

Artículo original



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

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

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

Renata Musa Lacerda¹ 
Jacinta de Fátima Sena da Silva² 

Larissa Polejack Brambatti³ 
Larissa Izidoro Rosa⁴ 

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

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

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

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

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

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

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

Presentado 15 mayo 2025, Aceptado 09 oct. 2025,

Publicado 28 nov. 2025

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2025;14:e6256

<https://doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2025.e6256> | ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar

Cómo citar este artículo: Lacerda, R. M., Silva, J. F. S. D., Brambatti, L. P., & Rosa, L. I. (2025). Puntos de apoyo: una estrategia de acceso a la salud para la población rural de una ciudad del Distrito Federal. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 14, e6256. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2025.e6256>



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

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

Introducción

El Sistema Único de Saúde (SUS) es el resultado de un largo proceso histórico. Ya en 1923, la atención sanitaria en Brasil estaba vinculada a la meritocracia, orientándose exclusivamente hacia los trabajadores, mientras que el resto de la población quedaba excluido de este derecho. En 1988, la Constituição Federal estableció la salud como un derecho de todos y un deber del Estado. A partir de ese año, el sistema — ya concebido en etapas anteriores — comenzó a consolidarse, fortaleciéndose con la promulgación de leyes posteriores, como la Lei nº 8.080/90 y la Lei nº 8.142/90. El SUS representa una estrategia de organización y producción de salud que aún se encuentra en proceso de consolidación, demandando amplio conocimiento por parte de la población, financiamiento y compromiso público (Giovanella et al., 2012; Silva et al., 2024).

Los principios doctrinarios y organizativos del SUS, incorporados en la legislación, son: universalidad, equidad, integralidad, atención humanizada, descentralización, control social, regionalización y jerarquización (Lei nº 8.080, 1990; Lei nº 15.126, 2025). Aunque dichos principios se divulgan ampliamente, convertirlos en realidad práctica constituye un gran desafío. En este sentido, es necesario pensar en estrategias y políticas públicas orientadas a su efectiva consolidación. Además de los factores biológicos, es innegable que los determinantes sociales — como el ambiente y la economía — influyen directamente en las condiciones de salud de las poblaciones. Comprender esta lógica permite la creación de estrategias más adecuadas a las realidades locales (Santos et al., 2025). Según la [Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde](#) — CNDSS (2008), estos determinantes abarcan un conjunto de factores ambientales, políticos, culturales, étnico-raciales, psicológicos, socioeconómicos y biológicos, los cuales son responsables de generar condiciones de vida tanto positivas como negativas, reflejándose en el estado de salud de las personas.

Brasil también se caracteriza por su vasta extensión territorial. Debido a esta amplitud geográfica, la localización puede representar un obstáculo para el acceso a los servicios de salud de determinadas poblaciones. Por ello, las políticas públicas deben formularse con la intención de reducir las desigualdades, considerando las diversas realidades que componen la población brasileña y promoviendo, desde esa perspectiva, la equidad social (Tomasiello et al., 2022). En este contexto, la implementación del Programa Saúde da Família (Programa de Salud de la Familia, PSF) en 1994 fue una medida estratégica, cuyo objetivo era ampliar el acceso y la oferta de acciones de promoción y prevención en salud. Mediante la Portaria nº 648 del 28 de marzo de 2006, dicho programa fue reformulado y pasó a denominarse Estratégia Saúde da Família (Estrategia de Salud de la Familia, ESF), con el propósito de reorganizar la Atención Primaria en Salud , ampliar la cobertura poblacional y reducir los agravios a la salud (Portaria nº 648, 2006; Pinto & Giovanella, 2018).

El [Conselho Nacional de Secretários de Saúde](#) (2004) describe la Atención Primaria de Salud como:

Un conjunto de intervenciones sanitarias en el ámbito individual y colectivo que abarca: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Se desarrolla mediante el ejercicio de prácticas administrativas y sanitarias, democráticas y participativas, en forma de trabajo en equipo, dirigidas a poblaciones de territorios (territorio-proceso) bien delimitados, de los que se responsabilizan.

Utiliza tecnologías de alta complejidad y baja densidad, que deben resolver los problemas de salud más frecuentes y relevantes de las poblaciones. Es el contacto preferencial de los usuarios con el sistema de salud. Se rige por los principios de universalidad, accesibilidad (al sistema), continuidad, integralidad, responsabilización, humanización, vínculo, equidad y participación social. La atención primaria debe considerar al sujeto en su singularidad, complejidad, integralidad e inserción sociocultural y buscar la promoción de su salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades y la reducción de daños o sufrimientos que puedan estar comprometiendo sus posibilidades de vivir de manera saludable¹. (p. 7)

Con la Estrategia Saúde da Família (ESF), fue posible abrir una oportunidad para la organización e incluso la reorganización de la Atención Primaria de Salud (APS), considerada como una palanca potencial para la consolidación de sus principios, con el fin de convertirla en una puerta de entrada eficaz y resolutive, que abarque a las poblaciones con sus especificidades y vulnerabilidades (Macinko & Mendonça, 2018). En su estudio, Macinko y Mendonça (2018) señalan algunos beneficios de la expansión de la ESF para la población brasileña, tales como la mejora del acceso para las poblaciones más vulnerables, mejores resultados de salud, expansión del acceso a los tratamientos, mejora de la equidad y la eficiencia en el SUS.

Los estudios muestran avances en el acceso a la salud de las poblaciones y en los indicadores de la población brasileña, pero en algunas regiones y áreas específicas existen enormes dificultades para lograr una APS eficaz que cumpla todos sus objetivos, por lo que es necesario buscar estrategias que permitan que todas las personas tengan derecho a la salud, incluida la población rural (Lima et al., 2022).

De acuerdo con el Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE (2023), la población rural — denominada en este estudio como “población del campo” — comprende a todas las personas que residen fuera de los límites del área urbana, aunque se trata de una definición meramente geográfica. Pertenecer a la población rural implica especificidades, desafíos y potencialidades vinculadas al modo de vida dentro del territorio. Según el Ministério da Saúde (2013):

Se trata de las poblaciones del campo, del bosque y de las aguas, que se denominan pueblos y comunidades tradicionales y se caracterizan por sus modos de vida, producción y reproducción social relacionados predominantemente con la tierra². (p. 8)

El Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal (2022) aporta algunos datos que caracterizan a la población rural del Distrito Federal. Tiene una población predominantemente joven (58,66 %), solo el 44,54 % cuenta con alumbrado público, el 9,99 % con red de alcantarillado, el 21,56 % tiene calles asfaltadas, la red de alcantarillado general llega al 54,76 % de los hogares y el 36,8 % de estos utiliza fosas sépticas. El suministro de energía eléctrica llega al 79,12 % de los hogares. En cuanto al suministro de agua, el 46,66 % cuenta con el servicio de la CAESB (Compañía de saneamiento ambiental del Distrito Federal), mientras que el 45,54 % dispone de pozos artesianos. En lo que respecta a la salud, el 84,34 % de la población no tiene seguro médico, y la inseguridad alimentaria afecta a alrededor de un tercio de los hogares.

Estos datos evidencian que la población rural está directamente asociada a contextos de pobreza económica, acceso limitado a bienes y servicios esenciales como empleo, vivienda adecuada, saneamiento básico y educación. Asimismo, factores como las grandes distancias, la precariedad o inexistencia del transporte público, los conflictos agrarios y la violencia intrafamiliar inciden significativamente en los procesos salud-enfermedad de estas comunidades (Ministério da Saúde, 2013). De igual modo que existe la necesidad de buscar servicios de salud, también persisten múltiples barreras — sociales, económicas, culturales y demográficas — que dificultan dicho acceso. Por ello, la responsabilidad pública no debe limitarse a la oferta formal de servicios, sino garantizar que estos alcancen efectivamente a las comunidades rurales, evitando que la falta de acceso se convierta en un obstáculo para el ejercicio del derecho a la salud.

El territorio del presente estudio tiene como referencia una Unidade Básica de Saúde (UBS) que abarca microáreas. Se trata de un territorio diverso y cada porción territorial contiene sus especificidades. Las localidades se encuentran a diferentes distancias de la UBS, la más lejana está, en promedio, a 23 km.

^{1,2}Traducción libre

Hay lugares con mayor producción agrícola, tanto a gran escala como en agricultura familiar. Y una población media de 3578 mil habitantes.

Existe una dificultad con la recogida de basura en el territorio, que se realiza una media de dos veces por semana y en puntos específicos, lo que hace que la mayor parte de la población quemé o entierre sus residuos. La energía es suministrada por la Companhia Energética de Brasília (CEB). El suministro de agua se realiza a través de pozos y cisternas. No existe red de alcantarillado, por lo que es necesario utilizar fosas sépticas o rudimentarias, en su mayoría, para evacuar el agua procedente de los baños. Hay zonas que no cuentan con transporte público y, en las que lo hay, los horarios son reducidos. En el territorio solo hay una comisaría de policía, pero a menudo se encuentra lejos, lo que supone un factor agravante en caso de que se requiera alguna medida de urgencia.

Según datos del e-SUS (sistema electrónico del Sistema Único de Saúde) (s.f.), la mayor parte de la población se autodeclaró como mestiza (2.335), seguida de blanca (808) y negra (364). Las ocupaciones más frecuentes de los habitantes de la región son caseros, empleados domésticos, albañiles y trabajadores agrícolas temporeros. La mayoría de la población tiene estudios primarios incompletos (904). 245 personas dijeron tener un plan de salud privado. Las complicaciones de salud más frecuentes son la hipertensión arterial (475), el consumo de alcohol y otras drogas (314) y el tabaquismo (314). 603 personas dijeron usar plantas medicinales.

A partir de la caracterización del territorio, quedan evidentes las dificultades de acceso a los servicios de salud. Con el objetivo de reducir estas barreras, la UBS desarrolló una estrategia destinada a la creación de Puntos de Apoyo en cada microárea que forma parte de su territorio de cobertura. El Punto de Apoyo funciona como una especie de extensión de la UBS, es decir, en estos lugares también se realizan diversas actividades, como actividades de promoción de la salud, concertación de citas, atención médica, grupos terapéuticos, vacunación, charlas y otras actividades. De esta manera, el presente estudio tuvo como objetivo comprender la percepción de los usuarios y trabajadores de la salud de la UBS sobre la creación de los Puntos de Apoyo como estrategia para mejorar el acceso de las poblaciones rurales a los servicios de salud, así como caracterizar el territorio, identificar las dificultades de acceso, conocer la percepción

de la comunidad y del personal de salud en la atención primaria, y reflexionar sobre estrategias de ampliación del acceso sanitario en el ámbito rural.

Método

En este trabajo se adoptó el método cualitativo descriptivo. La investigación se llevó a cabo en el territorio de cobertura de una UBS en el Distrito Federal, en el período de enero a diciembre de 2020. El proceso de recopilación de datos tuvo lugar en octubre de 2020.

Participantes

En el estudio participaron usuarias y trabajadores de la salud, incluidos representantes de la dirección del servicio. Se incluyeron en el estudio personas mayores de 21 años, independientemente de su sexo y con capacidad cognitiva de comprensión. Se excluyó del estudio a los usuarios que no estaban afiliados a la UBS. Con el objetivo de minimizar los sesgos, se seleccionó tanto a usuarios que participaban activamente en los Puntos de Apoyo como a aquellos que no los frecuentaban. La inclusión de este segundo grupo buscaba comprender los motivos de la falta de compromiso en la estrategia de mejora del acceso a la salud, lo que permitió identificar posibles debilidades.

Instrumentos

Se realizaron entrevistas con guiones semiestructurados diferentes, uno para los usuarios, otro para los trabajadores de la salud y un diario de campo para anotar las percepciones de la investigadora en relación con aspectos subjetivos de los usuarios y trabajadores, como reacciones corporales, miradas, sentimientos, entre otros. Las preguntas realizadas abarcaban la percepción de los entrevistados sobre temas relacionados con el control social, las dificultades de acceso y los factores que las intensifican, las potencialidades y debilidades de los Puntos de Apoyo, el apoyo ofrecido en la pandemia de COVID-19, sugerencias y evaluaciones sobre el servicio. Es importante destacar que todos los participantes recibieron una explicación sobre la investigación, dieron su consentimiento y firmaron el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

Procedimientos

Los Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por su amplio conocimiento de la población y del territorio adscrito, indicaron los usuarios que tendrían mayor disponibilidad para participar. Las entrevistas se realizaron todas en lengua portuguesa, en los Puntos de Apoyo, en la unidad básica de salud y en la residencia de una usuaria, con todas las precauciones relacionadas con la pandemia, como el distanciamiento social, el uso de gel hidroalcohólico en las manos, la limpieza de los ambientes con alcohol al 70 % y el uso de mascarillas. Los ACS indicaban a los usuarios, la investigadora establecía contacto con los usuarios indicados para acordar fecha, horario y lugar más convenientes. En el caso de los trabajadores de salud, las entrevistas fueron programadas individualmente de modo que no interfirieran en sus actividades laborales cotidianas dentro de la unidad.

Análisis de datos

El análisis de los resultados se realizó utilizando el análisis de contenido de [Bardin](#), que consta de las siguientes etapas: organización del análisis, codificación, categorización y tratamiento de los resultados, inferencia e interpretación de los resultados ([Bardin](#), 2010).

En la fase de organización del análisis, as entrevistas fueron transcritas y sometidas a múltiples lecturas exploratorias para familiarizarse con el material empírico y seleccionar los elementos más relevantes para los objetivos del estudio.

La categorización fue previamente definida con base en criterios teóricos. En un primer momento, se analizó la percepción de usuarios y trabajadores de salud sobre el acceso a los servicios, abarcando las dimensiones geográficas, técnica, económica, política y simbólica. Posteriormente, se focalizó la percepción de potencialidades y dificultades de los Puntos de Apoyo de la UBS, incorporando además la dimensión de estructura física.

Durante el análisis, las declaraciones con significados similares fueron agrupadas en categorías. Cuando un mismo participante repetía ideas con el mismo sentido, se contabilizaban como una única mención. Luego, se sumaron las menciones de usuarios y trabajadores que se ajustaban a cada categoría.

Resultados

Participaron en el estudio quince personas, seis trabajadoras de la salud y nueve usuarias. Se entrevistó a un representante de la dirección, cuatro agentes comunitarios de salud y una técnica de enfermería. A continuación, se presenta la caracterización de las entrevistadas en cuanto a lugar de residencia, nivel educativo, ingresos y profesión: nueve usuarias, dos del Núcleo Rural B, una del Núcleo Rural S, dos del Núcleo Rural M, dos del Núcleo Rural Q y dos del Núcleo Rural RM (las letras para identificar los lugares fueron y definidas aleatoriamente). En cuanto a la escolaridad, dos personas completaron la educación superior, dos personas completaron la educación secundaria y cinco personas no completaron la educación primaria. Los ingresos variaban: cinco personas ganan entre 0 y 1000 reales al mes, do personas ganan entre 1000 y 2000 al mes, una persona tiene un salario de entre 2000 y 4000 reales y una persona gana más de 4000 al mes. En cuanto a los trabajadores entrevistados, fueron seis: una técnica de enfermería, cuatro agentes comunitarios de salud y un representante de la dirección, en los siguientes grupos de edad: dos personas de 35 a 40 años, tres personas de 41 a 50 años y una persona mayor de 51 años. Así, se entrevistó a un total de 15 personas.

Las categorías utilizadas fueron las definidas de acuerdo con el marco teórico sobre el acceso, siendo las dimensiones geográficas, técnicas, económicas, políticas y simbólicas. Se sistematizó el número de menciones de las dificultades relacionadas con las dimensiones de acceso señaladas por las usuarias y los trabajadores.

Las usuarias mencionaron las dificultades relacionadas con las dimensiones geográficas diez veces, con la dimensión técnica ocho veces, con la dimensión política y simbólica siete veces y, por último, con la dimensión económica seis veces.

A continuación, se describen algunas de las declaraciones que representan cada dimensión:

Geográfica: *«Vivo muy lejos, así que me queda muy lejos ir al M».*

Técnica: *«Sobre todo así, a veces quieres consultar y a veces está muy lleno aquí, no hay manera de consultar, si no es una emergencia, no es fácil».*

Económica: «Dependemos totalmente del SUS y, a veces, necesitas un medicamento, no lo hay, entonces tienes que comprarlo, a veces incluso te quedas sin él porque no puedes permitirte».

Política: «Depende, porque aquí nunca nadie me ha preguntado cuál es mi opinión, ¿no? Así que nunca he dado mi opinión».

Simbólica: «Tengo la impresión de que nadie me quiere, en lo que a mí respecta, y me llaman para participar en esto o aquello, no sé por qué. Tengo esa dificultad».

Por su parte, los trabajadores mencionaron las dificultades relacionadas con la dimensión geográfica en ocho ocasiones, las técnica, política y económica en seis, y la simbólica en cuatro.

Fragmentos de declaraciones representativas de los trabajadores:

Geográfica: «La distancia es... influye porque a veces hay familias que viven muy lejos de la unidad y no tienen medios, no tienen coche, no tienen bicicleta y, a veces, el propio paciente no tiene medios ni para venir andando».

Técnica: «Hay algunos profesionales que fallan en la atención».

Económica: «La mayoría de las personas son caseras, personas que ganan solo el salario mínimo, personas que no tienen coche, por lo que dependen del dinero para llegar al centro de salud básico, ¿entiendes?».

Política: «No creo, estoy seguro de que no participan porque ya lo tenemos todo preparado, verificamos con ellos lo que necesitan, ¿no? Y nosotros mismos decidimos, ya les llevamos todo listo, ya decidido cómo va a ser y cómo no va a ser, ellos hasta ahora no han participado, (...) todavía no han dado su opinión».

Simbólica: «Todavía hay personas que se resisten mucho, hay personas mayores, algunas dicen que no les gustan los médicos, los medicamentos de la farmacia, esas cosas, así que se resisten mucho».

Se procede a presentar la sistematización de las principales potencialidades y dificultades de los Puntos de Apoyo según la percepción de usuarias y trabajadores. Las declaraciones se agruparon en dimensiones preestablecidas, con la adición de la categoría de estructura física debido a su recurrencia en diversas menciones.

Las potencialidades de los Puntos de Apoyo fueron mencionadas por las usuarias: diez veces en relación con la dimensión técnica, nueve veces sobre la dimensión geográfica, dos veces sobre la estructura física y simbólica, y una vez sobre la económica. Siguen fragmentos de declaraciones de las usuarias que se encuadran en las siguientes dimensiones:

Técnica: «Aquí llegamos, es rápido, consultamos».

Geográfica: «Aquí nos resulta mucho más fácil acudir a las consultas».

Simbólica: «Creo que es mejor para las personas mayores que no pueden desplazarse, que son muchas aquí, ¿no?».

Económica: «Porque hay muchas familias necesitadas allí, así que creo que es muy válido».

Estructura: «Aquí está la naturaleza muy cerca, miras a un lado y al otro y solo ves verde, hay un buen ambiente».

Las dificultades de los Puntos de Apoyo fueron mencionadas por las usuarias: ocho veces en relación con la estructura física, cuatro veces sobre la dimensión técnica y simbólica, y tres veces sobre la geográfica. Siguen fragmentos de declaraciones de las usuarias que se encuadran en las siguientes dimensiones:

Técnica: «Que a veces no nos enteramos de las cosas, y cuando nos enteramos ya es al día siguiente y ya ha pasado».

Geográfica: «Hay un punto de apoyo, pero nunca he ido porque no hay forma de llegar en autobús, así que, como vivo en Vale Verde, no hay forma, está demasiado lejos».

Estructura física: «Se necesitan muchas cosas, ¿no? Supongamos que sillas, más equipamiento, ¿no? Para poder mejorar».

Simbólica: «Tengo un vecino de 82 años, no tiene cómo venir aquí».

Las potencialidades de los Puntos de Apoyo fueron mencionadas por los trabajadores: seis veces en relación con la dimensión técnica, cinco veces sobre la dimensión geográfica, y una vez sobre la simbólica. Siguen fragmentos de declaraciones de los trabajadores que se encuadran en las siguientes dimensiones:

Técnica: «Lo que también mejora es nuestro acercamiento al equipo, ¿no? El acercamiento al equipo, que ellos sepan que pueden contar con el equipo de salud allí».

Geográfica: «Cuando estamos cerca, se reduce esa distancia, ¿no?».

Simbólica: «Puedes acoger mejor a aquellos usuarios que a veces no pueden venir al centro».

Las dificultades de los Puntos de Apoyo fueron mencionadas por los trabajadores: ocho veces en relación con la dimensión técnica, siete veces sobre la estructura física, tres veces sobre la simbólica, y una vez sobre la geográfica. Siguen fragmentos de declaraciones de los trabajadores que se encuadran en las siguientes dimensiones:

Técnica: «Si tuviera una atención más frecuente, si tuviéramos más medicamentos, si pudiéramos trabajar más en la prevención, estar más presentes, hacer más».

Geográfica: «A veces la casa está muy lejos del punto de apoyo».

Estructura física: «Solo falta mejorar la estructura, ¿no? Porque para que podamos representar a la unidad de salud allí, hay que tener mejores condiciones físicas».

Simbólica: «El punto de apoyo, al ser una práctica nueva, hay muchos que no le dan mucho valor, ya sabes».

Discusión

La percepción de las usuarias y los trabajadores sobre las dificultades de acceso que más se mencionaron estuvo relacionada con las dimensiones geográfica y técnica. Por otro lado, las potencialidades de los Puntos de Apoyo que más se mencionaron en ambos públicos también estuvieron relacionadas con las dimensiones geográfica y técnica. Con ello, es posible percibir que los Puntos de Apoyo logran atenuar las principales dificultades de acceso observadas y percibidas por los entrevistados.

Las usuarias señalaron como principales dificultades de acceso aspectos relacionados con la dimensión geográfica, la distancia al servicio de salud y los

problemas de movilidad, ya que se trata de una zona en la que, en su mayoría, no hay transporte público o este es escaso, factor que también dialoga con la dimensión económica, ya que la mayoría percibe salarios bajos, lo que dificulta la inversión en movilidad para llegar a la UBS.

Esto concuerda con la literatura que muestra que las poblaciones que se encuentran en un contexto socioeconómico de altos niveles de pobreza, incluyendo problemas como la falta de transporte y salarios inadecuados, hacen que el acceso a la salud sea un desafío (Lima et al., 2022).

En la dimensión técnica, se informaron obstáculos para conseguir una consulta, falta de recursos (medicamentos, insumos, entre otros), falta de profesionales de otras especialidades y, en ciertos momentos, dificultad en las relaciones interpersonales con los trabajadores de la salud. Es necesario reconocer que el SUS todavía presenta limitaciones en cuanto a la oferta de servicios, además de la potenciación de los servicios en las metrópolis (Tomasiello et al., 2022).

A pesar de tener ciertas dificultades para acceder a algunas políticas públicas y servicios de salud (dificultades tanto funcionales, en cuanto al acceso al sistema, como culturales), los sujetos perciben esta situación como algo inherente a la vida cotidiana³. (Ruiz & Gerhardt, 2012, p. 1203)

Esto puede ser uno de los motivos que justifica la nula participación social de la comunidad en cuestiones específicas de salud. En la dimensión simbólica, las usuarias mencionaron las dificultades de movilidad debido a características específicas, como personas mayores, madres con hijos pequeños y sujetos con determinados problemas personales. Por su parte, los trabajadores mencionaron la resistencia de la población rural a adherirse a determinadas orientaciones y ofertas, ya que prefieren formas de tratamiento tradicionales, en las que no se disocian de sus creencias, simbolismos y cultura, lo que apunta a la necesidad de una formación permanente, recomendada como atributo de la atención básica de salud, de estos trabajadores en cuanto a los valores y la cultura de determinadas poblaciones del territorio estudiado, con el fin de aumentar la comprensión de las especificidades (Dantas et al., 2024).

³Traducción libre

Cabe señalar que el hecho de que el punto de apoyo se encuentre dentro de las comunidades atenúa algunas de las barreras geográficas encontradas. Además de facilitar las cosas a quienes tienen alguna condición específica (personas mayores o con hijos pequeños), como se ha mencionado anteriormente.

Los trabajadores también informaron que los usuarios carecen de tiempo, ya que durante el día suelen estar trabajando y cuidando sus tierras. Estos hallazgos confirman que es necesario adaptar el funcionamiento de la UBS a las necesidades y demandas de los usuarios, lo que concuerda con el concepto de acceso como un «grado de ajuste» entre el servicio ofrecido y la necesidad del sujeto (Lima et al., 2022).

El trabajo de los ACS, que son los principales protagonistas de los Puntos de Apoyo, también contribuye a reducir la distancia entre la población y el servicio de salud. Se sienten más cercanos a estos profesionales, más escuchados y acogidos por ellos, lo que facilita el acceso, hace que la comunicación sea más fluida, que las orientaciones se realicen de forma más individualizada y que se supere la dificultad técnica de relación con el equipo mencionado anteriormente.

El agente comunitario de salud (ACS) es el trabajador que reduce la distancia entre la población y el servicio de salud, identificando y reconociendo las necesidades de salud de la población y ampliando la comprensión de la comunidad sobre las formas de producir la atención y las formas de acceder a los servicios de salud⁴. (Soares, 2020, p. 2)

Los Puntos de Apoyo presentan diversos beneficios; sin embargo, es importante señalar que se requieren mejoras y que no se debe limitar la promoción del acceso al servicio únicamente a esta estrategia, dado que existen demandas que no logra satisfacer. De ahí surgió la necesidad de comprender las principales dificultades del Punto de Apoyo explicitadas por las usuarias y por las y los trabajadores.

Tanto las usuarias como las y los trabajadores señalaron la importancia de la realización de visitas domiciliarias; es decir, para potenciar el trabajo, una estrategia no debe excluir a la otra, sino que, por el contrario, deben complementarse.

Esto se debe, sobre todo, a la realidad de que, incluso con la presencia del Punto de Apoyo en la comunidad, el servicio aún no resulta plenamente accesible para todas las personas, ya que continúa estando distante de la residencia de muchos usuarios y persisten las dificultades económicas, de transporte y de condiciones individuales. Además, la visita domiciliaria y el Punto de Apoyo son herramientas con objetivos distintos. La visita domiciliaria, por ejemplo, es un instrumento indispensable en la ESF, siendo fundamental para acercarse a los usuarios al servicio de salud, conocer la realidad de la población atendida y, en consecuencia, planificar acciones de salud efectivas (Lima et al., 2022; Silva, 2016).

Las dificultades encontradas también pueden relacionarse con la falta de reconocimiento de la estrategia de los Puntos de Apoyo por parte de los órganos superiores de salud. Todos los procedimientos, desde la solicitud de insumos hasta la planificación de diferentes acciones, se realizan considerando únicamente a la UBS. Esta es una constatación más de que la ESF en el ámbito rural no puede funcionar bajo la misma lógica que en el entorno urbano, ya que se generarán vacíos y poblaciones desatendidas.

En la práctica, se trata de una estrategia priorizada por el equipo de salud debido a las diversas potencialidades evidenciadas, pero que también debería ser vista, reconocida e incorporada como una estrategia de atención primaria para la población rural.

Conclusión

Desde la perspectiva de los usuarios y trabajadores de la salud, el Punto de Apoyo logra superar algunas de las principales barreras de acceso a los servicios sanitarios, tales como la distancia geográfica, las dificultades económicas y los problemas de transporte. Asimismo, se percibe como un facilitador del contacto entre la población y los servicios de salud, contribuyendo a la ampliación de la oferta asistencial y al fortalecimiento del vínculo comunitario.

Esta estrategia se alinea con los principios de la Atención Primaria en Salud y de la ESF, demostrando un alto potencial para responder a las necesidades de atención de las poblaciones rurales.

⁴Traducción libre

No obstante, el Punto de Apoyo presenta limitaciones estructurales y funcionales que exigen la implementación de acciones complementarias, como las visitas domiciliarias, las cuales permiten a los equipos de salud llegar a las personas que, por diferentes motivos, no logran acceder a la unidad. Estas visitas no solo amplían el alcance de la atención, sino que también posibilitan el reconocimiento de los contextos sociales, culturales y económicos que influyen en los procesos salud-enfermedad.

Como recomendación para investigaciones futuras, se sugiere explorar otras estrategias de acceso para las poblaciones rurales, a fin de identificar nuevos elementos que contribuyan al desarrollo de reflexiones y políticas públicas más efectivas. Fortalecer la producción científica en esta área es esencial para mejorar la red de atención y cuidado, promoviendo la equidad y la garantía del derecho a la salud en todos los territorios, especialmente en aquellos con mayores vulnerabilidades.

Contribuciones de los autores

Los autores declararon haber realizado contribuciones sustanciales al trabajo en términos de concepción o diseño de la investigación; adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio; así como en la redacción o revisión crítica del contenido intelectual relevante. Todos los autores aprobaron la versión final para su publicación y aceptaron asumir la responsabilidad pública por todos los aspectos del estudio.

Conflictos de interés

No se declararon conflictos financieros, legales o políticos con terceros (gobierno, empresas o fundaciones privadas, etc.) en ningún aspecto del trabajo presentado (incluidos, entre otros, subvenciones y financiamiento, participación en consejos consultivos, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

Indexadores

La Revista *Psicologia, Diversidade e Saúde* está indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



Referencias

- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo* [Análisis de contenido] (4ª ed.). Edições 70.
- Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. (2008). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Fiocruz.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2004). *Atenção primária: Seminário do CONASS para construção de consensos* [Atención primaria: Seminario del CONASS para la construcción de consensos]. <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-02/>
- Dantas, M. A., Silva, M. R. F., Dantas, V. L. A., & Lima, R. F. (2024). O chão(-universo) da educação popular em saúde: Saberes e práticas que rompem com o estabelecido [El suelo(-universo) de la educación popular en salud: Saberes y prácticas que rompen con lo establecido]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 34, e340102. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434061pt>
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., & Carvalho, A. I. (Orgs.). (2012). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* [Políticas y sistemas de salud en Brasil] (2ª ed., rev. e ampl.). Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413494>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). *Proposta metodológica para classificação dos espaços do rural, do urbano e da natureza no Brasil* Brasil [Propuesta metodológica para la clasificación de los espacios rurales, urbanos y de la naturaleza en Brasil]. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102019.pdf>
- Instituto de Pesquisa e Estatística do Distrito Federal. (2021). *Pesquisa domiciliar por amostra de domicílio nas áreas rurais (PDAD Rural)* [Encuesta domiciliar por muestra de hogares en áreas rurales (PDAD Rural)]. <https://www.ipe.df.gov.br/pdad-rural>.
- Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025. (2025). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Modifica la Ley nº 8.080, del 19 de septiembre de 1990 (Ley Orgánica de la Salud), para establecer la atención humanizada como principio en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS)]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/L15126.htm
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Dispone sobre las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes y otras disposiciones]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Dispone sobre la participación de la comunidad en la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) y sobre las transferencias intergubernamentales de recursos financieros en el área de la salud y da otras providencias]. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
- Lima, J. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Fausto, M., & Medina, M. G. (2022). Barreras de acceso a la Atención Primaria de Salud en municipios rurales remotos del Oeste del estado de Pará, Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, e616. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>
- Macinko, J., & Mendonça, C. S. (2018). Estrategia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados [Estrategia de salud de la familia, un sólido modelo de atención primaria de salud que produce resultados]. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 18–37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
- Ministério da Saúde. (2013). *Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta* [Política nacional de salud integral de las poblaciones del campo y del bosque]. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf
- Ministério da Saúde. (s.d.). *e-SUS Atenção Primária: Base de dados* [e-SUS Atención Primaria: Base de datos]. <https://sisaps.sau.gov.br/esus>
- Pinto, L. F., & Giovanella, L. (2018). Do programa à estratégia saúde da família: Expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) [Del programa a la estrategia de salud de la familia: Expansión del acceso y reducción de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria (ICSAB)]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1903–1914. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
- Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. (2006). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Aprueba la Política Nacional de Atención Básica, estableciendo la revisión de directrices y normas para la organización de la Atención Básica para el Programa de Salud de la Familia (PSF) y el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS)]. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html
- Ruiz, E. N. F., & Gerhardt, T. E. (2012). Políticas públicas no meio rural: Visibilidade e participação social como perspectivas de cidadania solidária e saúde [Políticas públicas en el medio rural: Visibilidad y participación social como perspectivas de ciudadanía solidaria y salud]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 1191–1209. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300018>
- Santos, A. N. S., Lopatiuk, C., Dantas, T. M., Sousa, A. J. Z., Souza, A. F., Souza, P. H., Maia, L. S., Lima, M. D. C., Oliveira, A. H. C., Alencar, N. P. B., Silva, V. C., Rebello, C. L. C., Oliveira, A. L. S., Martins, E. C. O. L., Nascimento, B. R., & Gomes, C. T. B. (2025). Políticas de saúde e desigualdade – determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) [Políticas de salud y desigualdad: Determinantes sociales y barreras en el acceso a los servicios del Sistema Único de Salud (SUS)]. *Aracê*, 7(4), 17006–17039. <https://doi.org/10.56238/arev7n4-082>
- Silva, C. A. C. (2016). *A visita domiciliar na promoção à saúde da família dos moradores da zona rural* [La visita domiciliar en la promoción de la salud de la familia de los residentes de la zona rural] [Tesis de maestría, Universidade Federal de Minas Gerais]. ARES – Acervo de Recursos Educacionais em Saúde. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5286>
- Silva, E., Guedes, D., Serique, M., De Oliveira, R. D., Vasconcelos, V., Saraiva, A., Costa, F., Castro, P., Corrêa, K., & Oliveira, C. (2024). Construindo o direito à saúde: A história e os marcos do Sistema Único de Saúde no Brasil [Construyendo el derecho a la salud: La historia y los hitos del Sistema Único de Salud en Brasil]. *Research, Society and Development*, 13, e211131247941. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i12.47941>
- Soares, A. N., Silva, T. L., Franco, A. A. D. A. M., & Maia, T. F. (2020). Cuidado em saúde às populações rurais: Perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde [Atención en salud a las poblaciones rurales: Perspectivas y prácticas de los agentes comunitarios de salud]. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30, e303032. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300332>
- Tomasiello, D. B., Pereira, R. H. M., Vieira, J. P. B., Parga, J. P. F. A., & Servo, L. M. S. (2024). Racial and income inequalities in access to health in Brazilian cities [Desigualdades raciales y de ingresos en el acceso a la salud en ciudades brasileñas] [Preprint]. *SocArXiv*. <https://doi.org/10.31235/osf.io/g5z7d>