



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

CLARA ILDA OLIVEIRA DA COSTA

**DISPARIDADES DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS
POPULAÇÕES URBANA E RURAL NO BRASIL**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

CURSO DE SAÚDE COLETIVA

CLARA ILDA OLIVEIRA DA COSTA

**DISPARIDADES DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS
POPULAÇÕES URBANA E RURAL NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Saúde
Coletiva da Universidade Federal de
Pernambuco, Centro Acadêmico da
Vitória, como requisito para a
obtenção do título de bacharel em
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Renato
dos Santos

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

Catálogo na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecário Jaciane Freire Santana, CRB-4/2018

C837d Costa, Clara Ilda Oliveira da.
Disparidades de acesso e utilização de serviços de saúde pelas populações urbana e rural no Brasil / Clara Ilda Oliveira da Costa. - Vitória de Santo Antão, 2021.
39 p.; il.: color.

Orientador: Carlos Renato dos Santos.
TCC (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2021.
Inclui referências.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Serviços de Saúde. 3. Saúde da população rural. 4. Saúde da população urbana. I. Santos, Carlos Renato dos (Orientador). II. Título.

CLARA ILDA OLIVEIRA DA COSTA

**DISPARIDADES DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS
POPULAÇÕES URBANA E RURAL NO BRASIL**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 21/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Carlos Renato dos Santos (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dra. Simone do Nascimento Fraga (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Manoel Rivelino Gomes de Oliveira (Examinador externo)
Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

A Deus, que derramou sua misericórdia em minha vida e em cada segundo dedicado a este trabalho, por ter me conduzido nos momentos mais difíceis e me ensinado, lições de amor, empatia e perseverança.

Aos meus pais, Severino e Maria Roseane, que devidamente foram os responsáveis por cada lição aprendida. Aos meus irmãos, João Guilherme e Jadna Vitória que foram para mim um incentivo permanente. A minha avó, Hilda por ser a pessoa mais gentil, paciente e amorosa que conheço.

Agradeço também aos demais familiares e amigos que contribuíram para minha formação e que desde o início estivera comigo me apoiando, minha irmã Beatriz e a minha tia Quitéria. De maneira especial, duas amigas que estiveram sempre comigo, Genile e Cecília.

A minha amiga Paloma, por todo o apoio, carinho e momentos felizes compartilhados (e foram muitos). Agradeço por acreditar em mim, por ter me ensinado tantas coisas e por sempre ser a pessoa que posso contar.

Agradeço ao meu orientador, Carlos Renato, que me incentivou a realizar este trabalho e a acreditar que daria certo, agradeço por ter se mostrado acessível e dedicado do início ao fim.

A minha turma de (2017.2), pelos momentos que passamos juntos especialmente, José Michael, Francielle, Vinícius, Isabel, Bárbara e Aline.

Aos professores do curso de Saúde Coletiva que para mim são os melhores e mais dedicados.

Por fim, gostaria de agradecer à banca avaliadora, professora Simone Fraga e Rivelino Oliveira por contribuírem de maneira tão significativa para o aprimoramento do meu trabalho.

RESUMO

O acesso à saúde integrado com outros fatores pode ser considerado um determinante da qualidade de vida. Nesse sentido percebe-se diferenças significativas no acesso e utilização dos serviços de saúde entre as populações em diferentes regiões do país, resultando iniquidades de acesso à atenção à saúde por usuários do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi de compreender a disparidade urbano-rural de acesso a serviços de saúde. Trata-se de um estudo transversal e de abordagem quantitativa com análise descritiva e exploratória de dados contidos no Módulo J da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019. Para análise dos dados foram realizadas a análise descritiva dos dados através de frequências (simples e relativas) e a análise exploratória realizada a partir da varredura de associações e magnitude das variáveis, por fim, foi realizada uma análise de correspondência com o intuito de caracterizar as disparidades entre as áreas urbana e rural no acesso e utilização de serviços de saúde. Os resultados encontrados enfatizam que as desigualdades de acesso existentes entre as áreas rurais e urbanas no país, são mais elevadas nas áreas rurais, além disso, a população rural apresenta maior dependência dos serviços públicos de saúde para obter medicamentos, realizar consultas e na internação hospitalar. Conclui-se que apesar das melhorias e avanços no acesso e uso dos serviços de saúde, os resultados encontrados ratificam que a população rural ainda enfrenta dificuldades outrora superados pela população urbana, intensificados pelas diferenças regionais do país.

Palavras chave: acesso aos serviços de saúde; uso de serviços de saúde; saúde da população rural; saúde da população urbana.

ABSTRACT

Access to health integrated with other factors can be considered a determinant of quality of life. In this sense, there are significant differences in the access and use of health services among populations in different regions of the country, resulting in inequities in access to health care by SUS users. In this sense, the aim of this study was to understand the urban-rural disparity in access to health services. This is a cross-sectional study with a quantitative approach with descriptive and exploratory analysis of data contained in Module J of the National Health Survey - PNS carried out in 2019. For data analysis, descriptive data analysis was performed using frequencies (simple and relative) and the exploratory analysis carried out by scanning the associations and magnitude of the variables, finally, a correspondence analysis was carried out whose purpose was to characterize the disparities between urban and rural areas in the access and use of health services. The results found emphasize that the existing inequalities of access between rural and urban areas in the country are higher in rural areas, in addition, the rural population is more dependent on public health services to obtain medicines, carry out consultations and hospitalization. It is concluded that despite improvements and advances in the access and use of health services, the results found confirm that the rural population still faces difficulties that were once overcome by the urban population, which are intensified by regional differences in the country.

Keywords: access to health services; use of health services; urban health; rural health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Estados e a frequência de acesso ao médico	22
Gráfico 2- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Regiões e a frequência de acesso ao médico	23
Gráfico 3- Magnitude do acesso ao médico pela população rural via primeira dimensão da análise de correspondência nos Estados	24
Gráfico 4- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Estados e a frequência de acesso ao dentista	25
Gráfico 5- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Regiões e a frequência de acesso ao dentista	26
Gráfico 6- Magnitude do acesso ao dentista pela população rural via primeira dimensão da análise de correspondência nos Estados	27
Gráfico 7- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Estados e local de último atendimento de saúde	28
Gráfico 8- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Regiões e local de último atendimento de saúde	29
Gráfico 9- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Estados e proporção de medicamentos obtidos no SUS	30
Gráfico 10- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Regiões e proporção de medicamentos obtidos no SUS	31
Gráfico 11- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Estados e se última internação foi feita através do SUS	32
Gráfico 12- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Regiões e se última internação foi feita através do SUS	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Análise de associação entre caracterização do domicílio (urbano ou rural) e variáveis do Módulo J da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019	20
Tabela 2- Análise de correspondência (AC) entre caracterização do domicílio (urbano ou rural) a nível estadual e regional e variáveis do Módulo J da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019	21

LISTA DE ABREVIACÕES

PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
AC	Análise de Correspondência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UF	Unidade da Federação
ESF	Estratégia de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 Aspectos conceituais do acesso e utilização de serviços de saúde	13
2.2 Barreiras de acesso e a população rural	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo Geral.....	16
3.2 Objetivos Específicos.....	16
4 METODOLOGIA	17
4.1 Recursos computacionais e de dados.....	17
4.2 Variáveis	17
4.3 Análise de associação e de magnitude do efeito.....	18
4.4 Análise de correspondência e cartografia temática	18
4.5 Considerações éticas	19
5 RESULTADOS.....	20
5.1 Fatores significativos entre acesso a serviços e zonas urbana e rural	20
5.1.1 Acesso ao médico.....	22
5.1.2 Acesso ao dentista.....	24
5.1.3 Onde procurou o último atendimento de saúde?	27
5.1.4 Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?	29
5.1.5 Última internação foi feita através do SUS?	31
6 DISCUSSÃO	34
7 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS.....	37

1 INTRODUÇÃO

O acesso às ações e serviços de saúde integrado com outros fatores podem ser considerados como um determinante da qualidade de vida uma vez que a garantia de acesso ao serviço de saúde terá influência sobre diversos aspectos da vida, não somente o social como também irá influenciar na dinâmica demográfica, mortalidade e expectativa de vida (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

No que se refere a desigualdade social o Brasil ainda é um dos países mais desiguais do mundo, e apesar da redução dos índices de desigualdade e pobreza nas últimas décadas, o cenário que se apresenta mostra que existe uma extrema diferença entre as áreas rurais e urbanas, evidenciadas pelas diferenças regionais do país, afetando principalmente as populações residentes no Norte e nordeste do Brasil (GARNELO, et.al, 2018; TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016).

Estas diferenças são notadas principalmente no desenvolvimento socioeconômico, uma vez que somado a outros fatores este, irá contribuir com desigualdade de acesso aos serviços considerados essenciais à qualidade de vida (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018), além disso, percebe-se que o atual panorama mostra uma distribuição desigual na oferta de serviços e de profissionais de saúde, principalmente médicos, em relação à área urbana, demonstrando que para a população rural o acesso ao médico ainda é menor que nos habitantes da zona urbana (STOPA et.al, 2017).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2015, aproximadamente 15,28% dos brasileiros vivem em áreas rurais. Sendo o Nordeste brasileiro a região com maior percentual de habitantes (26,88%).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, demonstrou que 14,8%, da população rural teve alguma demanda por atendimento de saúde em 2019. Em relação à frequência de internações via Sistema Único de Saúde (SUS), notou-se que a população rural (85,9%), quando comparada a área urbana (61,4%) teve mais internações. As consultas médicas também apresentaram disparidades, em 2019 77,5% das pessoas residentes na área urbana foram consultadas por um médico no período considerado, nos domicílios rurais, esse percentual foi de 68,6%.

Nesse contexto, o tema das disparidades de acesso e utilização de serviços de saúde pela população rural e urbana, se mostra como um relevante evento de

saúde pública, dado que estas diferenças se configuram como um desafio para o sistema de saúde fundamentado no direito democrático à saúde.

Destaca-se, que o debate sobre este tema poderá contribuir para compreender o desempenho do sistema de saúde, bem como suas fragilidades e potencialidades quando se trata das necessidades de saúde da população rural, tendo em vista que há muito a ser explorado sobre este tema. Portanto, este trabalho tem por finalidade compreender as disparidades urbana e rural no acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos conceituais do acesso e utilização de serviços de saúde

A Constituição brasileira, em seu Art. 196 define que a saúde é um direito universal e igualitário de todo cidadão, garantido mediante ações do Estado na criação de políticas públicas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Com o advento do SUS esse direito é efetivado. A saúde passa a ser entendida como resultante de diversos fatores determinantes e condicionantes dentre eles, alimentação, moradia e o acesso a bens e serviços (BRASIL, 1988).

No que diz respeito ao conceito de acesso, na literatura não existe unanimidade (MCINTYRE; THIEDE; BIRCH, 2009; OLIVEIRA et. al. 2019). Isto é, o conceito de acesso sofre constantes mudanças que variam a depender do autor, do tempo e da terminologia (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Segundo Bulgarelli et.al (2018), discutir acesso significa abordar um tema pluridimensional que abrange tanto os aspectos econômicos, políticos e sociais quanto os técnicos e organizativos.

No campo da saúde, o acesso pode ser compreendido como o conjunto de possibilidades de diversas naturezas, que permite a entrada dos usuários na rede de serviços, nos diferentes níveis de atenção à saúde, ou seja, o acesso está relacionado com a facilidade ou dificuldade de obter uma resposta a uma determinada necessidade de saúde. A literatura define que existem três dimensões para representar o acesso: a disponibilidade, a acessibilidade e a aceitabilidade (MCINTYRE; THIEDE; BIRCH, 2009).

A disponibilidade caracteriza-se por todos os fatores de um serviço específico ao alcance do usuário. A acessibilidade refere-se aos custos diretos e indiretos dos cuidados em relação à capacidade de pagamento do usuário; e a aceitabilidade do serviço que abrange o subjetivo, o social e o cultural, tais como o grau que um determinado serviço é culturalmente seguro (ASSIS; JESUS, 2012, pág. 2868).

Por outro lado, quando se trata da definição da utilização dos serviços de saúde, Travassos e Martins (2004) determinam que a utilização dos serviços de saúde é o centro de funcionamento do sistema de saúde. As autoras, avaliam que existem diversos determinantes que poderão influenciar na utilização dos serviços de saúde a depender do serviço e da proposta assistencial, destacam-se:

(a) A necessidade de saúde; (b) os usuários — incluem, características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais e psíquicas; (c) os prestadores de serviços-profissionais; (d) à

organização dos recursos disponíveis, características da oferta; (e) à política — tipo de sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, pág. 190).

Sendo assim, a utilização dos serviços de saúde está diretamente relacionada com interação e comportamento do indivíduo (com a necessidade de saúde) e do profissional que conduz este usuário para dentro do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

2.2 Barreiras de acesso e a população rural

Na literatura há consenso de que o acesso à assistência se configura como um dos principais e mais importantes objetivos da política de saúde. Contudo, destaca-se que apesar dos avanços na legislação com a criação do SUS, na prática, observa-se a existência de um acesso “seletivo, focalizado e excludente” (ASSIS; NASCIMENTO, 2003, pág. 816), principalmente quando se discute acesso relacionado a políticas voltadas para grupos específicos ou minorias como a população rural, tornando-se evidente todas as barreiras que delimitam o acesso desta população às ações e serviços do sistema de saúde.

Entretanto, destaca-se que quando se trata da utilização dos serviços propriamente dita, antes e após a criação e implementação do SUS, existem avanços significativos principalmente relativos à ampliação da oferta de serviços e ações da Atenção Primária à Saúde (APS) (ASSIS; JESUS, 2012).

Percebe-se que as limitações encontradas na literatura referente ao acesso e utilização dos serviços que constituem estas barreiras, estão relacionadas principalmente aos fatores socioeconômicos, demográficos, geográficos e os limites estruturais do sistema.

A primeira barreira de acesso se refere a oferta e a organização do processo de trabalho dos serviços de saúde, bem como ao vínculo entre profissionais e usuários, uma vez que para a população rural este problema é ainda mais evidente tendo em vista a grande dificuldade de fixar os profissionais, especialmente médicos nestas áreas (MORAES; CAMPOS; BRANDÃO, 2014; SCHIMITHI et. al. 2019).

Existem diversos fatores que interferem nessa questão como a grande rotatividade dos profissionais, a localização geográfica, o difícil acesso à área, a qualidade da assistência prestada e a falta de criação de vínculos (PEREIRA; PACHECO, 2017).

Outra limitação diz respeito à distribuição espacial dos estabelecimentos, uma vez que a oferta desses serviços fica concentrada nas sedes dos municípios em áreas urbanas, mesmo com as equipes atendendo populações rurais, tornando o acesso desta população, restrito tendo em vista que a equipe e os serviços ficam distantes da moradia da população adstrita dessas unidades.

Além do mais, outros aspectos não são considerados quando se discute acesso como, a distância percorrida pelo usuário, a dispersão populacional e o gasto financeiro imposto aos usuários para ter atendimento. De fato, estes obstáculos são os mais citados quando se trata da utilização de serviços, porém, são os fatores relacionados com a determinação social que mais afetam o acesso à assistência.

Considerando-se, as diferenças de poder aquisitivo, a posse de meios de transporte, entre outros que resultam nestas barreiras de acesso atingindo os grupos mais vulneráveis como as crianças, afrodescendentes, desempregados e em situação de informalidade, e a população rural (PIEDRAHITA et. al., 2020; GARNELLO et.al., 2018). Uma vez que estes grupos têm maior exposição aos determinantes sociais da saúde, que estão diretamente relacionadas com as iniquidades do sistema (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Além disso, Soares et. al (2020), apontam que as características como, raça/cor a situação do domicílio (rural ou urbano), o nível de instrução do morador e a renda são consideradas informações que delimitam grupos sociais com oportunidades de acesso distintas, constituindo barreiras que restringem o acesso destes grupos aos serviços de saúde.

Outros fatores como os demográficos também podem influenciar no acesso e utilização dos serviços. A idade e gênero são os aspectos que mais determinam a procura por serviços de saúde, tendo em vista que o uso dos serviços é maior no sexo feminino desde a adolescência influenciada pela preocupação com o próprio cuidado, e das pessoas com idades mais avançadas, devido ao acometimento por doenças crônicas e outras comorbidades (ARAÚJO, et.al., 2017; OLIVEIRA, et. al., 2018; SILVA et al., 2017).

Percebe-se que estas barreiras de acesso costumam atingir geralmente populações mais pobres e vulneráveis atuando de maneira conjunta e impactando diretamente na saúde destes grupos (PIEDRAHITA et. al., 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender a disparidade urbano-rural de acesso a serviços de saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Encontrar variáveis cujos fatores apresentem uma associação no mínimo moderada com o fato do domicílio ser urbano ou rural.
- Compreender as diferenças regionais no contexto urbano-rural no acesso a serviços de saúde.
- Verificar se a população rural tem similar comportamento em todo país no tocante ao acesso ao médico e ao dentista.

4 METODOLOGIA

Este estudo é transversal e de abordagem quantitativa com análise descritiva e exploratória de dados contidos principalmente no Módulo J da Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2019. A análise descritiva dos dados é conduzida por meio de frequências (simples e relativas) e a análise exploratória através da varredura de associações e magnitude destas, como também pela análise de correspondência. Maiores informações e detalhes metodológicos são apresentadas nas subseções a seguir.

4.1 Recursos computacionais e de dados

Os dados foram obtidos de forma livre, diretamente no site da PNS hospedado pela Fundação Oswaldo Cruz (<https://www.pns.iciet.fiocruz.br/questionarios/>) já em formato *Rdata*, compatível com a linguagem R, mesmo ambiente onde foram executadas as análises, sob a versão 4.0.2.

A PNS é uma subamostra da Amostra Mestra da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD). Foi elaborada, especificamente para coletar informações de saúde para a estimação de vários indicadores em diferentes níveis de desagregação geográfica. Dentro da PNS, este trabalho utilizou principalmente o Módulo J que dispõe de informações de acesso a serviços de saúde. Os dados foram utilizados em sua totalidade, consistindo em 293725 registros.

4.2 Variáveis

Para analisar o acesso e utilização dos serviços pela população urbana e rural no Brasil, foram selecionadas variáveis do módulo J da PNS 2019, totalizando treze variáveis. Estas variáveis foram selecionadas a partir de estudos científicos acerca do acesso e utilização dos serviços e a relação que estas podem exercer no desfecho de interesse. Tendo como referência, os trabalhos de Stopa e colaboradores (2017), Gonçalves e colaboradores (2020), Pessoto e Luiz (2007), e Bertoldi e colaboradores (2021), os quais destacam as disparidades de acesso e utilização entre as populações rurais e urbanas no país:

1. Quando consultou um médico pela última vez?
2. Quando consultou um dentista pela última vez?

3. Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo da própria saúde?
4. Diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)?
5. Costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?
6. Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?
7. Nas duas últimas semanas, se procurou atendimento de saúde foi atendido, agendado ou não atendido?
8. Onde procurou o último atendimento de saúde nas duas últimas semanas?
9. Neste atendimento, foi receitado algum medicamento?
10. Se conseguiu obter os medicamentos receitados?
11. Medicamentos obtidos em serviço público de saúde?
12. Internação hospital por 24 horas ou mais?
13. Última internação de foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

4.3 Análise de associação e de magnitude do efeito

A análise de associação entre variáveis é ponto relevante para nortear uma diversidade de pesquisas no campo da saúde. Neste trabalho ela foi conduzida em duas etapas. Inicialmente pela busca exaustiva via teste Qui-quadrado de Pearson entre a caracterização do domicílio (urbano ou rural) e principais variáveis no Módulo J. Em seguida avaliou-se a magnitude da associação pela medida V de Cramer.

A análise de magnitude de associação utilizou como parâmetros para segmentação de sua força o estudo de (AKOGLU, 2018) e foram a partir desta, identificadas variáveis do Módulo J com associação pelo menos moderada com a caracterização urbana ou rural do domicílio. A partir deste subconjunto, conduziu-se uma análise de correspondência para melhor compreender a disparidade urbano-rural no acesso a serviços de saúde.

4.4 Análise de correspondência e cartografia temática

A Análise de Correspondência (AC) que é um método de análise multivariada para dados qualitativos, permitindo que os elementos se expressem graficamente, sendo possível verificar o grau de interação entre elas. No Brasil, apesar de ser mais utilizada na ecologia, recentemente vem ganhando espaço nas Ciências da Saúde (INFANTOSI *et al.*, 2014).

Levando em consideração as já fortemente discutidas e reconhecidas, diferenças regionais no país no tocante a investimentos em saúde (DOS PASSOS CARVALHO, 2021), desenvolvimento humano (SARMENTO, 2015),

desenvolvimento econômico, oferta e complexidade dos serviços de saúde (DE ALBUQUERQUE, 2017), adicionou-se ainda a caracterização dos domicílios (urbano ou rural), os níveis estadual e regional, ou seja, das cinco regiões políticas do país.

A partir desta análise foi possível reduzir a visualização dos dados em dois eixos/dimensões ou variáveis transformadas que permitiram a compreensão da variabilidade conjunta das informações também por meio de mapas temáticos utilizando intervalos da primeira dimensão, ou seja, a de maior explicabilidade.

4.5 Considerações éticas

O referido projeto não consiste em pesquisa clínica, epidemiológica ou experimental com seres humanos e/ou animais, sendo voltado a análise de informações públicas e agregadas a nível domiciliar da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019.

Conforme Resolução 510/2016 do CONEP em seu Artigo I, Parágrafo Único, itens II e V, não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

II- pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei n o 12.527, de 18 de novembro de 2011;

V - pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual;

5 RESULTADOS

A partir da análise de associação entre principais variáveis do Módulo J com a caracterização dos domicílios (Seção 5.1) um subconjunto de variáveis foi posteriormente investigado adicionando os fatores estaduais e regionais para análise de correspondência. Durante esta análise a figura de um mapa temático estadual para o Brasil foi construída com fins de entender melhor o acesso da população rural de cada Estado ao médico e ao dentista.

5.1 Fatores significativos entre acesso a serviços e zonas urbana e rural

Apresentaram associação no mínimo moderada as seguintes variáveis (Tabela 1):

- Quando consultou um médico pela última vez?
- Quando consultou um dentista pela última vez?
- Onde procurou o último atendimento de saúde nas duas últimas semanas?
- Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?
- Esta última internação de foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

Tabela 1- Análise de associação entre caracterização do domicílio (urbano ou rural) e variáveis do Módulo J da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019

<i>Variável</i>	<i>p1*</i>	<i>Cramer's V</i>	<i>Magnitude</i>
Médico	< 0,001	0,098	Moderada*
Dentista	< 0,001	0,161	Forte*
V1	0,018	0,004	Muito fraca
V2	< 0,001	0,032	Muito fraca
V3	< 0,001	0,029	Muito fraca
V6	< 0,001	0,05	Muito fraca
V7	< 0,001	0,05	Muito fraca
V8	< 0,001	0,142	Moderada*
V9	0,006	0,013	Muito fraca
V10	0,307	0,009	Muito fraca
V11	< 0,001	0,092	Moderada*
V12	< 0,001	0,008	Muito fraca
V13	< 0,001	0,213	Forte*

Fonte: A Autora, (2021).

Nota: *p-valor do teste Qui-quadrado de Pearson

A partir deste subconjunto de variáveis uma análise de correspondência destas em relação estados e regiões do país no contexto urbano e rural foi conduzida chegando aos seguintes níveis de explicabilidade da variabilidade (Tabela 2).

Tabela 2- Análise de correspondência (AC) entre caracterização do domicílio (urbano ou rural) a nível estadual e regional e variáveis do Módulo J da Pesquisa Nacional de Saúde em 2019

<i>Variável</i>	<i>AC - Regional</i>			<i>AC - Estadual</i>		
	<i>Explicabilidade (Dimensão 1)</i>	<i>Explicabilidade (Dimensão 2)</i>	<i>Total</i>	<i>Explicabilidade (Dimensão 1)</i>	<i>Explicabilidade (Dimensão 2)</i>	<i>Total</i>
<i>Médico</i>	82,49	11,5	93,99	91,1	6,52	97,62
<i>Dentista</i>	84,16	10,45	94,61	92,53	5,29	97,82
<i>V8</i>	36	16,7	52,7	67,17	15,78	82,95
<i>V11</i>	85,97	14,03	100	81,87	18,13	100
<i>V13</i>	94,6	5,4	100	98,65	1,35	100

Fonte: A Autora, (2021).

Nota:

Médico – Quando consultou um médico pela última vez?

Dentista – Quando consultou um dentista pela última vez?

V1 – Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo da própria saúde?

V2 – Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)?

V3 – Costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?

V6 – Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?

V7 – Nas duas últimas semanas, se procurou atendimento de saúde foi atendido, agendado ou não atendido?

V8 – Onde procurou o último atendimento de saúde nas duas últimas semanas?

V9 – Neste atendimento, foi receitado algum medicamento?

V10 – Conseguiu obter os medicamentos receitados?

V11 – Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?

V12 – Nos últimos doze meses, ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?

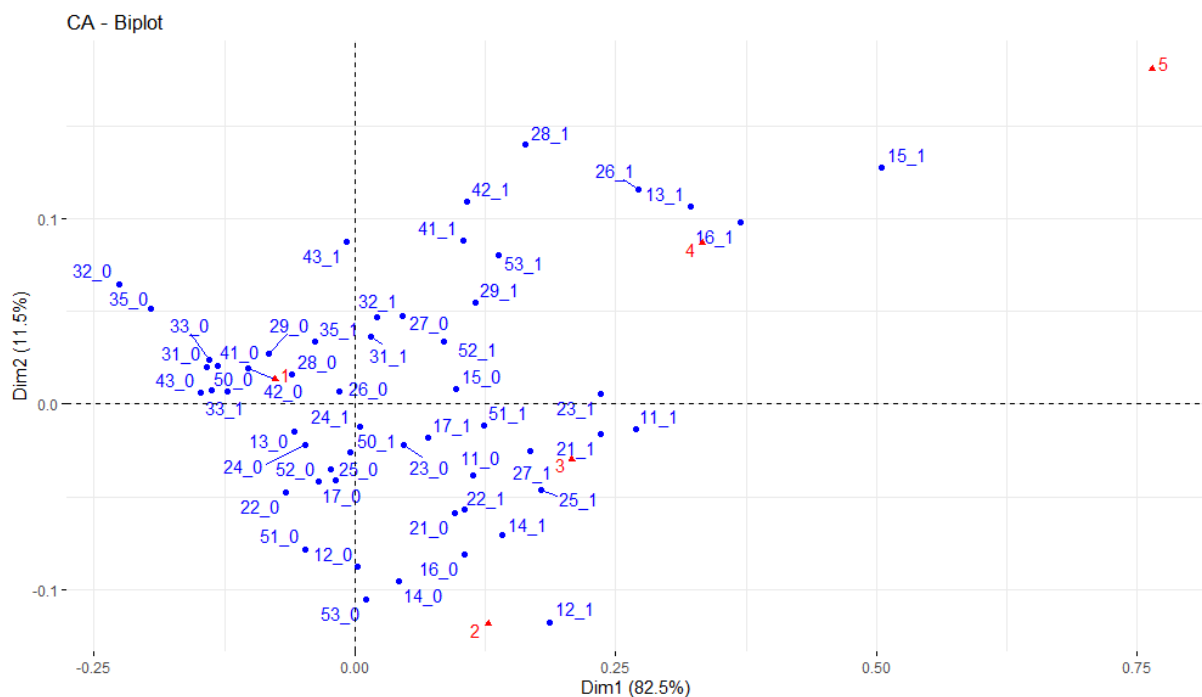
V13 – Esta última internação de foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

Um resumo dos resultados de cada uma das cinco análises é apresentado nas subseções a seguir.

5.1.1 Acesso ao médico

Nota-se que os domicílios rurais apresentam maior concentração em torno dos pontos que indicam consultas realizadas a mais de três anos e nunca realizadas, que apontam para maior tempo para procura e consulta com o médico, destaca-se que os domicílios rurais do estado do Pará apresentam o pior desempenho quando comparado com os demais, uma vez que para referido estado o tempo de consulta é muito próximo do ponto 5, ou seja, nunca. Por outro lado, o estado do Espírito Santo demonstra que as consultas com médico na área urbana foi de menos de um ano

Gráfico 1- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Estados e a frequência de acesso ao médico



Fonte: A Autora, (2021).

Nota:

Rótulos azuis terminados por 0 = Zona urbana e por 1 = Zona rural, pertencentes aos Estados

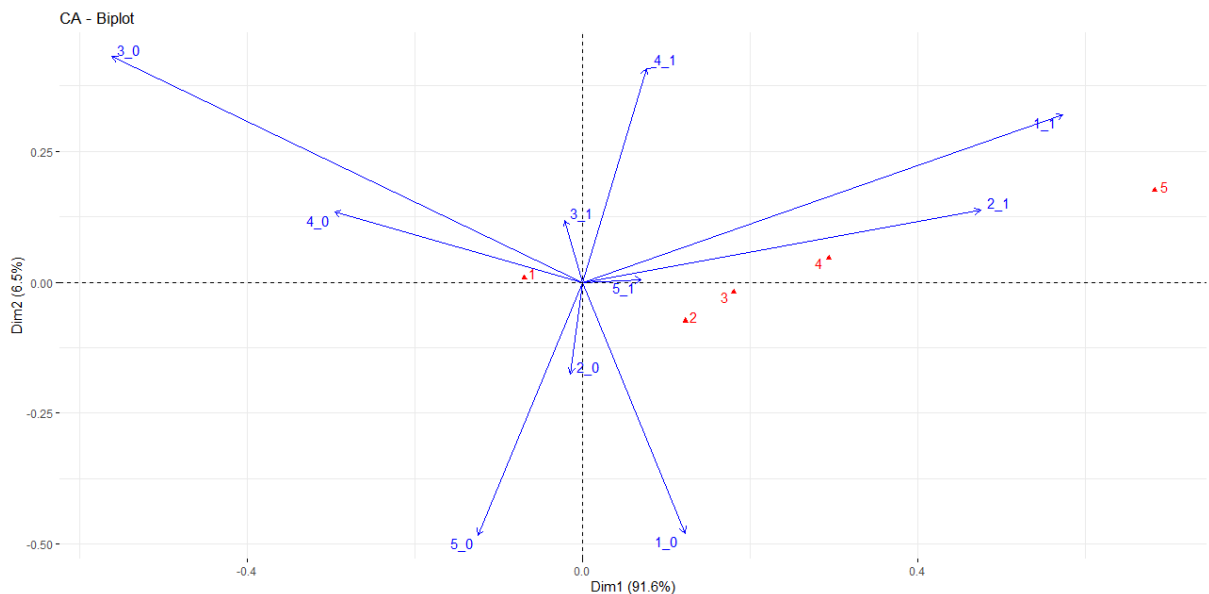
11-Rondônia, 12-Acre, 13-Amazonas, 14-Roraima, 15-Pará, 16-Amapá, 17-Tocantins, 21-Maranhão, 22-Piauí, 23-Ceará, 24-Rio Grande do Norte, 25-Paraíba, 26-Pernambuco, 27-Alagoas, 28-

Sergipe, 29-Bahia, 31-Minas Gerais, 32-Espírito Santo, 33-Rio de Janeiro, 35-São Paulo, 41-Paraná, 42-Santa Catarina, 43-Rio Grande do Sul, 50-Mato Grosso do Sul, 51-Mato Grosso, 52-Goiás, 53-Distrito Federal.

Rótulos vermelhos: 1- Em até um ano, 2- Mais de um ano a dois anos, 3- Mais de dois anos a três anos, 4- Mais de três anos, 5- Nunca foi ao médico.

Destaca-se que os domicílios das regiões Norte e Nordeste rurais apresentam maior concentração nos pontos que indicam consultas realizadas a mais de 3 anos. Por outro lado, os domicílios urbanos da região Norte e Sul demonstram uma procura por consulta de até um ano.

Gráfico 2- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Regiões e a frequência de acesso ao médico



Fonte: A Autora, (2021).

Nota:

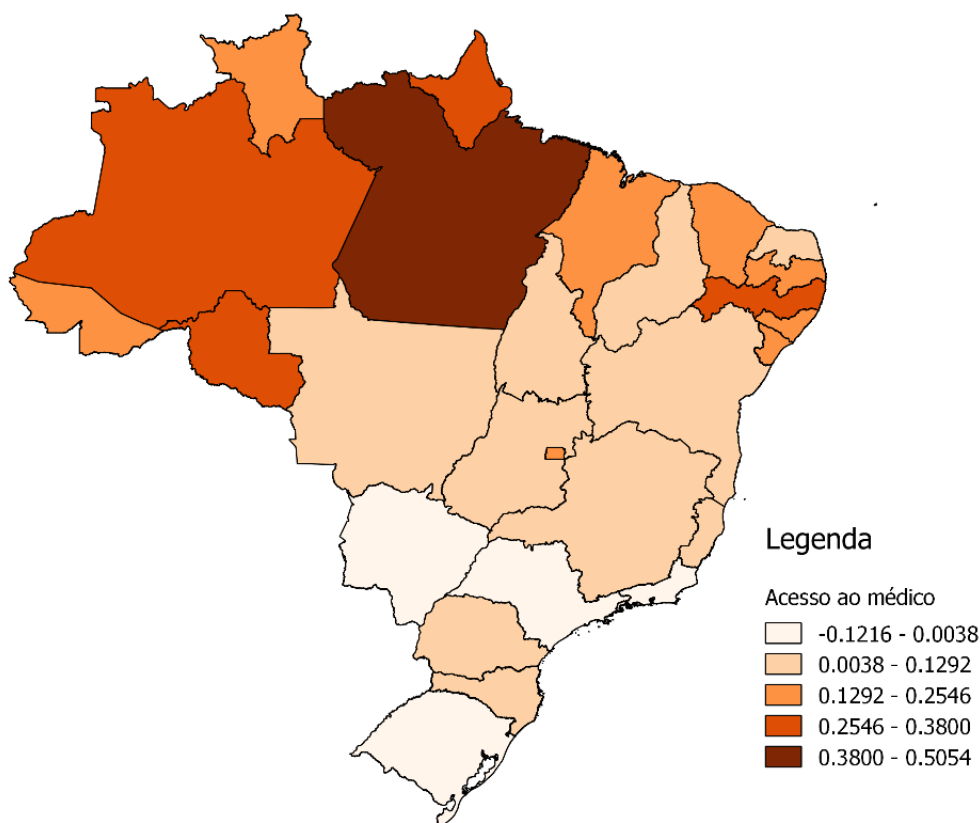
Rótulos azuis terminados por 0 = Zona urbana e por 1 = Zona rural, pertencentes às Regiões 1 – Norte, 2 – Nordeste, 3 – Sudeste, 4 – Sul e 5 – Centro-oeste.

Rótulos vermelhos: 1- Em até um ano, 2- Mais de um ano a dois anos, 3- Mais de dois anos a três anos, 4- Mais de três anos, 5- Nunca foi ao médico.

Destaca-se que as diferenças regionais entre as áreas rurais e urbanas do país ficam mais evidentes quando se observa o tempo de espera que a população rural leva para procurar um médico. Percebe-se que os domicílios rurais das regiões Norte e Nordeste tiveram pior desempenho com tempo de procura superior a três

anos. Os estados com o maior tempo de procura para realizar consulta com o médico foram o Pará, seguido do Amazonas, Amapá, Rondônia e Pernambuco.

Gráfico 3- Magnitude do acesso ao médico pela população rural via primeira dimensão da análise de correspondência nos Estados



Fonte: A Autora, (2021).

Nota: Legenda representa cinco intervalos da primeira dimensão da análise de correspondência

5.1.2 Acesso ao dentista

Em relação ao tempo em que consultou um dentista pela última vez, fica evidente que os domicílios rurais tem piores desempenhos, é possível verificar maior concentração dos domicílios rurais em torno dos pontos que indicam um tempo superior a três anos de consulta com o dentista. Ademais os estados que apresentaram pior resultado foram o Pará, Amapá e o Maranhão. Destaca-se que para os domicílios urbanos a consulta com dentista foi realizada em até 1 ano ou mais de 2 anos.

Gráfico 4- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Estados e a frequência de acesso ao dentista



Fonte: A Autora, (2021).

Nota:

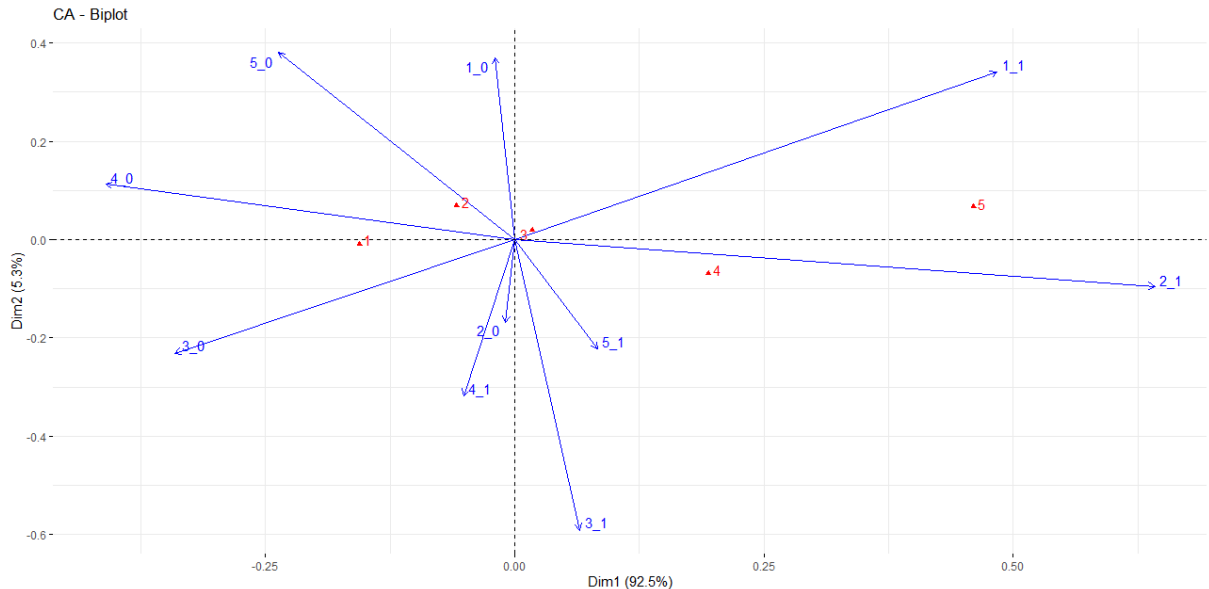
Rótulos azuis terminados por 0 = Zona urbana e por 1 = Zona rural, pertencentes aos Estados

11-Rondônia, 12-Acre, 13-Amazonas, 14-Roraima, 15-Pará, 16-Amapá, 17-Tocantins, 21-Maranhão, 22-Piauí, 23-Ceará, 24-Rio Grande do Norte, 25-Paraíba, 26-Pernambuco, 27-Alagoas, 28-Sergipe, 29-Bahia, 31-Minas Gerais, 32-Espírito Santo, 33-Rio de Janeiro, 35-São Paulo, 41-Paraná, 42-Santa Catarina, 43-Rio Grande do Sul, 50-Mato Grosso do Sul, 51-Mato Grosso, 52-Goiás, 53-Distrito Federal.

Rótulos vermelhos: 1- Em até um ano, 2- Mais de um ano a dois anos, 3- Mais de dois anos a três anos, 4- Mais de três anos, 5- Nunca foi ao médico.

Em relação a consulta com o dentista, as regiões Norte, Nordeste e o Centro-oeste rurais apresentaram piores desempenhos, nota-se maior concentração nos pontos que demonstram consultas realizadas a mais de 3 anos ou nunca realizadas. Com destaque de pior situação para o Norte. Os domicílios urbanos das regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste apresentaram os melhores resultados em relação as demais regiões, com consultas realizadas em até um ano.

Gráfico 5- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Regiões e a frequência de acesso ao dentista



Fonte: A Autora, (2021).

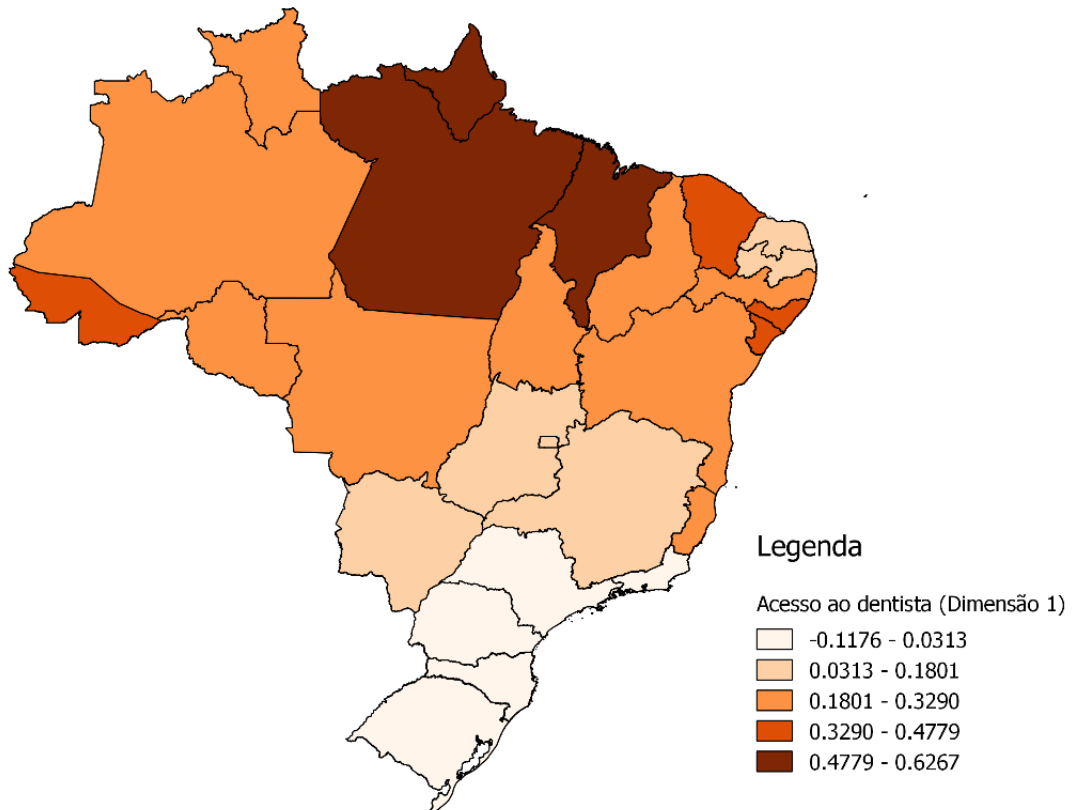
Nota:

Rótulos terminados por 0 = Zona urbana e por 1 = Zona rural, pertencentes as Regiões 1 – Norte, 2 – Nordeste, 3 – Sudeste, 4 – Sul e 5 – Centro-oeste.

Rótulos vermelhos: 1- Em até um ano, 2- Mais de um ano a dois anos, 3- Mais de dois anos a três anos, 4- Mais de três anos, 5- Nunca foi ao médico.

Ao se considerar o tempo de procura para consulta com o dentista na população rural, verifica-se que há muita diferença entre as regiões do país, há uma maior concentração de pessoas que realizaram as consultas com tempo superior a três anos, ou que nunca foram ao dentista. Os residentes das regiões Norte e Nordeste apresentaram resultados semelhantes quanto ao tempo de demora para realizar a consulta com o dentista, com destaque para os estados do Maranhão, Pará e Amapá. Nas regiões Sul e Sudeste, percebe-se que as consultas foram realizadas em até um ano, com destaque para os estados de São Paulo, Santa Catarina, Paraná e o Rio Grande do Sul.

Gráfico 6- Magnitude do acesso ao dentista pela população rural via primeira dimensão da análise de correspondência nos Estados



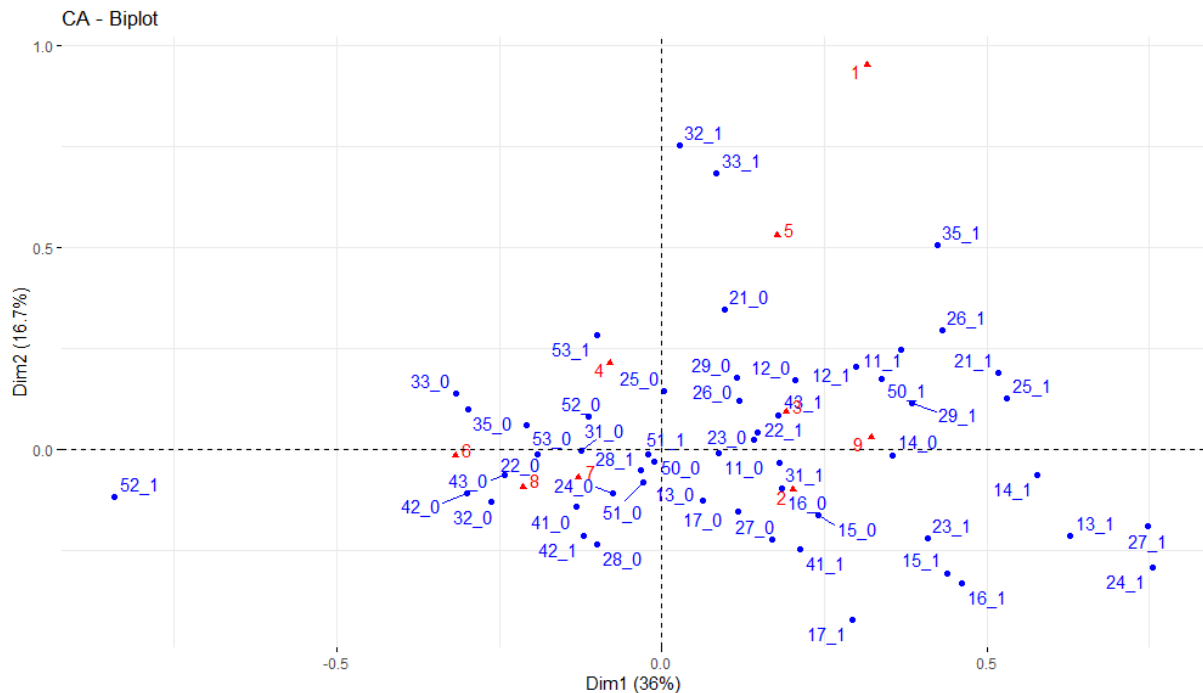
Fonte: A Autora, (2021).

Nota: Legenda representa cinco intervalos da primeira dimensão da análise de correspondência

5.1.3 Onde procurou o último atendimento de saúde?

Quando se trata do local de procura por atendimento percebe-se que nos domicílios rurais a procura foi maior em farmácias, Unidades Básicas de Saúde-UBS, Policlínica pública e outros serviços. Enquanto na área urbana os pontos estão concentrados nos serviços como consultório particular, o pronto atendimento de hospital privado e no próprio domicílio. Destaca-se que na área rural do Distrito Federal a procura se concentra nas unidades de pronto atendimento público (pronto-socorro ou a emergência de hospital público)

Gráfico 7- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Estados e local de último atendimento de saúde



Fonte: A Autora, (2021).

Nota:

Rótulos azuis terminados por 0 = Zona urbana e por 1 = Zona rural, pertencentes aos Estados

11-Rondônia, 12-Acre, 13-Amazonas, 14-Roraima, 15-Pará, 16-Amapá, 17-Tocantins, 21-Maranhão, 22-Piauí, 23-Ceará, 24-Rio Grande do Norte, 25-Paraíba, 26-Pernambuco, 27-Alagoas, 28-Sergipe, 29-Bahia, 31-Minas Gerais, 32-Espírito Santo, 33-Rio de Janeiro, 35-São Paulo, 41-Paraná, 42-Santa Catarina, 43-Rio Grande do Sul, 50-Mato Grosso do Sul, 51-Mato Grosso, 52-Goiás, 53-Distrito Federal.

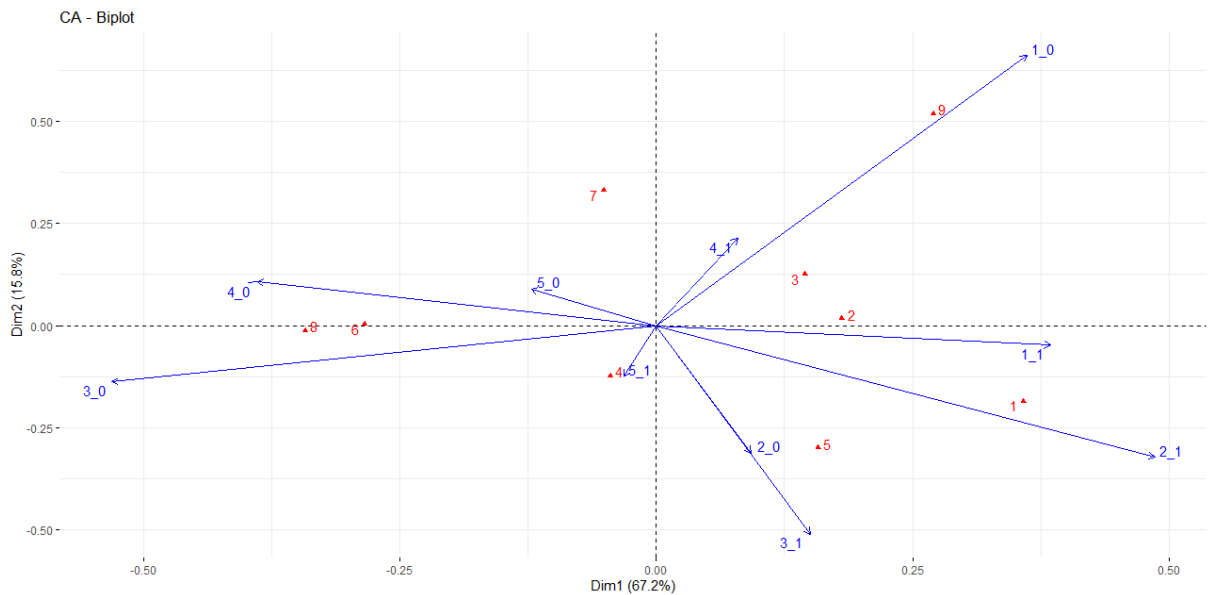
Rótulos vermelhos: 1. Farmácia, 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família), 3. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público, 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público, 5. Ambulatório de hospital público

6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado, 7. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado, 8. No domicílio, 9. Outro serviço.

Quanto ao local de procura por atendimento, os domicílios rurais das regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste procuram mais as farmácias, nas regiões Sul e Sudeste rurais a procura foi maior nos serviços públicos, como policlínicas públicas, centros de especialidades e o ambulatório de hospitais públicos. Na área urbana, os serviços mais procurados foram os consultórios e clínicas particulares, com

destaque para o cuidado realizado no próprio domicílio. Na região Nordeste urbano, a procura foi maior nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o pronto socorro ou emergência de hospital público.

Gráfico 8- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Regiões e local de último atendimento de saúde



Fonte: A Autora, (2021).

Nota:

Rótulos azuis terminados por 0 = Zona urbana e por 1 = Zona rural, pertencentes as Regiões 1 – Norte, 2 – Nordeste, 3 – Sudeste, 4 – Sul e 5 – Centro-oeste.

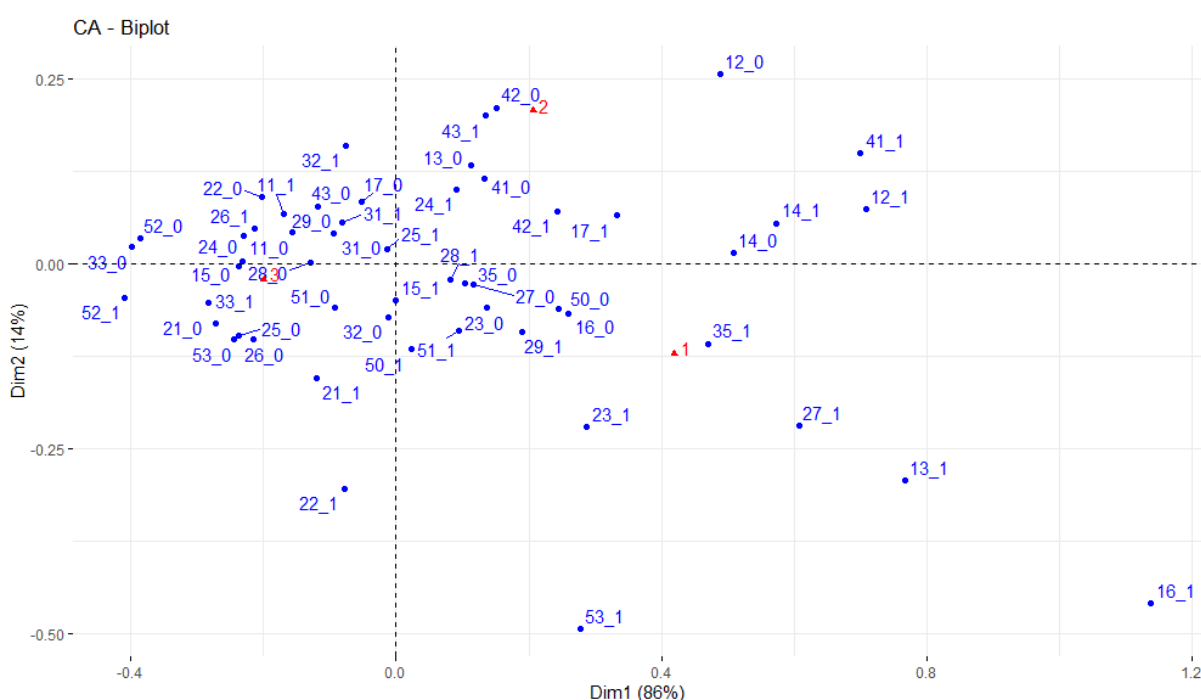
Rótulos vermelhos: 1. Farmácia, 2. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família), 3. Policlínica pública, PAM (Posto de Assistência Médica) ou Centro de Especialidades público, 4. UPA (Unidade de Pronto Atendimento), outro tipo de pronto atendimento público (24 horas), pronto-socorro ou emergência de hospital público, 5. Ambulatório de hospital público

6. Consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado, 7. Pronto atendimento ou emergência de hospital privado, 8. No domicílio, 9. Outro serviço.

5.1.4 Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?

Quanto aos medicamentos recebidos em serviços públicos, percebe-se que os domicílios rurais apresentam maior dependência dos serviços públicos para obter medicamentos, uma vez que há uma maior concentração destes domicílios em torno dos pontos que indicam que estas pessoas receberam todos ou alguns dos medicamentos em serviços públicos. Contudo, na zona urbana o resultado encontrado demonstra que a maioria não procurou obter medicamentos nos serviços públicos de saúde.

Gráfico 9- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Estados e proporção de medicamentos obtidos no SUS



Fonte: A Autora, (2021).

Nota:

Rótulos azuis terminados por 0 = Zona urbana e por 1 = Zona rural, pertencentes aos Estados

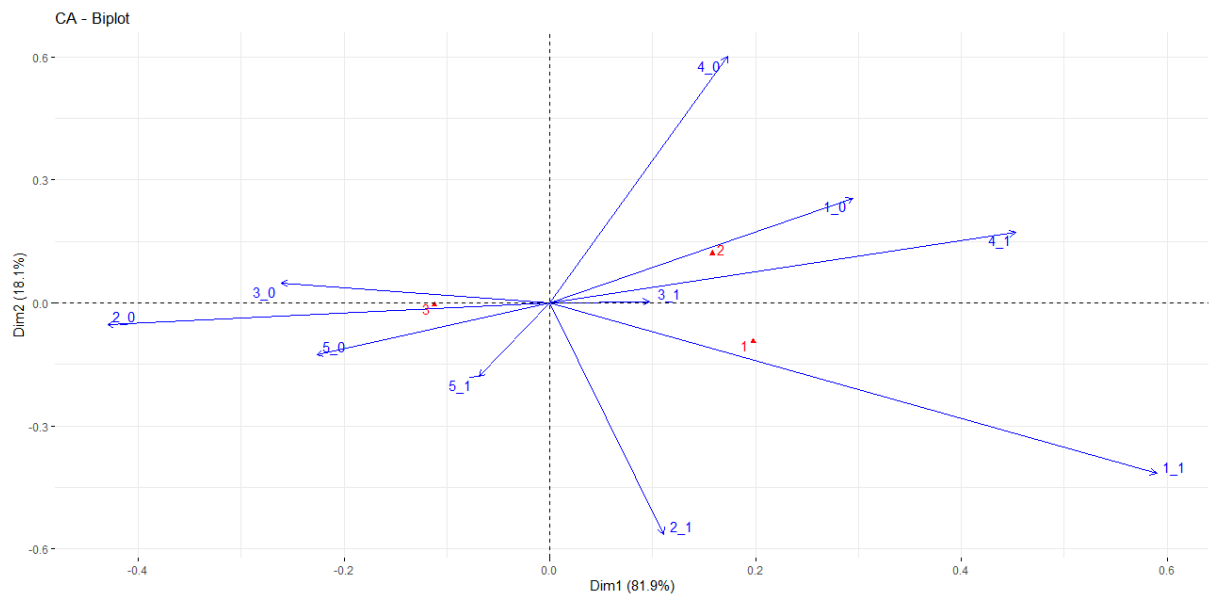
11-Rondônia, 12-Acre, 13-Amazonas, 14-Roraima, 15-Pará, 16-Amapá, 17-Tocantins, 21-Maranhão, 22-Piauí, 23-Ceará, 24-Rio Grande do Norte, 25-Paraíba, 26-Pernambuco, 27-Alagoas, 28-Sergipe, 29-Bahia, 31-Minas Gerais, 32-Espírito Santo, 33-Rio de Janeiro, 35-São Paulo, 41-Paraná, 42-Santa Catarina, 43-Rio Grande do Sul, 50-Mato Grosso do Sul, 51-Mato Grosso, 52-Goiás, 53-Distrito Federal.

Rótulos vermelhos: 1. Sim, todos, 2. Sim, alguns e 3. Não, nenhum.

Quanto ao local em que obteve o medicamento, os domicílios rurais das regiões Norte e Nordeste obtiveram todos os medicamentos em serviços públicos de saúde. Na zona urbana, destaca-se os domicílios das regiões Sul e Norte que

obtiveram alguns medicamentos em serviços públicos. Contudo, a maioria dos domicílios urbanos não obtiveram medicamentos via serviço público, esses domicílios são das regiões Nordeste e Centro-oeste.

Gráfico 10- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Regiões e proporção de medicamentos obtidos no SUS



Fonte: A Autora, (2021).

Nota:

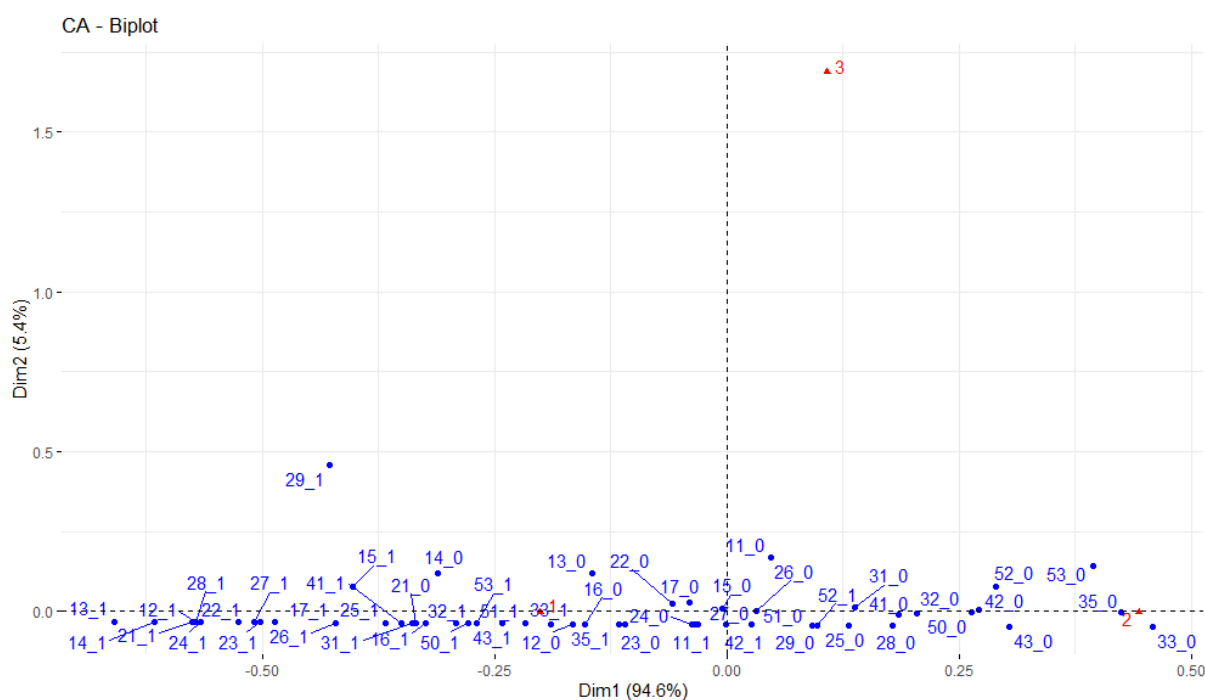
Rótulos azuis terminados por 0 = Zona urbana e por 1 = Zona rural, pertencentes as Regiões 1 – Norte, 2 – Nordeste, 3 – Sudeste, 4 – Sul e 5 – Centro-oeste.

Rótulos vermelhos: 1. Sim, todos, 2. Sim, alguns e 3. Não, nenhum.

5.1.5 Última internação foi feita através do SUS?

Em relação as internações, fica evidente que os domicílios rurais apresentam maior concentração de internações via Sistema Único de Saúde- SUS, enquanto que os domicílios urbanos não.

Gráfico 11- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Estados e se última internação foi feita através do SUS



Fonte: A Autora, (2021).

Nota:

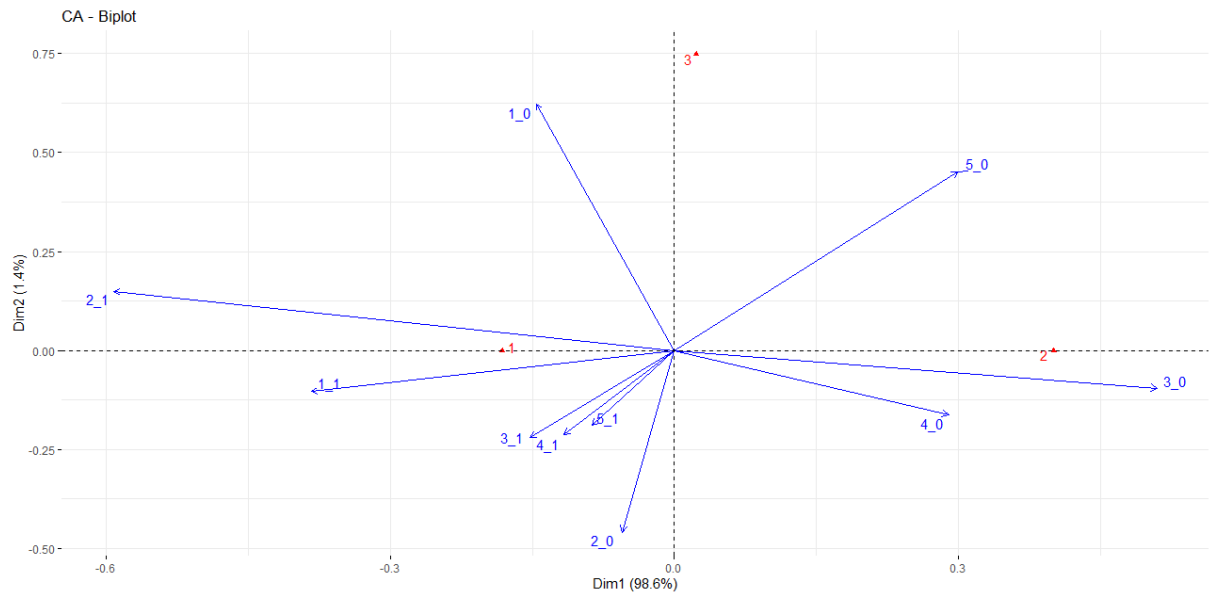
Rótulos azuis terminados por 0 = Zona urbana e por 1 = Zona rural, pertencentes aos Estados

11-Rondônia, 12-Acre, 13-Amazonas, 14-Roraima, 15-Pará, 16-Amapá, 17-Tocantins, 21-Maranhão, 22-Piauí, 23-Ceará, 24-Rio Grande do Norte, 25-Paraíba, 26-Pernambuco, 27-Alagoas, 28-Sergipe, 29-Bahia, 31-Minas Gerais, 32-Espírito Santo, 33-Rio de Janeiro, 35-São Paulo, 41-Paraná, 42-Santa Catarina, 43-Rio Grande do Sul, 50-Mato Grosso do Sul, 51-Mato Grosso, 52-Goiás, 53-Distrito Federal.

Rótulos vermelhos: 1. Sim, 2. Não, 3. Não sabe/Não lembra.

Quanto as internações via SUS, notou-se que as internações nessas regiões foram principalmente via SUS, destacam-se o Norte, Nordeste, Sul e o Sudeste. Por outro lado, nos domicílios urbanos, as internações nessas regiões (Sudeste, Sul e Centro-oeste) não foram via SUS

Gráfico 12- Análise de correspondência entre a população urbana ou rural de diferentes Regiões e se última internação foi feita através do SUS



Fonte: A Autora, (2021).

Nota:

Rótulos azuis terminados por 0 = Zona urbana e por 1 = Zona rural, pertencentes as Regiões 1 – Norte, 2 – Nordeste, 3 – Sudeste, 4 – Sul e 5 – Centro-oeste.

Rótulos vermelhos: 1. Sim, 2. Não, 3. Não sabe/Não lembra.

6 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesse estudo enfatizam as diferenças existentes entre as áreas urbanas e rurais no país, no período considerado. A literatura tem demonstrado importantes avanços no acesso, uma vez que a oferta dos serviços de saúde no Brasil tem aumentado, principalmente os serviços de Atenção Primária, com a criação da Estratégia de Saúde da Família (STOPA et. al. 2017). Contudo, quando se trata da utilização dos serviços de saúde as disparidades entre as regiões do país ficam mais evidentes, considerando que existem barreiras que impedem os grupos mais vulneráveis de utilizar esses serviços.

Um estudo realizado para avaliar o uso de serviços de saúde no Brasil, utilizando dados da PNS 2013, corrobora com os achados do presente estudo, pois destaca que pessoas residentes em áreas rurais no país tendem a realizar menos consultas com médicos e estas diferenças também são percebidas quando comparadas as regiões do país, notando-se que a população urbana das regiões Sul e Sudeste têm maiores proporções de consultas realizadas com médico em menor tempo, ou seja, em até um ano, refletindo em melhores condições de vida (STOPA et. al. 2017).

No que tange a realização de consultas com dentistas, observa-se que a maioria dos residentes em áreas rurais demoram mais de três anos para procurarem esse tipo de atendimento, e em alguns casos, nunca foram ao dentista. Enquanto em estados das regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste, realizaram consultas em até um ano. Essas diferenças apresentadas entre as regiões brasileiras vão de encontro com um achado na literatura, que também indica que condições de saúde bucal de residentes em zonas rurais são mais precárias quando comparadas aos moradores da área urbana (SCHROEDER; MENDOZA-SASSI; MEUCCI, 2020).

Outro achado diz respeito ao local de procura por atendimento, mostrando que as regiões que mais apresentaram procura em serviços públicos foram as regiões Norte, Nordeste e o Centro-oeste em áreas rurais, enfatizando os achados de Kassouf (2005), no qual a autora encontrou resultados que demonstram que a proporção de atendimentos em serviços públicos é maior nos indivíduos da zona rural (73%), enquanto na área urbana esse percentual é de (50,9%). Estes resultados também demonstram que em áreas rurais a oferta dos serviços é mais

restrita e com menor qualidade, podendo este ser um dos motivos da baixa utilização dos serviços.

Bertoldi e colaboradores (2021) destacam que dados sobre o uso de medicamentos na zona rural ainda são insipientes, demonstrando a necessidade de mais estudos para compreender o tema, contudo, o mesmo trabalho encontrou desfechos que contribuem para a análise encontrada no presente estudo, pois destaca que o uso de medicamentos na área rural frequentemente está associado aos serviços públicos de saúde, demonstrando que estes indivíduos tiveram prescrição de medicamentos via SUS. Possivelmente este fato se deve aos avanços do sistema único na ampliação do acesso aos medicamentos bem como ao aumento da cobertura das Unidades Básicas de Saúde no país e a criação de programas cujo objetivo é universalizar o acesso gratuito aos medicamentos (GIOVANELLA, *et. al.* 2021).

Além disso, uma análise realizada com dados da PNAD 2008 encontrou que, dos indivíduos que participaram da pesquisa, mais da metade obteve o medicamento gratuitamente, sendo observada a influência de algumas características individuais que determinaram a obtenção de medicamentos em serviços públicos como o menor nível de escolaridade e renda, cor da pele preta e sendo maior entre os residentes em domicílios cadastrados na ESF. Por outro lado, dos medicamentos adquiridos no setor privado, foi observado que a maioria destes medicamentos foi na população de indivíduos mais ricos, de maior escolaridade e cor da pele branca (BERTOLDI *et. al.* 2021; BOING *et.al.* 2013; SÓRIA *et. al.* 2019).

As internações hospitalares via SUS também demonstram diferenças entre as regiões, os domicílios rurais apresentam maior dependência dos serviços públicos, e este é um resultado encontrado que complementa uma recente avaliação realizada por Arruda, Maia e Alves (2017), os quais destacam que nas zonas rurais a proporção de pessoas com cobertura de plano de saúde para internações é baixa quando comparada com a zona urbana, além do mais, nota-se que as diferentes formas de adoecimento e necessidades entre os dois grupos influenciam na garantia dessa cobertura de plano de saúde, uma vez que a população rural apresenta situações de vulnerabilidade por conta de ocupações de baixa renda, evitando que esta população tenha acesso aos benefícios trabalhistas, como o plano de saúde.

7 CONCLUSÃO

Apesar da literatura mostrar melhorias e avanços no acesso e uso dos serviços de saúde, os resultados encontrados ratificam que a população rural ainda enfrenta dificuldades outrora superados pela população urbana, que são intensificados pelas diferenças regionais do país. Estas disparidades destacam que a população residente nas regiões Sul e Sudeste possuem maior acesso, em detrimento da população rural residente no Norte e Nordeste do país.

A busca por atendimento com o médico e o dentista ainda é menor na população rural, assim como nota-se uma maior dependência desta população com os serviços públicos de saúde, não só no atendimento, mas também para obter medicamentos. Neste sentido, a garantia do acesso desta população aos serviços de saúde se mostra como um desafio do sistema de saúde brasileiro, regulamentado a partir do princípio da universalização.

Nesse cenário, os resultados deste trabalho enfatizam a importância do monitoramento dos dados de pesquisas de base populacional como a PNS, sendo necessários para a melhoria da política de saúde na busca da garantia do direito democrático de uma saúde universal, equitativa e integral.

REFERÊNCIAS

- AKOGLU, H. User's guide to correlation coefficients. **Turkish Journal of Emergency Medicine**, Mumbai, v. 18, n. 3, p. 91-93, 2018.
- ALBUQUERQUE, M. V. et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055–1064, 2017.
- ARAÚJO, M. E. A. et al. Prevalência de utilização de serviços de saúde no Brasil: revisão sistemática e metanálise*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 589-604, 2017.
- 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 1-14, 2018.
- 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. 1-14, 2018.
- ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 1-12, 2012.
- ASSIS, M. M. A; VILLA, T. C. S. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Cien saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n.3, p. 815-823, 2003.
- BERTOLDI, A. D. Fontes de acesso e utilização de medicamentos na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2016: estudo transversal de base populacional. **Rev. Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 1-16, 2021.
- BOING, A. C et.al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 29, n.1, p. 691-701, 2013.
- BORGHI, C. M. S. O; OLIVEIRA, R. M; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na américa latina. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 869-897, 2018.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 191-A, p. 1, 5 out. 1988. Legislação Informatizada – Constituição de 1988 – Publicação Original.
- BULGARELLI, P.T.et al. A perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços da atenção primária à saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 216-297, 2018.
- GARNELO, L. et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 81-89, 2018.

GIOVANELLA, L. et.al. Cobertura da Estratégia da 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 n. 1, 2021.

GONÇALVES, A. J. G. Estrutura dos serviços de saúde bucal ofertados na Atenção Básica no Brasil: diferenças regionais. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, 2020.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD) 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf> . Acesso em: 19 jun. 2021.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD) 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_2008_v29_br.pdf . Acesso em: 08 Dez 2021.

IBGE. **Pesquisa Nacional Saúde (PNS) de 2019**: Acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf> . Acesso em: 19 jun. 2021.

INFANTOSI, A. F. C.; COSTA, J. C. d. G. D.; ALMEIDA, R. M. V. R. d. Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 473-486, 2014.

KASSOUT, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Rev. Econ. Sociol.** Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.

MCINTYRE, M; THIEDE, M; BIRCH, S. **Acesso como um conceito relevante para políticas em países de baixa e média renda**. [S. l.]: Cambridge University Press, 2009.

MORAES, V. D; CAMPOS, C. E. A; BRANDÃO, A. L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, 2014.

OLIVEIRA, M. M. et al. Procura por serviços ou profissionais de saúde entre adolescentes brasileiros, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 1-14, 2018.

PASSOS; CARVALHO, G. Desigualdades regionais e o papel dos recursos federais no SUS: fatores políticos condicionam a alocação de recursos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 3409–3421, 2021.

PEREIRA, L. L; PACHECO, L. O desafio do Programa Mais Médicos para o provimento e a garantia da atenção integral à saúde em áreas rurais na região amazônica, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 1, p. 1181-1192, 2017.

PESSOTO, U. C; LUIZ, O. C. Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007.

PIEDRAHITA, L. B. et al. Barreiras de acesso do sistema de saúde colombiano em zonas rurais: percepção dos usuários do regime subsidiado. **Hacia La Promoción de La Salud**, Colômbia, v. 25, n. 2, p. 29-38, 2020.

SARMENTO, R. A. et al. Determinantes socioambientais e saúde: O Brasil rural versus o Brasil urbano. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 9, n. 2, p. Pág. 221-235, 2015.

SCHIMITH, M. D. et al. Acessibilidade organizacional: barreiras na continuidade do cuidado na atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 9, n. 17, p. 1-17, 2019.

SCHROEDER, F. M. M; MENDOZA- SASSI, R. A; MEUCCI, R. D. Condição de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre idosos em área rural no sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2093- 2102, 2020.

SILVA, A. M. M. et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 1-10, 2017.

SOARES, R. A. S; MORAES, R. M; VIANNA, R. P. T. Mortalidade infantil no contexto da ruralidade brasileira: uma proposta para a superação da invisibilidade epidemiológica e demográfica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. 1-14, 2020.

SÓRIA, G. S. Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n.4, p. 1-12, 2019.

STOPA, S. R et.al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n.1, p. 1-11, 2017.

TETEMANN, E. C; TRUGILHO, S. M; SOGAME, L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 356-369, 2016.

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, n. 2, p. 190-198, 2004.