa somente ao anoitecer; desse modo, foi necessário agendar o horário previamente com a colaboradora. Destaca-se que esse período de colheita de café é aquele em que conseguiam maior renda para manter suas famílias ao longo do ano.

Assim, a colaboradora indicava outra que, provavelmente, não estaria participando da colheita de café, ou aquela que só colhia café em um determinado período do dia. Esse processo foi interessante porque as mulheres sabiam umas sobre as outras, confirmando o forte elo existente na comunidade. Conforme a indicação, logo em seguida eu me dirigia a outra

residência, apresentando minha formação, a proposta de pesquisa e o agendamento para o próximo encontro. Contudo, algumas colaboradoras aceitavam realizar as entrevistas no mesmo dia da apresentação, possibilitando um ritmo mais rápido das entrevistas. Salienta-se que todas as colaboradoras aceitaram participar da pesquisa, o que me tocou profundamente no sentido de que essas mulheres queriam narrar suas vivências, revelando coragem, grandiosidade e sensibilidade.

Vários foram os momentos de emoção que se desdobravam em choro, sorriso, alegrias, tristeza, indignação, percebendo que a escolha da ferramenta teórica e metodologia permitia romper o silenciamento de iniquidades sociais. As mulheres trabalhadoras rurais seguiam selecionando e reinventando histórias no enfrentamento de dores e desafios das questões culturais, políticas e sociais na experiência do adoecimento e busca de cuidado em saúde.

Conforme as entrevistas ocorriam, tornavam-se conhecidas as questões profundas que perduraram por tanto tempo na memória dessas mulheres. Como pesquisadora, havia me dedicado ao aprofundamento do conhecimento acadêmico, porém, durante as entrevistas, várias questões que eu não conhecia vinham à tona e percebia que a história oral permitia acessar memórias e revelar partes densas de suas vidas. As narrativas tornavam-se coletivas, a partir do momento que se repetiam várias questões complexas como injustiças, revolta e desafios de se trabalhar no campo. Cada entrevista despertava um entusiasmo, o desejo de se aprofundar em suas trajetórias.

No registro do caderno de campo, recheado de várias reflexões, a insegurança estava atrelada ao fato de o receio de não conseguir captar e mergulhar nos encontros do processo de colaboração. Em um dos registros, descrevi o impacto com a realidade não só dessas mulheres, mas também com essa população rural, que vive em um contexto e modo de vida singular e que, dentro dessa singularidade, há tamanha diversidade.

Durante todo esse período de doutoramento, deparei-me com meu maior desafio, pela necessidade de mergulhar nessas histórias, e, ao mesmo tempo, havia a responsabilidade de como abordar toda essa diversidade em forma de conhecimento científico. O meu desejo era de conseguir descrever tudo o que observava como pesquisadora, porém já estava ciente de que este trabalho seria como semente para que outros pesquisadores pudessem explorar esse contexto, porque, no doutoramento, não seria possível dar conta dessa dimensão.

Desse modo, pude vislumbrar a potência da história oral, pois, a cada entrevista, várias questões iam emergindo e se relacionando com a perspectiva teórica-conceitual. Além disso, a história oral também me permitiu aprofundar em outros caminhos, necessidades, gatilhos,

ações, para analisar outros pontos nos percursos das mulheres trabalhadoras rurais para acessar as redes de atenção à saúde.

A força dessas ferramentas teóricas e metodológicas foi como um encontro que só foi possível por meio de minha orientadora e coorientadora que aceitaram o desafio de me lançar nesse cenário. Apesar de muitos pesquisadores descreverem o processo do doutoramento como sendo solitário, percebi que não se faz pesquisa sozinha, e há várias mãos que ajudam na construção dessa investigação, principalmente no que se refere às mulheres. Outra observação foi na execução da pesquisa qualitativa, que permite elucidar partes do ser humano até então desconhecidas pela ciência; com isso, ampliaram-se as possibilidades para a construção do conhecimento científico, tornando-se uma prazerosa trajetória.

Durante a validação das cartas de cessão, realizei o registro no caderno de campo em que constava o acolhimento na residência dessas mulheres. Ganhei mel, própolis, ofereceram-me almoço, café, preocupavam-se comigo como se preocupa com uma filha. E relatei o desejo de conseguir transcrever toda a riqueza vivenciada de uma maneira que seja à altura dessas mulheres. Portanto, tornou-se outro grande desafio a produção de conhecimento que resultasse em impacto social para melhoria nas condições de vida, trabalho e saúde dessas colaboradoras.

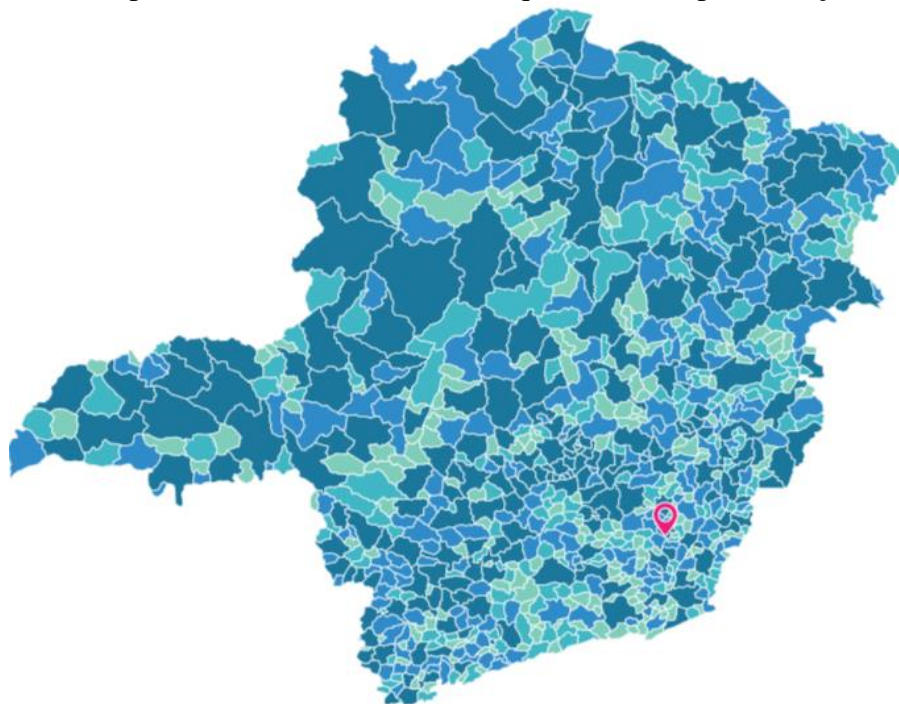
Contribuindo para o alcance do objetivo, também foi levada em conta a percepção das ACS pertencentes à ESF, elencadas neste estudo como sub-redes. Para a inclusão das agentes comunitárias, foi solicitada a autorização para SMS do município do estudo (ANEXO B), e, posteriormente, o estudo foi submetido novamente ao COEP-UFMG para inclusão de novos participantes na pesquisa, sendo aprovada no dia 24 de julho de 2021.

As entrevistas foram agendadas e realizadas com as agentes comunitárias que realizavam atendimento rural na ESF do estudo, no mês de agosto de 2021. Durante o período das entrevistas, foram observados e registrados, no caderno de campo, o forte vínculo e a angústia nas narrativas das agentes comunitárias sobre as mulheres trabalhadoras rurais. Nesse aspecto, desvelou-se também a revolta com a dificuldade e escassez de recursos para o atendimento no território. Além disso, observaram-se o interesse e a importância da participação das agentes comunitárias na presente investigação, visto que se demonstraram atentas e conhecedoras das particularidades e vivências que perpassam a vida das mulheres trabalhadoras rurais.

### ***5.1.2 A Região de Estudo: o Lugar de vida e de saúde das Mulheres colaboradoras da pesquisa***

O município de Viçosa, em Minas Gerais (MG), está localizado entre as Serras da Mantiqueira, do Caparaó e da Piedade, com uma área territorial de 299,418 km<sup>2</sup> e com uma população de 85.119 de habitantes, sendo que, destes, 4.915 são residentes na zona rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017, 2021). A cidade de Viçosa limita-se ao norte com os municípios de Teixeiras e Guaraciaba; ao sul com Paula Cândido e Coimbra; a leste com Cajuri e São Miguel do Anta; e a oeste com Porto Firme. É formada pela cidade-sede e por três distritos: Cachoeira de Santa Cruz, São José do Triunfo e Silvestre, e por cerca de 60 bairros. O município conta com água tratada, energia elétrica, esgoto, limpeza urbana, e seu Índice de Gini é de 0,5628 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Na figura 8, apresenta-se a localização do município de Viçosa em relação ao estado de Minas Gerais.

Figura 8 - Mapa de Minas Gerais com destaque no município de Viçosa



Fonte: IBGE (2021).

É importante enfatizar que Viçosa se destaca como município com população rural, principalmente por possuir a sede das filiais da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) e da Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais (EPAMIG). A

EMATER é a maior empresa pública do setor no Brasil, fundada em 1948 e vinculada à Secretaria de Estado de Agricultura e Pecuária. Sua missão é promover o desenvolvimento sustentável, por meio de assistência técnica e extensão rural, assegurando a melhoria de qualidade de vida dos trabalhadores do campo. A EPAMIG é a principal instituição de execução de pesquisa agropecuária de Minas Gerais e tem a finalidade de desenvolver pesquisas e experimentações relacionadas direta e indiretamente com a agropecuária. Ademais, constitui-se como principal instrumento de execução das atividades de pesquisa agropecuária no estado de Minas Gerais.

Para analisar as trajetórias assistenciais, elegeram-se, como cenário deste estudo, os domicílios das mulheres trabalhadoras rurais, localizados no distrito denominado Cachoeira de Santa Cruz, mais conhecido como Vila da Cachoeira de Santa Cruz do município de Viçosa (MG), com a população total de 1.947 cidadãos. Segundo a Lei n.º 457, de 08 de abril de 1985, o distrito de Cachoeira de Santa Cruz está localizado na zona rural, entre 26 km de ida e volta até o centro da cidade de Viçosa (MG), e possui perímetro urbano do tamanho igual a 2,5 km (dois quilômetros), sendo o centro deste distrito a Igreja do Santo Antônio.

A comunidade conta com uma praça, um campo de futebol, uma quadra poliesportiva, dois espaços para realização de festas, uma igreja católica, quatro igrejas evangélicas e vários bares que se caracterizam como áreas de lazer. No distrito, não há áreas de favelas, cortiços em seus limites, porém algumas áreas do distrito são consideradas de maior vulnerabilidade social. O transporte público é diário, mas apresenta limitação de horários, o que dificulta o deslocamento dos moradores até o município de Viçosa. As linhas oferecidas pela empresa União são Cachoeirinha x Rodoviária; Cachoeirinha x Acamari; Rodoviária x Cachoeirinha; já na zona rural, existe disponibilidade de ônibus três vezes na semana (AZEVEDO; PIRES, 2022).

A escolha dessa localidade para o desenvolvimento deste estudo se deu por ser uma área distante geograficamente da sede do município. Além disso, a escolha desse distrito se deu em virtude da diversidade e heterogeneidade de grupos sociais e sistemas produtivos, e da existência de comunidades habitadas por nativos da região, com origem na zona rural, tendo a agricultura e extrativismo como forma de sobrevivência, como a produção de café, a horticultura e a criação de pequenos animais.

O distrito rural tem em sua sede administrativa maior concentração da população, visto que o território se apresenta mais ordenado, com domicílios próximos uns dos outros e fácil acesso da população às unidades de saúde. Desse modo, a área de abrangência da ESF é composta pelo território onde se localiza a sede do distrito e pelas áreas rurais que compõem o

distrito. Quanto ao serviço de saúde, a comunidade dispõe da ESF denominada “Cachoeirinha”, distribuída em 04 microáreas, totalizando uma população adscrita de 1.682 pessoas, dividida em área urbana e área rural. São pertencentes ao distrito as seguintes comunidades: Córrego Fundo, Silêncio, Pedreira, Deveras, Santa Tereza, Cascalho, Caratinga, Travessa Sebastião Egídio, Travessa Divino Gonçalves (AZEVEDO; PIRES, 2022).

As comunidades rurais atendidas pela ESF são: Cascalho, Santa Tereza, Silêncio, Córrego Fundo, Pedreira e Deveras. Estas ficam 26 km entre ida e volta da unidade, em estrada de terra. A unidade conta com um local para realizar o atendimento *in loco* para a comunidade, que consiste em uma escola desativada na comunidade de Silêncio (AZEVEDO; PIRES, 2022). Os atendimentos são realizados às quartas-feiras, no horário de 7:00h às 13:00h, contudo, durante a realização desta pesquisa no período de pandemia de COVID-19, os atendimentos rurais foram suspensos. Cabe destacar que as mulheres trabalhadoras deste estudo moravam entre as comunidades de Silêncio e Pedreira, conforme apresentado na figura 9.

Figura 9 - Mapa da área de abrangência



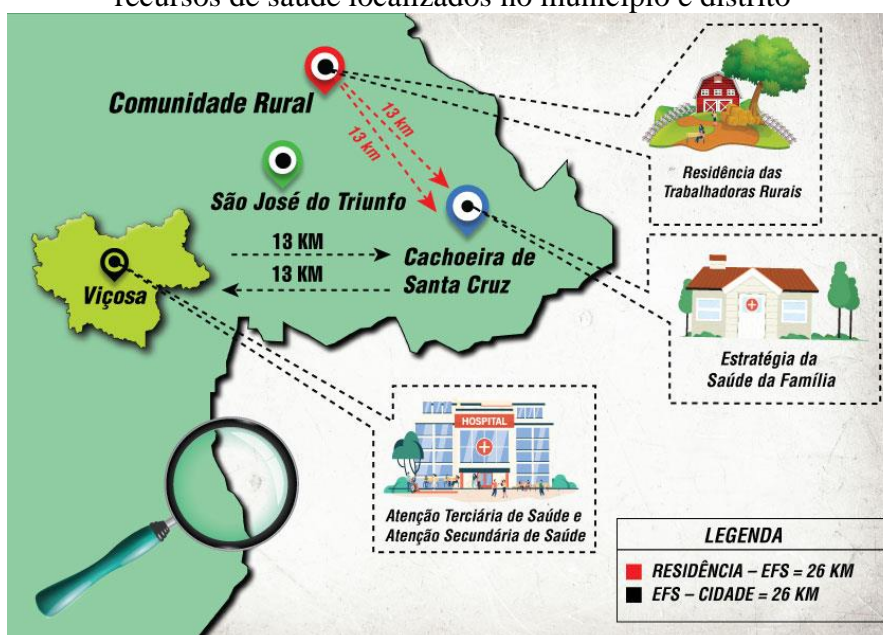
Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

As comunidades Silêncio e Pedreira estão localizadas na microárea 1, sendo que, na comunidade Silêncio, encontra-se o espaço para o atendimento de todas as comunidades rurais pertencentes à área de abrangência da ESF. A composição da equipe da ESF de “Cachoeirinha” dispõe de uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, uma médica, um dentista e um técnico em saúde bucal, quatro agentes comunitárias, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços gerais e um agente de endemias.

O distrito dispõe apenas dessa ESF para atendimentos de saúde, e, quando se faz necessária a realização de consultas especializadas e exames, os pacientes são encaminhados para a Unidade de Atenção Especializada em Saúde, onde o atendimento é vinculado à UFV, ao Consórcio Intermunicipal de Saúde, ao Centro de Atenção Especializada, aos laboratórios conveniados ao SUS e aos hospitais para atendimento de urgência/emergência e internações hospitalares (AZEVEDO; PIRES, 2022).

Todos esses serviços estão situados no município de Viçosa, sendo o distrito de São José do Triunfo um ponto de apoio devido à maior proximidade, utilizado pela maior parte da população para os serviços de laboratório e farmácias. Em todos os serviços supracitados anteriormente, a marcação é realizada pela enfermeira gerente da unidade (AZEVEDO; PIRES, 2022). Apresenta-se, na figura 10, a relação da região e distribuição dos recursos, bem como o lugar de vida dessas mulheres.

Figura 10 - Apresentação da comunidade rural onde residem as mulheres do estudo até os recursos de saúde localizados no município e distrito



Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

A seguir encontram-se as figuras 11 e 12, com imagens registradas pela pesquisadora das estradas percorridas para o encontro com as mulheres trabalhadoras rurais em seus territórios.

Figura 11 - Estrada localizada próxima à residência de mulher trabalhadora rural



Fonte: Arquivo da Pesquisadora (2021).

Figura 12 - Estrada percorrida pela pesquisadora



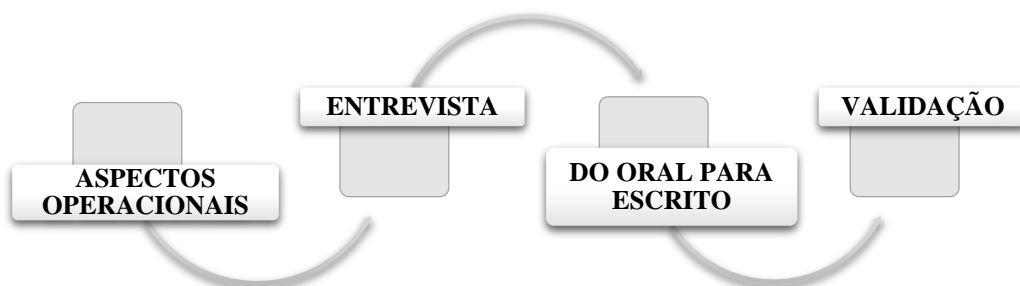
Fonte: Arquivo da Pesquisadora (2021).

O distrito de Cachoeira de Santa Cruz conta com uma malha viária com vias que permitem a locomoção de sua população para os municípios de Viçosa, São Miguel do Anta, Canaã e distrito de São José do Triunfo. Também há uma estrada não pavimentada que liga o distrito à cidade de Cajuri e Coimbra. Além disso, há áreas rurais cobertas pela UBS de Cachoeirinha que são bem próximas ao município de Teixeiras, sendo essa cidade bastante frequentada por alguns moradores (AZEVEDO; PIRES, 2022).

## 5.2 Aspectos Operacionais

Segundo Meihy (2005), os aspectos operacionais da história oral, conforme descritos na figura 13, especificam a operacionalização da pesquisa em si, detalhando a entrevista que inclui a tradução, transcrição e transcrição; o estabelecimento do *corpus* documental, conferência do produto escrito, arquivamento do trabalho realizado e, sempre que possível, a publicação dos resultados.

Figura 13 - Aspectos operacionais da pesquisa



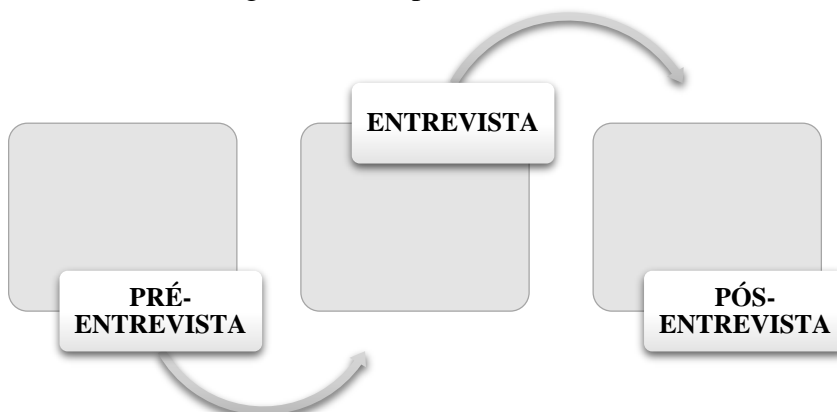
Fonte: Elaborada pela autora (2023).

### ***5.2.1 Técnica para produção do material empírico e construção do corpus documental***

O percurso metodológico para analisar as trajetórias assistenciais das mulheres trabalhadoras rurais tomou como base fundamental a história oral, mais especificamente a História Oral Temática, guiada por um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE A e APÊNDICE B) e pelo caderno de campo (APÊNDICE C) para registro das observações como emoções, gestos, expressões faciais, silêncios e situações significativas, o que permitiu o aprofundamento no universo das narrativas das colaboradoras.

Nesse sentido, durante a realização das entrevistas, foram seguidas, segundo Meihy (2005), as etapas, a saber, Pré-entrevista, Entrevista e Pós-entrevista, de acordo com a figura 14 a seguir.

Figura 14 - Etapas das Entrevistas



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

De acordo com Meihy (2005), a chamada Pré-entrevista corresponde à fase de preparação para o encontro no qual ocorrerá a gravação, e é relevante que as pessoas a serem entrevistadas conheçam o projeto e o âmbito de sua participação. Nesta etapa, também são importantes o preparo dos equipamentos, como o gravador, e as negociações sobre o local da entrevista, como dia, horários e tempo de entrevista convenientes. Nesse sentido, fazem-se necessários sempre o respeito ao processo de negociação e a aceitação de eventuais limitações do entrevistado permitindo adequadas condições para a performance da entrevista (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

Dessa maneira, na etapa da pré-entrevista deste estudo, esclareceram-se às colaboradoras os objetivos da pesquisa, enfatizando a importância da sua participação para o trabalho, tal como foi informado sobre a utilização do gravador de voz para registro das entrevistas, tomando os devidos cuidados para garantir o anonimato. Além disso, nesta etapa, foi elucidado que as medidas de segurança com relação a COVID-19 seriam seguidas.

Segundo Meihy e Seawright (2020), é importante buscar boa qualidade para gravação dos áudios, pois interrupções e impedimentos podem distrair a concentração do pesquisador, dessa forma o local para realização das entrevistas é evidentemente importante. Assim, foram agendados o dia e o melhor horário para realização da pesquisa no domicílio das mulheres trabalhadoras rurais e na ESF com as ACS. Cabe destacar que, para a escolha do local onde seria realizada a entrevista, foram sugeridos espaços com maior ventilação, proporcionando um distanciamento mínimo de 2 metros, a fim de atender às medidas de segurança contra a COVID-19.

Todas as colaboradoras abordadas aceitaram prontamente participar do estudo, sendo os locais das entrevistas entre varanda, sala e cozinha de suas residências. Além disso, todos os cômodos escolhidos apresentaram excelente ventilação natural, permitindo a devida segurança para a execução da entrevista. Para as agentes comunitárias, o local escolhido foi uma sala privativa da ESF, permitindo manter as medidas de segurança.

A segunda etapa corresponde à entrevista propriamente dita, segundo Meihy (2005), a qual demanda cuidados técnicos e éticos, estabelecendo o processo de colaboração sendo caracterizada pela relação empática entre o oralista e colaborador. Trata-se de um momento democrático por excelência, pois o entrevistado oferece opinião, sensibilidade e visão de mundo; logo, o entrevistador deve desenvolver a escuta sensível, na plenitude do esforço, envolvendo interesse e atenção (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

Nesta etapa, antes de iniciar a entrevista, realizou-se a leitura do TCLE (APÊNDICE D e APÊNDICE E), informando às colaboradoras que a pesquisa oferece riscos mínimos, e, para

minimizar esses riscos, a pesquisadora foi treinada para realizar a entrevista, deixando claro para as colaboradoras e no TCLE que a entrevista poderia ser interrompida a qualquer momento. Foi requerida a assinatura de duas vias do TCLE, utilizando uma caneta higienizada com álcool 70% cedida pela pesquisadora.

A entrevista foi realizada por meio das perguntas de corte que asseguram o ponto de partida de acordo com a temática escolhida no trabalho. Dessa maneira, a pergunta de corte utilizada para as trabalhadoras em foco foi: Me conte como você busca cuidados de saúde; Me conte quem são as pessoas que você busca quando precisa de cuidado de saúde; Me conte os caminhos que você precisa percorrer quando precisa de cuidado de saúde. Além disso, foi utilizado o roteiro de apoio para conduzir as entrevistas, totalizando quinze entrevistadas. Para as agentes comunitárias, a pergunta de corte foi: Me conte como você percebe a busca de cuidado das mulheres trabalhadoras rurais. Cabe destacar que uma das agentes comunitárias da ESF estava de licença-maternidade, logo, totalizaram-se três entrevistas.

Conforme Minayo (2017), em relação a esse total, é importante destacar que o estudo aqui proposto não buscou representatividade numérica, mas sim um aprofundamento da temática. Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2021, e as entrevistas duraram entre mínimo de 30 minutos e máximo de 60 minutos dependendo de cada colaboradora, sendo registradas em um gravador de voz.

O terceiro momento, denominado pós-entrevista, serviu para manter a continuidade do processo e estabelecer o contato com a colaboradora após a entrevista. Assim sendo, foi registrado contato telefônico das colaboradoras, bem como foi apresentada a Carta de Cessão (APÊNDICE F), explicando que as entrevistas seriam transcritas e, posteriormente, devolvidas para que elas pudessem verificar suas narrativas, e que esse documento seria utilizado no momento final de legitimação dos textos, para realizarem ajustes e autorizar ou não a divulgação dos relatos (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

Segundo Meihy e Seawright (2020), considerando o *corpus* documental como polo analítico e suporte estrutural da pesquisa, frisou-se que o processo de elaboração das entrevistas seguiu história oral plena analítica, sendo as entrevistas das redes e sub-redes das colaboradoras fundamentais para a constituição do documento. Para constituição do *corpus* documental das mulheres trabalhadoras rurais e das agentes comunitárias desta investigação, utilizaram-se as entrevistas gravadas além de anotações feitas no caderno de campo a partir da observação participante com o objetivo de aprofundar no material e atingir o objetivo proposto pela pesquisa.

O caderno de campo, conforme Meihy e Seawright (2020), é um registro imprescindível na pesquisa, o qual pode sugerir expectativas, intenções e motivações tanto da trajetória do projeto quanto das gravações realizadas. Entretanto, depois das entrevistas, os registros são comumente sobre impressões, experiências e os detalhes das performances da narrativa; com isso os diálogos das entrevistas importam para compreensão do percurso na constituição das redes e sub-redes.

Assim, para construção do *corpus* documental deste estudo, denominado como passagem do oral para escrito, as entrevistas com as colaboradoras foram submetidas às seguintes etapas: transcrição, textualização e transcriação, conforme a figura 15.

Figura 15 - Processo de construção do *corpus* documental



**Fonte.** Elaborada pela autora (2023).

A transcrição equivale à passagem dos enunciados orais para o código escrito o mais próximo possível de como foram emitidos. Nesta etapa, descrevem-se os sons e ruídos emitidos pelos narradores e gravados no gravador, prioriza-se a expressão coloquial, e acatam-se as variações da fala, repetições, equívocos que, na norma culta, não seriam aceitos (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

Nesta etapa, fui ouvindo cada entrevista e tomando todos os cuidados para reescrever todos os estímulos realizados por mim e as respostas das colaboradoras, identificando em negrito as minhas posições como pesquisadora, para colaborar na visualização para a próxima etapa.

A textualização se caracteriza como reordenamento das ideias emitidas pelo entrevistado independentemente da ordem, assim pode ocorrer o reescalonamento das frases. É nesta fase que se define o *tom vital* de cada entrevista, caracterizada pela escolha de uma frase concisa, explicativa, potente para dar sentido às mensagens emitidas pela colaboradora (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020). Nesse momento, realizei a escolha dos fragmentos que

caracterizassem o tom vital das trabalhadoras rurais e também das agentes comunitárias, representando a essência da narrativa dessas mulheres.

A transcrição é o documento final referendado pela colaboradora, caracterizada pela qualidade textual aperfeiçoada a partir da superação das fases anteriores. Assim, os autores descrevem sobre teatralização do que foi dito, recriando a atmosfera da entrevista para tornar o produto competente no que tange à comunicação de ideias, pensamentos, sentimentos (MEIHY; SEAWRIGHT, 2020).

Assim, considera-se todo esse processo como lapidação do material, que exige sensibilidade, técnica e aprofundamento nas narrativas; nesta fase, foram acrescentadas as anotações feitas no caderno de campo bem como ocorreu a organização dos fatos cronologicamente para dar sentido às narrativas.

E após o período de transcrição, ocorre a última fase denominada validação, na qual as colaboradoras conferem o texto produzido. Segundo Meihy e Ribeiro (2020), na referida etapa, a subjetividade determina o rumo dos fatos expostos nas entrevistas e são acertados pela conferência. O diálogo, logo, fica submerso ao pressuposto da vontade soberana do entrevistado.

Dessa maneira, todas as colaboradoras validaram o *corpus* documental e assinaram a Carta de Cessão, e apenas uma das trabalhadoras rurais pediu para realizar ajuste em um valor numérico no texto. Segundo Meihy e Seawright (2020), quando as colaboradoras escutam suas histórias, elas reconhecem a importância da expressão oral de suas memórias narrativas. Esse fato se confirma no que foi vivenciado em campo, visto que, ao ler o texto para as colaboradoras, algumas se emocionaram e também afirmavam, através de gestos, todo o texto apresentado.

Por fim, nesta pesquisa, tomaram-se cuidados especiais no que concerne ao anonimato, evitando, assim, a identificação pública das colaboradoras. De acordo com Meihy e Ribeiro (2020), para evitar constrangimentos, seja por questão de risco ou de necessidade de ocultação da identidade, deve-se mudar o nome da pessoa.

Na sequência, para garantir o anonimato, relacionei os nomes das trabalhadoras rurais com a letra E seguida do número cardinal correspondente a sua entrevista, sendo definido da seguinte maneira: E1 a E15. Para as agentes comunitárias, foi estabelecida a letra A seguida do número cardinal da entrevista, assim sendo: A1 a A3.

É válido sublinhar que, neste projeto, foi construída uma lista de acompanhamento de controles de acordo com Meihy e Ribeiro (2020), constando duas modalidades de ficha: uma

do projeto e outra das colaboradoras, constando seus dados, dados dos contatos, dados do andamento e acompanhamento das etapas de preparo do documento final.

### 5.3 Análise de dados do material empírico

Para análise do material, foi escolhida a técnica de análise de conteúdo, na perspectiva temática proposta por Bardin (2016). Segundo Bardin (2016), esta análise é feita através de um conjunto de técnicas de pesquisa de forma objetiva e sistemática, com a finalidade de interpretar e descobrir núcleos de sentido proporcionando uma comunicação para alcance do objetivo da pesquisa.

Bardin (2016) propõe que a sua operacionalização ocorra em três etapas que se sucedem cronologicamente definindo-as em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira é a fase de pré-análise e corresponde à organização sistemática do material. Nesse processo, seguem-se os seguintes pontos:

- a. a leitura flutuante, que estabelece o contato com os documentos, permitindo criar impressões e ideias. Assim, com base no aporte teórico e conceitual e na função das hipóteses emergentes, a leitura vai se tornando mais focada para alcançar os resultados do estudo;
- b. a análise do problema a ser pesquisado, escolhendo os documentos suscetíveis a fornecer informações para constituição do corpus da pesquisa, levando-se em consideração as regras da exaustividade, sendo analisados todos os elementos do corpus. Além disso, levam-se em conta a regra da representatividade para poder generalizar os desfechos e, finalmente, a regra da homogeneidade, ou seja, todos os documentos devem obedecer a critérios precisos de escolha;
- c. a definição das hipóteses e dos objetivos;
- d. a elaboração de indicadores, segundo o aporte teórico-conceitual e os objetivos planejados. Dessa forma, estabeleceram-se os indicadores temáticos e a frequência com que se apresentam no *corpus*. Assim, após esse processo, realizou-se a construção de indicadores precisos e confiáveis;
- e. a preparação do material, que, nesta pesquisa, incluiu a transcrição, textualização e transcrição autorizadas pelas colaboradoras, a numeração dos elementos do *corpus* e a preservação das gravações de áudio.

Posteriormente, ocorreu a segunda etapa denominada exploração do material, que, segundo Bardin (2016), consiste na transformação dos dados em conteúdos temáticos. Os dados foram, assim, agregados, estabelecendo temas e, posteriormente, os eixos temáticos. Salienta-se que, para esta fase, utilizou-se como instrumento operacional o software Atlas.ti, versão 9.1.4, possibilitando a organização, gestão e visualização dos dados (BRITO *et al.*, 2016).

Nesta fase, também foram realizadas a codificação e categorização. Segundo Bardin (2016), a codificação é a transformação dos dados do texto em unidades de registro, podendo ser palavras ou temas, sendo, neste trabalho, utilizados os temas que seguiram o aporte teórico e conceitual. Além disso, levaram-se em consideração a magnitude, densidade e frequência apresentadas nas codificações, incluindo, por fim, a unidade de contexto (redes), que permitiu compreender a significação exata da unidade de registro dentro do mundo real (BARDIN, 2016).

Finalmente, a terceira fase abarca o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos, permitindo ao pesquisador propor inferências segundo os objetivos previstos, assim como mencionar outros resultados não esperados (BARDIN, 2016).

Desde a primeira fase proposta por Bardin (2016), de pré-análise, a caracterização das colaboradoras foi inserida no software *Microsoft Excel*, e o material das entrevistas e caderno de campo foram transcritos no software *Microsoft Word*, sendo posteriormente inseridos no software *Atlas.ti 9*.

A presente tese de doutorado gerou 135 códigos, agrupados em 15 redes organizadas em três categorias analíticas que serão apresentadas no capítulo seguinte em formato de compilação de artigos científicos.

#### **5.4 Aspectos Éticos da Pesquisa**

A pesquisa de fenômenos complexos que acontecem no cotidiano da vida exige do pesquisador um rigoroso posicionamento ético, assim como toda pesquisa que envolve seres humanos. Nesse sentido, foram respeitadas as etapas metodológicas pelas observâncias éticas contempladas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos estabelecidas na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), atentando para o princípio de autonomia, confidencialidade dos dados, com o objetivo de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, às participantes da pesquisa e ao Estado.

Cabe ressaltar que este estudo também foi norteado pelos preceitos éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social através da Resolução n.º 580/2018 para pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS. O projeto foi avaliado e aprovado pela Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da EEUFMG e pelo COEP-UFMG (ANEXO A e ANEXO C).

A participação das colaboradoras foi voluntária, sendo reservado o direito de abandonar a pesquisa em qualquer etapa. As participantes e a pesquisadora assinaram o TCLE e a Carta de Cessão. Ademais, foram expostos às participantes os riscos relacionados ao constrangimento emocional diante das perguntas da entrevista pelo fato de se lembrarem de algumas situações emotivas e complexas no âmbito pessoal e laboral.

Diante da pandemia, durante a coleta de dados, a pesquisadora utilizou o Equipamento de Proteção Individual (EPI), respeitando as normas de segurança provenientes da OMS e as especificidades da Vigilância de Saúde local. Desse modo, a pesquisadora fez uso da Peça Semifacial Filtrante 2 (PFF2), sendo realizada a lavagem das mãos e antissepsia com álcool gel 70% no momento necessário, mantendo-se a distância de 2 metros das participantes do estudo durante as entrevistas.

Além disso, também foi oferecido o EPI às participantes do estudo, como máscara cirúrgica e álcool gel 70%. O TCLE e a Carta de Cessão foram assinados com a caneta higienizada com álcool 70% oferecidos pela pesquisadora. Por fim, os resultados oriundos da pesquisa serão divulgados por meio de periódicos e eventos científicos, bem como devolvidos para o gestor de saúde do município.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*“Enquanto eu tiver perguntas e não houver respostas, continuarei a escrever”*

(Clarice Lispector).

Neste capítulo, serão apresentados os resultados e a discussão desta investigação. Inicialmente, será descrito o relato de experiência baseado nas notas realizadas no caderno de campo no transcorrer da execução da pesquisa com as mulheres trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19. No segundo momento, será apresentada a caracterização das colaboradoras. Nesse seguimento, também será apresentado o perfil das agentes comunitárias que foram incluídas como colaboradoras para análise das trajetórias assistenciais das mulheres trabalhadoras do campo. No terceiro momento, apresentar-se-ão a síntese das principais evidências que emergiram das produções científicas e, por fim, as três categorias temáticas em formato de artigos científicos.

### 6.1 Trajetória da pesquisadora: experiência de se fazer pesquisa durante a pandemia de COVID-19

Primeiramente, este subcapítulo trata dos registros realizados no caderno de campo, que traduz a vivência como pesquisadora no contexto de pandemia de COVID-19. Percorri parte das trajetórias das mulheres trabalhadoras rurais, totalizando 1.377 quilômetros entre o período da coleta das entrevistas e aprovação das cartas de cessão, com o objetivo de promover esta pesquisa. Durante esta jornada, registrei meus pensamentos e reflexões sobre esse processo, buscando vivenciar a experiência que tive no processo de colaboração para acessar as memórias das referidas mulheres trabalhadoras.

Dessa maneira, como pesquisadora e enfermeira, lanço meu olhar, com apoio na bagagem ao longo do doutoramento, e busco encontrar as palavras adequadas para descrever o encontro com suas histórias:

Vamos ver um modo que eu consiga adentrar na realidade delas, deixa eu ver aqui [...]. Como uma tempestade de chuva que inunda, que enche as plantações e a chuva é necessária, ela nutre a terra, mas ela transborda as plantações, talvez seja isso o que eu esteja sentindo, no contexto de transbordar diante desse contexto. Está sendo um desafio enquanto pesquisadora, está sendo desafiador, porque eu me encontro entre o meu desejo de mergulhar nessas histórias e ao mesmo tempo com a responsabilidade

de como abordar, de como reproduzir toda essa diversidade em forma de conhecimento (Notas do Caderno de Campo).

Meu objetivo inicial era compreender o itinerário terapêutico das mulheres trabalhadoras rurais e as implicações no acesso à saúde. No entanto, diante do cenário, encontrei elementos que vão além desse itinerário. Assim, o impacto diante desse processo de construção do conhecimento se revelou:

Quando eu falo de Itinerários Terapêuticos, eu falo de caminhos, trajetórias, busca, percurso, necessidades, gatilhos, ações para encontrar os serviços de saúde, mas além dos serviços de saúde, encontram-se profissionais de saúde, e, além de encontrar profissionais de saúde, encontra-se o cuidado, e encontra-se o pensar em saúde (Notas do Caderno de Campo).

Explorar a compreensão do itinerário foi um processo trabalhoso, desafiador, contínuo. O itinerário não é construído sozinho, mas com uma rede de apoio que se manifesta na vida por meio da leitura de diferentes perspectivas de pesquisadores, que também se lançam com seus olhares e teorias para aprofundar essa pluralidade:

[...] foi um mergulho na literatura, um mergulho nos autores, um mergulho nos trabalhos, um mergulho no desafio de fazer pesquisa com itinerários terapêuticos (Notas do Caderno de Campo).

Assim, a experiência vivenciada durante o desenvolvimento desta pesquisa revelou-se como uma combinação de uma diversidade dentro da singularidade. Ademais, a utilização da metodologia da história oral possibilitou dar voz e vida a esse contexto. Então, essa experiência permitiu uma formação única como pesquisadora, por meio da potência da pesquisa qualitativa, que é capaz de captar questões entrelaçadas ao indivíduo:

[...] como se você quebrasse uma casca muito dura, a pesquisa qualitativa é isso. Você quebra uma casca muito dura, e a pesquisa qualitativa faz com que você vá lá, quebre aquela casca dura e traga pra fora partes do ser humano ou situações vividas até então desconhecidas pela ciência (Notas do Caderno de Campo).

Dessa feita, a busca por cuidados é um dos caminhos para obter respostas acerca dos motivos que impulsionam as pessoas em seus percursos nos serviços de saúde. Nesse contexto, torna-se evidente o papel fundamental da enfermagem nos diversos espaços de saúde:

[...] Qual espaço a enfermagem está buscando ocupar? São espaços públicos? De administração pública? São espaços de organizações privadas? A enfermagem precisa, necessita, deve urgentemente buscar ocupar o seu espaço, como uma profissão essencial na vida das pessoas (Notas do Caderno de Campo).

É importante ressaltar que, em meio a todo esse processo, ocorreu a interferência da pandemia de COVID-19, que evidenciou o protagonismo da enfermagem e suscitou reflexões relevantes:

Na verdade, esse é o momento politicamente, socialmente oportuno para que as autoridades olhem pra nossa importância e que a gente consiga alcançar alguns direitos como o piso salarial. Mas, nós vamos ficar dependendo do Estado? Nós vamos ficar dependendo sempre de órgãos políticos, Instituições Públicas, Instituições privadas? E o protagonismo da enfermagem? E a autonomia do enfermeiro? E o protagonismo da enfermagem dentro desse serviço essencial? Até quando? Até quando a enfermagem vai ficar nessa situação? (Notas do Caderno de Campo).

Atuar, então, como pesquisadora e enfermeira nesse cenário foi ainda mais significativo, pois, durante a coleta de dados nas residências dessas mulheres, precisei utilizar máscara PFF2 e oferecer a elas a máscara cirúrgica. Além disso, tive que disponibilizar o álcool em gel durante os momentos em que foi necessário compartilhar qualquer objeto. As observações registradas no caderno de campo estavam relacionadas ao fato de que essas mulheres optaram por realizar uma pesquisa em locais abertos e mantendo o distanciamento para evitar uma possível contaminação.

Durante a coleta de dados, devido ao uso de máscaras, houve dificuldade para captar as expressões faciais relacionadas as suas emoções. Diante disso, esforcei-me para estar mais atenta ao tom de voz durante as narrativas. Além disso, houve uma certa insegurança em estabelecer o processo de colaboração, o que exige que o pesquisador adote uma postura aberta para que as colaboradoras se sintam à vontade para acessar suas memórias e compartilhar suas experiências.

Essa insegurança está relacionada ao fato de o uso da máscara impedir a observação das expressões faciais das mulheres trabalhadoras rurais. Busquei, portanto, alternativas, como as expressões corporais, principalmente a expressão do olhar. Outrossim, tomei o cuidado de adotar um tom de voz acolhedor e receptivo, o que possibilitou atravessar as barreiras em direção ao encontro para a diversidade que se apresentou nesta trajetória como pesquisadora em contexto de pandemia de COVID-19:

Estou proporcionando visibilidade a um campo de conhecimento, no qual a enfermagem pode exercer o protagonismo. E também estou exercendo meu protagonismo aqui, que sejamos reconhecidos pela sociedade. Acho que é isso, um pouco do sentimento de hoje (Notas do Caderno de Campo).

## **6.2 Caracterização das mulheres trabalhadoras rurais**

O perfil socioeconômico das mulheres trabalhadoras rurais favorece a visualização de suas peculiaridades e inclui a compreensão sobre seu contexto de vida, trabalho e social, possibilitando reflexões acerca do território, contribuindo para a análise das suas trajetórias assistenciais.

Quadro 5 - Caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres trabalhadoras rurais do estudo. Minas Gerais, 2023

Colaboradora	Idade	Raça/Cor	Nível de escolaridade	Religião	Estado Civil	N.º de moradores no domicílio	N.º de filhos	Responsável pelo domicílio
E1	59	Amarela	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Separada	0	3	Própria
E2	50	Branca	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Casada	3	2	Companheiro
E3	53	Parda	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Casada	3	1	Companheiro
E4	65	Parda	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Casada	3	4	Companheiro
E5	41	Parda	Ensino Médio Incompleto	Católica	Separada	6	4	Companheiro
E6	56	Parda	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Casada	3	3	Companheiro
E7	32	Preta	Ensino Fundamental completo	Católica	Casada	4	2	Companheiro
E8	40	Indígena	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Casada	3	1	Companheiro
E9	40	Branca	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Casada	4	2	Companheiro
E10	49	Parda	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Casada	3	3	Companheiro
E11	60	Parda	Ensino Fundamental Incompleto	Evangélica	Viúva	2	4	Própria
E12	66	Parda	Sem Instrução	Católica	Casada	3	7	Própria
E13	43	Parda	Ensino Médio Incompleto	Católica	Casada	4	2	Companheiro
E14	58	Branca	Ensino Fundamental Incompleto	Católica	Casada	3	2	Própria
E15	60	Preta	Ensino Médio Completo	Católica	Solteira	0	0	Própria

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Das quinze mulheres trabalhadoras rurais, onze delas têm a idade entre 32 a 59 anos, sendo quatro com idade entre 60 a 66 anos. Na cor/raça, oito se autodeclararam pardas; duas, cor preta; três, brancas; uma se autodeclarou amarela; e outra, indígena. Observa-se que 80% dessas mulheres possuem o Ensino Fundamental Incompleto, sendo o restante distribuído no nível de escolaridade sem instrução, Ensino Fundamental Completo e Ensino Médio Completo. Nenhuma das participantes cursou o Ensino Superior.

No que se refere à religião, quatorze delas se denominaram católica, e somente uma, evangélica. No número de filhos, apresenta-se uma com nenhum filho, sendo o restante com um número entre um a sete filhos. Quanto ao estado civil, a maioria é casada, sendo duas separadas, uma viúva e uma solteira. Este dado não interferiu sobre os principais responsáveis pelo domicílio, pois, mesmo entre dez domicílios tendo como provedor o companheiro, há cinco mulheres que se denominaram como sendo as principais responsáveis pelo domicílio, sendo que duas delas moram sozinhas e para o restante havia entre duas a seis pessoas por domicílio.

Quadro 6 - Caracterização do perfil socioeconômico das mulheres trabalhadoras rurais do estudo. Minas Gerais, 2023

Colaboradora	Trabalho principal	Ocupação	Tipo de atividades	Benefício do governo	Renda Pessoal	Renda familiar
E1	Trabalhadora Rural	Aposentada	Feijão, milho e hortaliças	Não	R\$ 1.100,00	R\$ 1.100,00
E2	Trabalhadora Rural	Trabalhadora Rural	Milho, tomate e repolho	Bolsa Família	R\$ 0,00	R\$ 1.000,00
E3	Trabalhadora Rural	Trabalhadora Rural	Pimentão, tomate, milho, feijão e queijo	Não	R\$ 0,00	R\$ 200,00
E4	Trabalhadora Rural	Trabalhadora Rural	Café, milho e feijão	Não	R\$ 1.100,00	R\$ 2.200,00
E5	Trabalhadora Rural	Trabalhadora Rural	Tomate <i>grape</i> e hidropônico e alface hidropônico	Não	R\$ 0,00	R\$ 1.100,00
E6	Trabalhadora Rural	Trabalhadora Rural	Feijão, milho e criação de animais	Não	R\$ 1.100,00	R\$ 2.200,00
E7	Trabalhadora Rural	Trabalhadora Rural	Café, feijão, milho e tomate	Bolsa Família	R\$ 171,00	R\$ 500,00
E8	Trabalhadora Rural	Trabalhadora Rural	Café, feijão e milho	Não	R\$ 1.100,00	R\$ 4.000,00
E9	Trabalhadora Rural	Trabalhadora Rural	Produção de mel e café	Bolsa Família	R\$ 170,00	R\$ 500,00
E10	Trabalhadora Rural	Trabalhadora Rural	Café	Bolsa Família	R\$ 195,00	R\$ 600,00
E11	Trabalhadora Rural	Aposentada	Café, milho e feijão	Não	R\$ 1.100,00	R\$ 2.200,00
E12	Trabalhadora Rural	Aposentada	Café	Não	R\$ 1.100,00	R\$ 2.200,00
E13	Trabalhadora Rural	Trabalhadora Rural	Verduras, legumes e maracujá	Bolsa Família	R\$ 170,00	R\$ 1.100,00
E14	Trabalhadora Rural	Aposentada	Milho, feijão e café	Não	R\$ 1.100,00	R\$ 1.100,00
E15	Trabalhadora Rural	Aposentada	Maracujá, café e muda de plantas ornamentais	Não	R\$ 1.100,00	R\$ 1.100,00

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Entre as trabalhadoras rurais, cinco são aposentadas. O tipo de trabalho está relacionado, em sua maioria, com cultivo do café, feijão e milho, mas também inclui cultivo de hortaliças, verduras, legumes, frutas, plantas ornamentais, além da extração de mel e criação de pequenos animais. Para maior compreensão, dividiu-se a renda das mulheres em renda pessoal e a familiar. Dessas mulheres, cinco recebem Bolsa Família. No quesito renda pessoal, a despeito de trabalharem na agricultura, três delas não possuíam nenhuma renda; para quatro delas, a única renda é o valor do Bolsa Família; e o restante recebia um salário mínimo, sendo cinco delas relacionado à aposentadoria. Já a renda familiar variou entre 200 reais a 4.000 reais mensais por residência entre as colaboradoras.

Devido à distância da residência dessas mulheres da ESF do distrito do estudo, incluiu-se o acesso à internet e ao telefone nas suas residências. Desse modo, onze dessas mulheres têm rede de internet na residência, e quatro não possuem essa rede. Em relação ao sinal de telefone celular, somente cinco possuem sinal de telefone na residência. Destaca-se que três dessas mulheres não possuíam rede de internet de telefone em suas casas.

### **6.3 Caracterização das Agentes Comunitárias de Saúde da ESF**

Em relação às agentes comunitárias, as questões eram referentes à idade, que variou entre 33 e 48 anos. Acerca de raça e cor, uma se autodeclarou branca; outra, parda; e uma, preta. Em relação ao nível de escolaridade, duas possuem Ensino Superior Incompleto; e uma, Ensino Médio Completo. Por conseguinte, a respeito do estado civil, duas são casadas, e uma é solteira. Elas moram na comunidade entre 3 a 16 anos e trabalham como agentes comunitárias entre 10 e 16 anos, e especificamente na ESF do estudo, entre 3 a 16 anos.

Quadro 7 - Caracterização das agentes comunitárias do estudo. Minas Gerais, 2023

Agente Comunitária	Idade	Raça/Cor	Nível de escolaridade	Estado civil	Mora há quanto tempo no distrito	Quanto tempo trabalha nesta profissão	Quanto tempo trabalha na unidade
A1	33	Branca	Ensino Superior Incompleto	Casada	15 anos	11 anos	11 anos
A2	45	Parda	Ensino Superior Incompleto	Casada	16 anos	16 anos	16 anos
A3	48	Preta	Ensino Médio Completo	Solteira	3 anos	10 anos	3 anos

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

#### 6.4 Apresentação dos Artigos Científicos

A análise dos dados permitiu investigar as trajetórias assistenciais de mulheres rurais, que serão apresentadas em formato de três artigos científicos, a saber: “*No caminho da Estratégia da Saúde da Família: itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19*”. Para a construção desta categoria, optou-se pela apresentação de subcategorias:

- a. Um caminho a percorrer: desvelando o contexto e a organização da ESF no território;
- b. Entre medo e (des)atenção à saúde: visibilidade para as trajetórias das trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19.

A segunda categoria, intitulada “*Barreiras para acessibilidade aos serviços de saúde: história oral de mulheres rurais*”, é composta por duas subcategorias:

- a. Redes invisíveis: desafios de mulheres rurais para acessar o direito à saúde;
- b. Mulheres rurais entre barreiras: a distância para efetivação dos direitos à saúde.

Finalmente, a terceira categoria, “*Construindo pontes no território de saúde: rede de apoio social de mulheres rurais*”, está construída com base em duas subcategorias:

- a. Rede de Apoio Social formal e informal de mulheres rurais: tessituras para alcançar o cuidado de saúde no território;
- b. Construindo pontes entre as Agentes Comunitárias de Saúde e as mulheres rurais no território.

#### ***6.4.1 Síntese das principais evidências que emergiram das produções científicas***

Os resultados da presente tese foram organizados no formato de artigos científicos, em conformidade com a Resolução n.º 035 de 2018 do Colegiado de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Neste subcapítulo, buscou-se a articulação analítica dos artigos que compuseram os resultados da tese, com vistas a realizar a lógica de construção e a síntese de suas principais evidências, conforme apresentado no quadro 8:

Quadro 8 - Síntese das principais evidências dos artigos elaborados

(Continua)

ARTIGO	PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS	REVISTA
<p><b>1. No caminho da Estratégia da Saúde da Família: itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19</b></p>	<p>Neste artigo, foi possível revelar que a estrutura organizacional e administrativa não se efetivou para o território das trabalhadoras rurais. Outros achados relevantes foram os que se seguem:</p> <p>O itinerário terapêutico das trabalhadoras do campo permitiu elucidar a ESF como rede preferencial para a busca de cuidados à saúde e compreender o funcionamento e a organização desse serviço de saúde no território;</p> <p>Foram reveladas as especificidades desse meio rural, que refletiu a distância entre a unidade de saúde e o local de vida das trabalhadoras rurais;</p> <p>As trabalhadoras rurais escolhem a ESF assinalando a importância da valorização da APS para essa população do campo;</p> <p>Conclui-se que a pandemia de COVID-19 intensificou os desafios de acesso à saúde na ESF nesse território, retratando a urgência de ações para as populações vulneráveis em tempos de crise;</p> <p>Assegurar o direito à saúde implica não somente atender ao desenho institucional, mas determina maiores esforços da gestão para a promoção da atenção integral à saúde em território rural.</p>	<p>Artigo Publicado.</p>

Quadro 8 - Síntese das principais evidências dos artigos elaborados

(Continuação)

ARTIGO	PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS	REVISTA
<p><b>2. Barreiras para acessibilidade aos serviços de saúde: história oral de mulheres rurais</b></p>	<p>Neste artigo, revelou-se que as mulheres rurais tecem seus caminhos, com intuito de alcançar o cuidado de saúde, entretanto, encontram impactos de barreiras sócio-organizacionais e geográficas que acarretam desassistência de saúde. Outros achados relevantes foram os seguintes:</p> <p>Entre as barreiras de acessibilidade geográfica, realçam-se os deslocamentos inadequados e desestruturados, a escassez de transportes públicos e a grande distância percorrida para alcançar os serviços de saúde. Já com relação às barreiras para acessibilidade sócio-organizacionais, frisam-se a menor disponibilidade de serviços, o tempo de espera e os custos gerados para cuidado à saúde com transportes e alimentação;</p> <p>A contribuição da história oral permitiu visibilizar o protagonismo às mulheres rurais por meio de suas oralidades, provocando reflexões sobre a urgência de ações para efetivação dos direitos à saúde para essa população, para que ocorra, principalmente, a minimização da distância para a efetivação não só da acessibilidade aos serviços, mas, também, para a atenção a sua saúde;</p> <p>Revela a importância do planejamento de uma rede organizada que consiga atender a especificidades dessa população, sendo que, para isto, é fundamental a atuação de gestores e profissionais de saúde no enfrentamento das barreiras de acessibilidades aos serviços vivenciadas pelas mulheres rurais;</p> <p>O enfermeiro pode contribuir por meio da ocupação de espaços de liderança e tomada de decisão, para discussão e implementação de ações de gestão voltadas para as necessidades das mulheres rurais, baseadas na efetivação da atenção à saúde rural.</p>	<p>Em fase de submissão</p>

Quadro 8 - Síntese das principais evidências dos artigos elaborados

(Conclusão)

ARTIGO	PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS	REVISTA
<p><b>3. Construindo pontes no território de saúde: rede de apoio social de mulheres rurais</b></p>	<p>Neste artigo, foi possível identificar a rede de apoio social formal e informal de mulheres rurais, que favorece significativamente o alcance de cuidados à saúde na APS, além do elo entre as mulheres e as agentes comunitárias, confirmando a importância da sua função na ESF, por meio de acolhimento, vínculo, empoderamento. Outros achados relevantes foram:</p> <p>Em relação à formação da rede de apoio informal, fica evidente o suporte dos maridos, irmãos, pais, filhos, vizinhos e amigos;</p> <p>Em relação à rede de apoio formal, revelam-se o posto de saúde além dos profissionais que atuam nesse serviço, como as agentes comunitárias de saúde, enfermeiros e médicos;</p> <p>Os ACS podem favorecer a compreensão das condições de vida e dificuldades de deslocamento da população rural, possibilitando planejar e flexibilizar os padrões de conduta para os gestores e profissionais de saúde;</p> <p>A Enfermagem possui um papel central na inserção de novas práticas na APS na área rural, que podem colaborar para a construção de planos terapêuticos baseados nas redes sociais de apoio.</p>	<p>Em fase de submissão</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

***6.4.2. Artigo 1. No caminho da Estratégia da Saúde da Família: itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19<sup>1</sup>***

---

<sup>1</sup> O artigo está formatado de acordo com as normas da revista científica

## **No caminho da Estratégia da Saúde da Família: itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19**

On the way to the Family Health Strategic: therapeutic program for rural workers during the COVID-19 pandemic

### **Resumo**

Este artigo teve como objetivo descrever o itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19. Realizou-se um estudo qualitativo por meio da metodologia da História Oral Temática. Foram realizadas 15 entrevistas com trabalhadoras rurais pertencentes ao território da Estratégia da Saúde da Família (ESF) de um distrito municipal do interior de Minas Gerais. As narrativas foram submetidas à análise de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados apontaram duas categorias: Um caminho a percorrer: desvelando o contexto e a organização da ESF no território; Entre medo e (des)atenção à saúde: visibilidade para as trajetórias das trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19. Na primeira categoria, revelou-se o itinerário terapêutico dessas trabalhadoras para a busca de cuidados na ESF do território, bem como a organização do serviço de saúde local. A segunda categoria retratou a intensificação da desatenção à saúde para com as trabalhadoras rurais. Conclui-se que, no itinerário terapêutico das referidas trabalhadoras, a utilização da ESF do território se apresentou como rede preferencial, evidenciando a premência de fortalecimento da APS rural. A pandemia de COVID-19 acentuou os dilemas para a busca de cuidados de saúde, revelando a urgência de ações de saúde para esse território.

**Palavras-chave:** Itinerário Terapêutico; Atenção Primária à Saúde; Saúde da População Rural.

### **Abstract**

This study described the therapeutic itinerary of rural female workers during the COVID-19 pandemic. It is a qualitative study using Oral History methodology. Fifteen interviews were carried out with rural workers belonging to the territory of the Family Health Strategy (ESF in Portuguese) of a municipal district in the state of Minas Gerais. The

narratives were subjected to content analysis following Bardin. Based on the results, two categories emerged: A way to go: revealing the context and the organization of ESF in their area; Between fear and (lack of) health assistance: visibility for the trajectories of rural workers during the COVID-19 pandemic. The first category demonstrated the therapeutic itinerary of these female workers aiming to access health care in the ESF of their territory besides the organization of local health service. The second category illustrated the intensified lack of assistance experienced by rural workers in this context. The conclusion is that the ESF represented the preferred network in the therapeutic itinerary of these workers demonstrating the urgent action to strengthen Primary Health Care in rural areas. The COVID-19 pandemic stressed the challenges concerning the search of health assistance setting up a range of health actions to be urgently undertaken in this territory.

**Keywords:** Therapeutic Itinerary; Primary Health Care; Health of Rural Population.

## Introdução

A Organização Mundial da Saúde declarou, em 2020, uma pandemia causada pelo vírus da SARS-CoV-2, denominado COVID-19, que tem impactado a saúde mundial, especialmente as populações vulneráveis (Prado et al., 2021). Esse cenário expõe as desigualdades existentes nos sistemas de saúde no mundo, como a exclusão de grupos populacionais para o acesso à saúde e o investimento insuficiente em saúde pública (Araújo; Oliveira; Freitas, 2020). As pesquisas científicas têm avançado nas ações de prevenção e controle da doença, porém ainda se devem buscar respostas para solucionar os dilemas vividos pelos grupos mais vulneráveis, especialmente devido à intensificação das fragilidades dos serviços de saúde (Medina et al., 2020).

Nesse panorama, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem enfrentando uma crise sanitária e se empenhando em assegurar o acesso universal às ações e aos serviços de saúde (Araújo; Oliveira; Freitas, 2020). Nesta direção, o SUS é organizado a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo implementada por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que deve realizar a cobertura da saúde e responsabilidade territorial, buscar a orientação comunitária e apoiar socialmente as populações em articulação com organizações e lideranças locais (Giovanella et al., 2021). Cabe ressaltar que, a despeito de mais da metade da população brasileira ser atendida pelas equipes da ESF, ainda há

desafios em relação ao acesso e à oferta de cuidados de saúde, principalmente para as populações rurais (Oliveira et al., 2020).

No Brasil, para elucidar as iniquidades vivenciadas por essa população, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), que destaca a necessidade de compreender as suas práticas culturais, o modo de vida e de cuidar popular (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018). Considerando a sua diversidade, revelam-se aquelas que organizam a vida e o trabalho na agricultura em uma perspectiva familiar, produzindo o alimento para o autoconsumo e abastecimento dos comércios locais (Maciazeki-Gomes et al., 2021).

Nesse segmento, encontram-se as trabalhadoras rurais que são mulheres que possuem modos de vida concernentes ao campo, ao cuidado do lar, à família; além disso, o seu processo de trabalho se vincula a sua história, vivendo do que cultivam e produzem na agricultura (Silva et al., 2022). Dados da Organização das Nações Unidas para Igualdade de Gênero e Empoderamento das Mulheres alertam para a devida atenção às trabalhadoras rurais, que sofrem as consequências das vulnerabilidades do meio agrário, sendo expostas a níveis elevados de pobreza, à baixa proteção social, ao impacto das relações de gênero e a barreiras de acesso aos serviços de saúde (United Nations Women, 2019).

Para subsidiar os processos de organização de serviços de saúde e gestão na construção de práticas mais integradas, pode-se utilizar a ferramenta denominada itinerário terapêutico (Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019). O itinerário terapêutico refere-se à busca de cuidados em saúde e colabora na descrição dos caminhos percorridos pelos indivíduos, na tentativa de solucionar seus problemas de saúde (Gerhardt, 2006).

Diante do exposto, evidencia-se a existência de lacunas em relação à produção de conhecimento científico sobre o itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais. Dessa maneira, adota-se, neste estudo, o referencial teórico do itinerário terapêutico a fim de ampliar a percepção de como os serviços e as políticas públicas de saúde podem responder às necessidades de saúde das referidas trabalhadoras, principalmente durante a pandemia de COVID-19 (Cualhete; Santos-Moura; Castro-Silva, 2022).

Considerando as particularidades da realidade da trabalhadora do campo, emerge a seguinte questão: Como ocorre o itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19?

Assim, o objetivo deste estudo é descrever o itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19.

## **Método**

Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando como método de pesquisa a História Oral Acadêmica, mediante o gênero narrativo denominado História Oral Temática. O referido método possibilita a sondagem aprofundada sobre o que é reformulado e contido na particularidade da memória, proporcionando visibilidade social, sobretudo para o cultivo do conhecimento e geração de novas pautas, debates e diagnósticos sociais, valendo-se da compreensão da realidade por meio das experiências (Meihy; Seawright, 2020).

O presente estudo foi realizado em um distrito localizado geograficamente na zona rural de um município do interior de Minas Gerais, a 13 km do centro da cidade. Esse distrito possui um perímetro urbano compreendido em um círculo de raio igual a dois quilômetros e meio, sendo o centro deste local a igreja principal. Em relação ao serviço de saúde, esse distrito dispõe de uma ESF, distribuída em quatro microáreas, totalizando a população adscrita de 1.682 pessoas, divididas em área urbana e área rural. A área rural é atendida em uma escola desativada na comunidade, que fica a 23 km do distrito. Os atendimentos são realizados uma vez por semana, durante o período da manhã; entretanto, foram suspensos durante o período da coleta de dados, devido à pandemia de COVID-19.

Em conformidade com o método adotado, para responder à pergunta relacionada ao tema de investigação, é necessário definir as comunidades de destino, colônias e redes (Meihy; Seawright, 2020). A comunidade de destino é, pois, caracterizada pelo vínculo subjetivo existente entre pessoas em torno de motivações comuns; a colônia é formada por elementos que partilham entre si traços delimitadores da identidade das pessoas em uma mesma comunidade de destino. A rede refere-se à subdivisão da colônia, a qual deve ser plural, composta por grupos com olhares diferentes que justificam variados comportamentos (Meihy; Seawright, 2020).

Nessa perspectiva, para fins deste estudo, assumiram-se, como comunidade de destino, a ESF que atende à área campestre em um distrito municipal do interior de Minas Gerais, Brasil, e, como colônia, as mulheres trabalhadoras rurais. No que concerne à estruturação das redes, foram adotados como critérios de inclusão: ser do sexo feminino; ter idade superior a 18 anos; usuária da ESF do distrito municipal; residente da área de abrangência do território da comunidade rural da região; trabalhar ou ter trabalhado diretamente com a agricultura; apresentar comunicação verbal; aceitar o uso do gravador

e permitir que os resultados obtidos no estudo pudessem ser publicados em meios científicos.

Para seleção da amostragem, utilizou-se a técnica bola de neve por meio de informantes-chaves, com o objetivo de localizar as redes estabelecidas nesta investigação (Meihy; Seawright, 2020; Vinuto, 2014). Desse modo, elegeram-se os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da ESF de estudo, como contato inicial, realizando a seguinte pergunta: Você poderia indicar trabalhadoras rurais que utilizam este serviço de saúde? Justifica-se a escolha pelos Agentes Comunitários de Saúde da ESF devido ao forte elo destes com a comunidade rural. Logo, de acordo com os critérios determinados para constituição das redes, a primeira trabalhadora do campo indicou a segunda participante, e, assim, ocorreu a composição da amostragem sucessivamente (Vinuto, 2014). Além disso, é importante destacar que o estudo aqui proposto não buscou representatividade numérica, mas um aprofundamento da temática (Minayo, 2017).

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de abril e maio de 2021, sendo realizadas 15 entrevistas por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado com a seguinte pergunta de corte: Me conte como você busca cuidados de saúde? A elaboração da pergunta pautou-se na necessidade de despertar as memórias das colaboradoras, possibilitando o diálogo conforme a técnica para entrevista na História Oral Temática (Meihy; Seawright, 2020).

As entrevistas foram agendadas e realizadas nos domicílios das colaboradoras de acordo com a sua disponibilidade, sendo conduzidas por uma pesquisadora independente e sem vínculo com o serviço de saúde. Foi solicitada a autorização para uso do gravador e respeitado o local desejado para a realização das entrevistas, garantindo a privacidade dos dados e mantendo as medidas de segurança contra a COVID-19. Na sequência, para garantir o anonimato, os nomes das colaboradoras foram relacionados com a letra E seguida de algum número cardinal, sendo definido do seguinte modo: E1 a E15.

Antes de iniciar a entrevista, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado conforme a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nesta etapa, também foi apresentada a Carta de Cessão explicando que as entrevistas seriam posteriormente devolvidas para que elas pudessem conferir suas narrativas e autorizar, ou não, a divulgação dos relatos. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos sob o parecer n.º 4.864.980.

A análise do material foi feita por meio da análise de conteúdo, na perspectiva temática, utilizando as três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na primeira etapa, foi realizada a preparação do material, que, nesta pesquisa, incluiu a transcrição, textualização e transcrição e validação das colaboradoras (Meihy; Seawright, 2020). Seguiram-se as etapas descritas:

- A transcrição equivale à passagem dos enunciados orais para o código escrito o mais próximo possível de como foram emitidos (Meihy; Seawright, 2020);
- A textualização é o reordenamento das ideias emitidas pelo entrevistado e define o tom vital de cada entrevista, caracterizado pela escolha de uma frase potente, para dar sentido às narrativas emitidas pelas colaboradoras (Meihy; Seawright, 2020);
- A transcrição é o documento final referendado à colaboradora, caracterizado pela qualidade textual aperfeiçoada a partir da superação das fases anteriores (Meihy; Seawright, 2020);
- Por meio da validação, as colaboradoras conferem e aprovam o texto produzido.

Neste estudo, a conferência ocorreu individualmente, nos domicílios de cada trabalhadora rural, sendo todos os textos validados na íntegra. Apenas uma colaboradora solicitou a correção de um dado numérico, e a pesquisadora esclareceu algumas palavras que não ficaram compreensíveis durante a transcrição (Meihy; Seawright, 2020).

Posteriormente, ocorreu a segunda etapa denominada exploração do material, que, segundo Bardin (2016), consiste na transformação dos dados em conteúdos temáticos. Desse modo, foi realizada a codificação por meio dos dados do texto, transformados em unidades de registro, levando-se em consideração a magnitude, densidade e frequência, apresentadas nas codificações. Logo, seguiu-se para a estruturação da unidade de contexto, por meio dos aspectos que permitiram compreender a significação exata da unidade de registro, produzindo os eixos temáticos (Bardin, 2016).

Salienta-se que o material das entrevistas foi transcrito no software Microsoft Word, sendo posteriormente inserido no software Atlas.ti 9, possibilitando a organização, gestão e visualização dos dados.

Finalmente, a terceira fase abarcou o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos, o que permitiu identificar as categorias para discussão, conforme se revelaram importantes para alcançar o objetivo proposto do estudo (Bardin, 2016).

## Resultados

Participaram 15 mulheres que desenvolviam o trabalho rural, com idade entre 32 e 66 anos. A maioria considerava-se da cor parda (8), seguida de branca (3), preta (2), amarela (1) e indígena (1). Em relação ao grau de escolaridade, doze dessas mulheres possuíam o Ensino Fundamental Incompleto, sendo o restante distribuído em: sem instrução (1), Ensino Fundamental Completo (1) e Ensino Médio Completo (1). No que diz respeito à religião, denominaram-se católicas (14) e evangélica (1). Em relação ao estado civil, apresentaram-se casadas (11), separadas (2), viúva (1) e solteira (1).

As trabalhadoras rurais apresentam em comum uma história de vida conectada ao território, por meio da atividade laboral relacionada à terra e criação de pequenos animais, produção de alimentos para comércio local, manutenção da vida por meio do trabalho familiar e ao tempo de residência na deferida comunidade. A respeito das particularidades que podem ser evidenciadas para caracterização das trabalhadoras, atreladas às atividades laborais na agricultura, identificou-se o cultivo do café, feijão, milho, verduras, legumes, frutas, plantas ornamentais, além da extração de mel e a criação de pequenos animais, sendo que os produtos eram comercializados em feiras, ou negociados diretamente com os comerciantes locais. Revela-se que cinco dessas trabalhadoras estavam aposentadas, porém ainda mantinham a atividade em lavouras.

Além disso, dez trabalhadoras consideraram como os responsáveis pelo domicílio os companheiros, sendo que cinco se denominaram responsáveis pela própria residência, e duas dessas mulheres administravam sozinhas seus domicílios. O número de filhos variou zero a sete filhos, sendo que o quantitativo de moradores em cada domicílio apresentou entre um a seis moradores. O tempo de moradia na comunidade rural foi de, no mínimo, três anos e de, no máximo 54 anos, sendo que duas das trabalhadoras residem na comunidade desde que nasceram.

Além disto, despontam como perspectiva programa de transferência de renda, empresa pública e associação sindical que alcançam as mulheres desse território, no qual, entre as 15 trabalhadoras, cinco recebiam o Bolsa Família, quatro eram apoiadas pela Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), e uma era considerada a representante da comunidade, participando ativamente do sindicato rural vinculado ao município.

A seguir, as narrativas analisadas expressam aspectos do itinerário terapêutico, sintetizadas em duas categorias: Um caminho a percorrer: desvelando o contexto e

organização da ESF no território. Adiante, possibilitou-se apresentar os encadeamentos desse percurso durante a pandemia de COVID-19, por meio da segunda categoria: Entre medo e (des)atenção à saúde: visibilidade para as trajetórias das trabalhadoras do campo durante a pandemia de COVID-19.

### **Um caminho a percorrer: desvelando o contexto e a organização da ESF no território**

As narrativas das trabalhadoras rurais retrataram, como escolha preferencial para a busca de cuidado à saúde, a ESF do território, sendo que diversos entraves foram encontrados. Detectaram a falta de investimento na estrutura física da escola desativada, onde ocorria a assistência à saúde da comunidade rural, como carência de equipamentos de saúde e desprovimento de disposições higiênicas. Expressaram que os atendimentos ocorriam em estruturas improvisadas desta escola desativada da comunidade e observaram a necessidade da organização do atendimento, devido ao longo tempo de espera para receberem a equipe da ESF novamente em seu território.

*Na frente da escola, tem mato [...] você entendeu? [...] falta equipamento para ser atendido lá no espaço da comunidade, entendeu? (E5)*

*É aquele ali na escola, daí eles vêm uma vez por semana e são divididos assim: cada comunidade uma vez na semana e só [...] daí sexta é uma, na outra semana é outra, e depois outra, daí leva 15 dias para você está indo lá de novo, para você ir de novo. (E9)*

Emergiu das suas narrativas o retrato do funcionamento da ESF no território. Durante seu itinerário terapêutico, depararam-se com a ausência da assistência médica e escassez de visita dos agentes comunitários. Relataram que tal fato está relacionado com o desprovimento de transporte para deslocamento dos profissionais de saúde até a estrutura física de sede de apoio da ESF localizada na escola desativada, assim como a negligência da administração local concernente à assistência à saúde rural.

*Teve uma vez, na verdade, aconteceu pela segunda vez, de ir lá para baixo na escola que eles vinham atender e, às vezes, o médico não vinha porque não tinha carro para trazer. (E3)*

*Não tem condução suficiente para as agentes de saúde vim visitar os produtores rurais e ver o que eles estão precisando, por causa de quê? (E5)*

*Quando o postinho vinha aqui, era mais perto para medir pressão, tinha um postinho aqui perto, mas não tá vindo porque diz que não tem carro, daí não tem nem consulta. É difícil. (E6)*

*O postinho ficou jogado, a prefeitura já não liga mais para escola onde elas vêm atender. (E7)*

Por residirem em uma região distante da sede principal da ESF, localizada no distrito municipal, as trabalhadoras rurais retrataram barreiras para o acesso à saúde no território, com entraves geográficos relacionados à ampla distância, precariedade das estradas, insuficiência de transporte público e gastos com despesas para fazer o percurso. A despeito das dificuldades, as referidas trabalhadoras mobilizaram recursos para alcançar a assistência na sede da ESF, adequando sua rotina aos horários disponíveis de transporte público, custeando veículos públicos e privados; ademais, quando não encontravam alternativas, realizavam o trajeto movendo-se a pé até a unidade. Outras relataram que, quando não conseguiam recursos, preferiam permanecer em suas residências, sem assistência.

*Porque elas vinham no postinho aqui debaixo, que era bem perto, mas a ESF, vou falar até alto: É longe pra caramba! (E2)*

*Desde quando entendo por gente, as estradas são assim, e quando a lotação não vem? E quando vem, vem pelas metades, e muito barro, podia muito bem cascalhar, mas não cascalha, não sabemos quando a lotação vem, só quando ela não passa, só assim. Se precisar de cuidado de saúde, tem que ir a pé ou senão pagar um carro. (E7)*

*Assim, nós saímos daqui, quando o ônibus vem às seis horas da manhã, né? E chega lá na cidade às seis e quarenta, e pega outro ônibus às sete para a ESF. Depois da ESF para cidade de novo, daí você chega meio-dia e pouco. Depois você tem que esperar três horas da tarde para vim embora, você chega em casa quatro horas da tarde. É o dia inteiro. E esse ônibus só tem duas vezes na semana. (E10)*

*“Hoje não tem médico”, “O carro tá quebrado”, então vamos ficar em casa, vamos tomar uma dipirona e ficar em casa que não tem outro jeito. (E13)*

Além desses obstáculos, as trabalhadoras rurais verbalizaram a precariedade para obter medicamentos, o demorado intervalo para consultas e a carência de exames mais complexos na ESF, levando ao acionamento dos serviços de saúde privados.

*Para ter o medicamento, teve uma época que estava muito bom, todos medicamentos, que procurava tinha, agora está bem precário, tem que ir buscar na farmácia na cidade. (E1)*

*Então como se diz, a gente vai para o lado do ESF, mas, se a gente vê que está demorando [...] a gente vai para outro caminho [...] um pouquinho que a gente ganha, a gente segura ele, porque demora, e eu não sou daquela pessoa de ficar ali esperando resultado [...] prefiro pagar um médico especialista, eu vou no laboratório dele, no consultório, né? Já faço e já saio, com o resultado. (E9)*

*Eu chego na agente comunitária e falo assim: “Fulana, eu estou precisando de alguns exames para fazer”. Daí ela fala: “ O SUS não vai cobrir para você”, então não está nas mãos delas. (E11)*

Para percorrer seu itinerário, as mulheres trabalhadoras mencionaram os custos financeiros e o longo tempo de deslocamento nas estradas, o que interferia em suas rotinas de vida e trabalho. Evidenciaram a importância da sua presença nas plantações, especialmente por não pagarem ajudantes. Portanto, quando se deslocavam para a cidade, aproveitavam para resolver todas as suas necessidades e só retornavam para a região urbana após um longo período.

*Mas nós achamos difícil estar indo para a ESF, entendeu? Porque a ESF está aqui, e a cidade está cá, né? Daí nos saímos daqui até a ESF de charrete [...] gasta uma hora e quinze minutos, e daqui à cidade de carro são quarenta minutos. Mas assim, pensa ter que ir na ESF depois ir para cidade? E assim a gente nunca sai para fazer só uma coisa, entendeu? Senão, nós ficamos perdendo muito tempo e sai para perder tempo, entendeu? Eu tenho que estar aqui, entendeu? Nós não pagamos trabalhador, nós não pagamos nada. Então temos que estar sempre nas plantações [...]. E tem muito gasto, de tudo, de tempo, de gasolina de carro, tudo é um gasto. (E8)*

*Mas eu faço assim, vamos supor, hoje eu tenho que ir lá fazer compra para minha mãe na parte da tarde, se não for descascar o milho, eu vou lá, olho os remédios dos três, tudo que tá faltando, faço toda a compra e só vou no mês que vem. Farmácia, mercado, sacolão, faço tudo de uma vez. (E9)*

Assim, ao dar voz às experiências das trabalhadoras rurais, revelam-se desafios na busca por cuidados nesse território. Deparam-se, nesse itinerário, com dilemas referentes aos arranjos organizacionais e às barreiras para acesso a ESF localizada na sede de apoio na comunidade e na sede distrital. Logo, foi possível aprofundar em suas narrativas o modo como ocorria essa busca durante a pandemia de COVID-19.

### **Entre medo e (des)atenção à saúde: visibilidade para as trajetórias das trabalhadoras rurais durante a pandemia de COVID-19**

As trabalhadoras rurais retrataram o impacto da pandemia de COVID-19 em seus itinerários, revelando a angústia que sentiam durante esse contexto, a perturbação com a possibilidade de se contaminarem pelo vírus bem como o medo de transmissão para as pessoas do seu convívio. Emergiu em suas narrativas o desespero, acarretando isolamento em suas próprias casas.

*Nós temos o medo do vírus, pelos meus pais e pelos meus filhos, porque minha filha é alérgica. (E7)*

*Eu senti na verdade, vou falar com você, tem dia que era desespero, ficava “Ô, Meu Deus, será possível que isso vai chegar em nós”, entendeu? (E10)*

*Tenho medo de morrer por causa disso, daí eu evito demais de sair na rua. Eu tenho medo, muito medo dessa pandemia, então isso mexe muito com a cabeça, acho que isso está mexendo com a cabeça de todo mundo. (E13)*

Por meio das suas narrativas, foi possível identificar que o contexto de pandemia de COVID-19 interferiu em suas trajetórias, gerando comportamento de isolamento, evitando a busca de cuidado à saúde na ESF.

*Entrou essa pandemia aí, eu não fiz mais consulta não. (E2)*

*Mas assim para ir buscar saúde? Eu não estou sentindo nada, o que eu vou fazer lá, eu não tenho nada para fazer na ESF, o que eu vou fazer lá? Daí eu evito mesmo. (E11)*

Observou-se que essas mulheres não realizaram os cuidados de prevenção na ESF desde o início da pandemia, como controle da pressão arterial, e priorizaram a compra de medicamentos nos serviços de farmácia.

*E depois dessa pandemia, eu não medi mais pressão, deve ter um ano e meio, mas eu não fico sem tomar o remédio, sabe? Eu tomo remédio direitinho, mas para medir não. (E6)*

*Então, quando tem uma febre, a gente vai na farmácia, compra uma dipirona, paracetamol, assim, e trata em casa mesmo, ainda mais com essa pandemia. (E7)*

*Então vamos tomar dipirona mesmo, porque, para ir lá, é ficar no meio de muita gente também, eu tenho muito medo, da gente pegar a doença, a gente fica com medo. (E14)*

A pandemia de COVID-19 isolou ainda mais as trabalhadoras em seus territórios. Nas narrativas, elas revelaram que não realizaram exames de acompanhamento devido à preocupação de serem contaminadas e transmitirem para suas famílias.

*E eu ir lá para voltar contaminada, eu não vou fazer isso, porque eu tenho meu sogro que é idoso aqui, entendeu? Essas coisas, entende? Então, para gente ir lá e trazer a doença para cá? Eu escolhi, ficar aqui sem tratamento. (E8)*

*Já vai para dois anos que não faço o acompanhamento de um exame que fazia de seis em seis meses. (E10)*

As narrativas revelaram que, durante a pandemia de COVID-19, o atendimento da ESF foi suspenso na escola desativada da comunidade rural onde era realizada a assistência, gerando, por conseguinte, sentimentos de abandono, dúvida e angústia nas trabalhadoras rurais que careciam de informação de saúde. Tal dificuldade foi intensificada pelo isolamento em suas residências e pela ausência de transporte para deslocamento dos profissionais de saúde até a comunidade durante o panorama pandêmico.

*Agora ali era uma escola e virou um postinho e agora não é nada, mas diz que é por causa do Coronavírus, mas dizem que essa doença não vai passar, então nunca se a gente for olhar, entendeu? Diz que essa doença vai durar um tempão, agora, se é verdade ou é mentira, só Deus sabe, né? (E8)*

*No caso como estava muito forte a pandemia, nós ficamos sem assistência, não podia ir lá, não tinha carro para elas vim para cá, graças a Deus, nesse meio tempo o pessoal se manteve bem, mas, se o pessoal precisasse de uma orientação, ficava difícil, não tinha como na verdade. (E11)*

*Quando o atendimento da ESF vinha até aqui na comunidade, era muito bom, daí olhava a pressão, olhava colesterol, olhava diabetes, e agora tem muito tempo que não faço esses exames, não faço desde quando a pandemia começou. (E12)*

Dessa maneira, as trabalhadoras rurais, com seus próprios modos, construíam seus oportunos itinerários e sustentavam em suas narrativas um potencial entendimento sobre as escolhas terapêuticas, o funcionamento e a organização da atenção à saúde no período precedente e subsequente à pandemia de COVID-19. Nesse percurso, no qual escolhiam a ESF como principal rede preferencial para busca de cuidados à saúde, vivenciavam uma longa distância a ser percorrida para a garantia do direito à saúde.

## **Discussão**

Pensar os territórios rurais constitui importante desafio na atualidade haja vista a necessidade de superar a histórica dicotomia urbano-rural presente no debate. É crucial avançar no entendimento do contexto do campo como uma construção social que integra as diferentes transformações do mundo contemporâneo. Desse modo, as questões que versam sobre as relações de gênero, disputas pela terra, singularidades da agricultura familiar, processos de modernização da agricultura, pobreza, processos de subjetivação e pertença, desenvolvimento sustentável, entre tantas outras dimensões, evidenciam a complexidade inscrita nos contextos campestres (Silva et al., 2019).

Ser trabalhadora rural no Brasil representa, além de todos os desafios comuns ao cotidiano dessa área, uma busca por visibilidade e reconhecimento. As desigualdades de gênero se expressam também no mundo rural, e foi preciso um processo de luta para que sua relação com a terra transcendesse a invisibilidade. Assim, ainda que sua presença seja força expressiva no plantio, na casa, no cultivo, no quintal e na luta pela terra, as trabalhadoras rurais também precisaram empreender esforços para serem reconhecidas como trabalhadoras (Sales, 2007). É nesse contexto simbólico, subjetivo e desafiador que são construídos os itinerários das trabalhadoras rurais na busca do cuidado em saúde.

As narrativas da primeira categoria expõem esse itinerário, tornando-se essencial refletir sobre o atual modelo assistencial de saúde, cuja implantação ocorreu por meio do Programa Saúde da Família (PSF), a partir de 1994, o qual se desenvolveu para ESF, como mecanismo para expansão da APS no Brasil. Esse modelo foi conduzido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), criada em 2006, que avançou ao incorporar as diretrizes sobre as redes de atenção, orientação para os serviços, estruturação de equipes e financiamento do sistema. Após esse período, a PNAB passou por revisões no ano de 2011 e 2017, que ocorreu em diferentes governos.

Na edição de 2011, flexibilizou-se a carga horária da categoria médica, com possibilidade de 20 ou 30 horas semanais, para atender à carência desses profissionais na equipe. Já na edição de 2017, ocorreram mudanças significativas relacionadas ao menor investimento na ESF, à redução do número de ACS, descaracterizaram-se funções, e redefiniu-se a equipe mínima, desdobrando-se como um atual desafio à promoção da cobertura da saúde da família, principalmente para os territórios vulneráveis (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

Cabe destacar que, mesmo diante da última alteração em relação a PNAB, a ESF continua sendo uma potência para o avanço da assistência à saúde rural, porém essas mudanças agravam os desafios para eliminar as barreiras de acesso à APS, principalmente nos municípios rurais e remotos brasileiros (Bousquat et al., 2022). Esse contexto se apresenta no local de vida e trabalho das trabalhadoras rurais, ao elucidarem a emblemática organização da ESF no território, relacionadas a condições da estrutura física para o atendimento na comunidade, à ausência da assistência médica e carência de visita dos ACS.

Aprofundando a discussão para busca de melhorias na organização da APS em municípios rurais, um estudo afirma que é necessária a construção de uma Rede de Atenção à Saúde integrada e abrangente que esteja adequada às singularidades da população do campo e que seja coordenada pela ESF. Para tal, é fundamental robustecer a ESF no território, por meio de equipes de saúde que alcancem as necessidades de saúde no contexto da comunidade rural (Franco; Giovanella; Bousquat, 2023).

Além disso, os ACS representam o principal elo entre a comunidade e as equipes de saúde, e aumentar o investimento em maior quantitativo de ACS para atender as demandas das comunidades, bem como o número de transporte para locomoção das equipes moveis, é um caminho para concretização da atenção à saúde rural (Soares et al., 2020). Contudo, é necessário explicitar as contrariedades que retrocedem esse avanço, como fatores estruturais, falta de conhecimento dos gestores sobre as singularidades dessa população e dificuldade do município em cobrir as demandas devido ao baixo financiamento na APS e efeito das diretrizes propostas pela atual PNAB (Garnelo et al., 2018; Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020).

Outro ponto identificado pelas trabalhadoras rurais está relacionado aos seus modos de vida e à tensão vivenciada para o acesso e a utilização dos serviços de saúde oferecidos pela ESF, o que dialoga com um estudo que descreve os desafios vivenciados pela população em foco como a distância à ESF, as más condições das estradas para

acesso e a ausência de transporte para a locomoção das equipes de saúde às regiões rurais (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018). Para enfrentamento dessas barreiras, é urgente o envolvimento dos gestores públicos para qualificar o acesso da população dessa área aos serviços da APS com foco na ESF.

Tal aspecto pode ser potencializado pela implementação da PNSIPCFA, possibilitando ações e iniciativas que reconheçam as especificidades da população, como, por exemplo, a realização de um planejamento de logística das equipes de saúde da família rural incluindo as distâncias percorridas e o acesso aos outros serviços de saúde da rede assistencial (Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018). Agregam-se a esta discussão estudos internacionais, como a experiência das visitas da atenção primária em comunidades rurais e remotas realizadas na Austrália, que destacou a efetividade da instalação de estratégias de telessaúde para alcançar a população rural, o investimento para o deslocamento de profissionais e equipamentos além da ampliação do horário de atendimento na APS nos territórios rurais (Carey et al., 2018).

Outra questão retratada pelas trabalhadoras rurais são as escolhas para alcançar a saúde por meio dos serviços privados e a maneira como priorizavam a compra de medicamentos na farmácia localizada na região urbana. Importante mencionar que, quando não era possível arcar com os custos para o deslocamento até os serviços de saúde, as mulheres trabalhadoras optavam por ficar sem assistência à saúde, permanecendo em suas residências. Nesse sentido, um estudo confirma que os arranjos informais e privados agravam gastos catastróficos em saúde, que se somam aos recursos despendidos com transporte, principalmente para aqueles que moram no meio rural.

Desse modo, para a garantia de cuidado integral pela APS, é possível utilizar como estratégia uma coordenação horizontal no território e a inclusão do usuário, de maneira ativa, na definição de seu plano terapêutico (Galvão et al., 2019). Além disso, percebe-se a importância de ampliar o saber no que tange a práticas de saúde rurais, seus anseios, condições de vida, visando investigar o que a população do campo considera importante para ter saúde no território (Lima et al., 2019).

Os resultados da segunda categoria revelaram o isolamento das trabalhadoras rurais em suas residências, evitando o atendimento de saúde na ESF, devido à preocupação de serem contaminadas e transmitir o Coronavírus para suas famílias. Tal achado dialoga com o comportamento das pessoas na pandemia, que foi intensificado pelas estratégias adotadas de bloqueio social por meio da suspensão de eventos públicos, fechamento das fronteiras, restrição de aulas presenciais e proibição do funcionamento

de estabelecimentos comerciais não essenciais (Almeida et al., 2020). O efeito dessas decisões por parte das autoridades sanitárias está em consonância com um estudo que indica haver necessidade de investigação dos impactos gerados pelo isolamento social para as populações vulneráveis (Bezerra et al., 2020).

As narrativas também discorreram sobre o aprofundamento das precariedades apresentadas na atenção rural da ESF, devido à suspensão dos atendimentos rurais no território. Nesse sentido, há esforços internacionais para alertar os governos para a devida atenção às áreas rurais durante a crise de COVID-19, principalmente por conta da ampliação das desigualdades já vivenciadas nessa população (Ranscombe, 2020).

No Brasil e no mundo, ocorreram experiências de reorganização da APS para atendimento à população para áreas remotas na pandemia de COVID-19, por meio do suporte tecnológico como os sistemas de telemedicina, teleconsulta e telessaúde, mantendo os serviços de saúde acessíveis para as populações que moram distantes (Furlanetto et al., 2022). Fica evidente, assim, a relevância da APS no SUS em contextos de crises sanitárias, com potencial para aperfeiçoar os meios de operação e inserção de novas práticas sociais de intervenção comunitária através da coordenação de cuidados pela ESF (Medina et al., 2020).

Considerando o potencial deste estudo, é importante abordar as limitações, que incluem a compreensão do itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais pertencentes a ESF de um território, o que não traduz toda a diversidade presente nas diversas regiões rurais. Também se considerou como limitação a não escuta dos gestores dos serviços da APS do município. Sugerem-se novos estudos sobre itinerário terapêutico para a referida população, a fim de contribuir para a construção do conhecimento científico sobre a organização dos serviços de saúde para a população do campo.

### **Considerações finais**

O itinerário terapêutico das trabalhadoras rurais permitiu elucidar a ESF como rede preferencial para busca de cuidados à saúde e compreender o funcionamento e a organização desse serviço de saúde no território. Foram observadas as especificidades desse meio rural, que refletiu a distância entre a unidade de saúde e o local de vida das trabalhadoras rurais. Tal fato demanda estratégias para uso da ESF do distrito municipal e da sede de apoio, por meio de uma maior oferta de transporte para deslocamento dos profissionais de saúde, investimento em contratação de equipes de saúde e de melhorias

para a infraestrutura e acesso aos serviços, a fim de promover a continuidade das ações e o monitoramento da saúde nessa comunidade.

A escolha da ESF pelas trabalhadoras rurais assinalou a importância da valorização da APS para essa população, reforçando a atenção dos gestores e profissionais de saúde, para a oferta de serviços de qualidade, que possibilite o desenvolvimento da assistência à saúde centrado nas suas particularidades e no alcance de políticas públicas mais equânimes para tal grupo.

Conclui-se que a pandemia de COVID-19 intensificou os desafios de acesso à saúde na ESF nesse território, retratando a urgência de ações para as populações vulneráveis em tempos de crise, bem como o reconhecimento das singularidades daqueles que vivem em comunidades rurais, sobretudo as mulheres.

É importante observar que, mesmo que a estrutura organizacional e administrativa tenha se configurado para atender ao território, o itinerário terapêutico demonstrou que esse arranjo assistencial não se efetivou na realidade das trabalhadoras rurais. Ademais, assegurar o direito à saúde implica não somente atender ao desenho institucional, mas determina maiores esforços da gestão para a promoção da atenção integral à saúde em território rural.

## Referências

ALMEIDA, W. S. et al. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 23, p. e200105, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200105>

ARAÚJO, J. L.; OLIVEIRA, K. K. D.; FREITAS, R. J. M. In defense of the Unified Health System in the context of SARS-CoV-2 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 73, supl. 2, p. e20200247, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0247>

Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.

BEZERRA, A. C. V. et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, Supl. 1, p. 2411–2421, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>

BOUSQUAT, A. et al. Different remote realities: health and the use of territory in Brazilian rural municipalities. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 56, p. 73, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003914>

CAREY, T. A. et al. What principles should guide visiting primary health care services in rural and remote communities? Lessons from a systematic review. *The Australian Journal of Rural Health*, Armidale, v. 26, n. 3, p. 146–156, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajr.12425>

CUALHETE, D. N.; SANTOS-MOURA, G. H.; CASTRO-SILVA, C. R. Os itinerários terapêuticos de populações vulneráveis na Covid-19: uma revisão de escopo. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 26, p. e210700, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.210700>

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R.; PEREIRA-SANTOS, M. O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe 7, p. 204–221, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>

FRANCO, C. M.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 821–836, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.12992022>

FURLANETTO, D. L. C. et al. Structure and responsiveness: are Primary Health Care Units prepared to face COVID-19? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 630–647, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213403>

GARNELO, L. 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, v. 42, n. esp. 1, p. 81–99, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>

GALVÃO, J. R. et al. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, p. e00004119, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449–2463, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 1, p. 2543–2556, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>

GOMES, C. B. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327–1338, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>

LIMA, A. R. A. et al. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 755–764, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912208>

MACIAZEKI-GOMES, R. C. et al. Modos de trabalhar e modos de subjetivar na agricultura familiar no sul do Brasil. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 29, n. 1, p. e65762, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2021v29n165762>

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>

MEIHY, J. C. S. B.; SEAWRIGHT, L. *Memórias e narrativas: história oral aplicada*. São Paulo: Contexto, 2020.

MINAYO, M. C. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v. 5, n. 7 p. 1–12, 2017. Disponível em: <<https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>>. Acesso em: 31 ago. 2021.

OLIVEIRA, A. R. et al. Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 41, p. e20190328, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190328>

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. G.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 302–314, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120>

PRADO, N. M. B. L. et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 2843–2857, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>

RANSCOMBE, P. Rural areas at risk during COVID-19 pandemic. *The Lancet. Infectious Diseases*, New York, v. 20, n. 5, p. 545, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30301-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30301-7)

SALES, C. M. V. Mulheres rurais: tecendo novas relações e reconhecendo direitos. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 437–443, 2007.

SILVA, B. N. et al. Intersections between rural women’s resilience and quality of life: a mixed-methods study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 30, p. e3521, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5671.3521>

SILVA, B. I. B. M et al. Produção da Psicologia no Brasil sobre mulheres rurais: revisão sistemática. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 163-178,

2019. Disponível em:  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672019000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672019000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 mar. 2023.

SOARES, A. N. et al. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, p. e300332, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300332>

UNITED NATIONS WOMEN. *Progress of the world's women 2019-2020: families in a changing world*. New York: United Nations Women, 2019. Disponível em: <<https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Progress-of-the-worlds-women-2019-2020-en.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2021.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

**6.4.3 Artigo 2. *Barreiras para acessibilidade aos serviços de saúde: história oral de mulheres rurais***<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> O artigo está formatado de acordo com as normas da revista científica

## BARREIRAS PARA ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: HISTÓRIA ORAL DE MULHERES RURAIS

**Objetivo:** conhecer as barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde de mulheres rurais por meio da história oral. **Métodos:** estudo qualitativo, ancorado no referencial do gênero narrativo temático da história oral acadêmica. Foram realizadas entrevistas abertas por meio de roteiro semiestruturado, com quinze colaboradoras, entre os meses de maio a julho de 2021 em um município do interior de Minas Gerais. **Resultados:** ao analisar as suas oralidades, as mulheres rurais revelam as precárias condições para acessibilidade aos serviços de saúde. Foram identificadas as barreiras geográficas relacionadas à péssima estrutura das estradas, longas distâncias para deslocamento e a escassez de transporte público. As barreiras sócio-organizacionais incluíam a menor disponibilidade de serviços de saúde, tempo de espera e os custos gerados para o cuidado à saúde. **Considerações Finais:** as barreiras para acessibilidade aos serviços de saúde implicam desassistência e distanciamento para o alcance do direito à saúde para as mulheres rurais.

**Descritores:** Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde da População Rural; Assistência Integral à Saúde; Mulheres; Direito à Saúde.

**Descriptor:** Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud; Salud Rural; Atención Integral de Salud; Mujeres; Derecho a la Salud.

**Descriptors:** Access to health Care; Rural Health; Comprehensive Health Care; Women; Right to Health.

### Introdução

As populações rurais vivenciam as falhas no acesso e na oferta dos serviços de saúde que as condicionam a iniquidades<sup>(1)</sup>. Os desafios para a organização e disponibilidade de serviços de saúde na ruralidade ocorrem a nível mundial, e compreender as formas de utilização desses serviços por sua população pode favorecer o aperfeiçoamento e implementação de ações que garantam o seu direito à saúde<sup>(2)</sup>.

No Brasil, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) que busca avançar para a garantia do direito e do acesso dessa população à saúde no SUS<sup>(3)</sup>. Nesse grupo, encontram-se as mulheres rurais, que, segundo a Organização das Nações Unidas para Alimentação e a Agricultura (FAO), são produtoras da metade dos alimentos no mundo e compõem 43% da mão de obra agrícola mundial<sup>(4)</sup>. O último Censo Agropecuário realizado no Brasil destaca o aumento na participação das mulheres como agricultoras, sendo responsáveis pela renda de 42,2% das famílias do campo<sup>(5)</sup>.

Entretanto, mesmo diante da sua relevância, há uma desatenção para as condições de vida e saúde dessas mulheres, marcadas pelo enfrentamento de desigualdade de gênero, raça e classe social, além de doenças relacionadas ao trabalho, à violência sexual e de doenças mentais<sup>(6)</sup>. Tal invisibilização discorre, também, sobre as barreiras enfrentadas pelas comunidades rurais no acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde<sup>(7)</sup>. Os obstáculos para acessibilidade constituem agravantes que pioram a situação de vida no meio campestre, influenciando o processo saúde-doença e qualidade de vida<sup>(8)</sup>.

No Reino Unido, sublinha-se que as desigualdades regionais de acessibilidade são mais expressivas em áreas remotas e rurais, com longo tempo de espera para marcação

de consultas e atendimento<sup>(9)</sup>. No Brasil, um estudo realizado no oeste da Bahia apresentou, em seus resultados, as barreiras geográficas nas áreas rurais relacionadas à distância entre comunidades e equipes de referência, agravadas pela indisponibilidade de transporte público regular no território<sup>(10)</sup>.

Nessa perspectiva, a acessibilidade é fundamental para o planejamento das ações de saúde, e, para tal propósito, a sua compreensão perpassa os aspectos sócio-organizacionais que são as ofertas de cuidados adequados às demandas da população como o tempo de espera para atendimento, facilidade na realização de exames e aquisição de medicamentos<sup>(11)</sup>. Ademais, há os aspectos geográficos que consideram a adequação da localização dos serviços de saúde em relação aos usuários, atentando para os meios de transporte, tempo de deslocamento e distância<sup>(12)</sup>.

Diante do exposto, apesar da disponibilidade de serviços de saúde para as mulheres rurais, ainda há desafios para que elas alcancem os serviços de saúde<sup>(13)</sup>. A acessibilidade dos serviços de saúde só pode ser compreendida por meio daqueles que precisam atravessar a distância rural; assim, para explorar a realidade das mulheres rurais, é necessário conhecer a sua experiência baseada no local<sup>(14)</sup>.

Portanto, a produção de conhecimento que busca conhecer as situações que afetam negativamente a acessibilidade aos serviços de saúde dessas mulheres possibilita o preenchimento de lacunas para o desenvolvimento de políticas que sejam capazes de contribuir para seu estado de saúde<sup>(6)</sup>. O presente artigo apresenta a seguinte questão norteadora: quais são as barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde enfrentadas pelas mulheres rurais residentes em um distrito de zona rural localizado no interior do estado de Minas Gerais?

A presente pesquisa poderá contribuir para a expansão de investigações atentas às particularidades de territórios rurais, buscando elucidar as fragilidades e os impactos desses obstáculos que impedem as mulheres rurais de alcançar o direito à saúde. Nesse seguimento, inova-se ao propor a construção desse conhecimento apresentando o protagonismo das mulheres rurais por meio de suas oralidades<sup>(15)</sup>.

## **Objetivo**

Conhecer, por meio da história oral das mulheres rurais, as barreiras enfrentadas para acessibilidade aos serviços de saúde.

## **Método**

### **Aspectos Éticos**

O estudo atendeu aos padrões éticos exigidos, sendo obtida a autorização da Secretaria de Saúde do Município e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais. As colaboradoras foram esclarecidas sobre a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Logo, apresentou-se a Carta de Cessão, junto a explicações de que os depoimentos seriam transcritos e, por

consequente, devolvidos para que pudessem ser realizados os ajustes e a aprovação das narrativas. Para manter o anonimato, adotou-se o codinome de flores que fizeram parte da trajetória ao longo das estradas rurais durante a coleta de dados.

### **Tipo de estudo e procedimentos metodológicos**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva, utilizando como referencial metodológico os fundamentos teóricos e operacionais da modalidade da História Oral Temática<sup>(15)</sup>. Elegeu-se o método a fim de explorar o que é reproduzido e retido na memória, proporcionando a visibilidade social para enfrentamento das questões de interesse social, valendo-se da compreensão da realidade por meio de experiências<sup>(16)</sup>. Durante a constituição deste artigo, atentou-se para o *checklist* proposto pelo Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), que auxilia na qualidade da apresentação de relatórios de pesquisa<sup>(17)</sup>.

Iniciou-se com a fundamentação teórica, por meio da escolha das comunidades de destino, colônias e redes a fim de responder a pergunta relacionada ao tema de investigação<sup>(18)</sup>. A comunidade de destino é o ponto de partida, caracterizada pela força do vínculo subjetivo existente entre pessoas em torno de motivações comuns, dramas ou sofrimentos. A colônia, como identificação de parcelas de pessoas a serem entrevistadas, dentro da comunidade de destino, e as redes, como derivações da colônia, devem ser sempre plurais, sendo necessária a atenção na profundidade para a formação dos vínculos entre si<sup>(15)</sup>.

Dessa forma, a comunidade de destino selecionada foi a Atenção Primária à Saúde (APS) de um distrito de zona rural pertencente ao município do interior de Minas Gerais; como colônia, as mulheres rurais pertencentes a esse território; e, para a constituição das redes, utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: ser do sexo feminino, ter idade superior a 18 anos, ser residente do território do distrito da zona rural, trabalhar ou ter trabalhado diretamente com a agricultura, pertencer a APS local e apresentar comunicação verbal. Os critérios de exclusão foram dificuldades de comunicação que impedissem a execução da entrevista, faculdades mentais não preservadas e aquelas que não pertencessem à atenção primária de saúde do referido rural.

Para seleção da amostragem, determinou-se entrevista inicial chamada de ponto zero, que favorece elementos para o aprofundamento dos pontos indicados na problemática, bem como define a sequência das entrevistas<sup>(18)</sup>. Nesta etapa, buscou-se apoio das agentes comunitárias de saúde da APS do distrito rural para colaborar na identificação do ponto zero, sendo selecionada a representante da comunidade devido a sua autoridade e aos saberes sobre a colônia selecionada neste estudo<sup>(18)</sup>. A partir da representante, ocorreu o recrutamento das demais participantes, sendo incluído no estudo o total de quinze colaboradoras de acordo com as características da rede, possibilitando a sua estruturação<sup>(18)</sup>.

As entrevistas foram feitas entre os meses de maio e julho de 2021 nas residências das colaboradoras, sendo realizado o convite para participação pessoalmente. Utilizaram-se, como instrumento de coleta de dados, um roteiro semiestruturado e questionário

sociodemográfico que teve como finalidade a caracterização das colaboradoras como: idade, escolaridade e atividade laboral. O roteiro foi norteado pelas seguintes questões, abordando “como é viver nesta comunidade”, “o que você faz quando precisa de cuidados de saúde”, a descrição de “uma situação em que você viveu e precisou de cuidados de saúde” e “como você utiliza os serviços de saúde aqui e fora daqui da comunidade”. A elaboração das perguntas baseou-se no objetivo de despertar as memórias das colaboradoras, sendo questões amplas que possibilitassem o diálogo conforme a técnica para entrevista na história oral temática<sup>(18)</sup>.

### **Cenário de Estudo**

O cenário de estudo foram as residências das colaboradoras localizadas na comunidade rural pertencente ao distrito de um município do interior de Minas Gerais. Justifica-se a escolha desta região por apresentar uma comunidade que tem a agricultura familiar como modo de vida e trabalho, por meio da produção de café, horticultura e criação de pequenos animais, sendo uma população pertencente a PNSIPCFA<sup>(19)</sup>.

### **Coleta e organização dos dados**

A pesquisadora responsável pela coleta de dados não possuía vínculo ou relação com as colaboradoras do estudo, dispondo da formação como enfermeira, mestre em enfermagem e, durante o período do estudo, apresentando-se como pós-graduanda no nível de doutoramento. Em relação a outras pesquisadoras, realça a participação na análise e desfecho do estudo, contendo a formação como enfermeiras, sendo que uma das pesquisadoras possuía o título de mestre em enfermagem e as demais, título de doutorado.

As entrevistas duraram em média 40 minutos e foram realizadas em local escolhidos por cada colaboradora, de modo que fosse preservado o sigilo e a confidencialidade dos dados. A finalização das entrevistas ocorreu quando as narrativas não apresentaram nenhum novo elemento e quando não foi mais necessário o acréscimo de novas informações<sup>(20)</sup>. As gravações foram transcritas na íntegra e, subsequentemente, foi feita a textualização definindo o *tom vital* de cada entrevista, caracterizada pela escolha de uma frase concisa para dar sentido às mensagens das colaboradoras<sup>(18)</sup>.

Posteriormente, realizou-se a *transcrição*, qualificada pela produção textual de qualidade competente no que tange aos pensamentos, às ideias e aos sentimentos das colaboradoras, finalizando com a etapa de validação dos dados, na qual foi necessário retornar ao cenário de estudo sendo realizada a leitura de todo o texto *transcrito* para cada uma das mulheres rurais, que conferiram e aprovaram o texto assinando a Carta de Cessão, legitimando, portanto, as suas narrativas<sup>(18)</sup>. Cabe destacar que foram distribuídos nomes fictícios para cada colaboradora relacionados a espécies de vegetação encontradas ao longo da trajetória de coleta de dados, a fim de preservar o anonimato.

### **Análise dos dados**

A análise dos dados foi empreendida mediante a leitura exaustiva durante todas as etapas da constituição do *corpus documental*, com o auxílio do software *Atlas ti*, versão 9. A operacionalização ocorreu em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação<sup>(21)</sup>.

Na pré-análise, realizou-se a leitura flutuante dos documentos, permitindo criar impressões e ideias. Assim, com base no aporte conceitual e na função das hipóteses emergentes, a leitura tornou-se mais focada para alcançar os objetivos do estudo. Dessa forma, estabeleceram-se os indicadores temáticos e a frequência com que se apresentam no corpus<sup>(21)</sup>.

Posteriormente, ocorreu a segunda etapa denominada exploração do material, que consiste na transformação dos dados em conteúdos temáticos, assim os dados foram agregados, estabelecendo temas e, em seguida, os eixos temáticos<sup>(21)</sup>. Nesta fase, também foi realizada a codificação que é a transformação dos dados do texto em unidades de registro, por meio dos temas que seguiram o aporte teórico e conceitual. Além disso, levaram-se em consideração a magnitude, densidade e frequência apresentadas nas codificações, incluindo, por fim, a unidade de contexto que permitiu compreender a significação exata da unidade de registro<sup>(21)</sup>.

Finalmente, a terceira fase abarca o tratamento e a interpretação dos resultados obtidos, que culminou na organização e visualização dos dados, possibilitando o encontro de sentido das narrativas, bem como nas temáticas comuns que emergiram das narrativas, conforme preconizado pela técnica de análise de temática de conteúdo<sup>(21)</sup>.

## **Resultados**

Primeiramente, apresenta-se a caracterização sociodemográfica das colaboradoras, logo foram acrescentadas as frases que deram sentido às narrativas transmitidas, garantindo o protagonismo das suas oralidades, denominado “tom vital”<sup>(15)</sup>.

**Tabela 1.** Caracterização das Colaboradoras

COLABORADORA	IDADE	ESCOLARIDADE	ATIVIDADE LABORAL	TOM VITAL
Ananás	59	Ensino Fundamental Incompleto	Feijão, milho e hortaliças	<i>Uma prioridade para zona rural</i>
Moca	50	Ensino Fundamental Incompleto	Milho, tomate e repolho	<i>Dependendo da situação você morre em casa porque não tem condições de chegar no serviço de saúde</i>
Alface-d'água	53	Ensino Fundamental Incompleto	Pimentão, tomate, milho, feijão e queijo	<i>Eu mesma sou minha médica</i>
Coração de Jesus	65	Ensino Fundamental Incompleto	Café, milho e feijão	<i>A esperança é a última que morre um dia a gente alcança</i>
Coqueiro de Vênus	41	Ensino Médio Incompleto	Tomate e alface hidropônico	<i>Muito descaso com as pessoas rurais, se não existir o produtor rural o que vai ser da zona urbana?</i>
Lamina de espada	56	Ensino Fundamental Incompleto	Feijão, milho e criação de animais	<i>Mas não tem como a gente medir pressão, porque eu não tenho o aparelho para medir, e para a gente ir no posto é difícil</i>
Rivina	32	Ensino Fundamental completo	Café, feijão, milho e tomate	<i>Na colheita de café eu estava com meu filho de 6 meses, levava ele para lavoura, para colher café e juntar um dinheirinho para construir nossa casa</i>
Gerânios	40	Ensino Fundamental Incompleto	Café, feijão e milho	<i>Eu escolhi ficar aqui sem tratamento</i>
Beijo-pintado	40	Ensino Fundamental Incompleto	Produção de mel e café	<i>Mas é a vida né? A gente tem que estar lutando. Uma hora as coisas melhoram. Esperança, né?</i>
Zínia	49	Ensino Fundamental Incompleto	Café	<i>Já vai para dois anos que não faço o acompanhamento de um exame que fazia de seis em seis meses</i>
Agave-dragão	60	Ensino Fundamental Incompleto	Café, milho e feijão	<i>As vezes vinha a dor eu tomava um comprimidinho, um chazinho, daí a dor passava</i>
Dália	66	Sem Instrução	Café	<i>Deve ser uma hora que gasta para chegar no posto de saúde, quando a gente não tem recurso, a gente se vira, né?</i>
Justicia-vermelha	43	Ensino Médio Incompleto	Verduras, legumes e maracujá	<i>Eu vou falar de mim, quando eu vou as vezes não tenho dinheiro daí, como você vai lancar</i>
Dama-dançante	58	Ensino Fundamental Incompleto	Milho, feijão e café	<i>Hoje não tem medico, o carro tá quebrado, então fica em casa, vamos tomar uma dipirona</i>
Olho de boneca	60	Ensino Médio Completo	Maracujá, café e muda de plantas ornamentais	<i>Muitas vezes você paga o médico e não tem dinheiro para pagar o remédio</i>

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Na sequência, é apresentada a identificação dos dois eixos temáticos, reproduzidos pelas oralidades das mulheres rurais que conduziram à discussão por meio do diálogo com a literatura.

### **Redes invisíveis: desafios de mulheres rurais para acessar o direito à saúde**

As colaboradoras revelam o cuidado no cotidiano ligado a sua subsistência e de suas famílias por meio do trabalho na agricultura, envolvendo o processo de cultivo e colheita.

*Meu trabalho é a agricultura rural, trabalhando na roça. Eu planto, eu cuido, eu colho, eu faço de tudo. (Ananas)*

*Eu levanto, vou para o serviço, plantar, colher, cuidar mesmo da agricultura. Fico lá quase o dia todo, a maior parte do dia mesmo. Na hora do almoço, sempre venho, faço o almoço e dou uma descascadinha e volto para o serviço de novo. (Moca)*

*Eu colho café. Na época do café, a gente aduba e colhe café, entendeu? É assim, cada pedacinho de café, tem que adubar, capinar, tem que capinar com inchada para tirar o mato. Eu cuido do café e é durante o ano todo. (Zinia)*

Suas oralidades também revelam o senso de responsabilidade pelos cuidados com a saúde de familiares principalmente para acessibilidade aos serviços de saúde. Desse modo, tecem em conjunto com a sua rede familiar os desafios para solucionar os problemas de saúde.

*Não chegou a acontecer comigo, mas com meu filho: ele operado na cama, chovendo e uma hora da manhã, pensa? Uma hora da manhã com aquele toró de chuva? E meu menino com dor de cabeça, ele tinha operado de pouco; então ele deu uma crise de ansiedade, deu uma dor de cabeça forte. E a chuva forte. Então não teve jeito! Eu disse: "Meu filho, vamos garrar, mas vamos ter que sair. Então peguei e disse: Meu Deus, só nos dai graça, olha nossa situação. Então levou mais de uma hora para chegar lá, mas, graças a Deus, chegamos no hospital. (Agave-Dragão)*

*E nem todo mundo tem uma condução, né? Minha irmã ali mesmo tem só moto, mas são três. Se precisar ir no médico, como vão os três? Se tiver passando bem mal, já aconteceu de eu ter que sair daqui e levar minha sobrinha. Ela estava fazendo um tratamento, e eles não tinham uma condução. (Ananas)*

*Eu que vou na rua quando falta o remédio e aproveito para fazer tudo para todos. Vamos supor, hoje eu tenho que ir lá fazer compra para minha mãe, se não for descascar o milho, eu vou lá olho todos remédios dos três. Olho tudo que tá faltando, compro tudo. (Beijo pintado)*

*A gente está precisando de muito apoio. Nós esses dias estamos passando por uma situação difícil, porque minha neta que fez cirurgia, graças a Deus, ela está andando, mas ela tem que fazer a fisioterapia, e como levar ela? Porque sempre minha filha levava ela de moto, mas agora que o médico falou que ela não pode andar de moto por um tempo, nós agora estamos com essa dificuldade. (Coração de Jesus)*

Utilizam estratégias para solucionar ou minimizar os dilemas enfrentados para acessar os serviços, por meio do apoio do núcleo familiar e dos vizinhos marcadas por relações de amizade e de parentesco, bem como relatam o desenvolvimento de práticas pautadas em crenças e ritos locais, como a benzeção.

*A minha vizinha, que é a minha comadre, ficou comigo durante quinze dias, cuidando de mim. A enfermeira vinha, olhava, medicava e ia embora, mas minha vizinha ficava. Então tenho apoio da família e vizinhos. Tem a minha irmã também, que é vizinha, é uma mãe, é uma amiga, é tudo. (Ananas)*

*Mas a família me apoia muito. Quando preciso, meu marido, minha mãe, meus irmãos me apoiam. Quando precisei sair de madrugada com meu filho que ele estava com convulsão, os meus pais vieram aqui, me deram força, minha irmã, acompanhou meu filho no hospital. (Rivina)*

*Mas a minha mãe faz benzeção, de mal olhado, essas coisas. Tem dia que chego com uma dor de cabeça danada, daí: “Oh mãe, me benze aí”, ela me benze e melhora. Tem muitas coisas assim que a gente acredita aqui, né? (Beijo-pintado)*

Há locais isolados e de difícil acesso nos quais as mulheres realizam seu trabalho, o que interfere sobremaneira em seu cotidiano, colocando em risco sua segurança, podendo acometer sua integridade física e mental.

*Teve uma vez que caí na roça fiquei quinze dias sem andar. Fui cortar banana que entregava para merenda escolar e caí no rio. Para sair de lá, eu arrastei meu corpo e fiquei pedindo socorro. Não veio ninguém, e eu consegui sair do rio com muita dificuldade. Então pedi ajuda para Deus porque só tinha Ele para me ajudar. Eu não conseguia movimentar a perna, então eu arrastei, tentei ficar em pé e não consegui, vim arrastando até chegar lá em cima, demorou duas horas e cinquenta e cinco minutos. Então gritei minha cunhada, e ela ouviu, e meu irmão me trouxe para o hospital. Eu fui direto para a cidade, tomei injeção, fiz radiografia, depois fiz fisioterapia (Olho de boneca).*

As histórias aproximam as quinze colaboradoras não somente pelas experiências emblemáticas para acessibilidade aos serviços de saúde, mas, também, pela angústia em relação à precariedade das condições das estradas, ressaltando esse fator como um forte ponto dificultador para o deslocamento até os hospitais, consultas, posto de saúde e realização de exames, revelando sentimentos de ansiedade e preocupação.

*E o que adianta, igual eles falam: Tem boa educação na cidade. Tem bons hospitais na cidade. Tem? Não vou falar que não tem, tem, mas, para a gente chegar até lá, precisa do quê? De uma boa estrada. (Ananas)*

*A moto agarra e não vai não, e nem volta para trás. Tirando o dia que não tem barro, vai tranquilo. Então depende da natureza, quando precisa de algo urgente, a gente já vai direto para cidade, então pode ir direto para hospital. (Zinia)*

*Cheguei a passar mal, meu esposo juntou todos os vizinho aqui no braçal, para tirar as terras, árvores que estavam caídas, fizeram uma ponte para passar, para mim ir no hospital. Ainda meu marido foi passar e desbarrancou, porque ainda tinha uma cratera, não estava visível porque não tinha terra. Aí quando meu marido passou, caiu no buraco, e a gente ficou só com uma rodinha no chão, e as outras três rodas aéreas, e eu com aquele barrigão enorme, então naquilo minha pressão foi subindo, eu cheguei no hospital com a pressão dezoito por dez e a pressão só foi subindo de tanta ansiedade, preocupação. (Coqueiro de Vênus)*

As colaboradoras permitiram a percepção da sua realidade por meio das suas memórias e apoderam-se das experiências vividas para a acessibilidade aos serviços de saúde. Assim, ao dar voz as suas vivências, promove-se o rompimento com silenciamentos, possibilitando elucidar as barreiras geográficas e sócio-organizacionais vivenciadas em suas histórias.

## Mulheres rurais entre barreiras: a distância para efetivação dos direitos à saúde

Destaca-se que os relatos permitiram a reflexão sobre as barreiras geográficas e sócio-organizacionais vivenciadas pelas mulheres rurais que fragilizam acessibilidade aos serviços de saúde. Inicialmente, observam-se as barreiras geográficas que estão relacionadas ao deslocamento até os serviços de saúde como distância, o tempo para realizar esse caminho e a escassez de transporte público.

*Quando eu ia a pé para cidade para fazer exames de sangue, porque não tinha ônibus, e voltava a pé. Era exame de sangue, de urina e de fezes. (Dália)*

*Porque, se der sorte, quando não está chovendo, o ônibus vem ali nessas duas vendas que tem ali embaixo, é longe demais, tem que andar daqui até lá, e as pessoas tem que pegar o ônibus seis horas da manhã ali, para chegar na cidade e pegar às sete horas para Posto de Saúde do Distrito. (Agave dragão)*

*O exame também, quando tem que ser na cidade, é tudo na cidade mesmo, só mesmo pela distância que é igual para ir no posto do distrito, então para fazer consulta é bem difícil. (Dama Dançante)*

Além dessas barreiras que impedem as colaboradoras de alcançar o serviço de saúde, relatam quando não há exames no município mais próximo e precisam se deslocar para cidades mais distantes.

*Eu fiz a operação aqui, mas o exame de ressonância foi em outro município porque aqui não fazia, daí tive que fazer lá. (Alface d'água)*

*Para fazer uns exames que aqui não faz, o lugar mais perto que tem o exame era em Belo Horizonte. (Gerânios)*

As colaboradoras expõem também a interferência dos fenômenos da natureza como chuva e deslizamento de terras, evidenciando em suas histórias uma precária e desestimuladora trajetória para alcançar os serviços de saúde.

*Já aconteceu inclusive uma vez que eu tinha eletro marcado na cidade, e estava chovendo muito, e não tinha como sair daqui de condução, eu tive que ir a pé debaixo de chuva. (Moca)*

*Então, quando chove, é mais difícil para a gente ir lá no hospital. (Zínia)*

*Se chover o carro, não passa, teria que ser só de avião, porque nós temos esse transtorno, é barro, e carro de saúde que você chama que não chega de jeito nenhum. (Olho de boneca)*

As barreiras sócio-organizacionais são aquelas relacionadas à disposição dos serviços de saúde, e os trechos a seguir sublinham principalmente os horários de funcionamento dos serviços de saúde que não atendem a suas especificidades.

*Porque às vezes precisa procurar uma consulta ou coisa assim e tem que ser só na segunda e quinta, porque dia de sábado não tem como consultar. (Coração de Jesus)*

*Porque é assim: o posto de saúde, abre de segunda a sexta feira, então sábado e domingo se adoecer não tem como. (Olho de Boneca)*

Ainda sobre os elementos sócio-organizacionais, as mulheres relatam as despesas envolvidas durante a trajetória até o serviço de saúde mais próximo, envolvendo especialmente os custos com transporte e alimentação.

*O difícil de ir na cidade para consulta é que você tem que sair cedo e depois ir até lá na consulta, para depois pegar o ônibus e vim embora, geralmente você fica até onze horas ou meio dia. Eu vou falar de mim, quando eu vou, às vezes eu não tenho dinheiro, daí como você vai lanchar? Daí você fica lá, entendeu? (Justicia Vermelha)*

*Eu sempre trabalhei e meti a cara, para não passar fome, mas, infelizmente, quando se trata de coisa de saúde, com um salário mínimo é lamentável, você chega no consultório médico, quanto é a consulta? 400 reais. Você vai fazer o quê? Pagar? Vai pagar? Vai, então você paga 400 reais. (Olho de Boneca)*

Além disso, abordam os custos envolvidos com as consultas privadas como uma maneira de driblar o longo tempo de espera para realização de exames e atendimentos às suas necessidades no sistema público.

*Um exame detalhado demora muito. Por isso às vezes precisa fazer particular, daí às vezes acaba fazendo particular, porque demora muito. (Moca)*

*Assim e demora muito, por exemplo, se você precisa de médico lá em cidade. Demora demais, que nem o médico, se for para pagar, eu pago e pronto. (Gerânios)*

Evidenciou-se, nos trechos a seguir, que, diante das barreiras relacionadas à acessibilidade aos serviços de saúde, as colaboradoras elegem não se deslocarem até os serviços, acarretando prejuízos para efetivação do cuidado com sua saúde.

*Você passou na estrada, deve ter visto aquela cratera que está lá, que até fico indignada por causa do perigo. Já aconteceu de passar mal e perder consulta por falta de estrada. (Ananás)*

*As estradas são muito ruins, eu mesma agora, nesse médico que eu fui, tive que desmarcar uma consulta, porque choveu demais, não teve jeito nem do meu filho me buscar para ir. (Coração de Jesus)*

*Então eu não meço a pressão, eu só tomo remédio, não faço, porque não tem como! É longe, não dá para ir para medir a pressão para ver quanto está. (Lâmina de espada)*

*Para chegar até os serviços de saúde, tem um ônibus que você pega para a cidade e da cidade para o posto de saúde do distrito. Então a gente perde o dia, né? É o dia todo! Como você vai voltar depois? Não tem ônibus para voltar. O último ônibus só três horas da tarde, então só vou quando preciso. (Zinia)*

Os relatos permitiram conhecer as barreiras para acessibilidade vivenciadas pelas mulheres rurais, apresentando características territoriais agravadas pelas grandes distâncias entre o local de vida dessas mulheres e os serviços de saúde.

## Discussão

O primeiro eixo temático categorizado repercute o cotidiano de trabalho das colaboradoras na agricultura familiar, o que confirma a ocupação das mulheres rurais nos modos de produção. Contudo, as suas histórias materializam-se repletas de arranhaduras, contratempos e adversidades para a acessibilidade aos serviços de saúde. Tal achado dialoga com um estudo que confirma que as mulheres rurais são mais afetadas pelo isolamento, invisibilidade e baixo alcance das políticas públicas, tornando-se alvo indiscutível de vulnerabilização, sofrimentos, medos, angústias e silenciamentos<sup>(22)</sup>.

As colaboradoras revelam em suas oralidades no contexto onde vivem, realçado pelos perigos ao longo dos deslocamentos, que provocam o agravamento dos seus problemas de saúde. Estudo realizado nos Estados Unidos em 2021 revelou resultados semelhantes em que as mulheres rurais são mais propensas a piores condições de saúde, baixo nível de renda e educação, reforçando a necessidade de maior investimento por parte das autoridades públicas em prol desse grupo<sup>(23)</sup>.

A rede de colaboradoras destaca, em suas narrativas, as péssimas condições da estrada que causam transtornos para suas locomoções, devido à falta de manutenção ou pela intensificação dos problemas da época de chuva, tais como atoleiros e desmoronamentos. Para isto, pesquisadores ressaltam que, em decorrência da distância entre os pontos das redes e das condições climáticas e precárias das vias de acesso no período das chuvas, fazem-se necessários investimentos urgentes para melhorias nas condições de vida dessa população<sup>(24)</sup>.

Além disso, é possível constatar, em suas oralidades, o seu papel como âncora para o cuidado da saúde da sua rede familiar, no qual vivenciam, juntamente aos familiares, as dificuldades para acessibilidade aos serviços de saúde. Nessa perspectiva, confirma o que um estudo de revisão aponta sobre o cuidado à saúde ser majoritariamente responsabilidade das mulheres que compõem as famílias rurais, apontando para a importância de se compreender o contexto cultural da comunidade para superar os entraves e construir um modelo rural de saúde eficaz<sup>(7)</sup>.

No que tange ao segundo eixo temático, lança-se visibilidade para as barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde que as mulheres rurais vivenciam para conquistar a resolutividade dos seus dilemas de saúde. No entanto, de acordo com os resultados encontrados, os obstáculos não são inócuos, produzindo situações de abandono de tratamento e desassistência a saúde. Diante desses danos, contrariam o dever dos serviços de saúde para o atendimento das necessidades e demandas em saúde das populações do campo, da floresta e das águas das quais essas mulheres fazem parte<sup>(3)</sup>.

As barreiras para acessibilidade geográfica são apresentadas na trajetória das colaboradoras pela distância percorrida, agravadas por uma estrutura inadequada para alcançar os serviços de saúde. Para isto, uma pesquisa internacional realizada nos Estados

Unidos, em 2020, que analisa as distâncias rurais e o impacto na saúde da mulher, revelou a importância da atenção às disparidades de saúde vivenciadas, principalmente no que se refere à distância, quando é ou não percorrida em um determinado local de saúde, a fim de revelar as experiências invisíveis desse grupo marginalizado<sup>(14)</sup>.

Notou-se também, como barreiras geográficas, o extenso tempo para realizar o caminho até os serviços de saúde, além da escassez dos transportes públicos, como ônibus e carros de saúde, acentuado pela exiguidade de disponibilidade de horário aos finais de semana, fazendo com que as mulheres rurais tenham que buscar os próprios recursos, como apoio de vizinhos, familiares, ou às vezes realizam esse percurso a pé. Um estudo realizado no Brasil revela que a escassez de acesso ao transporte público regular faz com que mulheres rurais se desloquem a pé até os serviços de saúde, concluindo a necessidade de adaptação dos processos de acessibilidade à especificidade de cada comunidade<sup>(25)</sup>.

Em relação às barreiras sócio-organizacionais, verifica-se a longa demora para realizar exames e consultas pelo sistema público, evidenciando a produção de estratégias como pagamento de consultas particulares para conseguirem atendimento à saúde. Além disso, revelam os custos financeiros com transporte e alimentação gerados durante o deslocamento para a busca de atendimento nas redes de atenção local ou em outros municípios. Tal aspecto demonstra que a proximidade não é o único fator de garantia de acesso para os moradores das áreas rurais, uma vez que elas podem estar dispostas a percorrer maiores distâncias quando julgam que não receberiam o atendimento mais adequado às suas necessidades, mesmo que o deslocamento signifique despesas financeiras e comprometimento físico e emocional <sup>(27)</sup>.

Além disso, observa-se que tanto a ordenação dos serviços de saúde no território quanto o horário de funcionamento não atendem à especificidade dessas mulheres, evidenciando o que um estudo concluiu sobre o fato de a população rural ainda não alcançar os direitos perante as políticas públicas, devido aos vazios assistenciais e às grandes distâncias percorridas na busca pela oferta e pelo acesso aos serviços de saúde<sup>(28)</sup>.

Entretanto, há caminhos para a concretização de direitos à saúde dessa população, que podem ser alcançados por meio de planejamento de ações com base na análise situacional dos problemas de saúde no território<sup>(27)</sup>. É, portanto, fundamental que gestores e profissionais de saúde se comprometam na construção de práticas de cuidado coerentes com a realidade cultural, social e material dessa população, aproximando-se do seu universo e eliminando as barreiras, a fim de atrair um novo olhar pautado nas reais necessidades de cuidado e acesso<sup>(8)</sup>.

### **Limitações do estudo**

Este estudo inclui a compreensão da acessibilidade aos serviços de saúde considerando a realidade de um território, o que se configura um limite que não traduz toda a diversidade presente nas diversas regiões rurais. Também foi considerado que a perspectiva teórico-metodológica é influenciada pelo viés de memória, utilizada pela História Oral, fazendo-se necessária a utilização de outras abordagens para compreender acessibilidade à saúde das mulheres rurais. A discussão em torno das histórias das mulheres rurais exige que ainda há um vasto espaço para a concretização do direito à

saúde para essa população. Entretanto, este estudo avança na construção do conhecimento ao escutar um contexto singular possibilitando a ruptura de silenciamentos, tornando visível a inacessibilidade aos serviços a que as mulheres rurais ainda estão expostas.

### **Contribuições para Saúde e Enfermagem**

Como contribuição para a prática de enfermagem e saúde, a pesquisa revela a importância do planejamento de uma rede organizada que consiga atender a especificidades dessa população, sendo que, para isso, é fundamental a atuação de gestores e profissionais de saúde no enfrentamento das barreiras de acessibilidades aos serviços vivenciadas pelas mulheres rurais. Desse modo, o enfermeiro pode contribuir, por meio da ocupação de espaços de liderança e tomada de decisão, para discussão e implementação de ações de gestão voltadas para as necessidades das mulheres rurais, com vista à efetivação da atenção à saúde rural.

### **Considerações Finais**

As mulheres rurais tecem seus caminhos, com intuito de alcançar o cuidado de saúde, entretanto, encontram impactos de barreiras sócio-organizacionais e geográficas que acarretam desassistência de saúde. Entre os obstáculos de acessibilidade geográfica, realçam-se os deslocamentos inadequados e desestruturados, a escassez de transportes públicos e a grande distância percorrida para alcançar os serviços de saúde. Já com relação às barreiras para acessibilidade sócio-organizacionais, frisam-se a menor disponibilidade de serviços, o tempo de espera e os custos gerados para cuidado à saúde com transportes e alimentação.

Ressalta-se a contribuição da história oral que permitiu visibilizar o protagonismo às mulheres rurais por meio de suas oralidades, provocando reflexões sobre a urgência de ações para efetivação dos direitos à saúde para a referida população, para que ocorra, principalmente, a minimização da distância para a efetivação não só da acessibilidade aos serviços, mas, também, para a atenção da sua saúde.

Desse modo, é fundamental o papel dos gestores e profissionais de saúde para o enfrentamento das barreiras vivenciadas por essas mulheres, bem como o compromisso para garantia do direito constitucional e a implantação efetiva das políticas públicas específicas para a população-alvo. Os desafios que afetam o avanço da acessibilidade aos serviços de saúde são diversos e não se podem ser esgotados, pois as conclusões aqui despontadas podem despertar novas produções científicas nesse contexto.

### **Referências**

1. Franco, CM, Giovanella, L. e Bousquat. A Atuação dos médicos na Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos: onde está o território? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2023;28(03)821-836. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.12992022>.

2. Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, Fausto MCR. Context and organization of primary health care in remote rural communities in Northern Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(11):e00255020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00255020>
3. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate*. 2018;42(Spec 1):302-14. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S120>
4. Organización de Las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Atlas de las mujeres rurales de América Latina y el Caribe: ao tempo de la vida y los hechos. Santiago de Chile: FAO, 2017. Disponível em: <https://www.fao.org/3/i7916s/i7916s.pdf>. Acesso em: 07 maio 2023. Ministério da Economia. Ministério da Economia. Censo agropec., Rio de Janeiro, v. 8, p.1-105, 2019.
5. Ministério da Economia. Ministério da Economia. Censo agropec., Rio de Janeiro, v. 8, p.1-105, 2019.
6. Bortolotto CC, Loret de Mola C, Tovo-Rodrigues L. Quality of life in adults from a rural area in Southern Brazil: a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(Suppl 1):4s. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000261>
7. Silva BN, Araújo VKG, Felix RS, Rebouças DGC, Silva SYB, Pinto ESG. State of the art of the 168tende168an nursing stricto sensu production on rural population health. *Esc. Anna Nery Rev Enferm*. 2021;25(4):e20200487. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0487>
8. Oliveira AR, Sousa YG, Silva DM, Alves JP, Diniz IVA, Medeiros SM, Martiniano CS, Alves M. A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190328. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190328>
9. Ford JA, Turley R, Porter T, Shakespeare T, Wong G, Jones AP, et al. Access to primary care for socio-economically disadvantaged older people in rural areas: a qualitative study. *PloS One*. 2018;13(3):e0193952. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193952>
10. Mendonça MM, Aleluia IRS, Sousa MLT, Pereira M. Family health strategy care accessibility in west Bahia. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(5):1625-36. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04722021>
11. Pedraza DF, Nobre AMD, Albuquerque FJB, Menezes TN. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(3):923-33. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.11702016>
12. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco regiões de saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2019, 35(11):e00120718. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718>
13. Terzian D S et al. Saúde rural: olhar de mulheres de comunidades rurais sobre o sistema de saúde público durante a pandemia COVID19. *Braz j infect dis*. 2022;26(S1):101996 doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102072>
14. Statz M, Evers K. Spatial barriers as moral failings: What rural distance can teach us about women's health and medical mistrust. *Health Place*. 2020; 64: 102396. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102396>

15. Meihy JCSB, Seawright L. Memórias e narrativas: história oral aplicada. São Paulo: Contexto; 2020.
16. MEIHY, J. C. S. B.; RIBEIRO, S. L. D. **Guia prático de história oral:** para empresas, universidades, comunidades, famílias. São Paulo: Contexto, 2020.
17. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>
18. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2019.
19. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311\\_23\\_10\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html)>
20. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(1):228-33. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
21. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
22. Galvão JR, Almeida PF, Santos AM, Fernandes NFR. Trajetórias assistenciais de usuárias pela APS em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada. *Physis.* 2019; 29(4):e290404. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290404>
23. Lee H, Lin CCC, Snyder JE. Rural-urban differences in health care access among women of reproductive age: a 10-year pooled analysis. *Ann Intern Med.* 2020; 173(11 Suppl):S55-8. Doi: <https://doi.org/10.7326/M19-3250>
24. Rodrigues KV, Almeida PF, Cabral LMS, Fausto MCR. Organização da Atenção Primária à Saúde em um município rural remoto do norte do Brasil. *Saúde Debate.* 2021; 45(131):998-1016. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113105>
25. Fernandes NFS, Galvão JR, Assis MMA, Almeida PF, Santos AM. Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. *Cad Saúde Pública.* 2019; 35(10):e00234618. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00234618>
26. Ferreira LS, Moreira LR, Paludo SS, Meucci RD. Access to Primary Health Care by older adults from rural areas in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2020; 54:149. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002316>
27. Sombra Neto LL, Silva FVE, Barbosa ACM, Carneiro FF, Pessoa VM. Condições de vida e saúde de famílias rurais no sertão cearense: desafios para a Agenda 2030. *Saúde Debate.* 2022; 46(132):148-62. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213210>
28. Ruiz ENF, Santos VF, Gerhardt TE. Mediações na atenção à saúde sob a ótica da Teoria da Dádiva: a saúde da população rural em destaque. *Physis.* 2016; 26(03):829-52. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300007>

***6.4.4 Artigo 3. Construindo pontes no território de saúde: rede de apoio social de mulheres rurais<sup>3</sup>***

---

<sup>3</sup> O artigo está formatado de acordo com as normas da revista científica.

## **CONSTRUINDO PONTES NO TERRITÓRIO DE SAÚDE: REDE DE APOIO SOCIAL DE MULHERES RURAIS**

## **BUILDING BRIDGES IN THE HEALTH TERRITORY: SOCIAL SUPPORT NETWORK OF RURAL WOMEN**

## **TEJIENDO PUENTES EM EL TERRITORIO DE LA SALUD: RED DE APOYO SOCIAL A MUJERES RURALES**

### **Descritores**

Agentes comunitários de saúde; Mulheres; Apoio social; Saúde da população rural

### **Descriptors**

Community health agents; Women; Social support; Rural health care

### **Descriptores**

Agentes comunitarios de salud; Mujeres; Apoyo social; Salud rural

### **Resumo**

**Objetivo:** compreender a conformação da rede de apoio social de mulheres rurais e o tipo de apoio social recebido pelas agentes comunitárias de saúde. **Métodos:** abordagem qualitativa, ancorada na metodologia da História Oral Temática, com 15 mulheres rurais e três agentes comunitárias por meio de um roteiro semiestruturado entre maio e agosto de 2021. Os dados foram analisados conforme análise temática de conteúdo. **Resultados:** foram identificadas, como rede de apoio social formal, a família e a comunidade, e, como informal, a Estratégia de Saúde da Família, representada principalmente pelas agentes comunitárias de saúde. Na análise das narrativas, demonstrou-se que o tipo de apoio das agentes comunitárias foi o apoio emocional e material, apontando a potência desses profissionais para promoção do atendimento rural. **Considerações Finais:** as redes de apoio social e o tipo de apoio social oferecido pelas agentes comunitárias são imprescindíveis para que as mulheres rurais alcancem o cuidado de saúde nesse território. Cabe à Enfermagem articular esses arranjos sociais para efetivação do modelo de atenção primário à comunidade rural.

### **Abstract**

**Objective:** to identify the social support network of rural women and the type of social support offered by community health agents. **Methods:** qualitative research approach, using the methodology of Thematic Oral History, with 15 rural women and three community agents through semi-structured interviews guided by a script from May to August 2021. Thematic content analysis was used to analyse data. **Results:** the family and the community were identified as a formal social support network and the Family Health Strategy, represented mainly by community health agents as the informal social support network. To analyse the narratives, it was demonstrated that the emotional and material support was provided by the community agents which emphasize their power to promote rural health care. **Final Considerations:** social support networks and the type of social support offered by community agents are key for rural women to search health care in their territory. Nursing plays a significant role to articulate these social arrangements to implement primary care model for rural communities.

### **Resumen**

**Objetivo:** identificar la red de apoyo social de las mujeres rurales y el tipo de apoyo social que reciben los agentes comunitarios de salud. **Métodos:** abordaje cualitativo, anclado en la metodología de la Historia Oral Temática, con 15 mujeres rurales y tres agentes comunitarios a través de un guión semi -estructurada entre mayo y agosto de 2021. Los datos fueron analizados de acuerdo con el análisis de contenido temático. **Resultados:** la familia y la comunidad fueron identificadas como una red de apoyo social formal y, como informal, la Estrategia de Salud de la Familia, representada principalmente por comunidades Trabajadores de la salud. En el análisis de las narrativas, los tipos de apoyo prestados por los agentes comunitarios fueron: apoyo emocional y material, apuntando al poder de estos profesionales para promover la asistencia rural. **Consideraciones Finales:** redes de apoyo social y el tipo de apoyo social ofrecido por los agentes comunitarios son esenciales para que las mujeres rurales lleguen a la atención de la salud en ese territorio. Corresponde a Enfermería articular estos arreglos sociales para implementar el modelo de atención primaria para la comunidad rural.

## INTRODUÇÃO

As comunidades rurais enfrentam diversos desafios e obstáculos para obter serviços de saúde, que são mais complexos em comparação às áreas urbanas. Atualmente, é necessário oferecer cuidados de saúde adequados às suas particularidades, direcionando ações e iniciativas que reconheçam as características dessas regiões, visando facilitar o acesso aos serviços de saúde.<sup>(1)</sup>

No território rural, encontram-se a população do campo, florestas e das águas (PCFA), que são contempladas pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) que considera que suas especificidades devem ser reconhecidas pelos profissionais de saúde, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>(2)</sup> A população do campo inclui os agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados e temporários que podem residir ou não no rural, que se apoiam nos saberes tradicionais e na relação com a natureza, comercializando o excedente da produção e também utilizando-o para o autossustento.<sup>(3)</sup>

Para a promoção da saúde desse grupo, é crucial compreender como se reproduzem as condições e seus modos de vidas, principalmente as mulheres que residem em contextos rurais, que estão expostas à dependência financeira e hegemonia ideológica dos homens, dificuldade de acesso à herança, primazia da associação do trabalho agrícola aos corpos masculinos, além de obstáculos naturalizados pela família, comunidade e pela própria mulher.<sup>(4)</sup>

Nesse cenário, a Atenção Primária de Saúde (APS) assume como coordenação prioritária a Estratégia Saúde da Família (ESF), que é capaz de ampliar a cobertura, configurando-se porta de entrada do usuário no SUS e o eixo de ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).<sup>(5)</sup> No Brasil, para fortalecer a ESF, foi criado um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que descreve as normativas principalmente na prevenção de doenças, promoção da saúde e identificação de necessidades da população e do território, por meio da visita domiciliar.<sup>(6)</sup> No âmbito da APS, sobretudo em áreas rurais, os agentes comunitários de saúde (ACS) são os trabalhadores que reduzem a distância entre a população e o serviço de saúde no território.<sup>(7)</sup>

É sabido que as mulheres rurais enfrentam obstáculos para o acesso aos serviços de saúde da APS, fazendo com que mobilizem redes de apoio social, cuja formação se dá por meio de uma teia significativa de relacionamentos interpessoais com pessoas, organizações ou instituições sociais, que estão conectadas por algum tipo de vínculo.<sup>(8)</sup> A

rede de apoio pode ser distinguida entre o sistema informal, composto por família, amigos, vizinhos e instituições da sociedade civil, e o sistema formal, que pode abarcar os profissionais e serviços públicos.<sup>(9)</sup> Ademais, considera-se fundamental o conceito de apoio social que se refere aos recursos disponibilizados por outras pessoas a alguém que se encontra em situação de necessidade, podendo corresponder a diferentes funções, como apoio emocional, material ou afetivo.<sup>(10)</sup>

Nesse sentido, justifica-se este estudo pela complexidade do acesso aos cuidados de saúde nos sistemas de saúde, o que torna imprescindível examinar suas origens e implicações para resolução dessas barreiras.<sup>(11)</sup> Emerge, pois, a seguinte questão norteadora da presente investigação: como se configuram as redes de apoio social mobilizadas pelas mulheres rurais para alcançar o cuidado de saúde? Tem-se, assim, como objetivo compreender a conformação da rede de apoio social de mulheres rurais e o tipo de apoio social recebido pelas agentes comunitárias de saúde.

## **MÉTODOS**

A presente pesquisa, descritiva com a abordagem qualitativa, está ancorada no referencial metodológico da História Oral (HO), a qual valoriza histórias que refletem sobre as minorias ou grupos que, por questões contextuais específicas, são silenciadas.<sup>(12)</sup> Entre os gêneros narrativos da HO, foi utilizado o gênero da História Oral Temática que destaca os elementos da história do narrado que são relevantes para a compreensão dos assuntos principais, sem eliminar a subjetividade dos atos expressos pela memória.<sup>(13)</sup>

Para a seleção da amostra, utilizou-se a constituição de redes, por meio da entrevista ponto zero que orienta a formação das demais redes e dos próximos entrevistados de uma mesma rede. Desse modo, explicou-se à entrevistada esta fase e foi solicitado que indicasse a continuidade das entrevistadas. Adotou-se, também, a formação de sub-redes, para auxiliar na especificação do tema, retratando outros fatores importantes para o objetivo do estudo.<sup>(14)</sup>

Esleu-se para composição das redes: ser mulher rural, usuária da ESF do município, residente da área de abrangência do território do campo e trabalhar diretamente com agricultura familiar. Foram excluídas aquelas menores de 18 anos, que não residiam no território rural e não trabalhavam diretamente com a agricultura. Para as sub-redes, foram elencadas as agentes comunitárias pertencentes à ESF, e a escolha pela inclusão se deu devido à incidência da sua presença em suas narrativas como rede de apoio.

A coleta de dados ocorreu entre maio a agosto de 2021, com 15 mulheres rurais e três agentes comunitárias. Foi utilizado um instrumento para a caracterização dos participantes e um roteiro de entrevista semiestruturado com questões abertas direcionadas para a questão norteadora do estudo. O cenário de estudo foi um distrito municipal rural, sendo as entrevistas realizadas nas residências das mulheres rurais e, para as agentes comunitárias, em uma sala privada da ESF do distrito.

Para analisar os dados, utilizou-se a técnica de análise de temática de conteúdo, que consiste em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos com a interpretação. A pré-análise incluiu a transcrição, textualização e transcrição autorizadas por todas as entrevistadas.<sup>(14)</sup>

Na exploração do material, os dados foram transformados em conteúdos temáticos, logo após agregados, possibilitando o estabelecimento dos eixos temáticos. Nesta fase, contou-se com o auxílio do software Atlas T.I que possibilitou a visualização e categorização dos dados.<sup>(15)</sup> No tratamento dos resultados, foi realizada a análise dos dados propriamente dita, mediante a inferência, interpretação e articulação dos conteúdos temáticos obtidos com o referencial teórico utilizado, com o intuito de responder à questão da pesquisa e ao objetivo proposto.<sup>(15)</sup>

Esta pesquisa foi desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob número CAAE 42476821.5.0000.5149.

## **RESULTADOS**

As mulheres rurais possuíam idade entre 32 e 66 anos, e sua escolaridade variou de sem instrução até ensino médio completo. A renda pessoal foi de zero a um salário mínimo, e a renda familiar, entre 200 reais a 4.000 reais, sendo que dez mulheres rurais denominaram os companheiros como responsáveis pelo domicílio e cinco se intitularam como responsável pelo domicílio. A ocupação durante o período da coleta de dados foram dez agricultoras e cinco aposentadas, mas que mantinham atividades nas lavouras. A distância média entre a residência das mulheres rurais e a ESF foi de 26 km, e a distância entre as suas residências e a área urbana foi de 52 km.

Em relação a agentes comunitárias de saúde, todas são do sexo feminino, com a idade entre 33 e 48 anos. A escolaridade variou entre ensino médio completo e ensino superior incompleto. Todas são moradoras do distrito de estudo e atuam entre 10 a 16 anos como agentes comunitárias. Foram identificadas duas categorias nas narrativas que serão apresentadas a seguir.

## **Rede de Apoio Social formal e informal de mulheres rurais: tessituras para alcançar o cuidado de saúde no território**

As mulheres rurais relatam a rede de apoio formal e informal que sustenta o percurso para alcançar o cuidado nos serviços de saúde. Em relação à formação da rede de apoio informal, fica evidente o suporte dos maridos, irmãos, pais, filhos, vizinhos e amigos.

*Meus filhos, o marido, me apoiam, igual se a gente precisar, de ir lá no Posto de Saúde, que é longe e não dá para ir a pé, meu marido pega e me leva, a qualquer hora que precisar e de carro. (M6)*

*A família me apoia muito, quando preciso, meu marido, minha mãe, meus irmãos me apoiam, quando precisei sair de madrugada com meu filho que ele estava convulsão, os meus pais vieram aqui, me deram força, minha irmã acompanhou eu e meu filho no hospital. (M7)*

Nessa rede de apoio, as mulheres rurais indicam, também, o cuidado com suas famílias e comunidade. Para isso, compartilham suas vivências por meio da produção de uma rede de cuidado coletivo, que envolve a sua saúde, mas também o suporte para seus maridos e filhos, abarcando toda a comunidade.

*Olha, quando eu preciso de cuidado de saúde, é minha mãe, porque ela olha as meninas, né? Nosso Deus, o apoio dela é muito bom, ela cuida das meninas, faz o almoço para meu marido se precisar, dá marmita, põe as meninas para tomar banho, quando chego da rua, se for consulta, ou alguma coisa, eu estou liberada. (M9)*

*Aqui se eu preciso o meu esposo, minha filha, e vizinhos me ajudam, teve uma vez que minha filha machucou de moto, daí a vizinha disse: “Eu levo, agora” e foi mesmo e levou lá na cidade. (M14)*

Em suas narrativas, revelam, como rede de apoio formal, o posto de saúde, além dos profissionais que atuam nesse serviço, como as agentes comunitárias de saúde, enfermeiros e médicos.

*Então eu só busco cuidado no posto do distrito, igual a gente precisa de um exame, as agentes comunitárias que marcam lá na cidade, e nós vamos. (M6)*

*Desde quando engravidei da minha primeira menina, eu fazia o pré-natal com os enfermeiros, no posto de saúde, daí eles me orientavam sobre amamentação, parto, explicava o parto natural, o parto cesariana, explicava tudo, né? (M7)*

*Quando eu preciso, eu vou lá, marco a consulta, igual em 2018 descobri que tinha diabetes, eu só fiquei preocupada porque eu estava só emagrecendo, daí resolvi procurar um médico, daí foi quando descobri que estava com diabetes. Procurei aqui no PSF, daí constatou que eu tinha diabetes, daí eu tomo remédio. (M13)*

Dessa feita, a primeira escolha para cuidado de saúde é a ESF do território, destacando como principal vínculo as agentes comunitárias de saúde, principalmente para a marcação de consultas com os médicos.

*Quando preciso de cuidado de saúde, eu vou na agente comunitária, daí eu vou e falo para ela que preciso de médico, e qual horário que tem médico lá em no posto do distrito. (M8)*

*Então, quando preciso de um médico, vou na agente comunitária e peço para marcar uma consulta para mim, e assim elas fazem. Então uso mais ali em no posto do distrito. (M11)*

Em suas narrativas, emerge a notoriedade das agentes comunitárias como rede de apoio formal para a busca de cuidado de saúde, para si e para suas famílias. Em seus relatos, evidenciam-se o acolhimento, gratidão e vínculo.

*A gente já precisou sabe: “Olha, agente comunitária, está acontecendo isso aqui”, daí ela: “Tal, não pera aí, isso aqui não tem como resolver”; “Vou entrar em contato com Doutor” e “Te dou um retorno aí”. Então, sabe, então ela te dá aquele retorno. Então assim, eu acho isso um apoio muito grande, quando se trata de saúde, eu falo assim: “Graças a Deus”. (M2)*

*Uma vez, meu esposo deu uma dor ao redor do umbigo, muita dor, daí liguei para agente comunitária, ela atendeu, daí disse: “Você pode trazer aqui. (M9)*

### **Construindo pontes entre as Agentes Comunitárias de Saúde e as mulheres rurais no território**

As agentes comunitárias relatam sobre o modo de vida e trabalho das mulheres rurais. Em relação ao trabalho executado pelas mulheres, frisam o período da colheita de café, como um dos principais fatores para não buscarem os cuidados de saúde na ESF. Revelam que o trabalho é um momento indispensável, pois ali conseguem aumentar suas rendas. Além disso, relatam o difícil acesso até a ESF, gerando a carência para o cuidado com a saúde.

*Tipo, época de colheita de café não procuram, ficam mais afastadas, devido à distância também ou por causa do serviço, elas demoram mais para procurar [...]se cuidam menos, né? (A1)*

*Época da colheita de café, por exemplo, é bem mais difícil, porque todas têm que trabalhar, esquecer que está doente e trabalhar, porque na época da colheita de café é o auge ali daquela renda extra, daí tipo assim, na colheita de café, doente ou não, elas têm que se dedicar ao serviço mesmo. (A2)*

*Você percebe que, assim, que elas têm alguma dificuldade de vir na unidade sim, de estar vindo na unidade. (A3)*

Descrevem as dificuldades enfrentadas por essas mulheres para conseguirem cuidados de saúde na APS, como os custos financeiros para deslocamento, as precárias condições das estradas, inundações e a distância.

*Porque dependendo do lugar, lá no final da comunidade rural, para ir para centro da cidade é 70,00 reais em uma condução de carro, e ele está pagando 70,00 em um ultrassom. (A1)*

*Então vem aqui, quem tem condições de carro e financeiras melhor ou até quem não tem, quando está doente, arruma um jeito, paga a passagem e vem até aqui. (A2)*

*A distância e principalmente em época de chuva. Na época de chuva, elas ficam totalmente isoladas, né? Porque às vezes não tem acesso, a estrada tem lama, às vezes inundação mesmo. (A3)*

As agentes comunitárias enfatizam que, além do difícil acesso a ESF, há falta de equipamentos para realizar procedimento, além de mencionarem a demora para a ida ao atendimento dos profissionais da saúde na comunidade rural.

*Tem sempre que estimular, por exemplo, quando você pede, “A sua pressão tá alterada você tem que fazer um controle de PA”, Ela não vai fazer, vai olhar uma vez, duas e depois, difícil acesso, e não tem ninguém na comunidade que tem o aparelho. Às vezes na unidade, o profissional da unidade demora para ir naquela comunidade, é difícil para elas virem. (A1)*

Em relação ao tipo de apoio ofertado pelas agentes comunitárias, é evidenciado o apoio emocional e material, determinado pela preocupação com a saúde das mulheres rurais.

*Falamos da alimentação: “Ah, tem que mudar sua alimentação”, “Tem que fazer caminhada também”, elas acham porque trabalha muito, não precisa de caminhada, já faz bastante exercício, então caminhada pra elas é andar o dia inteiro ali no serviço. (A1)*

*Eu estava de férias em julho, daí assim já fiquei preocupada, “Meu Deus, como é que tá, e agora?” Daí fui lá na casa e ele perdeu a consulta, acho que cardiologista, esse paciente, ele é diabético, hipertenso, mental, obeso, e a filha cuida muito bem dele. Então eles não cobram nada, tudo que faz tá bom, daí eu levo receitas atualizadas. (A2)*

Diante das dificuldades de acesso, as agentes comunitárias oferecem suporte por meio de estratégias para que as mulheres e suas famílias alcancem o cuidado de saúde. Esse suporte inclui entrega de resultado de exames, marcação de consultas para toda a família e orientação sobre seus direitos.

*Igual hoje mesmo tem quatro pessoas ali da mesma casa para o dentista, e para o retorno vai marcar um dia que eu consigo agendar o preventivo, porque dos quatro só um que é homem, duas que querem colher o preventivo. Então assim pra fazer o máximo de coisa possível dentro da unidade. Criando estratégias pra tentar ajudar todo mundo. (A1)*

*Questão por exemplo de benefícios do paciente, passe livre que o paciente tem direito, estando lá mesmo que eu não consiga, pra evitar o atraso de vida, às vezes pra tentar fazer isso, eu já oriento, procura tal pessoa que já vai estar te ajudando. (A2)*

As dificuldades com o transporte para deslocamento até a comunidade onde se encontram as mulheres rurais geram estratégias para as agentes comunitárias efetivarem suas ações por meio do uso das redes sociais, a fim de agilizar a promoção do atendimento à saúde rural.

*Igual, tem uma paciente que ela veio e não trouxe o exame, não sei o que aconteceu que esqueceu, daí passou na consulta, mas a parte do exame não tem como resolver, daí eu pedi pra vizinha, porque ela não tem condição de tirar foto sozinha, para tirar foto e mandar, e isso acontece muito, paciente de lá manda foto do exame, conversar com a médica, pra médica dá uma olhadinha, se tiver alguma coisa alterada que o paciente precisar vim, ele vem, se não precisar, a gente já resolve. (A1)*

*Elas se preocupam, mas, assim, eu vejo assim que o acesso é difícil pra elas estarem buscando o serviço. Esse acesso é uma falha muito grande de nós aqui do município, não de nós como profissionais, mas do gestor do município, para empenhar mais recursos, pra gente ir lá. (A2)*

*Porque eu gostaria de fazer a visita pessoalmente, passando a informação pessoalmente, mas infelizmente, devido à escassez de carro, e devido à distância, a gente precisa usar mesmo o Whatsapp. (A3)*

## **DISCUSSÃO**

As mulheres rurais atuam como articuladoras de relações sociais, que resultam na organização de estratégias de sobrevivência, não só para alcançar o cuidado de saúde,

mas também para ter dinheiro, comida, compartilhar as atividades domésticas e o cuidado com os filhos pequenos.<sup>(16)</sup> Essa perspectiva confirma a imprescindibilidade de reconhecer as redes de apoio informais como mecanismo de auxílio no processo-saúde-doença nas áreas rurais.<sup>(17)</sup> Tal fato se relaciona com um achado científico que analisa o papel da rede de apoio social de mulheres ribeirinhas, demonstrando que elas atuam como mediadoras centrais em todas as atividades desenvolvidas na família e comunidade.<sup>(18)</sup> Desse modo, essa atuação como mediadoras e a dependência de cuidado familiar, especialmente materno, tornam-se uma importante característica a ser considerada pelas equipes e unidades de saúde para as ofertas de ações em saúde.<sup>(19)</sup>

A porta de entrada preferencial pela APS é uma escolha das mulheres rurais como serviço de busca regular para as ações preventivas e assistenciais.<sup>(20)</sup> Vale destacar que a ESF é considerada uma grande potência para promoção do acesso e resultados em saúde entre as populações rurais, e, para isto, é necessário enfrentar os desafios nas localidades rurais, por meio de novos desenhos de oferta de serviços, com forte componente comunitário e cultural e por meio de estratégias de fixação de profissionais para essas áreas.<sup>(21)</sup> Por conseguinte, isso reforça a ideia sobre a importância de programas federais para provisão de profissionais na ESF nas áreas rurais, o que requer incrementar disponibilidade de médicos, enfermeiros e ACS, garantindo oferta da APS, por meio da consecução de políticas baseadas em educação, regulação e incentivos, e destacando que as intervenções devem ser ajustadas ao contexto local.<sup>(22)</sup>

Nesse cenário, os ACS podem ser utilizados como uma referência para o conhecimento da identidade do território, pois a população rural os reconhece como membros da comunidade, que convivem com a realidade, tornando-se uma importante ferramenta para transformação do território.<sup>(5)</sup> Além disso, os ACS são considerados os principais responsáveis pela informação sobre atenção especializada, avisando a marcação da consulta ao usuário e à equipe, o retorno deste ao domicílio, o que sinaliza a contribuição desses profissionais para a continuidade do cuidado.<sup>(6)</sup> Assim, o aproveitamento da força de trabalho dos ACS apresenta um forte respaldo para mobilização e engajamento comunitário, o que alerta os gestores a buscarem ampliação e implantação desse programa em várias partes do mundo.<sup>(23)</sup>

Para isso, o investimento nas visitas domiciliares em territórios rurais e remotos é uma das alternativas que proporciona a principal forma de contato dos serviços de saúde com os usuários, e os ACS podem favorecer a compreensão das condições de vida e dificuldades de deslocamento da população rural, possibilitando planejar e flexibilizar os

padrões de conduta para os gestores e profissionais de saúde.<sup>(24)</sup> Outrossim, uma estratégia alternativa pode ser via implantação da rede de telessaúde, que já vem demonstrando pontos positivos para a garantia do acesso à saúde de maneira integral, diminuindo distâncias e otimizando os gastos financeiros do município com o deslocamento para serviços de referência.<sup>(25)</sup>

### **Limites do estudo**

Sobre os limites deste estudo, destacam-se a quantidade de participantes, para uma maior perspectiva das mulheres rurais, bem como estudos futuros que podem investigar arranjos sociais em outras comunidades rurais.

### **Contribuições para Prática**

A Enfermagem possui um papel central na inserção de novas práticas na APS na área rural, que podem colaborar para a construção de planos terapêuticos baseados nas redes sociais de apoio, viabilizando o fortalecimento do modelo de assistência à saúde do SUS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo identificou a rede de apoio social formal e informal de mulheres rurais, que favorece significativamente o alcance de cuidados à saúde na APS. O elo entre as mulheres e as agentes comunitárias confirma a importância da sua função na ESF, por meio de acolhimento, vínculo, empoderamento. Desse modo, cabe aos gestores e profissionais de saúde operarem e reconhecerem esses arranjos sociais para promoção de acesso e cuidado de saúde na APS nas áreas rurais.

## **REFERÊNCIAS**

1. Lima, ARA, Dias, NS, Lopes, LB, Heck, RM. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? *Saúde Debate*. 2019;43(122):755-764.
2. Pontes AGV, Vale e Silva J, Arruda CAM, Carneiro FF, Moreira FJF, Bezerra CP, et al.. NASF-AB no campo e nas águas: o cuidado em torno do trabalho, ambiente e saúde de famílias agricultoras e pescadoras. *Trab Educ Saúde*. 2022;20:e00275192.

3. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface Comun Saúde Educ.* 2018;22(66):903-14.
4. Gomes RCM, Nogueira C, Toneli MJF. Mulheres em contextos rurais: um mapeamento sobre gênero e ruralidade. *Psicol Soc.* 2016;28(1):115-24.
5. Costa LA, Carneiro FF, Almeida MM, Machado MFAS, Dias AP, Menezes FWP, et al. Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. *Saúde Debate.* 2019;43(spe 8):36-49.
6. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Almeida PF. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2021;37(8):e00247820.
7. Soares AN, Silva TL, Franco AAAM, Maia TF. (2020). Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. *Physis (Rio J).* 2020;30(3):e300332.
8. Santos CA, Moura MAV, Souza IEO, Queiroz ABA, Souza MHN, Penna LHG, et al. Social support networks for women in situation of intimate partner violence. *Rev Bras Enferm.* 2022;75:e20210830.
9. Pizzinato A, Pagnussat E, Cargnelutti ES, Lobo NS, Motta RF. Análise da rede de apoio e do apoio social na percepção de usuários e profissionais da proteção social básica. *Estud Psicol (Natal).* 2018;23(2):145-56.
10. Andrade BG, Assis CA, Lima DCM, Neves LF, Silva LA, Silva RC, et al. Social support and resilience: a look at adolescent motherhood. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE03341.
11. Coombs NC, Campbell DG, Caringi J. A qualitative study of rural healthcare providers' views of social, cultural, and programmatic barriers to healthcare access. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):438.
12. Rovai MGO, organizadora. História oral e história das mulheres: rompendo silenciamentos. São Paulo: Letra e Voz; 2017.
13. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. 2. Ed. São Paulo: Contexto; 2019.
14. Meihy JCSB, Seawright L. Memórias e narrativas: história oral aplicada. São Paulo: Contexto; 2020.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.

16. Nepomuceno BB, Ximenes VM. Apoio social e saúde mental em mulheres em contextos de pobreza no Brasil. *Interam J Psychol.* 2019;53(2):208-18.
17. Peters CW, Lange C, Lemões MAM, Zillmer JGV, Schwartz E, Llano PMP. Health-disease-care process in older adults living in rural areas: perspective of culturally coherent care. *Texto & Contexto Enferm.* 2021;30:e20190302.
18. Pinto NMA, Pontes FAR, Silva SSC. As redes de apoio social das mulheres ribeirinhas da Amazônia: uma abordagem ecológica. *Mudanças.* 2018;26(1):11-22.
19. Silveira A, Jantsch LB, Fontana DGR, Silva EB. Apoio social à população pediátrica e adulta com deficiência residente em contexto rural. *Rev Contexto Saúde.* 2021;21(44):310-21.
20. Dias ACS, Triaca LM, Santos RC, Gusmão MEN, Lacerda FK. Association between rural workers' sociodemographic and reproductive characteristics and their reproductive autonomy. *Rev Bras Enferm.* 2022; 75(supl. 2): e20210878.
21. Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF, Lima JG, Seidl H, Sousa ABL, et al. Different remote realities: health and the use of territory in Brazilian rural municipalities. *Rev Saúde Pública.* 2022;56:73.
22. Franco CM, Giovanella L, Bousquat AEM. Doctors' Work in Primary Health Care in remote rural municipalities: where is the territory? *Ciênc Saúde Colet.* 2023;28(3): 821-36.
23. Méllo LMBD, Santos RC, Albuquerque PC. Community Health Workers: what do international studies tell us? *Ciênc Saúde Colet.* 2023;28(2):501-20.
24. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Primary healthcare in rural areas: access, organization, and health workforce in an integrative literature review. *Cad Saúde Pública.* 2021;37(7):e00310520.
25. Sachett JAG, Gonçalves ICM, Santos WOM. Experience report of the contributions of telehealth in riverside communities of Amazonas in the pandemic. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(supl. 2):e20210820.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Não há acaso, destino ou sorte que possa contornar, obstruir ou controlar a firme resolução de uma alma determinada”*

(Ella Wheeler Wilcox).

Este estudo apresentou as trajetórias assistenciais de mulheres trabalhadoras rurais nas redes de atenção à saúde, que despontaram elementos de suas histórias, itinerários de cuidado, de enfrentamento e de vida. No percurso escolhido, procurou-se interrogar mulheres trabalhadoras rurais concentrando em suas oralidades, para protagonizar suas lutas contra a invisibilidade face à estigmatização dos seus territórios. Nessa seara, ainda que minoritário o universo das entrevistadas, a oportunidade de realizar este estudo floresce a capacidade de combater as iniquidades sociais e de saúde que ainda fazem parte do cotidiano desse segmento.

A participação das mulheres trabalhadoras rurais no desenvolvimento do seu território é inegociável. Elas mantêm seus lares, trabalham, cuidam da saúde de suas famílias e promovem o crescimento da sua comunidade. Ao ouvir as suas narrativas frente aos seus problemas de saúde, foi possível constatar a necessidade de reorganização das disposições dos serviços de saúde, de incorporação de equipamentos e recursos humanos e a importância de se enraizar programas de educação e o planejamento em saúde para garantir uma vida saudável para essas mulheres e suas famílias.

As trajetórias assistenciais das mulheres trabalhadoras rurais proporcionam subsídios para repensar a organização e o funcionamento das redes de atenção em saúde, de modo a fornecer serviços de saúde que atendam às suas realidades, colocando em prática a importância da gestão social de saúde. O desenho do itinerário terapêutico permitiu compreender a busca de cuidado à saúde, bem como ofereceu elementos para questionar a organização dos serviços no território, a partir da centralidade nas experiências das mulheres trabalhadoras rurais.

Neste trabalho, considerou-se também a acessibilidade aos serviços de saúde por meio das oralidades das mulheres trabalhadoras rurais como modo de conseguir evidenciar as características da oferta de serviços e na capacidade de atender a suas necessidades de saúde. Assim, foi possível evidenciar as barreiras sócio-organizacionais e geográficas para que o serviço seja ofertado na direção de eliminar esses obstáculos e prestar atendimento de forma digna e humana.

A singularidade do território dessas mulheres visibilizou a importância da rede de apoio social formada pela família e membros da comunidade, mas também tornou possível conhecer a importância da ESF e o papel fundamental dos ACS na mobilização de recursos para as mulheres trabalhadoras rurais. Tanto que é necessário enfatizar que o reconhecimento das mulheres trabalhadoras rurais sobre o trabalho dos ACS fez com que elas se tornassem participantes da pesquisa, confirmando o investimento da dimensão do vínculo para que a saúde seja exercida como direito pleno.

Nesse caminhar, foi possível evidenciar a imprescindibilidade do investimento na organização da APS como coordenadora da rede de atenção à saúde para atenção à saúde rural, pois essas mulheres utilizam e escolhem buscar a saúde nesse espaço. Para isto, a APS deve-se adaptar ao contexto do seu território específico, ser próximo ao local de seus territórios, além de compreender as suas particularidades culturais de bagagem, história e percepções sobre a própria saúde.

O percurso deste estudo ancorado na história oral fortaleceu a escolha de que este foi um método imprescindível para o alcance dos objetivos propostos, pois as mulheres trabalhadoras rurais desejavam ofertar a escuta da sua memória por meio da sua voz, rompendo silenciamentos e invisibilidades até então desconhecidas.

No que se refere a enfermeiros(as), esta profissão ocupa cargos de liderança, sendo um importante agente formulador, instrutor e influenciador na construção de políticas públicas de saúde, possuindo um domínio das redes de atenção no SUS, podendo atuar no redimensionamento de saberes e práticas como gestores e profissionais no cuidado. Ainda, como, enfermeiros(as), há vários princípios orientadores como o respeito pela diversidade humana, a justiça social, o sentido de comunidade, a promoção da participação ativa do cidadão, fundamentação nos conhecimentos científicos, bem como a utilização da nossa prática para melhorar a vida das populações vulneráveis, especificamente, nesta tese, as mulheres trabalhadoras rurais.

Ademais, construir esta pesquisa atravessada pela pandemia de COVID-19 foi, ao mesmo tempo, o desafio e a riqueza deste estudo. As mulheres trabalhadoras rurais vivenciaram impacto direto na busca de cuidado à saúde, sinalizando a relação direta entre a pandemia e a diminuição da oferta de serviços de saúde, ampliando o isolamento em seus territórios e clamando a atenção para o agravamento das iniquidades vivenciadas por essa população nesse cenário.

Por fim, as considerações finais apresentadas tornam-se fecundas para construção de propostas e ações para a organização do modelo de atenção à saúde voltado para o atendimento

da população do campo, pois os conhecimentos aqui despontados possibilitam subsidiar mudanças nas práticas, conclamando a atenção de gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas. Diante das questões colocadas, outros pesquisadores foram convidados para se sensibilizar com a riqueza e vulnerabilidades desses territórios, unindo forças para concretização da atenção à saúde rural.

## REFERÊNCIAS

- ADAY, L. A. ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, Chicago v. 9, p. 208–220, 1974.
- AGUIAR, V. V. P. Mulheres rurais, movimento social e participação: reflexões a partir da Marcha das Margaridas. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 15, ed. esp., p. 261–295, 2016.
- ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2013.
- ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 28–38, out./dez. 2015.
- ALEKSANYAN, Y.; WEINMAN, J. P. Women, men and COVID-19. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 294, p. 114698, Feb. 2022.
- ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. e180, out. 2018.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 11, p. e00255020, 2021.
- ALMEIDA, P. F.; CASOTTI, E.; SILVÉRIO, R. F. L. Trajetórias assistenciais de usuários com COVID-19: das medidas preventivas à reabilitação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. e00163222, 2023.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *In*: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125–138. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pz254>. Acesso em: 27 jul. 2021.
- ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de Ciências Sociais, Política & Trabalho**, São Paulo, v. 42, n. 28, p. 29–43, 2015.
- ALVES, P. C. Itinerários terapêuticos, cuidado à saúde e a experiência de adoecimento. *In*: GERHARDT, T. E. *et al.* (org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS-UERJ: ABRASCO, 2016. p. 125–146.
- AMITRANO, C.; MAGALHÃES, L. C. G.; SILVA, M. S. Medidas de enfrentamento dos efeitos econômicos da pandemia COVID-19: panorama internacional e análise dos casos dos Estados Unidos, do Reino Unido e da Espanha. *In*: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Sumário executivo**. Brasília: Ipea, 2020. (Texto para discussão, 2559). Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9978/2/td\\_2559\\_sumex.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9978/2/td_2559_sumex.pdf). Acesso em: 25 maio 2023.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, supl. 1, p. 2423–2446, 2020.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. e00213816, 2018.

ASSIS, M. M. A. *et al.* Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M. M. A. *et al.* (org.). **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 13–38.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004.

AZEVEDO, F. A. **As ligas camponesas**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

AZEVEDO, C. V. M.; PIRES, I. F. **Diagnóstico situacional e administrativo da Estratégia Saúde da Família “Francisco de Paula Oliveira” – Cachoeirinha**. 2022. Diagnóstico Situacional e Administrativo (Disciplina de Estágio Supervisionado em Enfermagem II- EFG 401 do curso de Enfermagem) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2022.

BARBOSA, V. F. B.; CAPONI, S. N. C. Direitos humanos, vulnerabilidade e vulneração dos povos indígenas brasileiros no enfrentamento à Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTELLA, C. E. C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, A. M. D. A. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV: FIOCRUZ, 2007. p. 51–86. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1).

BECKER, S. G. *et al.* Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 323–326, abr. 2009.

BELLATO, R. *et al.* História de vida como abordagem privilegiada para compor itinerários terapêuticos. In: GERHARDT, T. E. *et al.* (org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC IMS/ UERJ ABRASCO, 2016. p. 203–221. Disponível em: <https://cepesc.org.br/livros/itinerarios-terapeuticos-integralidade-no-cuidado-avaliacao-e-formacao-em-saude/>. Acesso em: 27 jul. 2021.

BELLATO, R. *et al.* Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (org.). **Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS- UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 187–194.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ABRASCO, 2008. p. 167–187.

BERTONCELLO, A.; BADALOTTI, R. M.; KLEBA, M. E. Ação coletiva e políticas públicas: mulheres camponesas na construção da Política de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. **Interações**, Campo Grande, v. 21, n. 3, p. 543–558, jul./set. 2020.

BEZERRA, A. C. V. *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, supl. 1, p. 2411–2421, jun. 2020.

BOFF, L. **Ética e moral**: a busca dos fundamentos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 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. Brasília: Presidência da República, 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 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. Brasília: Presidência da República, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 27 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.460, de 12 dezembro de 2005**. Cria o Grupo da Terra. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2460\\_12\\_12\\_2005\\_revog.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2460_12_12_2005_revog.html). Acesso em: 14 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.866, de 2 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866\\_02\\_12\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html). Acesso em: 14 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.071, de 27 de dezembro de 2012**. Redefine a composição e as atribuições do Grupo da Terra no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3071\\_27\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3071_27_12_2012.html). Acesso em: 14 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 22 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311\\_23\\_10\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html). Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 22 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf). Acesso em: 20 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores agropecuários do Brasil, 2010 a 2019. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, v. 51, n. 39, p. 26–39, set. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). **Boletim Epidemiológico**, Brasília, n. 01, jan. 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/boletins-epidemiologicos-1/jan/boletim-epidemiologico-svs-04fev20.pdf>. Acesso em: 25 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_instrumento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf). Acesso em: 24 maio 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. **Referências para o desenvolvimento territorial sustentável**. Brasília: CONDRAF: NEAD, 2003.

BRITO, M. J. M. *et al.* Potentialities of Atlas.ti for Data Analysis in Qualitative Research in Nursing. In: COSTA, A. P. *et al.* (org.). **Computer supported qualitative research**. Switzerland: Springer International Publishing Switzerland, 2016. p. 75–84.

BÚRIGO, F. L. *et al.* O Sistema Nacional de Crédito Rural no Brasil: principais continuidades e descontinuidades no período 2003-2014. **Estudos: Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 635–668, out. 2021.

- BUTO, A.; DANTAS, I. (org.). *et al.* **Autonomia e cidadania**: políticas de organização produtiva para as mulheres no meio rural. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2011. Disponível em: <https://repositorio.iica.int/bitstream/handle/11324/6967/BVE18040146p.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 07 maio 2023.
- BUTTO, A. Políticas para as mulheres rurais: autonomia e cidadania. *In*: BUTTO, A.; DANTAS, I. (org.). **Autonomia e cidadania**: políticas de organização produtiva para as mulheres no meio rural. Brasília: MDA, 2011.
- CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433–4442, 2011.
- CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707–1714, jun. 2018.
- CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 109–124, 2003.
- CAPPELLIN, Paola. Trabalhadoras rurais e aspirações feministas: um diálogo em curso. *In*: CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES. Comissão Nacional sobre a Questão da Mulher Trabalhadora. **Camuflagem e transparência**: as mulheres no sindicalismo. São Paulo: CUT, 1990. p. 17–20.
- CARNEIRO, F. F. **A saúde no campo**: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “boias-frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005. 2007. Tese (Doutorado em Ciência Animal) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.
- CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M.; TEIXEIRA, A. C. A. (org.). **Campo, floresta e águas**: práticas e saberes em saúde. Brasília: Editora UnB, 2017.
- CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
- CASTRO, C. N. Desenvolvimento rural e o estado brasileiro. **Boletim Regional, Urbano e Ambiental**, Rio de Janeiro, n. 21, p. 49–62, jul./dez. 2019.
- CASTRO, R. Vacinas contra a Covid-19: o fim da pandemia?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 01, p. e310100, 2021.
- CASTRO-NUNES, P.; RIBEIRO, G. R. Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 46, p. e31, 2022.
- CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 2018.
- CELUPPI, I. C. *et al.* 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 302–313, abr./jun. 2019.

CHAVEZ, G. M. *et al.* Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, 2020.

COIMBRA JR, C. E. A. Saúde rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 1, p. 1s-3s, 2018.

COSTA, A. L. R. C. *et al.* O percurso na construção dos itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p. 195–202. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Avalia%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-na-Perspectiva-do-usu%C3%A1rio-abordagem-multic%C3%AAntrica.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2021.

COSTA, D. C. A. R. *et al.* Oferta pública e privada de leitos e acesso aos cuidados à saúde na pandemia de Covid-19 no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe 4, p. 232–247, dez. 2020.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M.; SOARES, J. S. F. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 162–168, jan./mar. 2015.

CRISPIM, J. A. *et al.* Impacto e tendência da COVID-19 no sistema penitenciário do Brasil: um estudo ecológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 169–178, jan. 2021.

CUALHETE, D. N.; SANTOS-MOURA, G. H.; CASTRO-SILVA, C. R. Os itinerários terapêuticos de populações vulneráveis na Covid-19: uma revisão de escopo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 26, p. e210700, 2022.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

DANIELS, J. P. Venezuelan migrants "struggling to survive" amid COVID-19. **Lancet**, London, v. 395, n. 10229, p. 1023, Mar. 2020.

DELGADO, N. G.; LEITE, S. P. Gestão social e novas institucionalidades no âmbito da política de desenvolvimento territorial. In: MIRANDA, C.; TIBÚRCIO, B. (org.). **Políticas públicas, atores sociais e desenvolvimento territorial no Brasil**. Brasília: IICA, 2011. p. 89–130. (Série desenvolvimento rural sustentável, v.14).

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R.; PEREIRA-SANTOS, M. O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 7, p. 204–221, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S716>. Acesso em: 27 jul. 2021.

DIRVEN, M. El empleo rural no agrícola y la diversidad rural en América Latina. **Revista de la CEPAL**, v. 83, p. 49–69, ago. 2004.

ESCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

EVANGELISTA, B. M. Mulheres e história oral: experiências de (inter)subjetividade. In: GATTAZ, A.; MEIHY, J. C. S. B.; SEAWRIGHT, L. (org.) **História oral: a democracia das vozes**. São Paulo: Pontocom, 2019. Disponível em:

[http://www.editorapontocom.com.br/livro/61/gattaz-meihy-seawright\\_61\\_5d273fb061fab.pdf](http://www.editorapontocom.com.br/livro/61/gattaz-meihy-seawright_61_5d273fb061fab.pdf). Acesso em: 27 jul. 2021.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária a Saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'A. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43–67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

FAVARETO, A. S. **Dinâmicas rurais contemporâneas e configurações sociais de gênero**. 2019. Doutorado (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

FENNER, A. L. D. *et al.* **Saúde dos povos e populações do campo, da floresta e das águas**: a Fiocruz e sua atuação estratégica na temática de saúde e ambiente relacionada aos povos e populações do campo, da floresta e das águas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. (Coleção saúde, ambiente e sustentabilidade, 7).

FERNANDES, G. C. M.; BOEHS, A. E. Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 803–811, dez. 2011.

FERNANDES, N. F. S. *et al.* Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p. e00234618, 2019.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FIGUEREDO, R. C.; URRUTIA-PEREIRA, M.; SOLÉ, D. A pandemia de COVID-19 e o seu impacto à saúde planetária. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 256–261, 2022.

FIORATI, R. C.; ARCENCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2687, 2016.

FRANCO, B. D. G. M.; LANDGRAF, M.; PINTO, U. M. Alimentos, Sars-CoV-2 e Covid-19: contato possível, transmissão improvável. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 34, n. 100, p. 189–202, set./dez. 2020.

FRANCO, C. M.; LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. e00310520, jul. 2021.

FRENK, J. Concept and measurement of accessibility. **Salud Publica de Mexico**, Mexico, v. 27, n. 5, p. 438–453, Sep./Oct. 1985.

GALVÃO, J. R. *et al.* Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, p. e00004119, nov. 2019.

GAMA, A. S. M. *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. e00002817, fev. 2018.

GARCIA, M. A. M. **Trabalho e resistência**: os trabalhadores rurais na região de Ribeirão Preto (1890-1920). 1993. Dissertação (Mestrado História) - Universidade Estadual Paulista, Franca, 1993.

GEHLEN, I.; MOCELIN, D. G. (org.). **Organização social e movimentos sociais rurais**. 2. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2018.

GERHARDT, T. E. Cultura e cuidado: dilemas e desafios do ensino da antropologia na graduação em Saúde Coletiva. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 38–52, 2019.

GERHARDT, T. E. *et al.* Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS-UERJ: CEPESC; São Paulo: Abrasco, 2007. p. 279–300.

GERHARDT, T. E.; BURILLE, A.; MÜLLER, T. L. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. *In*: GERHARDT, T. E. *et al.* (org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC IMS/ UERJ ABRASCO, 2016. p. 27–97. Disponível em: <https://cepesc.org.br/livros/itinerarios-terapeuticos-integralidade-no-cuidado-avaliacao-e-formacao-em-saude/>. Acesso em: 27 jul. 2

GERHARDT, T. E.; LOPES, M. J. M. (org.). **O rural e a saúde**: compartilhando teoria e método. Porto Alegre: Editora da UFRG, 2015. p. 29–56.

GERHARDT, T. E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. L. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da atenção básica à alta complexidade nas redes de cuidado. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G.; MATTOS, R. A. (org.). **Atenção Básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ABRASCO, 2008. p. 197–214.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783–794, 2009.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. *In*: EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q5srn>. Acesso em: 27 jul. 2021.

GOMES, K. O. *et al.* Atenção Primária à Saúde: a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 881–892, 2011.

GOMES, K. W. L. *et al.* O adoecer de dengue: a reconstrução do itinerário terapêutico para o reconhecimento do desafio na atenção à saúde. *In*: TRAD, L. A. B. *et al.* (Org.). **Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral**: diversidade e interseções. Rio de Janeiro: CEPESC IMS/ UERJ ABRASCO, 2015. p. 271–284.

GOMIDE, M. F. S. *et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 387–398, 2018.

GUIMARAES, A. F. *et al.* Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 11, p. e202000178, 2020 .

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HEREDIA, B. M. A.; CINTRÃO, R. Gênero e acesso a políticas públicas no meio rural brasileiro. **Revista NERA: Núcleo de Estudos, Pesquisas e Projetos de Reforma Agrária**, Presidente Prudente, ano 9, n. 8, p. 1–28, jan./jun. 2006.

HERRERA, K. M. **A jornada interminável**: A experiência no trabalho reprodutivo no cotidiano das mulheres rurais. 2019. Tese (Doutorado em Sociologia Política) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

HERRERA, K. M. Da Invisibilidade ao Reconhecimento: mulheres rurais, trabalho produtivo, doméstico e de care. **Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 15, ed. esp., p. 208–233, 2016.

HONORATO, B. E. F.; OLIVEIRA, A. C. S. População em situação de rua e COVID-19. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 1064–1078, jul./ago. 2020.

HORA, K.; NOBRE, M.; BUTTO, A. **As mulheres no censo agropecuário 2017**. São Paulo: ABRA: Friedrich Ebert Stiftung, 2021. Disponível em: <https://www.embrapa.br/documents/1355154/69822227/HORA%2C+NOBRE+E+BUTTO+CENSO+2017.pdf/f391dda1-c8f8-6e51-117f-f221042e5a0e>. Acesso em: 25 maio 2023.

HORA, K.; NOBRE, M.; BUTTO, A. **As mulheres no censo agropecuário 2017**. [São Paulo]: Friedrich Ebert Stiftung, 2021. (Mudança climática, energia e meio ambiente). Disponível em: <https://www.embrapa.br/documents/1355154/69822227/HORA%2C+NOBRE+E+BUTTO+CENSO+2017.pdf/f391dda1-c8f8-6e51-117f-f221042e5a0e>. Acesso em: 07 maio 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Atlas do espaço rural brasileiro**. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101773>. Acesso em: 07 maio 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 27 jul. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 01 maio 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Viçosa**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 27 jul. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Viçosa**: senso sinopse. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/vicosa/pesquisa/23/25207?tipo=ranking>Acesso em: 27 jul. 2021.

INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA. Direção de Cooperação Técnica. **Gênero e mulheres rurais no desenvolvimento agrícola e nos territórios rurais**. Costa Rica: IICA, 2018. Disponível em: <https://repositorio.iica.int/bitstream/handle/11324/7254/BVE19029518p.pdf;sequence=3>. Acesso em: 07 maio 2023.

INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA. **Lutadoras**: mulheres rurais no mundo. 2. ed. San José, Costa Rica: IICA, 2019. Disponível em: [https://mulheresrurais.iica.int/pdf/IICA-LibroMujerRural-Portuguez-2019\(web\).pdf](https://mulheresrurais.iica.int/pdf/IICA-LibroMujerRural-Portuguez-2019(web).pdf). Acesso em: 07 maio 2023.

KAGEYAMA, A. A. (org.). **Desenvolvimento rural**: conceitos e aplicações ao caso brasileiro. Porto Alegre: UFRGS: Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, 2008. (Série Estudos Rurais).

KAGEYAMA, A.; REHDER, P. O bem-estar rural no Brasil na década de oitenta. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 31, n.1, p. 23–44, jan./mar. 1993.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 12, p. 85–93, Apr. 1978.

KROTH, D. C.; GUIMARÃES, R. R. M. Pacto pela saúde: efeito do tempo na eficácia da gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 6, p. 1138–1160, nov./dez. 2019.

LAGE, L. R. Vulnerabilidade e resistência na pandemia de covid-19: por um outro imaginário. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 215–220, abr.-jun. 2022.

LANA, R. M. *et al.* Identificação de grupos prioritários para a vacinação contra COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, p. e00049821, 2021.

LEININGER, M. Transcultural care diversity and universality: a theory of nursing. **Nursing & Health Care**, Westport, CT, v. 6, n. 4, p. 209–212, 1985.

LEITE, S. P. Ruralidades, enfoque territorial e políticas públicas diferenciadas para o desenvolvimento rural brasileiro: uma agenda perdida? **Estudos: Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 227–254, fev. 2020.

LIMA, A. P. G. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985–996, dez. 2000.

LIMA, L. D. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903–1914, jul. 2012.

LIMA, M. H. P. **Cidade-campo, urbano-rural**: uma contribuição ao debate a partir de pequenas cidades em Minas Gerais. 2007. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

LIMA, N. T. *et al.* (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LOPES, A. M. Os estudos de Maria Isaura Pereira de Queiroz sobre o campesinato e as transformações no meio rural brasileiro. **Estudos Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 286–309, out./mar. 2014.

LOZANO, M. A. S. P. L. **Políticas públicas e mulheres trabalhadoras rurais brasileiras**. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

LUI, L.; SCHABBACH, L. M.; NORA, C. R. D. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 5065–5074, dez. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v. 21, n. 2, p. 327–338, 2016.

MARANHÃO, R. L. A.; VIEIRA FILHO, J. E. R. **Previdência rural no Brasil**. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2018. (Texto para discussão, 2404).

MARQUES, M. I. M. O conceito de espaço rural em questão. **Revista Terra Livre**, São Paulo, n. 19, p. 95–112, 2002.

MATTOS, A. G. Determinantes sociais em saúde: em busca de um olhar diferenciado. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. N. (org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. 347–370.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Razões públicas para a integralidade**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

MEDEIROS, C. R. G.; GERHARDT, T. E.; SILVA JUNIOR, A. G. As trajetórias assistenciais revelando as redes de atenção à saúde de portadores de doenças cardiovasculares. *In*: GERHARDT, T. E. *et al.* (org.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS-UERJ: ABRASCO, 2016. p. 421–437.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2019.

MEIHY, J. C. S. B.; RIBEIRO, S. L. D. **Guia prático de história oral**: para empresas, universidades, comunidades, famílias. São Paulo: Contexto, 2020.

MEIHY, J. C. S. B.; SEAWRIGHT, L. **Memórias e narrativas: história oral aplicada**. São Paulo: Contexto, 2020.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204–213, abr./jun. 2009.

MELO, E. A. *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe. 1, p. 328–340, set. 2018a.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe. 1, p. 38–51, set. 2018b.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

MENEZES, E. L. C. *et al.* Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso - análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1751–1764, 2020.

MESA VIEIRA, C. *et al.* COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. **Maturitas**, Amsterdam, v. 136, p. 38–41, jun. 2020.

MINAYO, M. C. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7 p. 1–12, 2017. Disponível em:  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod\\_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf). Acesso em: 27 jul. 2021.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MINAYO, M. C. S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233–238, 1991.

MIRANDA, C. (org.). **Tipologia regionalizada dos espaços rurais brasileiros: implicações no marco jurídico e nas políticas públicas**. Brasília: IICA, 2017. (Série Desenvolvimento Rural Sustentável, 22). Disponível em:  
<https://repositorio.iica.int/bitstream/handle/11324/3042/BVE17068993p.pdf>. Acesso em: 07 maio 2023.

MIRANDA, C.; SILVA, H. **Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras**. Brasília: Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura, 2013. (Série Desenvolvimento Rural sustentável, 21).

MIRANDA, S. V. C. *et al.* Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à atenção primária à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. e0022858, 2020.

MONTENEGRO GÓMEZ, J. **Desenvolvimento em (des)construção**: narrativas escalares sobre desenvolvimento territorial rural. 2006. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2006.

NABUCO, G.; OLIVEIRA, M. H. P. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde?. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2532, jan./dez. 2020.

NACIONES UNIDAS. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. **Panorama social da Americana Latina**. [Santiago de Chile]: CEPAL, 2018. Disponível em: [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/44412/S1801085\\_pt.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/44412/S1801085_pt.pdf). Acesso em: 07 maio 2023.

NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo**: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Traduzido do inglês pelo Centro de Informações das Nações Unidas para o Brasil. Brasília: Nações Unidas Brasil, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

NAM, S. H.; NAM, J. H.; KWON, C. Y. Comparison of the mental health impact of covid-19 on vulnerable and non-vulnerable groups: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 18, n. 20, p. 10830, Oct. 2021.

NAVARRO, Z. Desenvolvimento rural no Brasil: os limites do passado e os caminhos do futuro. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 15, n. 43, p. 83–100, dez. 2001.

NAVARRO, Z. Meio século de interpretações sobre o rural brasileiro (1968-2018). *Revista de Economia e Sociologia Rural*, Brasília, v. 57, n. 3, p. 472–489, 2019.

NEUMANN, E.; FAJARDO, S.; MARIN, M. Z. As transformações recentes no espaço rural brasileiro: análises do papel do estado nas políticas de desenvolvimento rural das décadas de 1970 A 1990. *RA'E GA - O Espaço Geográfico em Análise*, Curitiba, v. 40, p. 177–194, ago. 2017.

NEVES, D.; MEDEIROS, L. (org.). **Mulheres camponesas**: trabalho produtivo e engajamentos políticos. Niterói: Alternativa, 2013.

NEVES, R. F.; NUNES, M. O. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 211–220, 2010.

NUNES, M. C. *et al.* COVID long syndrome: an integrative review. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 11, n. 13, p. e572111335990, 2022.

OLIVEIRA, J. L. *et al.* Psychosocial impacts of the COVID-19 pandemic among settled women: a longitudinal study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 31, p. e3831, 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A AGRICULTURA E A ALIMENTAÇÃO. **O estado mundial de la agricultura y la alimentación**: parte I. Roma: FAO, 2011.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA. **La situación de las mujeres en los sistemas agroalimentarios**: panorama general. Rome, Italy: FAO, 2023. Disponível em: <https://www.fao.org/documents/card/es/c/cc5060es>. Acesso em: 07 maio 2023.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA. **Atlas de las mujeres rurales de América Latina y el Caribe**: ao tempo de la vida y los hechos. Santiago de Chile: FAO, 2017. Disponível em: <https://www.fao.org/3/i7916s/i7916s.pdf>. Acesso em: 07 maio 2023.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 1927–1936, 2013.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343–347, jul./set. 2012.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.15–35, jan./mar. 2014.

PAULILO, M. I. S. FAO: fome e mulheres rurais. **Dados: Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 285–310, jun. 2013.

PAULILO, M. I. S. Movimento de mulheres agricultoras: terra e matrimônio. **Cadernos de Pesquisa**, Florianópolis, n. 21, jun. 2000.

PEITER, C. C. *et al.* Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. e20180214, 2019.

PEREIRA, L. B. C.; CHAZAN, A. C. S. O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. e1795, fev. 2019.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe. 1, p. 302–314, set. 2018.

PINAFO, E. *et al.* Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1619–1628, 2020.

PINHEIRO BEZERRA, I. M.; ESPOSITO SORPRESO, I. C. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11–20, 2016.

PINHEIRO, J. N.; CHAVES, M. C.; JORGE, M. S. B. A concepção de doença nas perspectivas: histórica, filosófica, antropológica, epistemológica e política. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 93–100, jul./dez. 2004.

PINHEIRO, R. *et al.* O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. *In*:

PINHEIRO, R. *et al.* **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2016. p.13–24.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. *In*: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011. p. 37–52.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 17–41.

PINHEIRO, R. *et al.* O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. *In*: GERHARDT, T. *et al.* (org.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ UERJ: ABRASCO, 2016.

PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 753–767, 2010.

RAMOS, C. P. Mulheres rurais atuando no fortalecimento da agricultura familiar local. **Revista Gênero**, Niterói, v. 15, n. 1, p. 29–46, 2 sem. 2014.

REIS, A. P. *et al.* Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe 4, p. 324–340, dez. 2020.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1799–1808, 2020.

RICHTER, S. A.; GEVEHR, D. L. Doenças e situações de vulnerabilidade das mulheres no contexto rural: uma revisão integrativa. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 9, n. 1, p. 1–11, fev. 2021.

RIGOTTO, R. M. *et al.* O verde da economia no campo: desafios à pesquisa e às políticas públicas para a promoção da saúde no avanço da modernização agrícola. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1533–1542, 2012.

RÍOS CAMARGO, N. K.; URREGO MENDOZA, Z. C. Itinerarios terapêuticos: una revisión de alcance. **Revista de Salud Pública**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 1–6, 2021. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/92447>. Acesso em: 27 jul. 2021.

RODRIGUES, G. M. O Pronaf na Zona da Mata Mineira: efeitos nos PIBs total e setorial dos municípios. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 57, n. 1, p. 29–48, 2019.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343–352, fev. 2014.

- RONDINELLI, D. A. (ed). **Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance**. New York: Division of Public Administration and Development Management: Department of Economic and Social Affairs: United Nations, 2006.
- ROVAI, M. G. O. (org.). **História oral e história de mulheres: rompendo silenciamentos**. São Paulo: Letra e Voz, 2017.
- RÜCKERT, B.; CUNHA, D. M.; MODENA, C. M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 903–914, jul./set. 2018.
- RUIZ, E. N. F.; SANTOS, V. F.; GERHARDT, T. E. Mediações na atenção à saúde sob a ótica da Teoria da Dádiva: a saúde da população rural em destaque. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 829–852, 2016.
- SACCO, R. C. C. S. *et al.* Trajetórias assistenciais de idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 829–844, jul./set. 2020.
- SAHAY, M. R. *et al.* Health-related challenges and coping strategies among women during pandemics: a systematic review of qualitative studies. **Frontiers in Health Services**, Switzerland, v. 2, p. 847753, Apr. 2022.
- SALES, C. M. V. Mulheres rurais: tecendo novas relações e reconhecendo direitos. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 437–443, ago. 2007.
- SÁNCHEZ, O. R. *et al.* Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, v. 151, n. 2, p. 180–187, Nov. 2020.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012.
- SANTOS, A. A. M. T.; ARRUDA, C. A. M.; GERHARDT, T. E. O mundo rural e a política nacional de saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas. *In: In: MESQUITA, M. O. et al. (org.). Saúde coletiva, desenvolvimento e (in)sustentabilidades no rural*. Porto Alegre: UFRGS, 2018. p. 161–180.
- SANTOS, A. P. R.; RAMIRO, L. C. F.; VERONEZZI, F. Mulheres rurais e suas (re)existências. *In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS*, 6., 2020, Londrina. **Anais [...]**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2020. p. 234–253.
- SANTOS, B. S. Prefácio. *In: CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M.; TEIXEIRA, A. C. A. (org.). Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde*. Brasília: Editora UnB, 2017. p. 23.
- SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 861–870, mar. 2018.

- SANTOS, V. C. F.; GERHARDT, T. E. A mediação em saúde: espaços e ações de profissionais na rede de atenção à população rural. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1164–1179, 2015.
- SCHNEIDER, S. Situando o desenvolvimento rural no Brasil: o contexto e as questões em debate. **Brazilian Journal of Political Economy**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 511–531, jul./set. 2010.
- SCHNEIDER, S.; CAZELLA, A.; MATTEI, L. Post scriptum ao artigo “Histórico, caracterização e dinâmica recente do PRONAF - Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar”. **Revista Grifos**, Chapecó, v.30, n. 51, p. 42–67, jan./abr. 2021.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29–41, abr. 2007.
- SCORSOLINI-COMIN, F.; FIGUEIREDO, I. A. Concepções de saúde, doença e cuidado em Primeiras estórias, de Guimarães Rosa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 883–897, jul./set. 2018.
- SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, p. 538–542, out. 1997.
- SILVA JUNIOR, A. G. *et al.* Práticas avaliativas centradas no usuário e suas aproximações com os estudos de itinerários terapêuticos. In: GERHARDT, T. E. *et al.* (org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC IMS/ UERJ ABRASCO, 2016. p. 99–124. Disponível em: <https://cepesc.org.br/livros/itinerarios-terapeuticos-integralidade-no-cuidado-avaliacao-e-formacao-em-saude/>. Acesso em: 27 jul. 2021.
- SILVA, C. R. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109–1120, abr. 2017.
- SILVA, E. M.; SOARES, L. B. (org.). **Políticas públicas e formas societárias de participação**. Belo Horizonte: UFMG / FAFICH/UFMG, 2013. Disponível em: <http://transformatoriomargaridas.org.br/sistema/wp-content/uploads/2015/02/Sara-Pimenta-Participacao-pode-e-democracia.pdf>. 25 maio 2023.
- SILVA, F. C. M. *et al.* A Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo, da floresta e das águas e o ambiente. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. p. 9–24.
- SILVA, J. G. Quem precisa de uma estratégia de desenvolvimento? In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. **José Graziano, Jean Marc e Bianchini debatem: o Brasil rural precisa de uma estratégia de desenvolvimento**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 2001. (Série Textos para discussão, 2).
- SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753–2762, jun. 2011.

SILVEIRA, R. *et al.* Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco. *In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ABRASCO, 2008. p. 215–224.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 44, p. e4, jan. 2020.

TAVARES, F. R. G.; BONET, O. Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações. *In: PINHEIRO, R., SILVA JUNIOR, A. G., MATTOS, R. A. (org.). Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ABRASCO, 2008. p. 167–187.

TEIXEIRA, M. A. S. **Movimentos sociais, ações coletivas e reprodução social: a experiência da Contag (1963-2015).** 2018. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

THE LANCET. Redefining vulnerability in the era of COVID-19. **Lancet**, London, v. 395, n. 10230, p. 1089, Apr. 2020.

TOFANI, L. F. N. *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4769–4782, out. 2021.

TOLENTINO, M. L. D. L. Da revolução verde ao discurso do PRONAF: a representação do desenvolvimento nas políticas públicas de desenvolvimento rural no Brasil. **Revista Cerrados**, Montes Claros, v. 14, n. 02, p. 93–124, 2016.

TORBAY, R. COVID-19 laid bare how systemic inequities remain. **Health Affairs (Project Hope)**, Millwood, v. 39, n. 9, p. 1656, Sep. 2020.

TRAD, L. A. B. *et al.* (org.). **Contextos, parcerias e itinerários na produção do cuidado integral: diversidade e interseções.** Rio de Janeiro: CEPESC IMS/ UERJ ABRASCO, 2015.

TRAD, L. A. B. *et al.* Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797–806, 2010.

TRAD, L. A. B. Itinerários terapêuticos: questões e enfoques presentes na literatura e um modelo holístico de análise com foco na cronicidade. *In: CASTELLANOS, M. E. P. et al. (org.). Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais.* Fortaleza: EdUECE, 2015.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190–198, 2004.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, p. 445–452, 1990.

VASCONCELOS, M. G. F. **Família e atenção à saúde mental**: sentidos, práticas e itinerários terapêuticos. 2014. 169 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2014.

VEIGA, J. F. F. **Território e desenvolvimento local**. Oeiras, Portugal: Celta Editora, 2005. (Coleção Agricultura, Território e Sociedade).

VIEGAS, J. E. **Cidades imaginárias o Brasil é menos urbano do que se calcula**. Campinas: Autores Associados, 2002.

VILELA FILHO, A. S. *et al.* Vacinas para Covid-19: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 1, p. 1880–1901, 2022.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.

WANDERLEY, M. N. B. A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas: o “rural” como espaço singular e ator coletivo. **Estudos: Sociedade e Agricultura**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 87–145, out. 2000.

WAWZYNIAK, J. V. Agentes Comunitários de Saúde: transitando e atuando entre diferentes racionalidades no rio Tapajós, Pará, Brasil. **Campos**, Curitiba, v. 10, n. 2, p. 59–81, 2009.

WEBBER-RITCHEY, K. J.; SIMONOVICH, S. D.; SPURLARK, R. S. COVID-19: qualitative research with vulnerable populations. **Nursing Science Quarterly**, Baltimore, v. 34, n. 1, p. 13–19, Jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus (COVID-19)**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 25 maio 2023.



- b) Me conte o que você faz quando precisa de cuidados de saúde.
- c) Me conte quem você busca quando precisa de cuidado de saúde.
- d) Me conte, tem mais lugares você procura para cuidar da saúde.
- e) Me conte uma situação que viveu que precisou de cuidados de saúde.
- f) Me conte sobre o caminho que você percorreu quando precisou desse cuidado de saúde.
- g) Me conte dos serviços de saúde desta comunidade.
- h) Me conte como você utiliza os serviços de saúde aqui e fora daqui da comunidade.
- i) Me conte o que nesta comunidade você considera que seja importante para a saúde da população.
- j) Me conte que você acha que a comunidade acredita como importante para resolver os problemas de saúde.
- k) Me conte como você se sente durante este período de pandemia.



**APÊNDICE C - Caderno de campo**

<b>Pesquisa - Itinerário terapêutico de trabalhadoras rurais: implicações para o acesso aos serviços de saúde</b>
Nome do(a) Participante: Data: ___/___/___/ Duração de entrevista: Horário: Local:
Registros:

**APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) –  
Trabalhadoras Rurais**

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa intitulada **“ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRABALHADORAS RURAIS: IMPLICAÇÕES PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE”**. Este estudo é uma tese de doutorado da Natália Ana de Carvalho, sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup>. Maria José Menezes Brito professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Ambas são responsáveis pela integridade e bem-estar das participantes da pesquisa.

O objetivo do estudo é **compreender o itinerário terapêutico de mulheres trabalhadoras rurais, considerando o acesso aos serviços de saúde**. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que a coleta de dados será realizada por meio da entrevista e observação. O roteiro de entrevista tem perguntas sobre o que você busca quando precisa de cuidado a saúde, quem são as pessoas que você busca quando precisa de cuidado de saúde e os caminhos que você precisa percorrer quando precisa de cuidado de saúde.

As respostas dadas por meio da entrevista serão registradas com o uso de um gravador de voz, a fim de garantir as suas respostas e para que você possa escutar, se assim o desejar; posteriormente serão transcritas na íntegra, caso haja seu consentimento, e, após as transcrições, as entrevistas serão fornecidas para sua concordância. As observações serão voltadas para as emoções, expressões faciais, gestos, silêncios e situações significativas vividas na sua trajetória na busca de cuidado nos serviços de saúde, sendo registradas no caderno de campo, que você poderá ler, se assim o desejar.

A sua colaboração é voluntária e fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa orientar-se-á e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução n.º 580/2018 para pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS, considerando o respeito às participantes e às Instituições participantes, durante todo processo. Esta pesquisa oferece riscos mínimos para você, no entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto ou constrangimento, de modo que você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que, por qualquer motivo, não lhe seja conveniente.

Para minimizar esses riscos, a pesquisadora foi treinada para realizar a entrevista, deixando claro para você e também neste TCLE que a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento. Esta pesquisa trará benefícios **para o corpo de conhecimento da enfermagem, gestores e profissionais de saúde, oferecendo subsídios para a reflexão, compreensão dos fatos e ações adequadas para a atenção à saúde das mulheres trabalhadoras rurais, além da importância de ampliar a visibilidade, construção e implementação de práticas para a melhoria das condições de vida e saúde das trabalhadoras rurais**.

O tempo estimado para realização da entrevista será em média 40 minutos. A entrevista acontecerá em seu domicílio, em um cômodo o qual permitirá a privacidade e anonimato dos dados, de acordo com sua disponibilidade, com dia e horário agendados. Ressalta-se que a pesquisadora utilizará Equipamento de Proteção Individual (EPI), como máscara PPF, óculos, e máscara facial. Será realizada a lavagem das mãos e higienização com álcool gel 70% sempre que for necessário e se manterá à distância de 2 metros, preconizando todas as orientações da Vigilância de Saúde em relação a COVID-19. Além disso, também serão oferecidos EPIs para você, como a máscara cirúrgica, óculos de proteção, máscara facial e álcool gel 70%. Acrescenta-se que você terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais, na medida em que o seu nome não será identificado, assim como a imagem individual e institucional será protegida, sendo respeitados os valores individuais e institucionais.

<b>Rubrica da Participante da Pesquisa</b>	<b>Rubrica da Pesquisadora</b>	<b>Data</b>
--	--------------------------------	-------------

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou se desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo através do contato telefônico ou e-mail (informados abaixo), sem ônus ou prejuízos. Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida a você. As entrevistas, gravações e TCLE coletados ficarão sob minha guarda e da pesquisadora orientadora por um período de cinco anos, no setor de trabalho na Universidade envolvida, e, após esse tempo, serão destruídos. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo, como eventos científicos, periódicos, e apresentados ao município do estudo. Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu,....., número de documento \_\_\_\_\_, fui informada dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar deste estudo como voluntária e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, para serem utilizadas integralmente ou em partes, desde a presente data.

Recebi **uma cópia** deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura da participante:

---

Assinatura da pesquisadora responsável:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

**Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, consultar a entidade e as Pesquisadoras Responsáveis:**

**COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG** - Av. Antônio Carlos, 6627 – Prédio da Reitoria- 7º andar - Sala 7018 - Bairro Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil - CEP: 31.270-901- E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br) Telefax: (31) 3409-4592.

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria José Menezes Brito** - Escola de Enfermagem da UFMG: Av. Alfredo Balena, 190 - 5º andar - Sala 514 - Campus Saúde Belo Horizonte, MG - Brasil - CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-9849 E-mail: [mariajosejobrito@gmail.com](mailto:mariajosejobrito@gmail.com) / **Natália Ana de Carvalho**- fone (32) 99930-9248/ E-mail: [natalia-ana@hotmail.com](mailto:natalia-ana@hotmail.com).

## APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Agente Comunitário de Saúde

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa intitulada **“ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE TRABALHADORAS RURAIS: IMPLICAÇÕES PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE”**. Este estudo é uma tese de doutorado da Natália Ana de Carvalho, sob orientação da Professora Dr<sup>a</sup>. Maria José Menezes Brito professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Ambas são responsáveis pela integridade e bem-estar das participantes da pesquisa.

O objetivo do estudo é **compreender o itinerário terapêutico de mulheres trabalhadoras rurais, considerando o acesso aos serviços de saúde**. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que a coleta de dados será realizada por meio da entrevista e observação. O roteiro de entrevista tem perguntas sobre o que você busca quando precisa de cuidado a saúde, quem são as pessoas que você busca quando precisa de cuidado de saúde e os caminhos que você precisa percorrer quando precisa de cuidado de saúde.

As respostas dadas por meio da entrevista serão registradas com o uso de um gravador de voz, a fim de garantir as suas respostas e para que você possa escutar, se assim o desejar; posteriormente serão transcritas na íntegra, caso haja seu consentimento e que, após as transcrições, as entrevistas serão fornecidas para sua concordância. As observações serão voltadas para as emoções, expressões faciais, gestos, silêncios e situações significativas vividas na sua trajetória na busca de cuidado nos serviços de saúde, sendo registradas no caderno de campo, que você poderá ler, se assim o desejar.

A sua colaboração é voluntária e fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa orientar-se-á e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução n.º 580/2018 para pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS, considerando o respeito às participantes e às Instituições participantes, durante todo processo. Esta pesquisa oferece riscos mínimos para você, no entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto ou constrangimento, de modo que você poderá se recusar a participar ou deixar de responder a qualquer questionamento, que, por qualquer motivo, não lhe seja conveniente.

Para minimizar esses riscos, a pesquisadora foi treinada para realizar a entrevista, deixando claro para você e também neste TCLE que a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento. Esta pesquisa trará benefícios **para o corpo de conhecimento da enfermagem, gestores e profissionais de saúde, oferecendo subsídios para a reflexão, compreensão dos fatos e ações adequadas para a atenção à saúde das mulheres trabalhadoras rurais, além da importância de ampliar a visibilidade, construção e implementação de práticas para a melhoria das condições de vida e saúde das trabalhadoras rurais**.

O tempo estimado para realização da entrevista será em média 40 minutos. A entrevista acontecerá em seu domicílio, em um cômodo o qual permitirá a privacidade e anonimato dos dados, de acordo com sua disponibilidade, com dia e horário agendados. Ressalta-se que a pesquisadora utilizará Equipamento de Proteção Individual (EPI), como máscara PPF, óculos, e máscara facial. Será realizada a lavagem das mãos e higienização com álcool gel 70% sempre que for necessário e se manterá a distância de 2 metros, preconizando todas orientações da Vigilância de Saúde em relação ao COVID-19. Além disso, também serão oferecidos EPIs para você, como a máscara cirúrgica, óculos de proteção, máscara facial e álcool gel 70%. Acrescenta-se que você terá a garantia de que

os dados fornecidos serão confidenciais, na medida em que o seu nome não será identificado, assim como a imagem individual e institucional será protegida, sendo respeitados os valores individuais e institucionais.

Rubrica da Participante da Pesquisa	Rubrica do Pesquisador	Data
-------------------------------------	------------------------	------

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou se desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo através do contato telefônico ou e-mail (informados abaixo), sem ônus ou prejuízos. Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável, e a outra será fornecida ao você. As entrevistas, gravações e TCLE coletados ficarão sob minha guarda e da pesquisadora orientadora por um período de cinco anos, no setor de trabalho na Universidade envolvida e após esse tempo destruídos. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo, como eventos científicos, periódicos, e apresentados ao município do estudo. Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu,....., número de documento \_\_\_\_\_, fui informada dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar deste estudo como voluntária e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, para serem utilizadas integralmente ou em partes, desde a presente data.

Recebi **uma cópia** deste termo e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura da participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

**Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, consultar a entidade e as Pesquisadoras Responsáveis:**

**COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG** - Av. Antônio Carlos, 6627 – Prédio da Reitoria- 7º andar - Sala 7018 - Bairro Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil - CEP: 31.270-901- E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br) Telefax: (31) 3409-4592.

**Profª Drª Maria José Menezes Brito** - Escola de Enfermagem da UFMG: Av. Alfredo Balena, 190 - 5º andar - Sala 514 - Campus Saúde Belo Horizonte, MG - Brasil - CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-9849 E-mail: [mariajosejobrito@gmail.com](mailto:mariajosejobrito@gmail.com) / **Natália Ana de Carvalho**- fone (32) 99930-9248/ E-mail: [natalia-ana@hotmail.com](mailto:natalia-ana@hotmail.com).

**APÊNDICE F - Carta de Cessão****CARTA DE CESSÃO**

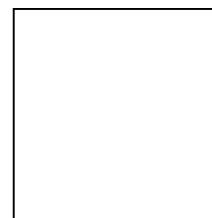
**Título do Projeto: Itinerário terapêutico de trabalhadoras rurais: implicações para o acesso aos serviços de saúde**

**CARTA DE CESSÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, (estado civil) \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, transcrita, textualizada, transcrita e autorizada para que Natália Ana de Carvalho (Doutoranda em Enfermagem da EEUFMG) possa usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros para ouvi-la e usar citações, ficando a controle da pesquisadora, que tem sua guarda.

Declaro ainda estar ciente dos objetivos do estudo: compreender o itinerário terapêutico de mulheres trabalhadoras rurais, considerando o acesso aos serviços de saúde.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da colaboradora



Polegar direito

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Viçosa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

## ANEXO A – Parecer da Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da EEUFMG

15/12/2020

SEI/UFMG - 0469428 - Decisão



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA

### DECISÃO Nº 13/2020/ENFERMAGEM-ENA-CH-UFMG

Informo que a Chefia do Departamento de Enfermagem Aplicada (ENA) aprovou, em 10/12/2020, em *ad referendum*, o Parecer nº 18/2020/ENFERMAGEM-ENA do projeto de pesquisa "Itinerário terapêutico de trabalhadores rurais: implicações para o acesso aos serviços de saúde", da doutoranda Natália Ana de Carvalho, sob a coordenação e orientação da Profa. Maria José Menezes Brito.

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2020.

Profa. Meiriele Tavares Araújo  
Chefe do Departamento de Enfermagem Aplicada (ENA)  
Escola de Enfermagem da UFMG




Documento assinado eletronicamente por **Meiriele Tavares Araujo, Chefe de departamento**, em 10/12/2020, às 17:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0469428** e o código CRC **A9DE3C94**.

## ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde para realização da pesquisa

 **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**  
Instituto de Enfermagem de UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA - ENA  
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Elzebrina - CEP: 30.130-180 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil  
- Tel. 3409-9845

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

ILMO Sr<sup>o</sup> Jilso César de Abreu Cotta  
Secretário Municipal de Saúde do Município Viçosa Minas Gerais

Venho por meio deste, solicitar autorização para a realização da pesquisa intitulada: "Itinerário terapêutico de trabalhadoras rurais: implicações para o acesso aos serviços de saúde".

Trata-se de um processo formal e sistemático que visa à produção e ao avanço do conhecimento. Esse estudo é uma tese de doutorado da aluna Natália Ana de Carvalho do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Escola de Enfermagem da Universidade de Minas Gerais, na linha de pesquisa Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem, orientada pela Dra. Maria José Menezes Brito, professora titular do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e coordenação da Professora Dra. Beatriz Santana Caçador da Universidade Federal de Viçosa.

O objetivo deste estudo é compreender o itinerário terapêutico de mulheres trabalhadoras rurais considerando o acesso aos serviços de saúde. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, que tem como referencial metodológico a História Oral de Vida. A coleta de dados será realizada por meio da observação e roteiro de entrevista, com as mulheres trabalhadoras rurais moradoras da zona rural cadastradas no serviço de saúde do município.

Declaro que o trabalho segue as observações éticas contempladas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos estabelecidas na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando o princípio de autonomia, confidencialidade dos dados, com o objetivo de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à consciência científica, as participantes da pesquisa e ao Estado e também orientado pelos princípios éticos e de responsabilidade do serviço público e de interesse social através da Resolução n.º 580/2018 para pesquisas realizadas em instituições integrantes do Sistema Único de Saúde.

Atenciosamente,  
Natália Ana de Carvalho Natália Ana de Carvalho

Maria José Menezes Brito Maria José Menezes Brito

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, solicito assinatura do presente termo dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada no município.

Data 25/01/2021 Jilso César de Abreu Cotta  
Secretário Municipal de Saúde  
Gestor do SUS de Viçosa MG

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá contatar Prospecadores Responsáveis:

CDEP, Comitê de Ética em Pesquisa – EPMG – Av. Antônio Carlos, 6627 – Pátio da Terceira – 7º andar – Sala 7018 – Bairro Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil – CEP: 31.270-900 – E-mail: [comiteaetico@ufmg.br](mailto:comiteaetico@ufmg.br) Telefone: (31) 3409-8991

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Menezes Brito – Departamento de Enfermagem da UFMG – Av. Alfredo Balena, 190 – 7º andar – Sala 114 – Campus Saúde Pólo Hortolândia, 300 – Brasil – CEP: 30.130-180 – Fone: (31) 3409-9845 E-mail: [mjbr@ufmg.br](mailto:mjbr@ufmg.br) / [beatrizsantana@ufmg.br](mailto:beatrizsantana@ufmg.br)

## ANEXO C - Parecer Aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa-UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Itinerário terapêutico de trabalhadoras rurais: implicações para o acesso aos serviços de saúde.

**Pesquisador:** Maria José Menezes Brito

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 42478821.5.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.864.980

#### Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores apresentam o projeto de pesquisa da seguinte forma: "Trata-se de um estudo sobre a compreensão do processo de escolha pelo caminho a ser seguido na busca de cuidado de trabalhadoras rurais para acessar a saúde, em um Município do interior de Minas Gerais. Tem como objetivo compreender o itinerário terapêutico de mulheres trabalhadoras

rurais, considerando o acesso aos serviços de saúde. Possui a abordagem qualitativa, utilizando-se de narrativas através da História Oral de Vida. O estudo será desenvolvido no município de Viçosa, localizado na Zona da Mata do estado de Minas Gerais que se destaca como município com população rural com uma diversidade e heterogeneidade de grupos sociais e sistemas produtivos, e da existência de comunidades habitadas por nativos da região, tendo a agricultura e extrativismo como forma de sobrevivência, como a produção de café, a horticultura e a criação de pequenos animais. A seleção das participantes do estudo levará em consideração os seguintes critérios de inclusão: sexo feminino, idade superior a 18 anos, usuária da ESF do município, residente da área de abrangência do território da comunidade rural da região, trabalhar diretamente com agricultura familiar, apresentar comunicação verbal, aceitar o uso do gravador e permitir que os resultados obtidos no estudo possam ser publicados em meios científicos. Os critérios de exclusão abarcam aquelas que não puderem se expressar verbalmente e também aquelas que não aceitarem participar do estudo. A coleta de dados está projetada para se iniciar no primeiro semestre de 2021, sendo utilizadas, na construção dos dados, as narrativas

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/ 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Projeto: 4.864.880

através do roteiro de entrevista e caderno de campo. Para análise das histórias de vida, será utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática

proposta por Bardin, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações estabelecidas entre o pesquisador e participantes, visando obter a essência dos relatos por procedimentos organizados com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens. Todas as etapas metodológicas desta pesquisa serão norteadas pelas observâncias éticas contempladas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos estabelecidas na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e através da Resolução n.º 580/2018 para pesquisas realizadas em instituições integrantes do SUS. Os resultados oriundos da pesquisa serão divulgados por meio de periódicos e eventos científicos, que ficarão sob responsabilidade da pesquisadora, e, após cinco anos, as gravações serão destruídas. Os benefícios são para colaborar com as práticas de gestão e de cuidado existentes no cotidiano dos serviços de saúde, tendo como um ponto de partida a abordagem centrada no usuário na busca de cuidado. A escolha pela usuária trabalhadora rural soma-se à necessidade de ampliar a visibilidade para esta população que vive em contextos de vulnerabilidade. Destaca-se também a contribuição na busca soluções para as demandas invisíveis e para os principais pontos de exclusão ao acesso que esta população enfrenta no caminho em busca de cuidado à saúde, permitindo contribuir para o papel da enfermagem e gestores na efetivação do acesso aos serviços de saúde. Trata-se de um estudo sobre a compreensão do processo de escolha pelo caminho a ser seguido na busca de cuidado de trabalhadoras rurais para acessar a saúde, em um Município do interior de Minas Gerais. Tem como objetivo compreender o itinerário terapêutico de mulheres

rabalhadoras rurais, considerando o acesso aos serviços de saúde. Possui a abordagem qualitativa, utilizando-se de narrativas através da História Oral de Vida. O estudo será desenvolvido no município de Viçosa, localizado na Zona da Mata do estado de Minas Gerais que se destaca como município com população rural com uma diversidade e heterogeneidade de grupos sociais e sistemas produtivos, e da existência de comunidades habitadas por nativos da região, tendo a agricultura e extrativismo como forma de sobrevivência, como a produção de café, a horticultura e a criação de pequenos animais. A seleção das participantes do estudo levará em consideração os seguintes critérios de inclusão: sexo feminino, idade superior a 18 anos, usuária da ESF do município, residente da área de abrangência do território da comunidade rural da região, trabalhar diretamente com agricultura familiar, apresentar comunicação verbal, aceitar o uso do gravador e permitir que os resultados obtidos no estudo possam ser publicados em meios científicos. Os

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S1 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@cpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Form: 4.664.663

critérios de exclusão abarcam aquelas

que não puderem se expressar verbalmente e também aquelas que não aceitarem participar do estudo. A coleta de dados está projetada para se iniciar no primeiro semestre de 2021, sendo utilizadas, na construção dos dados, as narrativas através do roteiro de entrevista e caderno de campo. Para análise das histórias de vida, será utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações estabelecidas entre o pesquisador e participantes, visando obter a essência dos relatos por procedimentos organizados com o objetivo de descrever o conteúdo das mensagens. Todas as etapas metodológicas desta pesquisa serão norteadas pelas observâncias éticas contempladas nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos estabelecidas na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e através da Resolução n.º 580/2018 para pesquisas realizadas em instituições integrantes

do SUS. Os resultados oriundos da pesquisa serão divulgados por meio de periódicos e eventos científicos, que ficarão sob responsabilidade da pesquisadora, e, após cinco anos, as gravações serão destruídas. Os benefícios são para colaborar com as práticas de gestão e de cuidado existentes no cotidiano dos serviços de saúde, tendo como um ponto de partida a abordagem centrada no usuário na busca de cuidado. A escolha

pela usuária trabalhadora rural soma-se à necessidade de ampliar a visibilidade para esta população que vive em contextos de vulnerabilidade. Destaca-se também a contribuição na busca soluções para as demandas invisíveis e para os principais pontos de exclusão ao acesso que esta população enfrenta no caminho em busca de cuidado à saúde, permitindo contribuir para o papel da enfermagem e gestores na efetivação do acesso aos serviços de saúde."

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Abaixo o objetivo da pesquisa: "Compreender o itinerário terapêutico de mulheres trabalhadoras rurais, considerando o acesso aos serviços de saúde."

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios são apresentados a seguir: "Riscos: Esta pesquisa oferece riscos mínimos às participantes da pesquisa, no entanto, o caráter interacional da coleta de dados envolve possibilidade de desconforto ou constrangimento, para minimizar esses riscos a pesquisadora será treinada para realizar a entrevista e deixará claro a participante e no TCLE que a entrevistada pode a qualquer momento interromper sua participação. Diante da pandemia de COVID 19, a durante a coleta de dados a pesquisadora irá utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI),

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad. Sl 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@proq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.884.880

respeitando as normas de segurança provenientes da Organização Mundial de Saúde (OMS) e as especificidades da Vigilância de Saúde local. Desta modo a pesquisadora utilizará máscara N95, óculos e máscara Facial Face Shield, sendo realizada a lavagem das mãos e antissepsia com álcool gel 70% sempre que for necessário e se manterá a distância de 2 metros das participantes do estudo durante as entrevistas. Além disso, os equipamentos de proteção individual também serão oferecidos as participantes do estudo. O TCLE será assinado com a caneta que a participante tenha ou será oferecido uma caneta higienizada com álcool 70% para que ela assine. Benefícios: A pesquisa trará benefícios para as práticas de gestão e de cuidado existentes no cotidiano dos serviços de saúde, oferecendo subsídios para a reflexão, compreensão dos fatos e ações adequadas para a atenção à saúde das mulheres trabalhadoras rurais. Destaca-se também a visibilidade para esta população, a fim de auxiliar na busca soluções para os desafios enfrentados nas suas trajetórias em busca de cuidado à saúde, permitindo contribuir para o papel da enfermagem e gestores na efetivação do acesso aos serviços de saúde."

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de doutorado, já aprovado por este Colegiado. Pesquisa relevante para a área de conhecimento. Nesta apreciação as pesquisadoras solicitam a inclusão de um participante.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes documentos, para esta apreciação:

- Parecer favorável do Departamento de Enfermagem Aplicada (ENA);
- Parecer do projeto de pesquisa pelo ENA;
- Caderno de campo;
- Orçamento (projeto custeado pelas pesquisadoras);
- Roteiro da entrevista;
- Folha de rosto;
- Cronograma;
- Termo de autorização da pesquisa - Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa;
- Carta resposta ao COEP-UFMG - diligência (09/03/2021);
- Projeto brochura completo;
- TCLE - primeira e segunda versões;
- Termo de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa para a inclusão de participante;
- Carta da emenda com a justificativa da pesquisadora para inclusão de participante na pesquisa. Justificativa válida e coerente com o objetivo proposto pela pesquisa.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad 51 2025

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4582

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 4.884.880

**Recomendações:**

Deixar explícito no título do TCLE que um deles é voltado para as trabalhadoras e o outro para os agentes de saúde.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Por tratar-se de justificativa pertinente para inclusão de participante no projeto de pesquisa, somos S.M.J. favoráveis à aprovação. Não foi encontrado óbice ético na apreciação do protocolo e a pesquisa está aprovada, contudo, há a necessidade das adequações do campo da recomendação, que devem ser incorporadas imediatamente no protocolo da pesquisa, antes de iniciar a pesquisa, sem a necessidade de submeter novamente na Plataforma Brasil. Apenas, atentar-se para quando houver próxima emenda, colocar os documentos atualizados corrigidos na Plataforma Brasil.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_178224_7_E1.pdf	11/08/2021 18:46:20		Aceito
Outros	TERMOINCLUSAOPARTICIPANTE.pdf	11/08/2021 18:42:52	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	CadernodeCampoAgentesComunitarios.pdf	11/08/2021 18:42:29	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	EmendaCOEPassinada.pdf	11/08/2021 18:42:03	Maria José Menezes Brito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/08/2021 18:40:45	Maria José Menezes Brito	Aceito
Outros	CartaRespostaParecer.pdf	09/03/2021 17:03:04	Maria José Menezes Brito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoDetalhado/versao2NataliaAnaCarvalho.pdf	09/03/2021 17:02:25	Maria José Menezes Brito	Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - P. Adm. III 30005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31) 3409-4592 **E-mail:** coep@pqpq.ufmg.br