

# Atributos da Atenção Primária em Unidades de Saúde Rural pela perspectiva de mulheres

## Attributes of Primary Care in Rural Health Units from women's perspective

### Amanda Freires da Silva

Acadêmica de medicina; Universidade Federal do Paraná, Toledo, PR, Brasil;  
E-mail: amandafreires@ufpr.br; ORCID: 0009-0001-2159-5328

### Bruna Tais Zack

Doutora em Biociências e Saúde; Universidade Federal do Paraná, Toledo, PR, Brasil;  
E-mail: brunazack@hotmail.com; ORCID: 0000-0003-1020-0535

### Erica Vitoria da Silva Schmitz

Acadêmica de medicina; Universidade Federal do Paraná, Toledo, PR, Brasil;  
E-mail: erica.schmitz@ufpr.br; ORCID: 0009-0008-6253-9999

### Marina Gomes Aldenucci

Acadêmica de medicina; Universidade Federal do Paraná, Toledo, PR, Brasil;  
E-mail: maaldenucci@gmail.com; ORCID: 0009-0005-1747-3431

### Maria Luiza Campagnolo

Acadêmica de medicina; Universidade Federal do Paraná, Toledo, PR, Brasil;  
E-mail: maria.campagnolo@ufpr.br; ORCID: 0009-0003-4600-3143

### Ana Paula Ascari Meurer Correia

Acadêmica de medicina; Universidade Federal do Paraná, Toledo, PR, Brasil;  
E-mail: ana.ascari@ufpr.br; ORCID: 0009-0008-1603-7621

### Jéssica Cristina Ruths

Doutora em Desenvolvimento Regional; Universidade Federal do Paraná, Toledo, PR, Brasil;  
E-mail: ruthsjessica@ufpr.br; ORCID: 0000-0002-7400-1191

Contribuição dos autores: AFS e BTZ contribuíram para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. EVSS, MGA, MLC e APAMC colaboraram com a coleta de dados, escrita do projeto e revisão do artigo final. JCR atuou como supervisor da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. Todas se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 26/01/2024

Aprovado em: 18/02/2025

Editor responsável: Carlos Alberto Severo Garcia Jr.

**Resumo:** A Atenção Primária possui um conjunto de componentes, chamados de atributos, dispostos em essenciais, acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação de cuidado e derivados, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, que permitem a avaliação do serviço. Objetivou-se avaliar os atributos da atenção primária em unidades de Estratégias de Saúde da Família rurais de Toledo–Paraná, pela perspectiva de mulheres. Estudo transversal, descritivo e quantitativo, conduzido nas Estratégias de Saúde da Família rurais de Toledo - PR. Foi utilizado o questionário Primary Care Assessment Tool. Calcularam-se os escores essencial e geral para cada atributo. Valores maiores ou iguais a 6,6 indicaram presença satisfatória do atributo. Participaram deste estudo 103 mulheres. O escore essencial de 6,8 e escore geral de 6,6 foram considerados satisfatórios, apesar de quatro componentes demonstrarem falhas individualmente. Orientação comunitária com 5,2 recebeu o menor escore e o maior foi do acesso de primeiro contato/utilização, com 8,9. Percebe-se falhas nos atributos individualmente, embora, no geral, o serviço seja satisfatório. Sugere-se novos estudos acerca do mesmo tema para haver subsídio teórico para desenvolvimento de novas ações que gerem melhoria da APS no ambiente rural.

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde Rural; Saúde de Gênero; Saúde da mulher; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Saúde da população Rural.

**Abstract:** Primary care has a set of components, called attributes, divided into essential first contact access, comprehensiveness, longitudinality, coordination of care and derived family orientation, community orientation and cultural competence, which allow the service to be evaluated. The aim of this study was to evaluate the attributes of primary care in rural Family Health Strategy units in Toledo-Paraná, from the perspective of women. This is a cross-sectional, descriptive and quantitative study conducted in rural Family Health Strategies in Toledo, Paraná. The Primary Care Assessment Tool questionnaire was used. Essential and overall scores were calculated for each attribute. Values greater than or equal to 6.6 indicated satisfactory presence of the attribute. A total of 103 women took part in the study. The core score of 6.8 and overall score of 6.6 were considered satisfactory, although four components individually showed shortcomings. Community orientation

received the lowest score with 5.2 and first contact/use access received the highest score with 8.9. There were shortcomings in the individual attributes, although overall the service was satisfactory. Further studies on this subject are suggested in order to provide theoretical support for the development of new actions to improve PHC in rural areas.

**Keywords:** Rural health services; Gender and Health; Women's health; Health Services Research; Rural Health.

## INTRODUÇÃO

A atenção primária em saúde (APS) pode ser compreendida como um grupo de elementos estruturantes, ou seja, os atributos do sistema de serviços de saúde. Sendo eles os essenciais: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação de cuidado; e os derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Um serviço provedor de atenção de qualidade apresenta ao menos quatro atributos essenciais, e pode ampliar sua capacidade de interação com os indivíduos ao associar atributos derivados<sup>1</sup>.

Dessa forma, a compreensão da APS com base em atributos pode guiar avaliações e investigações dos serviços e sistemas de saúde primários, uma vez que as análises sobre os atributos permitem verificar a efetividade dos cuidados de saúde da população e refletir sobre os pontos específicos que requerem um olhar mais atento da gestão em saúde<sup>1</sup>.

Quando relacionadas à localização urbana ou rural, a APS possui singularidades, como a definição imprecisa de o que é rural, a carência de serviços abertos 40 horas semanais com equipe completa, disparidades de financiamento à saúde, além de carência e distribuição desigual de profissionais de saúde, com condições de trabalho inferiores<sup>2</sup>. Entre as dificuldades encontradas pelos moradores de áreas rurais se destacam a atuação em atividades ocupacionais informais suplementares ao trabalho agrícola, maior carência de programas sociais e de transferência de renda, pouco acesso à infraestrutura (coleta de lixo, escoamento sanitário, abastecimento de água e energia elétrica por rede pública) e às políticas públicas de saúde. Estas, apresentam ainda defasagem na longitudinalidade do cuidado, dificuldades com transporte e comunicação<sup>2-4</sup>.

Adicionalmente, na perspectiva de compreender as singularidades dessa população e suas pluralidades, nota-se que o perfil de usuários vinculados à atenção primária rural é predominante feminino<sup>4-6</sup>. Público esse que historicamente está exposto às desigualdades diversas, com a ocupação de lugares laborais subordinados no trabalho rural<sup>6</sup> e o estabelecimento de papéis ancorados na sociedade paternalista. Conseqüentemente, as mulheres encontram-se mais sujeitas aos determinantes e condicionantes de saúde, o que sinaliza a necessidade por parte das políticas públicas em saúde<sup>7-10</sup>.

Nesse sentido, compreender as iniquidades permite a formulação de estratégias de políticas públicas que resultam em maior equidade para a população rural, para que sejam efetivas. Essas devem ser realizadas a partir do conhecimento da população nas suas pluralidades<sup>2</sup>.

Tendo em vista o que foi exposto e o fato de que na cidade de Toledo - PR, até onde se tem conhecimento, ainda não há estudos sobre os atributos da APS no contexto rural, sobretudo no público feminino, objetivou-se avaliar os atributos da atenção primária em unidades de Estratégias de Saúde da Família rurais de Toledo, Paraná, pela perspectiva de mulheres.

## MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa que foi conduzido nas três unidades de saúde rurais de Toledo – PR, que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF), durante o período de julho a agosto de 2022. Destaca-se que estas unidades funcionam na lógica de unidade de saúde da família e possuem agentes comunitários de saúde, contudo com quadro incompleto. O objetivo do estudo se concentrou em avaliar oito atributos da APS, na perspectiva de mulheres usuárias destes serviços.

Tal município está localizado no oeste do Paraná, fazendo parte da 20ª Regional de Saúde do Paraná<sup>11</sup>, com população estimada de 150.470 pessoas, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,768 e Produto Interno Bruto (PIB) per capita de 51.745,73 reais<sup>12</sup>. A população municipal conta com 24 unidades básicas de saúde, destas, 12 fazem parte das Estratégias saúde da Família (ESF)<sup>13</sup>. No interior do município são três

unidades integradas à ESF. O período de dois anos foi escolhido ao considerar o pós-ápice da pandemia, quando houve reorganização dos serviços de saúde para atender à demanda da COVID-19.

A população do estudo foi composta por mulheres identificadas por meio de amostra intencional. Foram incluídas mulheres, com idade igual ou maior que 18 anos, que frequentam as unidades básicas de saúde rurais de Toledo e que utilizaram os serviços da APS ao menos uma vez nos últimos dois anos. Foram excluídas mulheres que não preenchiam os critérios de inclusão.

O número de mulheres que participaram da pesquisa foi estabelecido por meio do seguinte cálculo amostral,  $n = N \cdot Z^2 \cdot p(1 - p) / (N - 1)e^2 + Z^2 \cdot p(1 - p)$ . Em que:  $n$  é o tamanho da amostra,  $N$  o total da população pertencente a pesquisa (mulheres residentes na área rural de Toledo, segundo o censo de 2010),  $Z$  é desvio padrão indicado ao valor médio aceitável para que o nível de confiança seja atingido (95%),  $e$  sendo a margem de erro máxima permitida e  $p$  é a proporção que desejamos encontrar no cálculo. Resultando em uma amostra estimada de 94 indivíduos, sendo que, ao fim, foram incluídas 103 mulheres no estudo.

O convite para participar da pesquisa foi realizado através de cartazes dispostos nas salas de espera, consultórios e sala de vacinas das unidades de ESF do interior do município de Toledo. Nos cartazes havia orientação sobre o local da coleta de dados. Este local foi combinado com a gerência de cada unidade, para que fosse reservada uma sala privativa para aplicação do questionário na própria unidade de saúde.

Ao final da coleta de dados, estes foram inseridos em um banco de dados no *software Microsoft Excel®*, para posterior análise. O instrumento de coleta de dados utilizado foi o *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, desenvolvido por Barbara Starfield e validado no Brasil em 2012<sup>14</sup>, na versão adultos. Esta versão contém uma série de itens, segmentados em oito atributos da APS, sendo eles: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação/integração de cuidados, coordenação/sistema de informações, integralidade/serviços disponíveis, integralidade/serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária. O atributo de competência cultural não foi considerado para as análises de obtenção das propriedades

métricas do PCATool-Brasil, uma vez que esse atributo não foi validado no PCATool-Brasil.

O instrumento contém diversas perguntas que remetem a existência dos atributos como por exemplo: é fácil marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) nesta unidade de saúde? (acesso – primeiro contato); Quando você vai à unidade de saúde, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes? (longitudinalidade); Recebe orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente) (integralidade), entre outras. O acesso do instrumento é possível mediante a leitura de Harzheim et al<sup>14</sup>.

A avaliação das respostas foi realizada através da escala de Likert: “com certeza sim” valor = 4; “provavelmente sim” valor = 3; “provavelmente não” valor = 2; “com certeza não” valor = 1; e “não sei/não lembro” valor = 9. Os valores de 1 a 4 serão utilizados para calcular um escore médio.

Os itens C9, C10, C11, C12 e D11 são reversos<sup>14</sup>, ou seja, valores maiores na escala representam sugerem carência/ausência da característica. Contudo, para o cálculo dos escores os valores superiores da escala devem representar a presença das características. Sendo assim, será necessária a inversão da escala ((4 = 1) (3 = 2) (2 = 3) (1 = 4)). Definem-se os itens C9, C10, C11, C12 e D11, respectivamente, como: C9 - Questiona-se se o paciente julga o tempo de espera para atendimento com médico/enfermeiro (a) superior a 30 minutos (sem contar o período de triagem ou acolhimento); C10 - Questiona-se se o paciente julga o tempo de espera demasiado alto e/ou necessidade de falar com muitas pessoas para agendar consulta com o médico/enfermeiro (a) local; C11 - Questiona-se se o paciente julga difícil adquirir atendimento médico quando necessário; C12 - Questiona-se se o paciente é obrigado a faltar no trabalho/escola para frequentar o serviço de saúde; D11 - Questiona-se se o médico/enfermeiro (a) tem conhecimento sobre o trabalho ou emprego do paciente.

Destaca-se que o instrumento PCATool-Brasil orienta o cálculo do atributo de acesso primeiro contato em dois componentes, utilização e acessibilidade, o atributo coordenação em integração de cuidados e sistema de informações e o atributo integralidade em serviços disponíveis e serviços prestados. Essa

divisão é orientada para os aspectos e particularidades destes atributos possa ser melhor explorada.

A soma dos valores das respostas dos itens formadores do atributo, dividido pela quantidade total de itens do componente (ou atributo), foi responsável por produzir o escore para cada atributo da APS. Para que os escores de cada participante pudessem ser calculados, o percentual de itens com valores ausentes deve ser menor que 50% da quantidade total de itens do componente ou atributo.

O 'Escore obtido' corresponde ao escore ainda em escala de 1 a 4, o qual se deseja transformar para valores de 0 a 10, utilizando a fórmula abaixo descrita. Os valores iguais ou maiores que 6,6 irão indicar extensão adequada de cada atributo, enquanto valores menores indicarão uma extensão inadequada dos atributos.

$$\frac{\text{Escore obtido} - 1}{4 - 1} \times 10$$

Destaca-se que este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisas com seres humanos da Universidade Federal do Paraná, aprovado pelo parecer número 5.429.462 de 2023. Além disso, em todo o processo de desenvolvimento da pesquisa foram respeitadas as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Das 103 mulheres, todas tinham idade maior ou igual a 18 anos, distribuídas percentualmente de forma semelhante, com baixa escolaridade e renda (Tabela 1).

Quanto à presença dos atributos da APS, cinco deles foram considerados não satisfatórios, ou seja, com valor < 6,6. O menor escore foi atribuído ao componente de orientação comunitária (5,2), seguido do acesso de primeiro contato/acessibilidade (5,3), integralidade/serviços disponíveis (5,6), integralidade/serviços prestados (5,7) e, por fim, afiliação (6,1) (Tabela 2).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico de usuárias dos serviços de APS rural de Toledo. Toledo, PR, Brasil, 2023

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
18 - 30 anos	19	18,45
31 - 40 anos	16	15,53
41 - 50 anos	22	21,36
51 - 60 anos	10	9,71
61 - 70 anos	23	22,33
Maior que 71 anos	13	12,62
Total	103	100
<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ensino fundamental incompleto	40	38,83
Ensino fundamental completo	18	17,48
Ensino médio incompleto	8	7,77
Ensino médio completo	26	25,24
Ensino superior incompleto	4	3,88
Ensino superior completo	7	6,79
Total	103	100
<b>Profissão</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Do lar	40	38,83
Aposentada	17	16,50
Agricultora	14	13,59
Outras	32	31,07
Total	103	100
<b>Renda</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 1 salário	16	15,53
1 a 2 salários mínimos	63	61,17
3 a 4 salários mínimos	20	19,42
5 a 6 salários mínimos	4	3,88
Mais de 7 salários mínimos	0	0,00
Total	103	100
<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Casada	51	49,51
Solteira	30	29,13
Viúva	16	15,53
Divorciada	6	5,83
Total	103	100
<b>Há quanto tempo utiliza este serviço de saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 3 meses	5	4,85
6 meses a 1 anos	4	3,88
1 a 2 anos	6	5,83
3 a 4 anos	9	8,74
5 a 10 anos	13	12,62
Mais de 10 anos	66	64,08
Total	103	100

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023)

Entre as mulheres estudadas, 38,83% se identificaram como responsáveis pelas atividades domésticas, enquanto 13,59% se classificaram como agricultoras. O trabalho realizado pelas mulheres nas áreas rurais muitas vezes passa despercebido, embora envolva não apenas o cuidado com o lar, mas também atividades produtivas como o cultivo de plantas, criação de pequenos animais e produção artesanal, que contribuem de forma importante para o sustento familiar. No entanto, este estudo não conseguiu

captar de forma completa esse aspecto do trabalho feminino, limitando a inclusão desses dados na análise.

**Tabela 2.** Escores dos atributos da APS rural de Toledo. Toledo, PR, Brasil, 2023

Atributos da APS	Escore
Acesso de primeiro contato/utilização	8,9
Acesso de primeiro contato/acessibilidade	5,3
Longitudinalidade	7,8
Coordenação/integração de cuidados	7,3
Coordenação/sistemas de informação	7,4
Integralidade/serviços disponíveis	5,6
Integralidade/serviços prestados	5,7
Orientação familiar	6,7
Orientação comunitária	5,2
<b>Escore essencial</b>	<b>6,8</b>
<b>Escore geral</b>	<b>6,6</b>

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023)

Nota-se que os atributos essenciais tidos como satisfatórios, com valor de escore ( $\geq 6,6$ ), também somaram quatro componentes. Os escores obtidos constataram apresentação adequada para coordenação/integração de cuidados, coordenação/sistemas de informação, longitudinalidade e, com maior destaque, o componente essencial de maior escore, acesso de primeiro contato/utilização.

A pesquisa foi realizada em três unidades de saúde rurais localizadas no município de Toledo, Paraná. Cada uma das unidades conta com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantada, operando no horário das 8h às 17h e atendendo uma população adstrita com média de três mil pessoas. Nesses locais, são oferecidas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, reabilitação e cuidados paliativos. Ressalta-se que não houve análise das possíveis diferenças entre as unidades de saúde incluídas no estudo.

## DISCUSSÃO

Os dados coletados mostram que as ocupações predominantes eram do lar, aposentada ou agricultora, com renda e grau de escolaridade baixos. Destaca-se que o meio rural representa um contexto que contém diversas formas de desigualdade social, dentre elas, as desigualdades de gênero, pouca escolaridade, o patriarcado e a divisão sexual do trabalho, quais culminam na desvalorização do trabalho agrícola exercido pela mulher<sup>15</sup>.

Segundo dados apresentados sobre Bangladesh, 86,0% das mulheres rurais eram donas de casas<sup>16</sup>. Já no Rio Grande do Sul, 96,7% das participantes de um estudo sobre trabalho rural, realizavam trabalho agrícola e doméstico, demonstrando a sobrecarga física e a vulnerabilidade dessas mulheres<sup>17</sup>. Ressalta-se a importância da renda para mulher rural, uma vez que possuir a própria renda gera repercussões sobre a melhoria da posição social da mulher tanto na sua família, quanto na sociedade. Faz com que seja possível visualizar a contribuição feminina para a prosperidade da família.

Simmons et al.<sup>18</sup> coloca que no contexto rural, as mulheres têm menos oportunidade de emprego remunerado, ficam menos expostas a contatos sociais, tem dificuldade para acessar serviços sociais e de educação, além de possuírem desvantagens demográficas que acarretam maior risco para problemas de saúde. Além disso mulheres que residentes das zonas rurais e com pouca escolaridade são acabam procurando menos a assistência à saúde, principalmente para situações de saúde mental, quando correlacionadas com as mulheres que residem em áreas urbanas<sup>19</sup>.

Considerando que questões relacionadas ao enfrentamento destas iniquidades são parte da promoção de saúde<sup>2</sup>, quando concernente ao acesso da população rural aos serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios significativos para resolução. Questões como a desigualdade de gênero e de trabalho, distância, fragilidade dos serviços locais e déficit na capacidade técnica dos profissionais de saúde representam obstáculos às mulheres de zonas rurais para que alcancem o acesso a ações de saúde<sup>20</sup>.

Nessa perspectiva de acesso, nota-se que em relação aos atributos avaliados, as usuárias da ESF rural do município consideram o acesso de primeiro contato/utilização como positivo e adequado. Desse modo, para que não haja desvantagem acerca do acesso aos serviços de saúde e para a minimização das disparidades populacionais, dentre as metas do sistema de serviços de saúde, estão, principalmente, a otimização da saúde populacional, por meio de estratégias de promoção de saúde<sup>21</sup>.

Acerca do acesso de primeiro contato/acessibilidade, observa-se pontuação insatisfatória, entretanto, há de se observar que algumas questões que compõem essa sessão no questionário culminam para tal resultado. Por exemplo, três tópicos questionam sobre a abertura dos serviços aos sábados, domingos e funcionamento em horário noturno, todavia, as ESF rurais operam de segunda a sexta em horário comercial. Além disso, considerando que a sobrecarga de trabalho no lar associado aos afazeres rurais<sup>18,22</sup>, é possível refletir sobre o impacto do horário de atendimento das ESF no acesso ao serviço por este público, uma vez que muitas vezes, estas podem ter dificuldade para fazer uso dos serviços durante o horário comercial.

Corroborando uma revisão sistemática, de abrangência mundial, que observou o desempenho dos serviços de APS através de pesquisas sobre o uso da ferramenta PCATool, ressalta-se a carência de aprimoramento de componentes estruturais e de processo para maior desempenho de avaliação dos serviços, ao considerar as exigências do modelo de atenção primária discutido no PCATool<sup>23</sup>. Ainda, aplica-se essa carência de aprimoramento no contexto da avaliação da APS rural, que não possui as especificidades relevadas, como as barreiras de acesso e processo saúde-doença rural específicos<sup>22</sup>, cabendo reflexão sobre a sugestão de possíveis adaptações.

Ressalta-se que, no Brasil, não há ferramentas que mensurem a extensão dos atributos dos serviços da APS. Contudo, o PCATool permite a avaliação da estrutura e processos, em que um atributo essencial do PCATool-Brasil é constituído por um item associado ao processo de atenção e outro ligado à estrutura<sup>1</sup>.

Ainda assim, um passo importante para a melhoria da extensão das ações de saúde é a compreensão das formas de uso do espaço e da utilização da vida social, compondo o contexto da organização dos serviços da APS que definem itinerários sanitários rurais<sup>24</sup>, pois ainda há barreiras de acesso aos serviços de saúde apesar do processo de busca pela descentralização<sup>3</sup>.

Em comparação, estudo realizado em municípios rurais remotos no norte de Minas Gerais, Brasil, revelou que ações implementadas baseadas em políticas nacionais de atenção básica tiveram efeitos satisfatórios na

organização da APS, melhorando a acessibilidade<sup>24</sup>. O mesmo estudo demonstra que viver na zona rural e urbana é desigual em relação às condições de vida, como a disponibilidade de água tratada e encanada, saneamento básico, e, portanto, necessitam do conhecimento e enfrentamento das especificidades culturais, sociais e ambientais, sobretudo com provisão de recursos adaptados na APS rural.

Assim, mesmo que o escore acesso de primeiro contato/acessibilidade possa ser justificado, é relevante a reflexão sobre a possibilidade de extensão dos serviços para melhor atender a população rural de Toledo-PR e melhor avaliar se essa realidade se estende a outras populações rurais vinculadas às APS brasileiras.

Ao vislumbrar para o restante da avaliação dos componentes essenciais, percebe-se que há presença adequada dos atributos longitudinalidade, coordenação/integração de cuidados e coordenação/sistemas de informação, semelhantes a um estudo realizado em Minas Gerais, com e 872 usuários, urbanos e rurais, maioria mulheres<sup>25</sup>, e outro realizado no estado da Paraíba, realizado com 5.347 usuários, urbanas e rurais, a maioria mulheres, com avaliação positiva de longitudinalidade e coordenação da atenção<sup>26</sup>.

Contudo, divergente de um estudo realizado com 1.027 usuários trabalhadores rurais, realizado em Minas Gerais, maioria homens, em que somente o grau de afiliação apresentou um escore elevado. Nesse, os únicos atributos que houve diferença na avaliação entre homens e mulheres foram o grau de afiliação e a integralidade, possivelmente associadas ao fato das mulheres usarem mais os serviços e reconhecerem, desse modo, uma menor eficiência nessas ações<sup>22</sup>.

Os resultados demonstram que há presença inadequada dos atributos integralidade/serviços disponíveis e integralidade/serviços prestados na visão das mulheres vinculadas a APS rural. Estudos sugerem que a integralidade é um dos atributos mais comprometidos desse nível de atenção à saúde, por razões como rotatividade dos profissionais médicos, agravada pelas alterações no Programa Mais Médicos como política de enfrentamento dessa dificuldade, a resistência da centralidade da assistência

na figura médica e questões relacionadas à infraestrutura e organização da rede de saúde<sup>26,27</sup>.

Ainda, de forma corroborativa aos presentes resultados, uma outra avaliação dos atributos da atenção primária pela perspectiva de suas usuárias explicita a necessidade de reflexões no tangente de políticas públicas, uma vez que, segundo as entrevistas, foi revelado que os atributos precisam de melhorias em todos os serviços de saúde envolvidos<sup>27</sup>.

Quanto aos atributos derivados, os resultados demonstram certa dualidade, pois o escore para a orientação familiar é dado como satisfatório e a orientação comunitária é considerada insatisfatória. Apesar do valor próximo ao limítrofe na orientação familiar, é possível observar que há maior preocupação dos profissionais quanto a orientações individuais ou familiares, quando comparada ao componente comunitário, que, de alguma forma, mostra-se insuficiente para as usuárias.

Uma revisão de literatura sobre APS em áreas rurais evidenciou que há pertinência em se considerar alguns limites à generalização dos resultados, visto que existem singularidades associadas ao contexto histórico e sistemas de saúde de cada região<sup>2</sup>. Dessa forma, é adequado que, para superar estatisticamente as informações de diversas pesquisas, novos estudos não sejam tratados de forma totalmente ampla; deve-se, portanto, levar em consideração o contexto local na avaliação de cada realidade.

Quanto ao escore essencial, demonstrado em termos gerais, serviço considerado adequado na opinião das usuárias, contrapõe-se a outro estudo realizado na região da 16ª Regional de Saúde, ao norte do mesmo estado da presente pesquisa. Nele, se revelou como inferior os atributos essenciais e derivados, demonstrando baixos escores<sup>28</sup>. Desse modo, é perceptível a insatisfação de mulheres acerca do desempenho dos serviços da APS em locais geograficamente próximos, comprovando a existência de fragilidades quanto à presença e extensão de todos os atributos e reforçando a compreensão da necessidade de avaliação próxima de cada realidade.

Assim, reforça-se a importância de considerar que na população rural há diversidade social, de localização e de condições socioeconômicas<sup>3</sup>, que

impactam na percepção e na avaliação dos serviços, a depender dos recursos disponíveis aos usuários.

Apesar do resultado para Toledo-PR ser aparentemente positivo, há limitações para a confirmação situacional em função da escassez de avaliações semelhantes<sup>3</sup> para que os resultados sejam confrontados, considerando populações com características similares, suas percepções e realidades.

Quanto ao escore geral dos atributos, foram classificados como satisfatórios, apesar da pontuação estar no limite para a insatisfação. No estudo produzido em município da região centro-oeste de Minas Gerais (MG), Brasil, a ESF exibiu maior potencial para a extensão dos atributos dos serviços, segundo seus usuários, além de expor o importante papel dessa estratégia para a organização de atenção à saúde no Brasil e sua capacidade de resolução dos problemas de saúde da população<sup>24</sup>.

Ressalta-se que a qualificação dos atributos, mediante perspectiva das usuárias, promove a possibilidade de aperfeiçoamento dos sistemas de saúde, levando em consideração suas necessidades, os pontos de maior carência de atenção no processo de monitoramento e melhorias<sup>24</sup>. O olhar atento às necessidades desse público se faz importante, tendo em vista o histórico de omissões sofridas pelos usuários das unidades de saúde rural, e, embora compreender essa população seja significativo, os estudos que se aprofundam na temática de saúde rural ainda são escassos<sup>3</sup>. Indica-se a essencialidade de novas avaliações<sup>23</sup>, uma vez que uma das dificuldades de promoção de ações específicas e equitativas à população rural feminina brasileira se dá pelo baixo interesse científico em explorar os problemas reais de saúde da mulher residente e trabalhadora rural.

## CONCLUSÃO

Apesar dos resultados gerais se mostrarem positivos, é preciso compreender que cada componente é individual, logo, a falha deve ser valorizada para que existam novas alternativas, apontamentos e ações que possibilitem melhorias e maior qualidade dos serviços para a população rural feminina de Toledo – PR.

Pode-se atribuir os resultados satisfatórios, também, ao incentivo da descentralização dos modelos de saúde que caminham para o foco no usuário e seu bem-estar. Em contrapartida, se faz necessário lembrar que a individualização e adaptação dos modelos de serviços são benéficos para a aplicabilidade da equidade.

Deve-se entender que, apesar de justificados alguns resultados inferiores, a avaliação permanente, mesmo diante da dificuldade de empregá-la, é essencial à constante evolução dos serviços oferecidos. A exemplo, temos o acesso de primeiro contato/acessibilidade, em que se compreende o resultado, mas abre questionamento para que gestores municipais estudem a possibilidade de ampliar os horários de atendimento para essa população, considerando que a população em foco se encontra distante de outros pontos da rede.

Ademais, este estudo teve como limitação a ausência de outros resultados para confrontar a discussão e melhorar a análise dos dados adquiridos. Além disso, o questionário original é internacional e foi validado para o Brasil, porém não considera a especificidade da organização do SUS de forma hierarquizada.

Atentando para a escassez de pesquisas voltadas à população rural, principalmente feminina, é fundamental que sejam produzidos estudos mais recentes para viabilizar o desenvolvimento de novas políticas de saúde para benefício dos indivíduos usuários da saúde rural. Ainda, sugere-se que novas pesquisas avaliem formas alternativas para que seja oferecido um atendimento ágil e de qualidade dos serviços da APS para a população feminina (e geral) rural, considerando que existem singularidades sociais relacionadas à localização e condições socioeconômicas diversas.

A grande importância dos serviços de saúde e o impacto que a APS demonstra em relação à promoção de saúde destacam a necessidade da avaliação dos atributos da APS na perspectiva de mulheres, principalmente em Unidades de Estratégia Saúde da Família Rurais. Com esses resultados, esperamos que seja possível considerar o apontamento de lacunas, viabilização de subsídios para novos estudos e ações da gestão em saúde municipal para a melhoria da assistência exercida à essa população.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde [Internet]. Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjAwMg==>
2. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021 [citado 8 fev. 2023];37(7):e00310520. doi:10.1590/0102-311X00310520.
3. Magalhães DL, Matos R da S, Souza A de O, Neves RF, Costa MMB, Rodrigues AA, et al. Access to health and quality of life in the rural area. *Res Soc Developm* [Internet]. 2022 [citado 11 out. 2022];11(3):e50411326906. doi:10.33448/rsd-v11i3.26906.
4. Shimizu HE, Trindade J de S, Mesquita MS de, Ramos MC. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018 [citado 20 nov. 2021];52:e03316. doi:10.1590/S1980-220X2017020203316.
5. Mezzari R, Iser BPM. Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde. *Rev AMRIGS* [Internet]. 2015 [citado 14 ago. 2023];59(3):198–203. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-835416>
6. Guibu IA, de Moraes JC, Guerra Jr AA, Costa EA, Acúrcio F de A, Costa KS, et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [citado 06 dez. 2023];51(Supl 2):17s. doi:10.11606/S1518-8787.2017051007070.
7. Vedana R, Shikida PFA, Garcias M de O, Arends-Kuenning MP. Empoderamento feminino na agricultura: um estudo na Lar Cooperativa Agroindustrial (Paraná). *Rev Econ Sociol Rural* [Internet]. 2023 [citado 21 jan. 2023];61(2):e237944. doi:10.1590/1806-9479.2021.237944.
8. Zanello V, Fiuza G, Costa HS. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2015 [citado 19 dez. 2022];27(3):238–46. doi:10.1590/1984-0292/1483.
9. Passos RG. Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2023 [citado 14 ago. 2023].
10. Freire MEV. As determinações sociais do adoecimento mental das mulheres [monografia]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2023. 77 p. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/54081>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Toledo (PR). Cidades e Estados. IBGE [Internet]. 2010 [citado 14 ago. 2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/toledo.html>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Toledo (PR). IBGE [Internet]. 2022 [citado 14 ago. 2023]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/toledo/panorama>
13. Brasil. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS). Toledo (PR). Consulta estabelecimento. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [Internet]. 2023. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=TOLEDO>

14. Harzheim E, de Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2013 [citado 19 dez. 2022];8(29):274-84. doi:10.5712/rbmf8(29)829.
15. Parreira BDM, Goulart BF, Haas VJ, da Silva SR, Monteiro JC dos S, Gomes-Sponholz FA. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017;51:e03225. doi:10.1590/S1980-220X2016033103225.
16. Rahman M, Rahman A, Sajani TT, Chowdhury SA, Akhter A. Reproductive health practice of married women in the rural community of Dhamrai Upazila, Dhaka. *Anwer Khan Modern Med Coll J*. 2013;4(2):31-6. Disponível em: <https://www.banglajol.info/index.php/AKMMCJ/article/view/16940>
17. Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Santos da Silva MR. Mental and physical symptoms of female rural workers: relation between household and rural work. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(9):11037-49. doi:10.3390/ijerph120911037.
18. Simmons LA, Wu Q, Yang N, Bush HM, Crofford LJ. Sources of health information among rural women in Western Kentucky. *Public Health Nurs*. 2015;32(1):3-14. doi:10.1111/phn.12134.
19. Dolja-Gore X, Loxton DJ, D'Este CA, Byles JE. Mental health service use: is there a difference between rural and non-rural women in service uptake? *Aust J Rural Health*. 2014;22(3):92-100. doi:10.1111/ajr.12109.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)
21. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 14 ago. 2023]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)
22. Silvério ACP, Martins I, Nogueira DA, Mello MAS, Loyola EAC, Graciano MM de C. Assessment of Primary Health Care for rural workers exposed to pesticides. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2020 [citado 30 mai. 2024];54(9). doi:10.11606/s1518-8787.2020054001455.
23. Prates ML, Machado JC, da Silva LS, Avelar PS, Prates LL, de Mendonça ET, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2017 [citado 18 out. 2022];22(6):1881-93. doi:10.1590/1413-81232017226.14282016.
24. de Almeida PF, dos Santos AM, Cabral LM da S, Fausto MCR. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021 [citado 21 jan. 2023];37(11):e00255020. doi:10.1590/0102-311X00255020.
25. Perillo RD, Bernal RTI, Poças KC, Duarte EC, Malta DC. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do Primary Care Assessment Tool-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. *Rev Bras Epidemiol*. 2020 [citado 30 mai. 2024];23(supl 1):e200013. doi:10.1590/1980-549720200013.supl.1.
26. Monteiro DLA, Padilha WWN. Satisfação dos usuários com a qualidade da Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba: estudo transversal. *Physis Rev*

Saude Colet [Internet]. 2023 [citado 8 fev. 2023];33:e33018. doi:10.1590/S0103-7331202333018.

27. Lima EFA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima RCD, Maciel ELN. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2015 [citado 12 out. 2022];23(3):553–9. doi:10.1590/0104-1169.0496.2587.

28. Martins DC, da Silva GM, Pesce GB, Fernandes CAM. Assessment of the attributes of Primary Health Care with women of reproductive age. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [citado 16 nov. 2022];75(3):e20210015. doi:10.1590/0034-7167-2021-0015.

