

## Autoclassificação da saúde e autoavaliação da assistência para seu cuidado segundo moradores de assentamentos rurais

452

Lineker Fernandes Dias\*  
Gabriela Fernandes de Oliveira\*  
Caio Augusto de Lima\*  
Débora Maria Teixeira de Araújo\*  
Pedro Henrique Nascimento Theodoro\*  
Nicole Geovana Dias\*

### Resumo

Moradores de assentamentos rurais enfrentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Isso é determinado pelas condições socioeconômicas destas populações. É possível que essas pessoas classifiquem insatisfatoriamente a própria saúde e a qualidade dos serviços públicos que têm acesso. Este estudo objetivou analisar a autoclassificação da saúde entre moradores de assentamentos rurais e sua avaliação aos serviços de saúde que utilizam. Pesquisa transversal, que entrevistou, através de um instrumento semiestruturado, moradores de dois assentamentos rurais localizados em Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. O instrumento buscou analisar o perfil epidemiológico, a autoclassificação da saúde desses moradores, utilizando uma escala avaliativa. Foi também analisado como eles avaliam a qualidade dos serviços de saúde que acessam. Foram entrevistados 24 moradores de dois assentamentos. 54.2% deles (n=13) possuíam doenças crônicas. As mais relatadas foram Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Entre os moradores, 45.8% (n=11) auto classificaram a própria saúde como fraca ou razoável e 45.8% como boa. A análise dos discursos indicou insatisfação com a qualidade do serviço de saúde utilizado. Os índices de doenças crônicas encontradas entre os moradores dos assentamentos rurais podem ser decorrentes da baixa cobertura de Atenção Primária à Saúde próximos de suas residências. A melhoria da qualidade do serviço prestado pelas Unidades Básicas de Saúde da Família próximas aos assentamentos rurais pode reduzir os índices de doenças cardiovasculares futuras entre essa população.

**Palavras-chave:** População Rural. Inquéritos e Questionários. Acesso à Saúde.

### INTRODUÇÃO

As condições sociais, econômicas, culturais e educacionais dos indivíduos interferem diretamente no acesso aos serviços públicos de saúde. Dificuldades com transporte e ausência de ações de educação em saúde são entraves para a eficiência

dos serviços de saúde no atendimento à população<sup>1</sup>. No tocante à população rural, diversos movimentos sociais buscam a melhoria dessas condições de vida, entre eles se destacam os movimentos que lutam pela implementação da Reforma Agrária no

DOI: 10.15343/0104-7809.202145452462

\*Universidade Federal de Uberlândia – UFU, Uberlândia/MG, Brasil.  
E-mail: lineker-fernandes@hotmail.com

Brasil<sup>2</sup>.

A Reforma Agrária é definida como um conjunto de medidas que visam a distribuição justa da posse de terras no Brasil<sup>3</sup>. Isto se dá pelas mudanças no regime de posse e uso da terra, de modo a efetivar a justiça social, o desenvolvimento rural sustentável e o aumento da produção agrícola no país<sup>3</sup>.

Nesse contexto, de acordo com dados do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), em dezembro de 2017, existiam no Brasil 9.374 assentamentos com 972.289 famílias assentadas. Já no estado de Minas Gerais, entre 2010 e 2011, existiam registros de 15.675 famílias vivendo em 339 assentamentos<sup>4</sup>.

A distribuição desigual de terras no Brasil, apesar de muito discutida, ainda é um problema com poucas soluções práticas. Essa falta de soluções pode ocorrer em função da não efetivação da Reforma Agrária com a política neoliberal adotada nos últimos governos do país<sup>2,5</sup>.

A Reforma Agrária implica na melhoria das condições de vida, incluindo a saúde, da população rural<sup>3,5</sup>. Nesse sentido, a luta por condições de saúde adequadas para as populações rurais se relaciona diretamente com lutas sociais por direito à terra, moradia e educação. Nesse contexto, as condições de trabalho e o não acesso aos bens e serviços públicos levam essa população a uma carência de assistência e cuidados de saúde<sup>6</sup>.

Além disso, moradores do meio rural estão expostos a fatores químicos, físicos e ambientais específicos que podem ser danosos à saúde<sup>7</sup>. Como exemplo: a manipulação de

máquinas, o cuidado de animais, exposição a ruídos, contato com agrotóxicos, agentes infecciosos, poeiras, substâncias orgânicas, exposição a temperaturas altas, radiação solar, assim como o risco de picadas por animais peçonhentos<sup>8</sup>.

Historicamente, as áreas rurais sofrem com a oferta desigual de serviços públicos, quando comparadas com a área urbana. Além disso, residir nessas localidades rurais vulneráveis está associado com uma maior distância e dificuldade para acesso aos serviços públicos<sup>9,10</sup>.

Uma forma de avaliar essas discrepâncias, é através da autoclassificação e autoavaliação dos próprios indivíduos que vivenciam essa realidade. A autoclassificação é definida como o ato de considerar-se pertencente a um grupo ou classe<sup>11</sup>. Já a autoavaliação é um processo no qual um sujeito avalia um fenômeno do ponto de vista de autor. Através disso, ele faz um julgamento de um cenário com base no seu ponto de vista, valores e capacidade cognitiva<sup>12</sup>. Trata-se de uma prática pedagógica, diagnóstica e reflexiva<sup>12</sup>.

Diante desses impactos à saúde da população do campo e suas dificuldades para dispor de serviços de saúde de qualidade, levantou-se a hipótese que moradores de áreas rurais avaliam negativamente os serviços de saúde que utilizam e que não autoclassificam satisfatoriamente a própria saúde. Portanto, este estudo objetivou analisar a autoclassificação da saúde entre moradores de assentamentos rurais e sua avaliação dos serviços de saúde que utilizam.

## MÉTODO

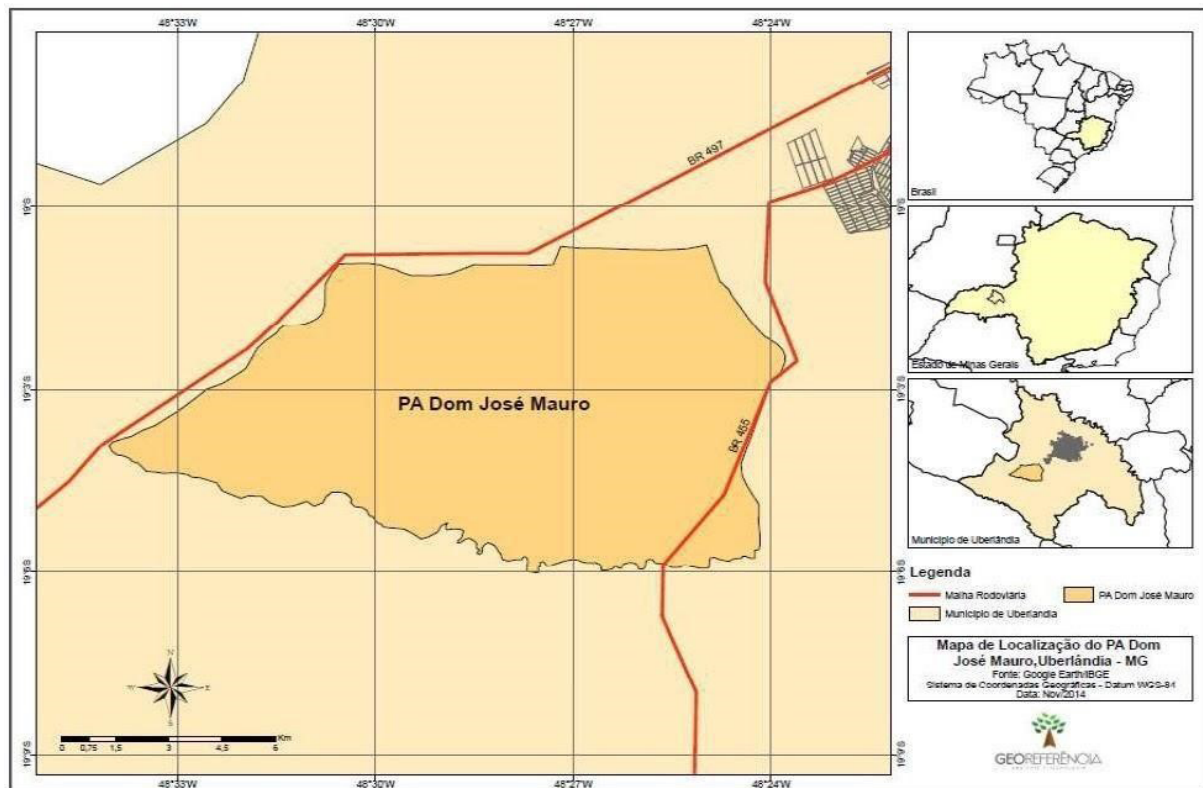
Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, transversal, desenvolvida em assentamentos rurais na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. Uma pesquisa quali-quantitativa objetiva analisar, além dos dados numéricos coletados, a hermenêutica do objeto de estudo, para isso, considerando o significado que os indivíduos atribuem para ele. Define-se como transversal a pesquisa que avalia o fenômeno em um único momento do tempo, coletando e analisando dados de um mesmo entrevistado sem empregar análises separadas por intervalos de tempo<sup>13</sup>. Todos os sujeitos deste estudo foram entrevistados entre os meses de abril e junho de 2018.

A cidade de Uberlândia é localizada na mesorregião do Triângulo Mineiro, região Oeste do Estado de Minas Gerais. O município possui 3896,82 km<sup>2</sup> de área rural onde residem 16.747 moradores<sup>14</sup>. A estrutura fundiária do município é composta por 842 propriedades rurais destinadas à Reforma Agrária e 2.114 propriedades rurais privadas. Das propriedades rurais destinadas à Reforma Agrária, todas são classificadas como minifúndios ou áreas rurais pequenas, classificação atribuída a propriedades que possuem área compreendida entre 0 e 80 hectares (ha). Das propriedades rurais privadas, 506 são classificadas

como propriedades rurais médias, quando possuem área entre 80,1 e 300 ha e 236 como propriedades rurais grandes, quando possuem área superior a 300 ha<sup>15</sup>.

Em Uberlândia existem 52 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) na zona urbana e 6 na zona rural<sup>16</sup>. No município, foram contabilizadas pela Estratégia de Saúde da Família, entre 2009 e 2015, 2.092 famílias vivendo na zona rural. Em 2013, dados mais recentes divulgados pelo Ministério da Saúde, as Equipes de Saúde da Família (ESF) faziam a cobertura de 1.068 pessoas vivendo na zona rural de Uberlândia. Na zona urbana do município, em 2015, 57.211 pessoas foram cobertas por ESF<sup>17</sup>.

Os participantes deste estudo foram selecionados entre os moradores dos assentamentos Dom José Mauro e Lucilene Fernandes - Fazenda Carinhosa. O Assentamento Dom José Mauro (Figura 1) teve sua ocupação iniciada em agosto de 2007 e esta foi regularizada em 2009<sup>18</sup>. Este assentamento é composto por 205 famílias e possui área de 44706366 ha<sup>19</sup>. A média da área dos lotes de terra que cada família assentada ocupa é de 14 ha. A ocupação laboral da maioria das famílias é com trabalhos comuns em áreas rurais, como boias-frias, caseiros e vaqueiros<sup>19</sup>.



**Figura 1** – Mapa do Assentamento Dom José Mauro (Belizário, 2014).

Por outro lado, o Assentamento Lucilene Fernandes - Fazenda Carinhosa (mapa deste assentamento não localizado) é composto por 60 famílias. Cada uma delas vive em um lote que compreende entre 9 ha e 14 ha. 87% delas desempenham alguma atividade produtiva na terra. No assentamento há estrutura de saneamento básica baseada em fossa séptica e energia elétrica<sup>18</sup>.

A amostra desta pesquisa foi definida por conveniência. Na amostragem por conveniência são entrevistados os sujeitos de pesquisa aos quais o pesquisador tem acesso direto, sem cálculos probabilísticos prévios que definam um número mínimo de indivíduos a serem entrevistados<sup>19</sup>. Para tanto, nesta pesquisa, foram contactados os líderes dos assentamentos e questionado

a eles a possibilidade de participação dos moradores dos assentamentos na pesquisa. Os líderes locais informaram datas e horários em que a maioria dos moradores estaria reunida em um local específico do assentamento para que fosse possível realizar as entrevistas desta pesquisa com o maior número possível de participantes. Essa estratégia foi estabelecida objetivando superar as dificuldades de deslocamento dentro do assentamento rural, caso fossem realizadas entrevistas individuais com cada família assentada.

Os critérios de inclusão dos participantes neste estudo foram: ser morador do assentamento rural; possuir mais de 18 anos; pessoas de ambos os sexos. Os critérios de exclusão foram: responder ao questionário

de forma incompleta, dificuldade de compressão às perguntas do instrumento de forma a comprometer as respostas obtidas.

Foi utilizado para entrevista dos moradores um formulário semiestruturado. Um formulário de entrevista semiestruturado contém perguntas fechadas e perguntas abertas, estas últimas, cedendo espaço para o entrevistado descrever como interpreta um fenômeno<sup>20</sup>. As variáveis sociodemográficas analisadas foram: idade, escolaridade, naturalidade e procedência antes de residir no assentamento.

A identificação da vinculação do morador ao assentamento foi feita através de perguntas que questionaram sua procedência e tempo de moradia no assentamento.

As perguntas acerca do tema acesso à saúde foram sobre qual o serviço de saúde utilizado, quanto tempo e qual a distância percorrida para chegar a ele, como avaliava o serviço de saúde utilizado, pontos positivos, negativos e sugestões de melhoria deste serviço.

As perguntas sobre a avaliação da saúde dos moradores foram realizadas através de questionamentos de como auto classificariam a própria saúde, se possuía ou não doenças crônicas, no caso de sim para esta última, quais seriam e, por fim, se faziam tratamento e acompanhamento dessa condição de saúde.

Foram realizadas três visitas aos assentamentos para coleta dos dados. 24 moradores dos assentamentos responderam ao questionário de entrevista. Todas as entrevistas foram registradas através de um gravador digital e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Para análise das respostas dos moradores às perguntas abertas do questionário foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin<sup>22</sup>. Esta compreende cinco etapas: pré-análise,

exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Inicialmente, foi feita leitura fluente das transcrições das respostas, obtendo impressões iniciais acerca do material. Posteriormente, houve a exploração do material, destacando, nos relatos dos moradores e líderes, os trechos relevantes para o estudo. Ao final, houve a interpretação dos dados a propósito do objetivo e interesses de discussão, com auxílio da literatura científica.

Para análise estatística dos dados quantitativos, foi utilizado o software SPSS, versão 20. Para análise estatística das variáveis independentes não-paramétricas foi utilizado o Teste Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson. Por outro lado, para as variáveis não-paramétricas independentes ordinais foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Postos de Spearman. Para definição do grau de correlação de força entre as variáveis foi instituído o critério: fraco se  $0 < r < 0,4$ ; moderado se  $0,4 < r < 0,7$  e forte se  $0,7 < r < 1,023$ . Determinaram-se como correlações e associações com significância estatística as que resultaram em um valor de  $p \leq 0,05$  e grau de correção moderado ou forte.

A construção das tabelas foi feita no software Microsoft Office Excel 2016.

Este projeto de pesquisa aqui descrito foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) registrado sob o número CAAE: 80446617.7.0000.5152. As entrevistas foram realizadas apenas após assinatura do entrevistado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Toda a condução desta pesquisa buscou respeitar as orientações das Resoluções N<sup>o</sup> 466, publicada em 12 de dezembro de 2012 e N<sup>o</sup> 510 de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde<sup>24</sup>.



## RESULTADOS

A análise estatística dos dados quantitativos obtidos nas entrevistas não identificou correlações e associações com significância estatística em nenhuma das perguntas.

As características da amostra entrevistada são trazidas na Tabela 1.

Destaca-se na Tabela 1, que dos moradores entrevistados, 54.2% (n=13) possuem doenças crônicas. Neste grupo, 7 (53.85%) fazem tratamento de saúde para controle da doença e 6 (46.15%) não o fazem. Destas doenças crônicas, 7 (53.85%) são hipertensão arterial sistêmica (HAS) e as demais subdividem-se em menor número entre: artrite, artrose, diabetes, hanseníase, asma, bronquite e dislipidemia.

Na amostra analisada, dos 7 moradores que possuem HAS, 4 (57.14%) fazem tratamento de saúde para controle da doença e 3 (42.86%) não o fazem.

Além disso, 66.7% dos entrevistados utilizam a Unidade de Atendimento Integrado (UAI) quando procuram atendimento em serviços de saúde. As UAI são compostas por serviços de atendimento de caráter secundário e terciário à saúde.

Observa-se, também, que 58.4% da população (n=14) entrevistada deslocou-se mais de 30 quilômetros para chegar ao serviço de saúde. 41.6% (n=10) relataram ser necessário mais de 1.8 horas para chegar até esse serviço.

A autoavaliação da própria saúde segundo o serviço de saúde utilizado pelo morador do assentamento é expressa na Tabela 2.

A análise qualitativa dos discursos revelou que, quando questionados sobre suas principais dificuldades para acesso ao serviço de saúde, as respostas dos moradores do assentamento foram bem similares. Eles apontaram problemas como a falta de medicamentos disponibilizados nas unidades de saúde, baixa quantidade de médicos ou

mesmo a sua ausência nos serviços e demora para serem atendidos nos serviços de pronto-socorro da cidade.

Quando questionados sobre como avaliavam a distância percorrida para chegar até a unidade de saúde mais próxima, a satisfação dos moradores do assentamento foi baixa. A maioria deles se disse insatisfeitos com a distância, pois possuíam dificuldade para superá-la. Além disso, eles relataram que, ao chegarem ao serviço de saúde, este problema se soma a outros como falta de atenção do profissional de saúde que os atende e baixa criação de vínculo do médico com eles.

Foram sugestões para melhoria da qualidade do atendimento em saúde prestado à população do assentamento: ter unidades de saúde mais próximas do assentamento; acesso a um atendimento de maior qualidade que conte com mais atenção do profissional às queixas dos moradores e maior criação de vínculo médico-paciente.

Nesse sentido, os condutores desta pesquisa consideram como achados mais importantes desta investigação: a maioria dos moradores entrevistados possui doenças crônicas. Destes, 46.15% não faziam acompanhamento e tratamento desta condição clínica. A maioria deles utilizava alguma UAI, um serviço com nível de atenção secundária e terciária à saúde, como serviço de saúde de referência. 41.7% dos residentes no assentamento percorria entre 30-39 quilômetros para chegar ao serviço de saúde. 33.3% deles leva entre 1.8 e 2.5 horas para chegar ao serviço de saúde. A análise dos discursos dos entrevistados revelou insatisfação com o acesso à saúde e qualidade do serviço utilizado. Foram sugestões para melhoria da qualidade do acesso à saúde: implementar unidades de saúde mais próximas ao assentamento e mais atenção do profissional de saúde, durante o atendimento.

**Tabela 1** – Caracterização da amostra dos moradores de assentamentos rurais. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018 (n = 24).

Variável	n	%	IC95%
<b>Sexo</b>			
Homem	12	50	32,2-75,6
Mulher	10	41,7	24,4-67,8
<b>Intervalos de faixa etária</b>			
18-44	6	25	9,8-40,7
45-59	10	41,6	22,1-63,4
60-85	8	33,3	15,6-55,3
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	4	16,6	5,7-43,7
Ensino Fundamental incompleto	9	37,5	23,1-68,5
Ensino Fundamental completo	1	4,16	0,1-20,5
Ensino Médio completo	6	25	11,9-54,3
<b>Tempo de moradia no assentamento (em anos)</b>			
5-9.9	11	45,8	25,6-67,2
10-15	13	54,2	32,8-74,4
<b>Possui doenças crônicas</b>			
Sim	13	54,2	32,8-74,4
Não	11	45,8	25,6-67,2
<b>Naturalidade (estado brasileiro)</b>			
Minas Gerais	15	45,8	40,6-81,2
Goiás	6	25	9,8-46,7
Outro	3	12,5	2,7-32,4
<b>Serviço de saúde utilizado</b>			
Unidade básica de Saúde (UBSF)	6	25	9,8-40,7
Unidade de Atendimento Integrado (UAI)	16	66,7	44,7-84,4
Centro de Referência Nacional em Hanseníase e Dermatologia Sanitária (CREDESH)	2	8,3	1,1-27
<b>Distância de deslocamento para chegar ao serviço de saúde (km)</b>			
20-29	8	33,3	17,2-59,3
30-39	10	41,7	24,4-67,8
41-20	4	16,7	5,2-40,3
<b>Tempo de deslocamento para chegar ao serviço de saúde (em horas)</b>			
0-0,8	7	29,2	13,9-54,9
0,9-1,7	7	29,2	13,9-54,9
1,8-2,5	8	33,3	15,6-55,3
>2,6	2	8,3	1,1-27
<b>Como classifica a própria saúde</b>			
Fraca ou razoável	11	45,8	25,6-67,2
Boa	11	45,8	25,6-67,2
Muito boa ou excelente	2	8,3	1,1-27

\* As diferenças nos valores absolutos das frequências referem-se às perdas de informação.  
IC95%: intervalo de 95% de confiança

**Tabela 2** – Serviço de saúde utilizado pelos moradores dos assentamentos rurais na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, segundo a sua autoclassificação de saúde (n = 24).

Como classifica a própria saúde	Serviço de saúde utilizada		
	UBSF <sup>a</sup> (n=6)	UAI <sup>b</sup> (N=16)	CREDESH <sup>c</sup> (N=2)
Fraca ou razoável; n°	1 (16,7)	9 (56,25)	1 (50)
Boa; n°	5 (83,3)	5 (31,5)	1 (50)
Muito boa ou excelente; n°	0	2 (12,5)	0

<sup>a</sup> Unidade Básica de Saúde da Família.

<sup>b</sup> Unidade de Atendimento Integrado.

<sup>c</sup> Centro de Referência Nacional em Hanseníase e Dermatologia Sanitária.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicaram existir insatisfação dos moradores de assentamentos rurais acerca das suas condições de acesso à saúde. Os entrevistados relataram dificuldades de acesso ao serviço de saúde, como distância e tempo de deslocamento. A maioria dos moradores, também, não comparece, periodicamente, em consultas médicas em uma UBSF.

Pesquisa similar conduzida com assentados do Rio de Janeiro indicou que queixas acerca do deslocamento para chegar até serviços de saúde foram, também, relatadas por essas pessoas<sup>25</sup>.

Foi identificada escassez de pesquisas recentes que tenham avaliado o acesso à serviços de saúde por moradores de assentamentos rurais. Entretanto, revisão de literatura que avaliou 108 trabalhos sobre o tema, publicados entre 2007 e 2015, concluiu que 10 pesquisas indicaram, explicitamente, dificuldades de acesso aos serviços de saúde por pessoas moradoras de assentamentos<sup>26</sup>. Portanto, é possível existir uma má-cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) em assentamentos rurais e suas proximidades sendo relatada na literatura científica desde 2007.

54.2% dos entrevistados nesta pesquisa

informaram possuir doenças crônicas. Deste grupo, 53.85% não faz nenhum acompanhamento e tratamento da doença. A doença crônica mais relatada foi a HAS. Estudo similar, também conduzido no Triângulo Mineiro, indicou que 82% dos assentados possuíam morbidades. Destes, 18% informaram ter HAS e 8% Diabetes Mellitus<sup>25</sup>. A HAS é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV)<sup>28</sup>. Nesse sentido, sugere-se que esses entrevistados com diagnóstico de doenças crônicas, possuem propensão ao desenvolvimento de DCV no futuro.

66.7% dos entrevistados nesta pesquisa referiram utilizar um Serviço de Atenção Secundária à Saúde como seu serviço de saúde de referência. Além disso, a análise das respostas às perguntas abertas do questionário revelou baixa satisfação dos assentados com a distância a ser percorrida até chegar aos serviços de saúde e que esses sugeriram, para melhoria da qualidade de acesso à saúde por eles, implementar UBSF mais próximas ao assentamento. Pesquisa conduzida em zona rural do Brasil confirmou a já conhecida baixa cobertura de serviços da APS em zonas rurais do país. Isto, principalmente, quando esta é



comparada com a oferta desses serviços na zona urbana<sup>29</sup>. Além disso, algumas Equipes de Saúde da Família de serviços de saúde localizados na zona rural, possuem dificuldades em implementar, em suas unidades de trabalho, ações que otimizem o atendimento em saúde prestado à moradores dessa região que possuem baixo vínculo com o serviço. É exemplo de uma dessas ações, buscar atender os moradores que se deslocam grandes distâncias para chegar ao serviço no mesmo dia que eles realizam o agendamento da sua consulta<sup>29</sup>. Considerando a avaliação da distância percorrida pelos moradores até os serviços de saúde, bem como o percentual desses que utilizam como referência serviços da APS, sugerimos que os assentados analisados neste estudo residam em locais com uma baixa cobertura de serviços de APS. Além disso, que esses serviços da APS não utilizem estratégias efetivas, em seu funcionamento, centradas na redução das dificuldades de acesso dessa população ao atendimento em

saúde.

Nesta investigação, os moradores do assentamento demandaram, para melhoria da qualidade de acesso à saúde, mais atenção do profissional de saúde durante o atendimento. Revisão de literatura que buscou analisar investigações que avaliaram, quantitativa e qualitativamente, a relação médico-paciente, indicou a existência de possível falta de empatia dos profissionais de saúde com esses, durante o atendimento<sup>30</sup>. Além disso, outros trabalhos analisados neste estudo indicaram que se o profissional de saúde se atentar para melhorar aspectos afetivos da relação médico-paciente durante a consulta, a avaliação subsequente feita pelos pacientes, sobre a qualidade desta, pode melhorar. Dessa forma, sugerimos que os assentados desta pesquisa possam melhorar sua percepção sobre a qualidade do serviço de saúde que acessam, caso os profissionais que neles trabalham busquem melhorar e valorizar a afetividade durante os atendimentos.

## CONCLUSÃO

Foi identificado neste estudo que, aproximadamente, metade dos moradores de assentamento rurais entrevistados relataram possuir doenças crônicas. Entretanto, parcela similar de entrevistados autotransferenciaram sua saúde como boa. A maioria dos moradores não avaliou positivamente o serviço de saúde utilizado e seu acesso.

É provável que exista uma baixa cobertura de serviços de APS nas proximidades do assentamento e que isso contribua para a manutenção dos índices de doenças crônicas encontradas nessa população. Uma forma de reverter essa tendência de adoecimento seria através da implementação de estratégias que busquem melhorar a qualidade desses serviços prestados.

Esta investigação possui limitações. Dentre elas, não ter sido realizado um cálculo amostral prévio utilizando dados do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) com o número de assentados no Triângulo Mineiro, Minas Gerais.

Como pontos-fortes desta pesquisa, destacam-se a condução de uma investigação escassa na literatura científica atualizada, bem como a utilização de um questionário semiestruturado para obtenção de dados.

Sugere-se a condução de mais estudos que avaliem amostras maiores de moradores de assentamentos rurais em Minas Gerais. Isto, para melhor entendimento das condições de saúde e de acesso à serviços públicos por essa população.

## REFERÊNCIAS

1. União das Repúblicas Soviéticas Socialistas. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata (URSS) [Internet]. 1978 [citado 7 março de 2020]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
2. Dantas ACMTV, Martelli PJJ, Albuquerque PC, Sá RMPF. Relatos e reflexões sobre a Atenção Primária à Saúde em assentamentos da Reforma Agrária. *Physis* [Internet]. 2019 [citado 7 março de 2020]; 29 (02):1-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/4LmRGDZFHdmmCMnpZwSNhSD/?lang=pt>. doi: 10.1590/S0103-73312019290211.
3. Brasil [Internet]. Lei Nº 4.504, de 30 de novembro de 1964. Dispõe sobre o Estatuto da Terra, e dá outras providências. [atualizado em 1964; acesso em 3 mar 2020]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l4504.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4504.htm).
4. Maywald PG, Marcial Junior O. Estrutura de áreas protegidas dos assentamentos de reforma agrária no município de Uberlândia-MG, Brasil: um estudo de ecologia de paisagem. *Soc Nat*. [Internet]. 2013 [citado 7 março de 2020]; 25(01):75-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sn/a/3KgFjdnBZDMbfQLvk4DqCzw/?lang=pt>. doi: 10.1590/S1982-45132013000100007.
5. Celuppi IC, Geremia DS, Ferreira J, Pereira AMM, Souza JB de. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [citado 7 março de 2020]; 43(121):302-313. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-11042019000200302&lng=en&nrm=iso&tng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042019000200302&lng=en&nrm=iso&tng=pt). doi: 10.1590/0103-1104201912101.
6. Andrade EF de. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Assentamento de Reforma Agrária: o caso da Unidade Básica de Saúde do Assentamento Bela Vista do Chibarro [dissertação]. Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia; 2017.
7. Gaudioso CE, Souza JCRP, Criado FS, Monteiro BH, Barbosa DA. Saúde do trabalhador rural: uma revisão bibliográfica. *Rev Ciênc Trabalho* [Internet]. 2018 [citado 7 março de 2020]; (11). Disponível em: <https://rct.dieese.org.br/index.php/rct/article/view/166>.
8. Rocha LP, Cezar-Vaz MR, Almeida MCV, Borges AM, Silva MS, Sena-Castanheira J. Workloads and occupational accidents in a rural environment. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2015 [citado 7 março de 2020]; 24(2):325-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RS7CC8PB8CQf5gR4yfN9dMv/?lang=en>. doi: 10.1590/0104-07072015000480014.
9. Andrade MV, Noronha KVMS, Menezes RM, Souza MN, Reis CB, Martins DR et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ Apl*. [Internet]. 2013 [citado 7 março de 2020]; 17:623-45. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-80502013000400005&lng=en&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-80502013000400005&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S1413-80502013000400005.
10. Costa MC da, Silva EB, Soares JSF, Borth LC, Honnef F. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2017 [citado 7 março de 2020]; 38(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PDhWVNzrq5R7vYjjWT9Dkmg/abstract/?lang=pt>. doi: 10.1590/1983-1447.2017.02.59553.
11. Merriam-Webster [Internet]. An Encyclopedia Britannica Company. [acesso em 3 set 2021]. Disponível em: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/self-classification>.
12. Silva KA; Bartholomeu MAN, Claus MMK. Auto-avaliação: uma alternativa contemporânea do processo avaliativo. *Rev Bras Linguist Apl*. [Internet]. 2007; 7(1): 89-115. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbla/a/7trGtMhC6mNFdf4QqFDG4YD/abstract/?lang=pt>. doi 10.1590/S1984-63982007000100006.
13. Apollinário F. Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas; 2004.
14. Brasil [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Uberlândia. [atualizado em 2020; acesso em 3 mar 2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama>.
15. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano de Uberlândia [Internet]. Banco de dados integrados. [atualizado em 2016; acesso em 3 mar 2020]. Disponível em: [http://servicos.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/17811.pdf](http://servicos.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/17811.pdf).
16. Prefeitura Municipal de Uberlândia [Internet]. Unidades de Atendimento: endereços das unidades. 2020 [atualizado em 2020; acesso em 3 mar 2020]. Disponível em: <https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/saude/unidades-de-atendimento-em-saude/>.
17. Brasil [Internet]. Sistema de Informação de Atenção Básica - Cadastramento Familiar- Brasil. [atualizado em 2020; acesso em 3 mar 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>.
18. Pereira AM. Experimentação Agroecológica: descrição de práticas visando a sustentabilidade rural e ambiental [dissertação]. Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia; 2017.
19. Mahaluça F. Noções de amostragem. Moçambique; 2016.
20. Manzini EJ. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. Marília; 2004.
21. Belizário TL. A influência da qualidade da água para a saúde dos moradores do projeto de assentamento de reforma agrária Dom José Mauro, Uberlândia-MG [dissertação]. Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia; 2015.
22. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís A. Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2009.
23. Siqueira AL, Tibúrcio JD. Estatística na área da saúde: conceitos, metodologia, aplicações e prática computacional. Belo Horizonte (MG). Coopmed; 2011.
24. Brasil [Internet]. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 510 de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, 24 de maio 2016; Seção 1, 2016 [atualizado em 2016; acesso em 3 mar 2020]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html).
25. Santos JCB, Hennington EA. Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado 7 março de 2020]; 29(8):1595-1604. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4TqkCwbYLYnmkYBcxSDWYLM/abstract/?lang=pt>. doi: 10.1590/0102-311X00096612.

26. Barros LDV, Teixeira CF. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e saúde do campo: revisão integrativa do estado da arte. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado 7 março de 2020]; 42(2):394-406. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-11042018000600394&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000600394&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. doi: 10.1590/0103-11042018S227.
27. Lima NS, Calábria LK, Melo JV, Rodrigues NBC, Lopes PD, Borges AC et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em população no assentamento da reforma agrária no Pontal do Triângulo Mineiro. *Rev Med Saúde Brasília* [Internet]. 2018 [citado 7 março de 2020]; 7(1):5-23. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8977/5731>>.
28. Malachias MVB, Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2016 [citado 7 março de 2020]; v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2016004800002](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800002)>. doi: 10.5935/abc.20160151.
29. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [citado 7 março de 2020]; 42(1):81-99. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3tZ6QRxxTsPJNj9XwDftbgS/abstract/?lang=pt>>. doi: 10.1590/0103-11042018S106.
30. Sposito CVA, Silveira FC, Uechi FAA, Crevelim KR, Silva MAD Análise de questionários de satisfação sobre relação médico-paciente: uma revisão bibliográfica. *Rev Ágape* [Internet]. 2018 [citado 7 março de 2020]; 1(1):1-11. Disponível em: <<http://revistaagape.com.br/index.php/revistaagape/article/view/17/11>>.

Recebido em novembro de 2020.

Aceito em setembro de 2021.