

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EMERSON ANDRADE GONÇALVES

**CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE DE PESSOAS SITUADAS EM NÚCLEOS URBANOS INFORMAIS NA  
REGIÃO URBANA DE CAMPO GRANDE/MS**

CAMPO GRANDE  
2023

EMERSON ANDRADE GONÇALVES

**CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE DE PESSOAS SITUADAS EM NÚCLEOS URBANOS INFORMAIS NA  
REGIÃO URBANA DE CAMPO GRANDE/MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Professor Doutor André Barciela Veras.

CAMPO GRANDE  
2023

EMERSON ANDRADE GONÇALVES

**CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PESSOAS SITUADAS EM NÚCLEOS URBANOS INFORMAIS NA REGIÃO URBANA DE CAMPO GRANDE/MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional, do Instituto Integrado de Saúde, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Avaliação de Políticas Públicas em Atenção Primária à Saúde.

Orientador: Professor Doutor André Barciela Veras.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito \_\_\_\_\_.

Campo Grande, MS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

| BANCA EXAMINADORA  | CONCEITO |
|--|----------|
| _____<br>Prof. Dr. André Barciela Veras<br>INISA-UFMS                      | _____    |
| _____<br>Profa. Dra. Debora Dupas Gonçalves do<br>Nascimento<br>INISA-UFMS | _____    |
| _____<br>Prof. Dr. Clayton Peixoto de Souza<br>UEMS                        | _____    |

AVALIAÇÃO FINAL: ( ) Aprovação

( ) Reprovação

Dedico este trabalho a todos os profissionais da saúde e de assistência social pelo lindo trabalho que exercem no seu cotidiano, muito embora em condições precárias. Aos professores e diversos colaboradores da educação brasileira que realizam o seu mister, muitas vezes em risco, seja emocional e ou físico. Assim, durante a pandemia do COVID-19, foram atores tão importantes nestes diversos setores da sociedade para que o país atravessasse tudo isto com o menor dano possível. Dedico ainda, ao meu querido pai Hugo, que nos deixou durante esta tão importante etapa pessoal. Eternas saudades!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família que foi e é o maior motivo de continuar meu aperfeiçoamento pessoal e profissional, sendo também o meu propulsor de forças com as quais eu me reestabeleço e busco inspiração nessa jornada tresloucada da vida e que compartilhamos de todas as surpresas e aflições que ela nos proporciona, à minha querida esposa Sabrina Rodrigues, por seu suporte e apoio, aos meus filhos Ícaro e Helena, com os quais fazem a vida ser mais leve e mais satisfatória. À minha amada mãe, Janete Martins, por tantos incentivos à minha educação e qualificação e a todos os familiares que de forma direta ou indireta tiveram uma participação para a conclusão desta fase.

Agradeço ao meu orientador André Barciela Veras que desde o princípio acreditou na minha pesquisa e abraçou a causa me ofertando tantos ensinamentos que servem além da dissertação, me mostrando um horizonte com os quais pude refletir e aperfeiçoar o trabalho de maneira mais assertiva e exequível.

Meus agradecimentos ainda à Secretaria Municipal de Assistência Social e Secretaria Municipal de Saúde do município de Campo Grande-MS, nas pessoas do sr. José Mário Antunes e dr. Sandro Benites e também da Agência Municipal de Habitação e Assuntos Fundiários – AMHASF, na pessoa da sra. Maria Helena, pela compreensão e disponibilização dos dados obtidos para que essa pesquisa pudesse ser realizada.

Aos colegas de classe da turma de 2021, aos colegas de serviço da SAS, à minha amiga e superior imediata à época do cumprimento dos créditos nas disciplinas obrigatórias e optativas, Kézia Nishimura, pela sua compreensão e parceria, e ao meu amigo Clayton Peixoto, sempre me apoiando na minha jornada acadêmica.

Meu muito obrigado por de alguma forma estarem presentes na minha vida e na minha formação, para que eu pudesse realizar este importante passo profissional e pessoal.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS/MEC-Brasil.

## RESUMO

Os serviços de saúde são essenciais para a qualidade de vida da população, sobretudo, para as famílias e pessoas em maior vulnerabilidade social e que convivem em áreas consideradas de risco, seja físico, biológico, psicológico, social ou econômico, por conterem características territoriais e geográficas desfavorecidas. Esses lugares, comumente denominados de favelas, estão frequentemente ligados a índices baixos de desenvolvimento humano e deficiência de serviços públicos. Este estudo buscou caracterizar o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de pessoas situadas em Núcleos Urbanos Informais (NUI) na região urbana de Campo Grande/MS, tendo como objetivo específico caracterizar o acesso dos serviços de APS das pessoas que vivem em locais com perfil análogo às favelas na área urbana do município, com cadastro social na Agência Municipal de Habitação e Assuntos Fundiários (AMHASF). Também teve por finalidade identificar os núcleos urbanos informais e a frequência dessa população à APS; expor os determinantes de saúde e o perfil social para o acesso desta população ao serviço de APS; e identificar o tipo de equipamento em saúde mais buscados por esta população. O método, seguindo as diretrizes de STROBE para estudos observacionais, foi baseado em análise quantitativa por banco de dados secundários de saúde, assistência social e habitação do governo municipal, com delineamento transversal, descritiva e observacional, entre os períodos de 2019 a 2021, na busca para a contribuição na discussão das demandas, políticas, tipos e volume de serviços em saúde que são acessados por estes usuários, principalmente, as da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que estão diretamente ligadas a promoção e prevenção de riscos e agravos em saúde. Os principais resultados sugerem haver uma possível causalidade entre moradores que ganham menores médias de renda entre as variáveis analisadas e demandarem com maior frequência dos atendimentos em APS. Isso tem um fator importante para o melhor direcionamento das políticas públicas no município, visando uma melhor cobertura da Atenção Básica dos serviços da saúde, garantindo melhor eficácia e equidade nos atendimentos para a Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Políticas Públicas. Áreas de Pobreza.

## **ABSTRACT**

Health services are essential for the population's quality of life, especially for families and individuals in greater social vulnerability living in areas considered risky, whether physical, biological, psychological, social, or economic due to disadvantaged territorial and geographical characteristics. This study aimed to characterize access to Primary Health Care (PHC) services for individuals located in Informal Urban Nuclei in the urban region of Campo Grande/MS, with a specific objective of characterizing access to PHC services for people living in areas with a profile similar to favelas in the urban area of the municipality, registered with the Municipal Housing and Land Affairs Agency (AMHASF). It also aimed to identify informal urban nuclei and the frequency of this population's access to PHC; expose health determinants and social profile for this population's access to PHC services; and identify the type of health equipment most sought after by this population. The method, following the STROBE guidelines for observational studies, was based on quantitative analysis using secondary health, social assistance, and housing databases from the municipal government, with a cross-sectional, descriptive, and observational design between the periods of 2019 to 2021, aiming to contribute to the discussion of demands, policies, types, and volume of health services accessed by these users, especially those in the Health Care Network (RAS), which are directly linked to risk promotion and prevention and health damage. The main results suggest a possible causality between residents with lower average incomes among the analyzed variables and demanding more frequent PHC visits. This is an important factor for better targeting public policies in the municipality, aiming for better coverage of Basic Health Care services, ensuring better effectiveness and equity in care for the Family Health Strategy (ESF).

**Keywords:** Primary Health Care. Family Health Strategy. Public Policies. Poverty Areas.

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| TABELA 1 – INDICADORES DE RENDA E QUANTIDADE DE ACESSOS PELA VARIÁVEL DE FAVELA.<br>.....                      | 27 |
| TABELA 2 – INDICADORES DE RENDA E QUANTIDADE DE ACESSOS PELA VARIÁVEL DE<br>BAIRRO.....                        | 27 |
| TABELA 3 – INDICADORES DE CRAS BUSCADO PELAS VARIÁVEIS DE RENDA E QUANTIDADE<br>DE ACESSOS.....                | 28 |
| TABELA 4 – INDICADORES DE POSSUI RENDA PELAS VARIÁVEIS DE RENDA E QUANTIDADE DE<br>ACESSOS. ....               | 29 |
| TABELA 5 – INDICADORES DE RENDA E QUANTIDADE ACESSADA PELA VARIÁVEL DE<br>CADÚNICO.....                        | 29 |
| TABELA 6 – INDICADORES DE RENDA E QUANTIDADE ACESSADA PELA VARIÁVEL DE SERVIÇOS<br>SOCIOASSISTENCIAIS.....     | 30 |
| TABELA 7 – VARIÁVEIS DE RENDA E QUANTIDADE ACESSADA PELA VARIÁVEL DE<br>EQUIPAMENTO DE SAÚDE ACESSADO.....     | 30 |
| TABELA 8 – INDICADORES DE RENDA E QUANTIDADE ACESSADA PELA VARIÁVEL DE TIPOS DE<br>SERVIÇO EM SAÚDE.....       | 33 |
| TABELA 9 – INDICADORES DE RENDA E QUANTIDADE ACESSADA PELA VARIÁVEL DE<br>ATENDIMENTO EM SAÚDE DA FAMÍLIA..... | 33 |

## LISTA DE IMAGENS

|  |    |
|--|----|
| FIGURA 1 – RENDIMENTO <i>PER CAPITA</i> MENSAL DA POPULAÇÃO. ....  | 19 |
| FIGURA 2 – MAPA DA LOCALIZAÇÃO DAS SEIS OCUPAÇÕES E O NÚMERO CONTABILIZADO DE PESSOAS CADASTRADAS NO CADASTRO SOCIAL DA AMHASF.....                                | 34 |
| FIGURA 3 – MAPA DE CALOR DAS OCUPAÇÕES IRREGULARES NA CIDADE DE CAMPO GRANDE/MS. ....  | 35 |
| FIGURA 4 – MAPA DA LOCALIZAÇÃO DAS OCUPAÇÕES E O NÚMERO CONTABILIZADO DE ACESSOS À APS ENTRE 2019 A 2021 DE PESSOAS CADASTRADAS NO CADASTRO SOCIAL DA AMHASF. .... | 35 |
| FIGURA 5 – MAPA DA LOCALIZAÇÃO DAS SEIS OCUPAÇÕES DEMONSTRANDO OS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL QUE FORAM ACESSADOS.....                           | 36 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|            |  |
|------------|--|
| AGSN       | Aglomerados Subnormais                               |
| AMHASF     | Agência Municipal de Habitação e Assuntos Fundiários |
| APS        | Atenção Primária à Saúde                             |
| IBGE       | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística      |
| CADÚNICO   | Cadastro Único                                       |
| CNS        | Conselho Nacional de Saúde                           |
| COVID-19   | Coronavirus Disease-2019                             |
| CRAS       | Centro de Referência em Assistência Social           |
| EABP       | Equipes de Atenção Básica Prisional                  |
| EACS       | Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde          |
| ESF        | Estratégia de Saúde da Família                       |
| LIT        | Levantamento de Informações Territoriais             |
| LOAS       | Lei Orgânica da Assistência Social                   |
| NASF       | Núcleo Ampliado de Saúde da Família                  |
| NUI        | Núcleos Urbanos Informais                            |
| OMS        | Organização Mundial de Saúde                         |
| PAIF       | Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família |
| RAS        | Redes de Atenção à Saúde                             |
| SARS-COV-2 | Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2      |
| SAS        | Secretaria Municipal de Assistência Social           |
| SESAU      | Secretaria Municipal de Saúde                        |
| SUAS       | Sistema Único de Assistência Social                  |
| SUS        | Sistema Único de Saúde                               |
| TCLE       | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido           |
| UBS        | Unidades Básicas de Saúde                            |
| UBSF       | Unidade Básicas de Saúde da Família                  |
| USF        | Unidades de Saúde da Família                         |

## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>12</b> |
| <b>2</b> | <b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....  | <b>17</b> |
| <b>3</b> | <b>OBJETIVOS</b> .....  | <b>24</b> |
|          | <b>3.1</b> Objetivo geral .....   | <b>24</b> |
|          | <b>3.2</b> Objetivos específicos .....  | <b>24</b> |
| <b>4</b> | <b>METODOLOGIA</b> .....  | <b>25</b> |
|          | <b>4.1</b> Tipo, período e local da pesquisa.....   | <b>25</b> |
|          | <b>4.2</b> Amostra e coleta dos dados .....   | <b>25</b> |
|          | <b>4.3</b> Organização e análise dos dados .....  | <b>25</b> |
|          | <b>4.4</b> Aspectos éticos .....  | <b>26</b> |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS</b> .....   | <b>27</b> |
| <b>6</b> | <b>DISCUSSÃO</b> .....  | <b>37</b> |
| <b>7</b> | <b>CONCLUSÃO</b> .....  | <b>42</b> |
| <b>8</b> | <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>45</b> |
|          | <b>ANEXO A</b> – Autorização da Agência Municipal de Habitação e Assuntos<br>Fundiários/AMHASF..... | <b>49</b> |
|          | <b>ANEXO B</b> – Autorização da Secretaria Municipal de Assistência Social .....                    | <b>50</b> |
|          | <b>ANEXO C</b> – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde .....                                 | <b>51</b> |
|          | <b>ANEXO D</b> – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) .....                 | <b>52</b> |
|          | <b>ANEXO E</b> – Resposta de requerimento SIC. ....   | <b>60</b> |
|          | <b>APÊNDICE A</b> – Termo de Compromisso para utilização de informações de bancos<br>de dados.....  | <b>61</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

A cidade de Campo Grande, capital do Estado de Mato Grosso do Sul, segundo os últimos dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em razão do Censo Demográfico de 2022, registrou 897.938 habitantes (IBGE, 2023). Um estudo do mesmo Instituto denominado de “Aglomerados Subnormais 2019: Classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19” indicou que, na cidade de Campo Grande existem 311.815 domicílios e 4.516 destes sendo de unidades de Aglomerados Subnormais (AGSN)<sup>1</sup>, saltando de 1.482 domicílios no levantamento do Censo de 2010, o que representa um aumento de 204.7%, e, considerando os Núcleos Urbanos Informais (NUI)<sup>2</sup>, somam uma média de 119 habitações por área ocupada, sendo de um número de 30 famílias a ocupação com o menor número de moradias e o máximo com 901 famílias, estas últimas, localizadas na área denominada como favela da Homex<sup>3</sup>.

O município, acompanhando o cenário nacional que tem aumentado o total de aglomerados subnormais e o total de domicílios instalados irregularmente nestas ocupações, segundo o mesmo estudo, demandam da otimização das políticas públicas voltadas às pessoas e famílias instaladas nestes locais, do acompanhamento da proteção social, da Atenção Primária à Saúde (APS) e da garantia de direitos fundamentais.

Nestas regiões, os índices socioeconômicos comumente são inferiores às demais regiões da cidade, que refletem diretamente na qualidade de vida destas pessoas e que podem estar ligados aos fatores de ausência de ofertas de serviços públicos essenciais da região, sobretudo ainda, do agravamento das condições de saúde e bem-estar para as populações em risco e de vulnerabilidade social advindas principalmente de moradias em locais irregulares, muitas vezes insalubres, ocasionadas por violação de ocupação e de posse de área pública ou privada, popularmente conhecidas como favelas, guetos, comunidades, etc.

---

<sup>1</sup> Estimativa de domicílios ocupados realizada para a operação do censo demográfico 2020 para enfrentamento da pandemia por COVID-19.

<sup>2</sup> Conceito institucionalizado pela Lei Federal 13.465/2017.

<sup>3</sup> Ocupação formada em área da construtora Homex que abandonou o empreendimento imobiliário, tendo gerado a invasão e instalação de moradias irregulares. Matéria jornalística disponível em: <https://mshoje.com.br/2019/07/11/area-invadida-no-bairro-centro-oeste-e-heranca-do-maior-golpe-imobiliario-da-capital/>. Acesso em: 01 fev. 2021.

Sobre os Serviços Socioassistenciais que constam deste estudo, são assim definidos: Atendimento Individualizado, é direcionado para acolher, inserir, atender, encaminhar e acompanhar os usuários nas ofertas do SUAS (BRASIL, 2012); Benefício Eventual, se caracteriza, de acordo com o Governo Federal, por meio da Lei Orgânica da Assistência Social – (LOAS)<sup>4</sup> e da Lei Federal Nº 12.435, de 6 de julho de 2011, por “provisões suplementares e provisórias que integram organicamente as garantias do SUAS e são prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública.” (BRASIL, 2011, p. 2); e o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), que “consiste na oferta de ações e serviços socioassistenciais de prestação continuada, nos CRAS, por meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social” (BRASIL, 2011, p. 3).

Campo Grande conta atualmente com 21 CRAS, sendo que quatro deles foram acessados à época pelos moradores das ocupações. Levando em consideração que cada CRAS é responsável por referenciar até cinco mil famílias<sup>5</sup> e o município contar atualmente com 191.007 famílias cadastradas no CADÚNICO<sup>6</sup>, o município possui em déficit destes equipamentos para referenciar sua população e garantir uma melhor qualidade e maior eficiência no acesso das pessoas em vulnerabilidade socioeconômica e na garantia de direitos.

Em relação a estrutura da APS no município, em dezembro de 2020 dispunha de 163 equipes de Saúde da Família vinculadas a uma Equipe da Estratégia Saúde da Família, doze equipes na Atenção Básica Tradicional - (ESF equivalentes - equipes com carga horária de cirurgião dentistas a partir de 40 horas) e uma equipe em função da adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) - (ESF parametrizadas), com estimativa de seiscentas mil pessoas da população coberta pelas equipes de Saúde da Família na Atenção Básica e 562.350 pessoas, desse total, cobertas por equipes de Saúde vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> Lei Orgânica da Assistência Social sancionada através da Lei Federal Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

<sup>5</sup> De acordo com a Nota Técnica nº 27/2015/DGSUAS/SNAS/MDS.

<sup>6</sup> Relatório de Informação do Cadastro único do MDS. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral/index.php>

<sup>7</sup> Conforme relatório do Painel de Indicadores da Atenção Primária à Saúde, disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>. Acesso em: 19 jul. 2023.

Segundo Starfield (2002), a APS é caracterizada por quatro atributos essenciais: o acesso de primeiro contato, a integralidade, a coordenação dos cuidados e a orientação comunitária. O acesso de primeiro contato refere-se à capacidade do sistema de saúde em oferecer atendimento inicial às pessoas, sendo a porta de entrada para os cuidados. A integralidade envolve a abordagem holística do indivíduo, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais de sua saúde. A coordenação dos cuidados é responsável por articular os diferentes serviços de saúde, garantindo uma assistência contínua e integrada. Já a orientação comunitária busca promover a participação da comunidade na gestão da saúde e no planejamento das políticas públicas.

A APS desempenha um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças e no tratamento adequado das condições de saúde. Ela visa oferecer cuidados acessíveis, efetivos e centrados nas necessidades das pessoas, levando em consideração fatores como idade, gênero, cultura e contexto social. Além disso, a APS contribui para reduzir as desigualdades em saúde, garantindo que todos tenham acesso igualitário aos serviços necessários (STARFIELD, 2002).

Investir na APS é fundamental para fortalecer os sistemas de saúde, tornando-os mais eficientes, sustentáveis e capazes de responder às demandas da população. Ao seguir os princípios da APS, é possível alcançar melhores resultados em saúde, proporcionando uma maior qualidade de vida e bem-estar para todos. O acesso da população em vulnerabilidade é um tema que tem demandado muita atenção na área da saúde. Segundo Oliveira e Pereira (2013), a Atenção Primária com enfoque na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é primordial para garantir o acesso equitativo e integral aos serviços de saúde, promovendo a inclusão social e reduzir as desigualdades.

A compreensão do acesso à saúde vai além da mera disponibilidade de serviços. Segundo Travassos e Martins (2004), uma das características de acesso é a aceitabilidade, que se refere à adequação cultural e social dos serviços, ponderando as necessidades e expectativas dos usuários. Já a acessibilidade geográfica subentende-se da proximidade física dos serviços em relação à população, o que se pode considerar também sobre os aspectos como transporte e infraestrutura. Além disso, outro acesso está relacionado com a oportunidade, que diz respeito ao tempo de espera para receber o atendimento, garantindo que o acesso seja de maneira oportuna e que não haja demora demasiada.

Por fim, uma outra característica é a utilização efetiva, que é a capacidade dos indivíduos de efetivamente utilizar os serviços disponíveis, considerando fatores como recursos financeiros, a acessibilidade geográfica, a oportunidade e a utilização efetiva dos serviços. Tais abordagens se somam sobremaneira para uma análise abrangente do acesso à saúde, possibilitando refletir e identificar para a abordagem das barreiras que podem impactar negativamente o acesso da população em vulnerabilidade (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Pessoas em situação de vulnerabilidade enfrentam diversos desafios no acesso aos serviços de saúde, como falta de recursos financeiros, falta de informação e barreiras geográficas. Para promover a equidade, é necessário implementar políticas que ofereçam atendimento acessível e de qualidade, além de programas de educação em saúde e ações para reduzir as desigualdades sociais. Garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde é essencial para promover a justiça social e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Pessoas em vulnerabilidade são especialmente afetadas pela falta de acesso aos serviços de saúde e a implementação de políticas públicas podem garantir o acesso equitativo a esses serviços (STARFIELD, 2002).

Diante das evidentes barreiras físicas que compõe o cenário destas áreas, também marginalizadas, o estudo buscou caracterizar o tipo de acesso dessas populações que vivem nas regiões conhecidas como Núcleos Urbanos Informais à rede de saúde, identificando o acesso à APS e sua frequência. E para melhor compreensão deste contexto, é necessário elucubrar sobre os determinantes sociais da saúde presentes, o perfil social dos usuários da APS do município, identificar geograficamente a localização dos NUI e a abrangência disponível do município quanto da cobertura das equipes de ESF.

Neste cenário, como uma Estratégia de Saúde da Família pode contribuir na minimização dos agravos em saúde, especificamente para esta população? A indisponibilidade de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) e de demais políticas públicas corroboram para o surgimento de Núcleos Urbanos Informais e a permanência das pessoas nestes locais irregulares para habitação e na multiplicação destes?

A caracterização do acesso das populações que vivem em locais comumente denominados de “favelas”, poderá auxiliar na identificação dos fatores que contribuem na dinâmica entre o acesso dos usuários e a disponibilidade dos serviços ofertados pela RAS, sobretudo, da APS. Conseqüentemente, ajudar nessa compreensão para

a possibilidade de proposição de ações preventivas de âmbito público municipal com efeito em análises preditivas para a redução de agravos em saúde entre pessoas e famílias que convivem em moradias irregulares e em condições de risco e vulnerabilidade social.

A possibilidade de compreender a oferta de serviços públicos em saúde dessas áreas é fundamental, pois pode contribuir no planejamento e gestão de políticas públicas para a região para que se possa equalizar os tipos e oferta dos serviços públicos existentes e para contribuir com a diminuição dos agravos sociais e de saúde evitando-se a permanência e surgimento de novas favelas e similares na região, diminuindo os riscos sociais e de saúde provindos destes tipos de moradias.

Portanto, este estudo pretende caracterizar o acesso aos serviços de APS de pessoas nestas regiões, podendo evidenciar o panorama dos serviços disponíveis, a abrangência destes no território e o mapeamento da localização das favelas no município, baseado em estudo transversal e observacional em dados secundários, pretendendo contribuir para a construção, revisão e aperfeiçoamento de políticas voltadas à população em maior vulnerabilidade e risco social, podendo assim, auxiliar no direcionamento de ações e de oferta de serviços de saúde, buscando amenizar a incidência de violação de direitos e de desigualdades com o fortalecimento das RAS e da APS.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

No perímetro urbano da cidade de Campo Grande, no censo demográfico de 2010, o IBGE identificou 774.202 habitantes, representando 98,66% da população do município (IBGE a, 2010), com uma taxa de concentração de 30% da população do Estado (CAMPO GRANDE c, 2018), vendo também sua população total multiplicar em 5,6 vezes, entre as décadas de 1970 a 2010, trazendo consigo o aumento da ocupação do território e questões de ordem socioeconômicas a serem pensadas, refletidas diretamente na qualidade de vida destas pessoas e dos fatores de acesso das ofertas dos serviços públicos essenciais (CAMPO GRANDE , 2020), sobretudo ainda, do agravamento destas condições para as populações em risco e de vulnerabilidade social advindas principalmente de moradias em locais irregulares, muitas vezes insalubres e ocasionadas por violação de acesso de posse de área pública ou privada, denominadas de Núcleos Urbanos Informais – NUI, popularmente conhecidas como favelas, guetos, comunidades, etc.

A Lei Federal nº 13.465 (BRASIL, 2017), que dispõe, dentre outras providências, sobre a regularização fundiária rural e urbana, altera também o conceito de *assentamento irregular*, até outrora conceituada pela Lei Federal nº 11.977 (BRASIL a, 2009), revogada pela novel legislação, que passa a utilizar a nomenclatura de *Núcleo Urbano Informal* e também a contemplar outras definições e acrescenta o termo de *Núcleo Urbano Informal Consolidado* para designar a área já estabelecida e de difícil retomada, conforme os incisos II e III do texto da Lei Federal 13.465 (BRASIL a, 2017) reproduzidos a seguir:

“II - Núcleo urbano informal: aquele clandestino, irregular ou no qual não foi possível realizar, por qualquer modo, a titulação de seus ocupantes, ainda que atendida a legislação vigente à época de sua implantação ou regularização;  
III - Núcleo urbano informal consolidado: aquele de difícil reversão, considerados o tempo da ocupação, a natureza das edificações, a localização das vias de circulação e a presença de equipamentos públicos, entre outras circunstâncias a serem avaliadas pelo Município;” (BRASIL a 2017, p. 5).

No Brasil, de acordo com os dados divulgados pelo IBGE, em razão do Censo Demográfico de 2010, foram relatados mais de 11,4 milhões de pessoas vivendo nestas áreas irregulares, representando cerca de 6% da população brasileira. Um mapeamento recente dos Aglomerados Subnormais (MINISTÉRIO DA ECONOMIA, 2020), referente ao ano de 2019, apresentados pelo IBGE (2020), antecipou as informações relativas ao censo demográfico de 2020, que fora adiado para 2022, para

o enfrentamento da pandemia do novo Coronavírus, *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (Sars-Cov-2)*. Nessa pesquisa aponta que os Aglomerados Subnormais são:

formas de ocupação irregular de terrenos de propriedade alheia (públicos ou privados) para fins de habitação em áreas urbanas e, em geral, caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas que apresentam restrições à ocupação. (MINISTÉRIO DA ECONOMIA a, 2020, p. 5).

Os AGSN também se caracterizam por ser constituído a partir de 51 unidades habitacionais, carentes muitas vezes de serviços públicos essenciais, ocupando áreas recentes de formas ilegais, desordenadas e densas em toda a extensão nacional (IBGE a, 2010). É observado no intervalo de 2010 a 2019 o aumento no surgimento de novos AGSN no Brasil, atingindo mais cidades e maior número de pessoas residindo nestas condições de risco.

Em 2010, o total de domicílios ocupados em aglomerados subnormais, segundo o IBGE, era de 3.224.529 pessoas, com uma taxa de concentração de 6%, distribuídos em 6.329 domicílios em 323 municípios; já em 2019, segundo o levantamento preliminar do mesmo órgão, o total de domicílios ocupados em aglomerados subnormais saltou para 5.127.747 domicílios, com taxa de concentração em 7,9%, distribuídos em 13.151 AGSN em 734 municípios.

Devemos ressaltar que Silva (2014), mostrou que existem, diante da literatura acerca da denominação destas áreas, autores que tecem críticas ao conceito de Aglomerados Subnormais empregado pelo IBGE, por esta ser restritiva em seu sistema de enquadramento das características para se referir aos locais comumente chamados de favelas e similares, ou seja, a partir de 51 moradias. Além disso, trata-se de um conceito limitador no campo prático, porém de confiável metodologia e de dados padronizados, trazendo rigorosidade científica (MARQUES et.al, 2009).

Neste sentido, o IBGE defende no Censo Demográfico de 2010, que o:

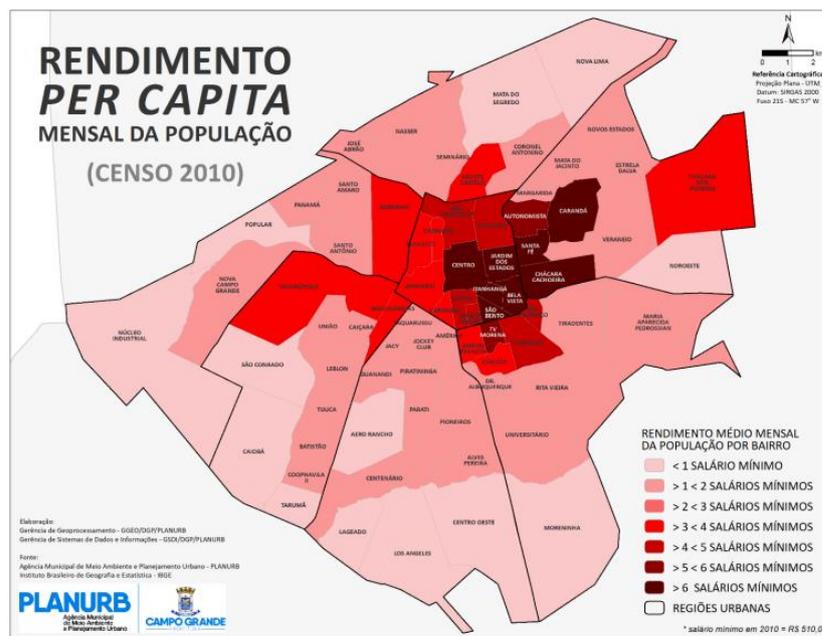
Aglomerado subnormal é um conjunto constituído de, no mínimo, 51 unidades habitacionais (barracos, casas, etc.) carentes, em sua maioria de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e/ou densa. A identificação dos aglomerados subnormais é feita com base nos seguintes critérios: a) Ocupação ilegal da terra, ou seja, construção em terrenos de propriedade alheia (pública ou particular) no momento atual ou em período recente (obtenção do título de propriedade do terreno há dez anos ou menos); e b) Possuir pelo menos uma das seguintes características: urbanização fora dos padrões vigentes - refletido por vias de circulação estreitas e de alinhamento irregular, lotes de tamanhos e formas desiguais e construções não regularizadas por órgãos públicos; ou precariedade de serviços públicos essenciais, tais quais energia

elétrica, coleta de lixo e redes de água e esgoto. Os aglomerados subnormais podem se enquadrar, observados os critérios de padrões de urbanização e/ou de precariedade de serviços públicos essenciais, nas seguintes categorias: invasão, loteamento irregular ou clandestino, e áreas invadidas e loteamentos irregulares e clandestinos regularizados em período recente (IBGE, 2010, p.18).

Para a cidade de Campo Grande/MS, o estudo apresenta 311.815 domicílios e 4.516 destes sendo de Aglomerados Subnormais<sup>8</sup> (RODRIGUES, 2020), espalhados em 38 AGSN, e considerando os NUI, somam uma média de 119 habitações por área ocupada. O município, acompanhando o cenário nacional, aumentou, segundo a pesquisa, o total de aglomerados subnormais e o total de domicílios instalados irregularmente nestas ocupações, demandando das políticas públicas voltadas às pessoas e famílias em vulnerabilidade social, o acompanhamento da proteção social, da atenção à saúde primária e da família e da garantia de direitos fundamentais existentes nestes territórios.

Nas regiões periféricas de Campo Grande, onde a renda *per capita* mensal da população se apresenta com índices inferiores aos da região central (figura 1), formas de ocupações irregulares ganham espaço neste contorno de baixa infraestrutura e carência de serviços públicos.

Figura 1 – Rendimento *per capita* mensal da população.



Fonte: PLANURB, 2022.

<sup>8</sup> Estimativa de domicílios ocupados realizada para a operação do censo demográfico 2020 para enfrentamento da pandemia por COVID-19.

Portanto, faz-se mister lançar o olhar de como o desenvolvimento das cidades vem afetando o território e como a dinâmica de ocupação destes vem se formando, principalmente pela população mais vulnerável e desassistidas do ponto de vista do direito à moradia e acesso aos serviços públicos, com destaque para área de saúde, por esta englobar uma gama especificamente ligada a “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consistindo apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Sendo assim, o estudo busca evidenciar a delimitação das áreas em Campo Grande/MS conhecidas como favelas, com o levantamento de dados das ofertas dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde dessas áreas para prover dados que possam contribuir no planejamento e gestão de políticas públicas para este público, pois, sabe-se que o Conceito Ampliado de Saúde, evocado na 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS de 1986, resulta da conjunção das mais diversas esferas que dão condições minimamente dignas para a sobrevivência humana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Portanto, é salutar o conhecimento da rede de oferta de serviços públicos em saúde, evidenciando o acesso à APS disponível e acessada por este público, as informações de risco e vulnerabilidade incidentes para estas famílias e indivíduos, a abrangência dos equipamentos públicos próximos, o volume das ofertas de serviços disponíveis e de demanda reprimida para suprir as principais demandas em serviços.

A APS, como a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, se refere ao primeiro estágio de acesso da cadeia de assistência à saúde com as pessoas, famílias e a comunidade e onde são ofertados dentro de seu próprio território do qual mantem suas relações sociais (OMS, 1978). Starfield (2002) diz que a saúde dos indivíduos e também da sociedade é gerida pela sua arrumação genética e transformada em maioria pelos ambientes social e físico, por hábitos culturais e da condição da atenção à saúde ofertada.

Sendo assim, as hipóteses do trabalho resvalam nas seguintes questões: Como uma Estratégia de Saúde da Família pode contribuir na minimização dos agravos em saúde? Como a ausência ou falta de acesso às políticas públicas e da Rede de Atenção à Saúde interferem na lógica de permanência e multiplicação de “favelas” em locais irregulares para habitação?

Essas indagações trazem a possibilidade da compreensão dos fatores de risco e vulnerabilidade decorrente desta população e quanto da omissão de seus

direitos à moradia e saúde pelo Estado, que estão contidos na Carta Magna de 1988, quanto aos direitos sociais dos cidadãos (BRASIL b, 1988).

Neste sentido, também se faz importante a reflexão acerca da amplitude e expansão das RAS, como forma de organização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), referendada por meio de discussões dos gestores do SUS, que foi institucionalizada por meio de publicações de Portarias e Decreto Presidencial que dispôs sobre a organização do SUS, de forma articulada e em regiões de saúde (BRASIL c, 2015).

Com isso, a Atenção Primária é entendida como o primeiro ponto de contato entre as pessoas e o sistema de saúde, onde são oferecidos cuidados básicos e preventivos, e as RAS, estratégias que visam articular e integrar diferentes serviços e profissionais de saúde em uma determinada região, visando garantir um cuidado contínuo e coordenado entre os diferentes níveis assistenciais (primário, secundário e terciário) e a garantia do acesso equitativo aos serviços de saúde. Ao integrar a APS com as RAS, é possível fortalecer o cuidado centrado no paciente, melhorar a eficiência do sistema de saúde e ampliar o acesso aos serviços necessários. Isso ocorre por meio da troca de informações entre os profissionais, da definição de protocolos e fluxos assistenciais, além da oferta de serviços especializados quando necessário. Ao unir esses dois elementos, busca-se promover um cuidado abrangente, eficiente e acessível para todos (MENDES, 2011).

Desta forma, se entende a importância da oferta e atuação das RAS e de sua capilaridade para que seu principal objetivo possa ser efetivo, que é: “prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica do País, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas” (BRASIL c, 2015, p. 8).

Ainda sobre os cuidados iniciais no sistema de saúde, temos como parâmetro a “Conferência de Alma-Ata, cuidados primários da Saúde” (INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 1978) que expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo.

Já na perspectiva da abordagem territorial, o IBGE (2010) apresentou os resultados do Levantamento de Informações Territoriais - LIT, realizado com o objetivo

de ampliar o conhecimento das características espaciais dos territórios. Ao disponibilizar informações diversas sobre padrões urbanísticos e condições de acessibilidade existentes nos aglomerados subnormais, podemos obter um panorama de suas características e principalmente de como as condições de acesso são geralmente precárias. Ruas não pavimentadas e infraestrutura inadequada dificultam o acesso a serviços essenciais como escolas, hospitais e transporte público. A falta de regularização fundiária também contribui para dificuldades no acesso a água potável, saneamento básico e energia elétrica (LOPES, 2006).

Esses desafios refletem a exclusão social que impactam, sobremaneira na qualidade de vida das comunidades. Além disso, no bojo da problematização do acesso à saúde, principalmente à população em maior vulnerabilidade socioeconômica, os determinantes de saúde trazem uma importante visão sobre os fatores influentes das condições de saúde das populações e pessoas, sendo de destaque os que geram a estratificação social (CARVALHO, 2013).

Os determinantes da saúde englobam aspectos sociais, econômicos, comportamentais e biológicos e impactam diretamente na saúde de uma população. No aspecto social e econômico, elementos como renda, educação, emprego e moradia desempenham um papel crucial na saúde das pessoas. A desigualdade social e a falta de acesso a recursos básicos, podem afetar negativamente a saúde da população, e estes determinantes da saúde estão interconectados e, podendo, portanto, um baixo nível socioeconômico limitar o acesso a alimentos saudáveis e serviços de saúde adequados (MARMOT; WIKINSON, 2006).

Para melhorar a saúde da população, é necessário abordar esses determinantes de maneira abrangente. Isso envolve implementação de políticas públicas que promovam igualdade social, acesso de qualidade aos serviços básicos de saúde e etc. Os fatores econômicos também são cruciais, pois a renda afeta a capacidade das pessoas de obter moradia adequada e acesso aos cuidados de saúde.

As políticas públicas têm um impacto significativo na saúde, com medidas que promovem igualdade social, acesso universal à saúde e proteção ambiental, pois o ambiente físico também desempenha um papel essencial, com a qualidade do ar, da água e das condições de habitação afetando diretamente a saúde das pessoas (RAPHAEL; BRYANT, 2008).

Para que a abordagem dos determinantes da saúde seja feita de maneira eficaz, é necessária uma abordagem colaborativa entre todos os setores, governamental e privado, organizações da sociedade civil e comunidades, além de ações que visem melhorar a educação, renda, acesso aos serviços de saúde e ambiente saudável para a promoção da saúde e redução das desigualdades.

Também é imperioso destacar a necessidade do fortalecimento e a expansão da Estratégia da Saúde da Família para fortalecer a APS, pois ao ampliar essa abordagem, busca-se garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde e promover a prevenção e o tratamento abrangente e com as equipes multidisciplinares se possibilita melhorar a promoção da saúde, prevenir doenças e gerenciar condições crônicas. Portanto, ao expandir a Estratégia da Saúde da Família, estamos contribuindo para um sistema de saúde mais eficiente e centrado nas necessidades das pessoas (MENDES, 2011).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Caracterizar o acesso dos serviços de APS de pessoas moradoras em Núcleos Urbanos Informais com perfil análogo às favelas na Região Urbana de Campo Grande/MS, com cadastro social na Agência Municipal de Habitação e Assuntos Fundiários (AMHASF).

#### **3.2 Objetivos específicos**

Para o alcance do objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos a serem contemplados:

- a) identificar quais são os núcleos urbanos informais com características de favelas, objetos deste estudo, e a frequência da população desses à APS;
- b) descrever os determinantes de saúde e o perfil econômico desta população que acessam o serviço de APS;
- c) identificar os equipamentos em saúde acessados por estas populações na rede de saúde durante o período.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo, período e local da pesquisa**

Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva e observacional de delineamento transversal, a partir de dados secundários do período de 2019 a 2021 da área urbana do município de Campo Grande/MS, seguindo as diretrizes de STROBE<sup>9</sup>.

### **4.2 Amostra e coleta dos dados**

As amostras iniciais foram obtidas por intermédio de banco de dados do Cadastro Social da Divisão de Regularização Fundiária e Rural da AMHASF, de pessoas inseridas para a possibilidade de regularização fundiária ou para inclusão em lista de espera em programas de moradia social e que vivem em Núcleos Urbanos Informais análogos a favelas, fato determinante do tamanho amostral. Posteriormente, os dados foram conjugados com os demais serviços de saúde e de assistência social, obtidos mediante ao Serviço de Informações ao Cidadão (SIC) da Controladoria Geral do Município (CGM) e da Secretaria Municipal de Assistência Social (SAS). Foram utilizados ainda os dados abertos do e-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde e do Relatório de Informações Sociais (RI) do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).

### **4.3 Organização e análise dos dados**

Após a identificação de todas as variáveis, extraídas dos bancos de dados habitacionais, SIC e de assistência social, foram definidos os classificadores que serão comparados através de indicadores para as variáveis de renda e de quantidade geral de acessos, da fonte do SIC. As amostras então são cruzadas entre si, a fim de caracterizar o acesso dos atendimentos realizados sobre o tipo e volume dos serviços da APS.

---

<sup>9</sup> A ferramenta STROBE (Strengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) é um esforço global e cooperativo de especialistas de áreas diversas envolvidos na realização e divulgação de estudos observacionais. Disponível em: <https://www.strobe-statement.org/>

Este estudo contou com as amostras de três políticas públicas diferentes e relacionadas concomitantemente, e conforme uma análise crítica dos resultados, os vieses tendem a serem mitigados.

Os dados obtidos dos bancos de dados foram armazenados e organizados no software Microsoft® Excel® 2016 MSO, para a inserção dos componentes para cada seção de tipo de informação coletada e usado a plataforma de software IBM® SPSS® Statistics, para comparação entre grupos e análises estatísticas descritivas. Para os dados faltantes, se relacionam como não registrados ou nulos para análises da variável de acesso, no entanto, quando a renda é a variável e inexistente o dado, no total pode compor como médias gerais, uma vez que não foram especificados no banco de dados original a diferenciação para este grupo se a falta de informação é omissão ou não haver a renda.

Com as informações dos nomes e localização dos NUI, foi elaborado um mapeamento visual com a geolocalização das favelas do município identificadas, dos equipamentos de saúde e de assistência social acessadas nas regiões urbanas, com o auxílio da Plataforma Google Maps e do software Microsoft® Excel® 2016 MSO.

#### **4.4 Aspectos éticos**

O levantamento dos dados coletados incidiu numa busca nas bases de dados governamentais que exigiram coletas qualificadas nas referidas fontes, com autorização dos responsáveis detentores das informações (Anexo A, Anexo B e Anexo C). Em especial, referente aos dados da saúde, foi necessário intermédio do SIC via CGM em requerimento respondido através do protocolo SIC202397 (Anexo E).

Tais banco de dados foram manipulados com total preservação do sigilo de informações pessoais e somente para a finalidade deste estudo, conforme o Termo de Compromisso (Apêndice A).

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, sob o protocolo 5.167.138 e CAAE 52436021.5.0000.0021 (Anexo D).

## 5 RESULTADOS

A variável de Favela, conforme demonstrado na tabela 1, é comparada mediante os indicadores analisados entre as variáveis de Renda e a Quantidade de acessos.

Tabela 1 – Indicadores de renda e quantidade de acessos pela variável de Favela.

| Indicadores   |                      | Renda (R\$)  | Quantidade de acessos |
|---------------|----------------------|--------------|-----------------------|
| Favela        |                      |              |                       |
| ÁGUA FUNDA    | Média                | 1052         | 9,0                   |
|               | Número               | 113          | 1007                  |
|               | Desvio Padrão        | 467,9        | 10,6                  |
| ALFAVELA      | Média                | 818          | 19,50                 |
|               | Número               | 51           | 1168                  |
|               | Desvio Padrão        | 359,4        | 22,6                  |
| SÓ POR DEUS   | Média                | -            | 8,9                   |
|               | Número               | -            | 329                   |
|               | Desvio Padrão        | -            | 10,6                  |
| AGUADINHA     | Média                | 911          | 11,4                  |
|               | Número               | 44           | 993                   |
|               | Desvio Padrão        | 449,2        | 10,4                  |
| MANDELA       | Média                | 896          | 8,8                   |
|               | Número               | 29           | 290                   |
|               | Desvio Padrão        | 394,0        | 7,8                   |
| PORTELINHA II | Média                | 722          | 8,3                   |
|               | Número               | 13           | 91                    |
|               | Desvio Padrão        | 417,1        | 7,7                   |
| <b>Total</b>  | <b>Média</b>         | <b>879,8</b> | <b>11,4</b>           |
|               | <b>Número</b>        | <b>250</b>   | <b>3878</b>           |
|               | <b>Desvio Padrão</b> | <b>444,0</b> | <b>13,7</b>           |

Fonte: Elaboração Própria, 2023.

Na tabela 2 estão representados os dados da variável de Bairro com os indicadores das variáveis de Renda e de Quantidade de acessos, em comparação entre estas.

Tabela 2 – Indicadores de renda e quantidade de acessos pela variável de Bairro.

| Indicadores |               | Renda (R\$) | Quantidade de acessos |
|-------------|---------------|-------------|-----------------------|
| Bairro      |               |             |                       |
| NOROESTE    | Média         | 1011,5      | 10,1                  |
|             | Número        | 157         | 2000                  |
|             | Desvio Padrão | 465,6       | 10,6                  |
| CAIOBÁ      | Média         | 818,2       | 19,5                  |
|             | Número        | 51          | 1168                  |

| Bairro       | Indicadores          | Renda (R\$)  | Quantidade de acessos |
|--------------|----------------------|--------------|-----------------------|
| CENTRO OESTE | Desvio Padrão        | 359,4        | 22,6                  |
|              | Média                | -            | 8,9                   |
|              | Número               | -            | 329                   |
| CEL ANTONINO | Desvio Padrão        | -            | 10,6                  |
|              | Média                | 836,3        | 8,7                   |
|              | Número               | 42           | 381                   |
|              | Desvio Padrão        | 405,1        | 7,7                   |
| <b>Total</b> | <b>Média</b>         | <b>944,0</b> | <b>11,4</b>           |
|              | <b>Número</b>        | <b>250</b>   | <b>3878</b>           |
|              | <b>Desvio Padrão</b> | <b>444,0</b> | <b>13,7</b>           |

Fonte: Elaboração Própria, 2023.

A tabela 3 dispõe das duas mesmas variáveis anteriores, de Renda e de Quantidade de acesso dos serviços de saúde, tendo como referencial de comparação os CRAS que a amostra coletada da população pesquisada foi atendida.

Tabela 3 – Indicadores para CRAS buscado pelas variáveis de renda e quantidade de acessos.

| Bairro         | Indicadores          | Renda        | Quantidade de acessos |
|----------------|----------------------|--------------|-----------------------|
| Estrela Dalva  | Média                | 1011,5       | 10,1                  |
|                | Número               | 157          | 2000                  |
|                | Desvio Padrão        | 465,6        | 10,6                  |
| Vila Gaúcha    | Média                | 818,2        | 19,5                  |
|                | Número               | 51           | 1168                  |
|                | Desvio Padrão        | 359,4        | 22,6                  |
| Canguru        | Média                | -            | 8,9                   |
|                | Número               | -            | 329                   |
|                | Desvio Padrão        | -            | 10,6                  |
| Estrela do Sul | Média                | 836,3        | 8,7                   |
|                | Número               | 42           | 381                   |
|                | Desvio Padrão        | 405,1        | 7,7                   |
| <b>Total</b>   | <b>Média</b>         | <b>944,0</b> | <b>11,40</b>          |
|                | <b>Número</b>        | <b>250</b>   | <b>3878</b>           |
|                | <b>Desvio Padrão</b> | <b>444,0</b> | <b>13,70</b>          |

Fonte: Elaboração Própria, 2023.

Na tabela 4, são demonstrados os dados dos indicadores de possui renda, que são confrontados com os dados das variáveis de Renda e de Quantidade de acessos.

Tabela 4 – Indicadores de Possui Renda pelas variáveis de renda e quantidade de acessos.

|                     | Indicadores          | Renda         | Quantidade de acessos |
|---------------------|----------------------|---------------|-----------------------|
| <b>Possui renda</b> |                      |               |                       |
| NÃO                 | Média                | ,0000         | 12,17                 |
|                     | Número               | 259           | 1851                  |
|                     | Desvio Padrão        | ,00000        | 12,11                 |
| SIM                 | Média                | 940,10        | 10,78                 |
|                     | Número               | 240           | 2027                  |
|                     | Desvio Padrão        | 447,20614     | 14,84                 |
| <b>Total</b>        | <b>Média</b>         | <b>452,15</b> | <b>11,40</b>          |
|                     | <b>Número</b>        | <b>499</b>    | <b>3878</b>           |
|                     | <b>Desvio Padrão</b> | <b>563,07</b> | <b>13,69</b>          |

Fonte: Elaboração Própria, 2023.

Para descrever a situação dos casos da variável do CadÚnico, pelas variáveis de Renda e de Quantidade de acessos, se demonstram os eventos entre essa comparação na tabela 5.

Tabela 5 – Indicadores de renda e quantidade acessada pela variável de CadÚnico.

|                 | Indicadores          | Renda            | Quantidade de acessos |
|-----------------|----------------------|------------------|-----------------------|
| <b>CadÚNICO</b> |                      |                  |                       |
| Não possui      | Média                | 703,2194         | 8,10                  |
|                 | Número               | 155              | 1020                  |
|                 | Desvio Padrão        | 642,99351        | 9,68                  |
| Possui          | Média                | 400,5546         | 14,12                 |
|                 | Número               | 238              | 2669                  |
|                 | Desvio Padrão        | 502,76069        | 15,75                 |
| Sem informação  | Média                | 200,8774         | 7,56                  |
|                 | Número               | 106              | 189                   |
|                 | Desvio Padrão        | 404,95050        | 9,29                  |
| <b>Total</b>    | <b>Média</b>         | <b>452,1523</b>  | <b>11,40</b>          |
|                 | <b>Número</b>        | <b>499</b>       | <b>3878</b>           |
|                 | <b>Desvio Padrão</b> | <b>563,07232</b> | <b>13,70</b>          |

Fonte: Elaboração Própria, 2023.

A tabela 6 explora os indicadores de Renda e Quantidade de acessos em serviços da saúde pela variável de Serviços Socioassistenciais que foram acessados pela população pesquisada.

Tabela 6 – Indicadores de renda e quantidade acessada pela variável de Serviços socioassistenciais.

| Indicadores                        |                      | Renda         | Quantidade de acessos |
|------------------------------------|----------------------|---------------|-----------------------|
| <b>Serviços Socioassistenciais</b> |                      |               |                       |
| Sem atendimento                    | Média                | 391,13        | 11,25                 |
|                                    | Número               | 181           | 1575                  |
|                                    | Desvio Padrão        | 508,95        | 12,87                 |
| Benefício eventual                 | Média                | 686,75        | 22,25                 |
|                                    | Número               | 4             | 89                    |
|                                    | Desvio Padrão        | 547,63        | 22,21                 |
| PAIF                               | Média                | 294,20        | 14,50                 |
|                                    | Número               | 5             | 58                    |
|                                    | Desvio Padrão        | 414,26        | 4,80                  |
| Atendimento individualizado        | Média                | 200,00        | 22,50                 |
|                                    | Número               | 3             | 45                    |
|                                    | Desvio Padrão        | 346,41        | 27,57                 |
| Mais de 1 atendimento              | Média                | 438,2         | 23,12                 |
|                                    | Número               | 45            | 902                   |
|                                    | Desvio Padrão        | 497,00        | 20,88                 |
| Sem registro                       | Média                | 499,20        | 8,0                   |
|                                    | Número               | 261           | 1209                  |
|                                    | Desvio Padrão        | 610,08        | 9,59                  |
| <b>Total</b>                       | <b>Média</b>         | <b>452,15</b> | <b>11,40</b>          |
|                                    | <b>Número</b>        | <b>499</b>    | <b>3878</b>           |
|                                    | <b>Desvio Padrão</b> | <b>563,07</b> | <b>13,69</b>          |

Fonte: Elaboração Própria, 2023.

Também foi verificado os dados da variável de Equipamentos com as medidas das variáveis de Renda e de quantidade de acessos em serviços da saúde, conforme disposto na tabela 7.

Tabela 7 – Variáveis de renda e quantidade acessada pela variável de Equipamento de saúde acessado.

| Indicadores         |               | Renda   | Quantidade de acessos |
|---------------------|---------------|---------|-----------------------|
| <b>Equipamentos</b> |               |         |                       |
| USF Noroeste        | Média         | 584,73  | 10,09                 |
|                     | Número        | 175     | 1766                  |
|                     | Desvio Padrão | 611,30  | 10,32                 |
| USF Batistão        | Média         | 833,33  | 4,33                  |
|                     | Número        | 3       | 13                    |
|                     | Desvio Padrão | 450,92  | 4,041                 |
| USF Cristo Redentor | Média         | 1100,00 | 31,00                 |
|                     | Número        | 1       | 31                    |
|                     | Desvio Padrão | -       | .                     |

|                                   | <b>Indicadores</b> | <b>Renda</b> | <b>Quantidade de acessos</b> |
|-----------------------------------|--------------------|--------------|------------------------------|
| <b>Equipamentos</b>               |                    |              |                              |
| USF Arnaldo Estevão de Figueiredo | Média              | 1170,16      | 4,83                         |
|                                   | Número             | 6            | 29                           |
|                                   | Desvio Padrão      | 707,74       | 5,345                        |
| USF Tiradentes                    | Média              | 1433,33      | 1,66                         |
|                                   | Número             | 3            | 5                            |
|                                   | Desvio Padrão      | 493,28       | 1,154                        |
| USF Aero Itália                   | Média              | 550,00       | 26,50                        |
|                                   | Número             | 2            | 53                           |
|                                   | Desvio Padrão      | 777,81       | 21,92                        |
| USF Caiobá                        | Média              | 519,04       | 21,19                        |
|                                   | Número             | 21           | 445                          |
|                                   | Desvio Padrão      | 539,09       | 28,80                        |
| Cent Penal Gameleira              | Média              | 950,00       | 1,50                         |
|                                   | Número             | 2            | 3                            |
|                                   | Desvio Padrão      | 494,97       | 2,121                        |
| USF Paulo Coelho Machado          | Média              | 1600,00      | 15,00                        |
|                                   | Número             | 2            | 30                           |
|                                   | Desvio Padrão      | 707,10       | 7,071                        |
| USF Mário Covas                   | Média              | 37,50        | 13,53                        |
|                                   | Número             | 32           | 433                          |
|                                   | Desvio Padrão      | 179,15       | 15,23                        |
| USF Vila Fernanda                 | Média              | 611,11       | 4,89                         |
|                                   | Número             | 9            | 44                           |
|                                   | Desvio Padrão      | 391,93       | 4,014                        |
| USF Santa Emília                  | Média              | 451,28       | 22,23                        |
|                                   | Número             | 21           | 467                          |
|                                   | Desvio Padrão      | 508,38       | 20,29                        |
| USF Jd. Tarumã                    | Média              | 750,00       | 19,0                         |
|                                   | Número             | 2            | 38                           |
|                                   | Desvio Padrão      | 1060,66      | 7,07                         |
| USF Alves Pereira                 | Média              | 100,00       | 4,0                          |
|                                   | Número             | 3            | 12                           |
|                                   | Desvio Padrão      | 173,20       | 6,08                         |
| USF São Conrado                   | Média              | ,0000        | 32,0                         |
|                                   | Número             | 1            | 32                           |
|                                   | Desvio Padrão      | -            | -                            |
| USF Aero Rancho IV                | Média              | ,0000        | 4,00                         |
|                                   | Número             | 1            | 4                            |
|                                   | Desvio Padrão      | -            | -                            |
| USF Universitário                 | Média              | ,0000        | 4,00                         |
|                                   | Número             | 1            | 4                            |
|                                   | Desvio Padrão      | -            | -                            |
| USF Cidade Morena                 | Média              | ,0000        | 6,00                         |
|                                   | Número             | 1            | 6                            |
|                                   | Desvio Padrão      | -            | -                            |
| USF Vila Carvalho                 | Média              | ,0000        | 3,00                         |
|                                   | Número             | 1            | 3                            |
|                                   | Desvio Padrão      | -            | -                            |

|                      | <b>Indicadores</b> | <b>Renda</b> | <b>Quantidade de acessos</b> |
|----------------------|--------------------|--------------|------------------------------|
| <b>Equipamentos</b>  |                    |              |                              |
| CEDIP SAE            | Média              | 332,66       | 8,00                         |
|                      | Número             | 3            | 24                           |
|                      | Desvio Padrão      | 576,19       | ,000                         |
| USF Jd. Macaúbas     | Média              | ,0000        | 5,00                         |
|                      | Número             | 2            | 10                           |
|                      | Desvio Padrão      | ,00000       | 2,828                        |
| UBS Guanandi         | Média              | ,0000        | 8,50                         |
|                      | Número             | 2            | 17                           |
|                      | Desvio Padrão      | ,00000       | 12,021                       |
| USF Iracy Coelho     | Média              | ,0000        | 7,00                         |
|                      | Número             | 1            | 7                            |
|                      | Desvio Padrão      | -            | -                            |
| USF Nova Bahia       | Média              | 300,00       | 9,5                          |
|                      | Número             | 1            | 19                           |
|                      | Desvio Padrão      | 424,26       | 9,19                         |
| USF Estrela do Sul   | Média              | 591,92       | 5,61                         |
|                      | Número             | 13           | 73                           |
|                      | Desvio Padrão      | 583,41       | 6,66                         |
| USF Moreninhas III   | Média              | ,0000        | ,00                          |
|                      | Número             | 1            | 0                            |
|                      | Desvio Padrão      | -            | -                            |
| USF Vida Nova        | Média              | 851,66       | 7,67                         |
|                      | Número             | 3            | 23                           |
|                      | Desvio Padrão      | 437,95928    | 3,215                        |
| UBSF Nova Lima       | Média              | 13,66        | 9,0                          |
|                      | Número             | 3            | 27                           |
|                      | Desvio Padrão      | 23,67        | 5,56                         |
| USF Jd. Presidente   | Média              | 514,37       | 13,38                        |
|                      | Número             | 16           | 214                          |
|                      | Desvio Padrão      | 479,15       | 11,633                       |
| USF Indubrasil       | Média              | 998,00       | 8,00                         |
|                      | Número             | 1            | 8                            |
|                      | Desvio Padrão      | -            | -                            |
| UBS Coronel Antonino | Média              | 998,00       | 4,00                         |
|                      | Número             | 1            | 4                            |
|                      | Desvio Padrão      | -            | -                            |
| Mód. de Saúde AGEPEN | Média              | 1200,00      | 1,00                         |
|                      | Número             | 1            | 1                            |
|                      | Desvio Padrão      | -            | -                            |
| USF Jd. Paradiso     | Média              | 800,00       | 16,00                        |
|                      | Número             | 1            | 16                           |
|                      | Desvio Padrão      | -            | -                            |
| USF Mata do Jacinto  | Média              | 400,00       | 2,00                         |
|                      | Número             | 1            | 2                            |
|                      | Desvio Padrão      | -            | -                            |
| USF Estrela Dalva    | Média              | 400,00       | 6,00                         |
|                      | Número             | 1            | 6                            |
|                      | Desvio Padrão      | -            | -                            |

|                     |                      | Indicadores | Renda         | Quantidade de acessos |
|---------------------|----------------------|-------------|---------------|-----------------------|
| <b>Equipamentos</b> |                      |             |               |                       |
| USF Santa Carmélia  | Média                |             | 1100,00       | 9,00                  |
|                     | Número               |             | 1             | 9                     |
|                     | Desvio Padrão        |             | -             | -                     |
| Sem registro        | Média                |             | 297,37        | 99,00                 |
|                     | Número               |             | 159           | 159                   |
|                     | Desvio Padrão        |             | 479,43        | ,000                  |
| <b>Total</b>        | <b>Média</b>         |             | <b>452,15</b> | <b>11,40</b>          |
|                     | <b>Número</b>        |             | <b>499</b>    | <b>3878</b>           |
|                     | <b>Desvio Padrão</b> |             | <b>563,07</b> | <b>13,69</b>          |

Fonte: Elaboração Própria, 2023.

Na tabela 8 são demonstrados os dados de indicadores da variável de Serviço em APS registrados em comparação às variáveis de Renda e de quantidade de acessos.

Tabela 8 – Indicadores de renda e quantidade acessada pela variável de tipos de serviço em saúde.

|                       |                      | Indicadores | Renda         | Quantidade de acessos |
|-----------------------|----------------------|-------------|---------------|-----------------------|
| <b>Serviço de APS</b> |                      |             |               |                       |
| Sem registro          | Média                |             | 297,37        | -                     |
|                       | Número               |             | 159           | -                     |
|                       | Desvio Padrão        |             | 479,43        | -                     |
| Acessou               | Média                |             | 524,53        | 11,41                 |
|                       | Número               |             | 340           | 3878                  |
|                       | Desvio Padrão        |             | 584,92        | 13,69                 |
| <b>Total</b>          | <b>Média</b>         |             | <b>452,15</b> | <b>11,41</b>          |
|                       | <b>Número</b>        |             | <b>499</b>    | <b>3878</b>           |
|                       | <b>Desvio Padrão</b> |             | <b>563,07</b> | <b>13,69</b>          |

Fonte: Elaboração Própria, 2023.

E por fim, na tabela 9, se demonstra os indicadores das variáveis de Renda e quantidade de acessos para nos serviços de saúde para a variável de atendimento em Saúde da Família.

Tabela 9 – Indicadores de renda e quantidade acessada pela variável de Atendimento em Saúde da Família.

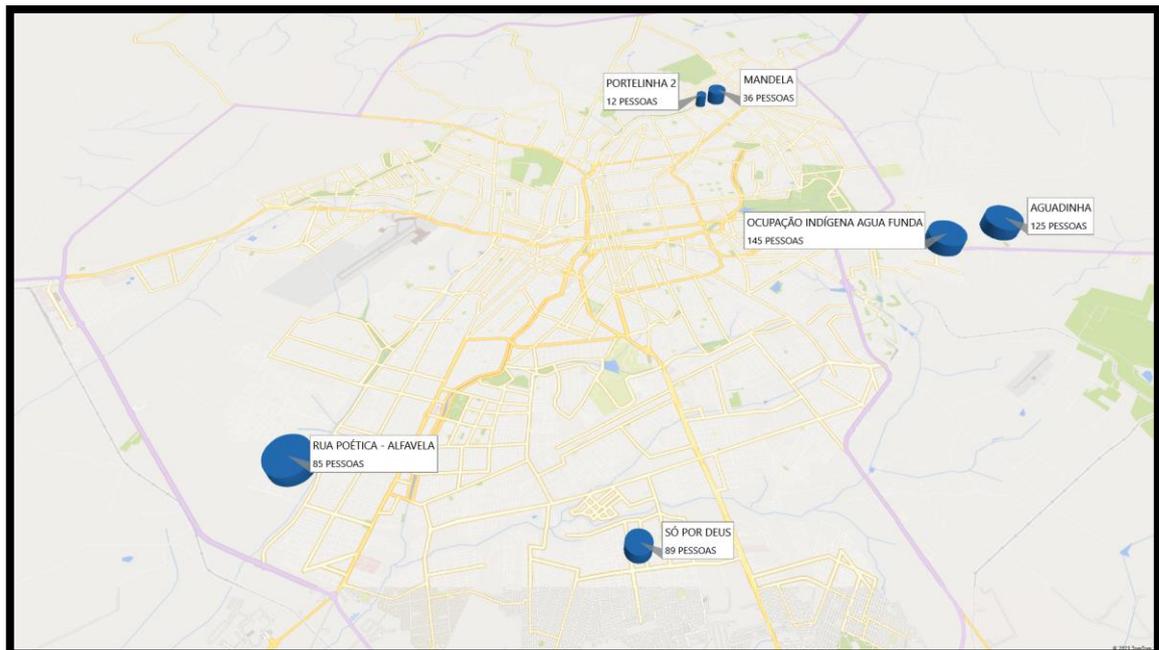
|                                   |        | Indicadores | Renda   | Quantidade de acessos |
|-----------------------------------|--------|-------------|---------|-----------------------|
| <b>Atend. em Saúde da Família</b> |        |             |         |                       |
| Sem registro                      | Média  |             | 297,377 | -                     |
|                                   | Número |             | 159     | -                     |

|                                   | Indicadores          | Renda          | Quantidade de acessos |
|-----------------------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| <b>Atend. em Saúde da Família</b> |                      |                |                       |
| Acessou                           | Desvio Padrão        | 479,430        | -                     |
|                                   | Média                | 524,532        | 11,41                 |
|                                   | Número               | 340            | 340                   |
|                                   | Desvio Padrão        | 584,92411      | 13,693                |
| <b>Total</b>                      | <b>Média</b>         | <b>452,152</b> | <b>11,41</b>          |
|                                   | <b>Número</b>        | <b>499</b>     | <b>3878</b>           |
|                                   | <b>Desvio Padrão</b> | <b>563,072</b> | <b>13,692</b>         |

Fonte: Elaboração Própria, 2023.

Sobre a localização das moradias em situação de favela, conforme disposto na figura 2, verificam a somatória de pessoas relacionadas no cadastro social da AMHASF e distribuídas em 4 áreas na zona urbana de Campo Grande.

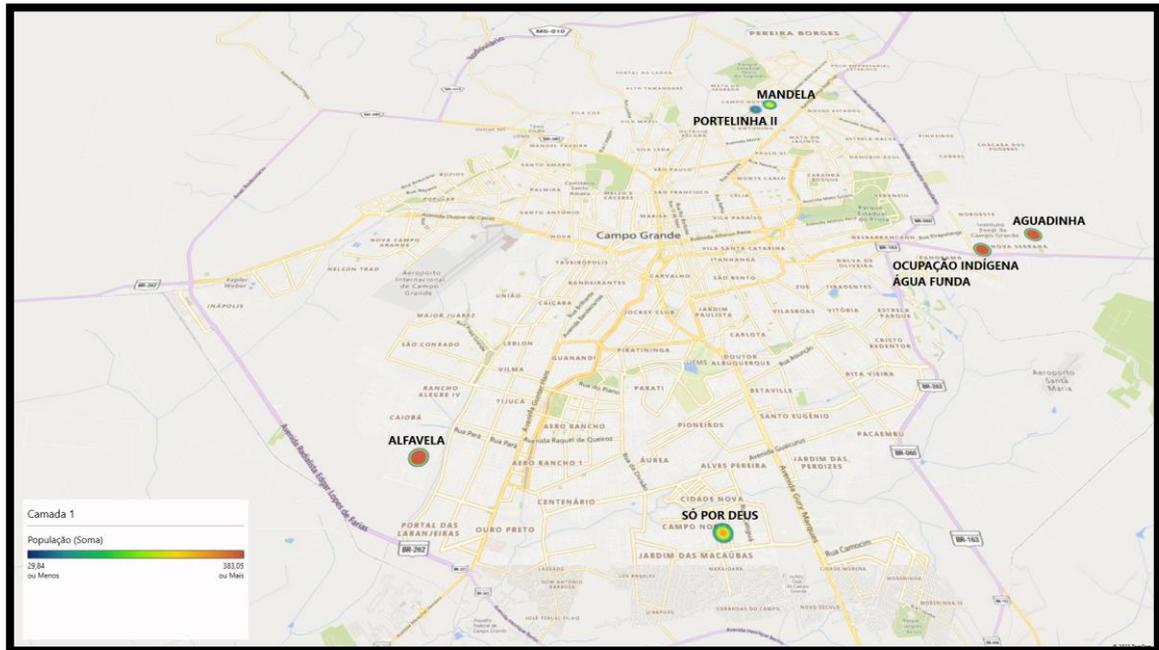
Figura 2 – Mapa da localização das seis ocupações e o número contabilizado de pessoas cadastradas no cadastro social da AMHASF.



Fonte: Elaboração Própria, 2023.

Na figura 3, é possível verificar as ocupações mais densamente ocupadas de acordo com as pessoas contabilizadas no cadastro consultado.

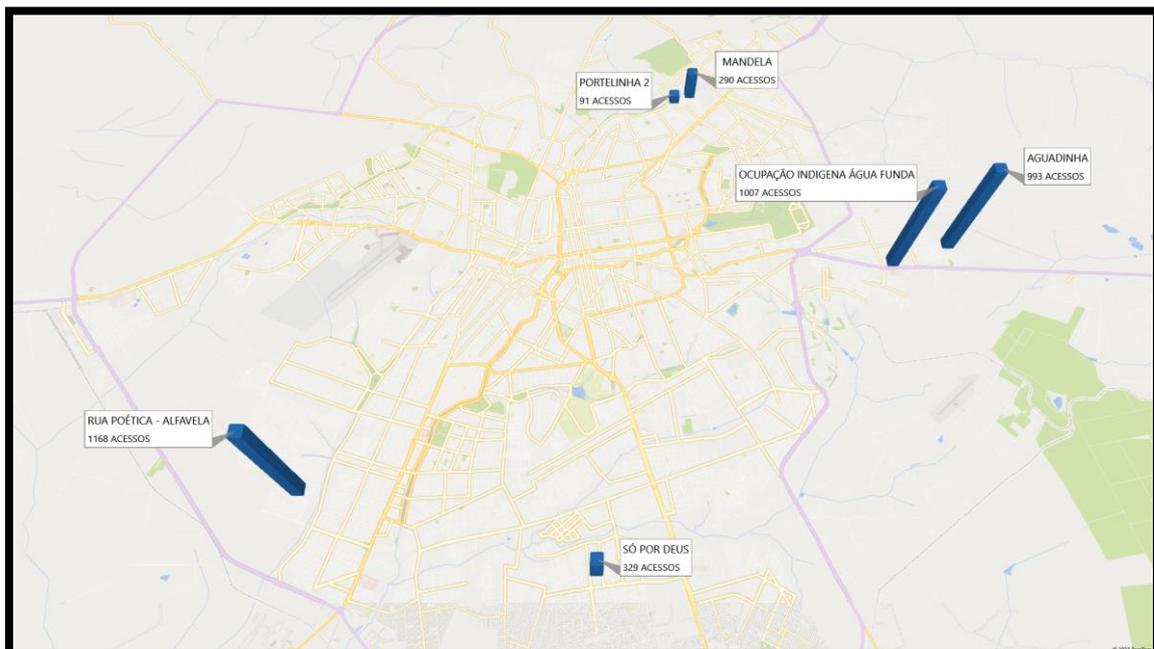
Figura 3 – Mapa de calor das ocupações irregulares na cidade de Campo Grande/MS.



Fonte: Elaboração Própria, 2023.

Ainda sobre a localização das moradias irregulares dentro do território urbano analisados, a figura 4 revela a quantidade de acessos à Atenção Primária que estes moradores identificados realizaram nos períodos de 2019 a 2021 por ocupação.

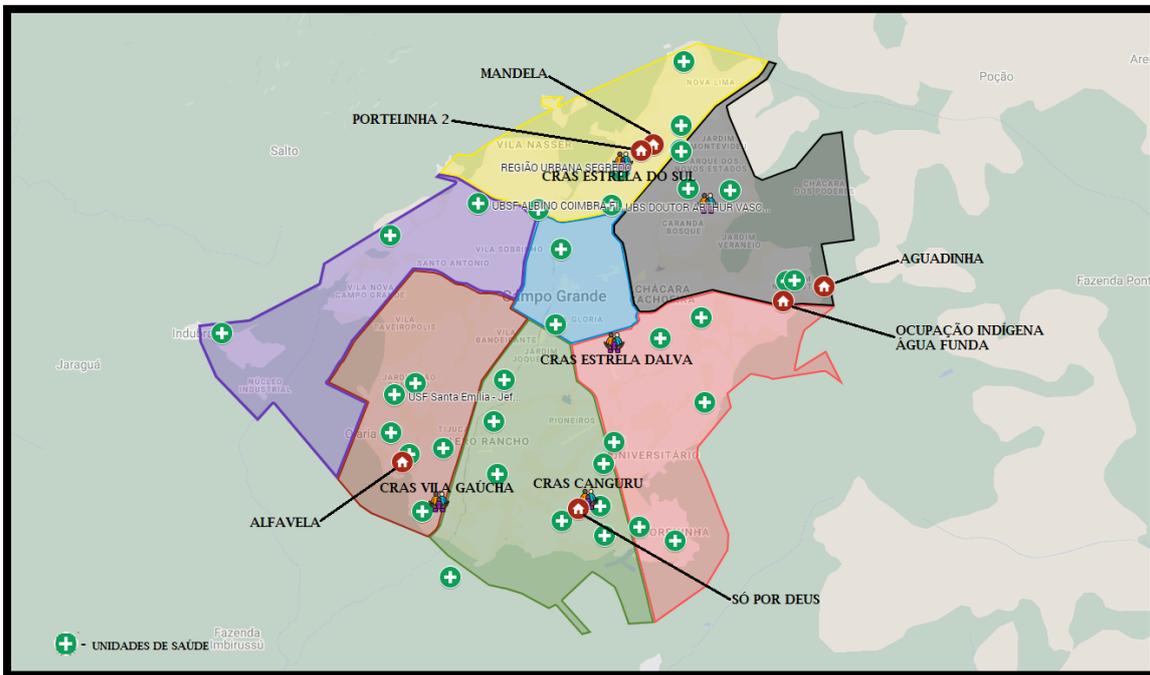
Figura 4 – Mapa da localização das ocupações e o número contabilizado de acessos à APS entre 2019 a 2021 de pessoas cadastradas no cadastro social da AMHASF.



Fonte: Elaboração Própria, 2023.

A figura 5 demonstra as localizações das favelas pelas regiões urbanas da capital, a localização dos Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e as Unidades de Saúde acessadas pelos moradores durante o período, sendo ainda demonstrado os equipamentos de atendimento em assistência social de proteção social básica.

Figura 5 – Mapa da localização das seis ocupações demonstrando os equipamentos de saúde e de assistência social que foram acessados.



Fonte: Elaboração Própria, 2023.

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que os NUI, conforme os dados disponíveis, formaram 6 ocupações, sendo elas: ÁGUA FUNDA, ALFAVELA, SÓ POR DEUS, AGUADINHA, MANDELA e PORTELINHA II, com um total geral de acessos na APS de 3.878, compreendido como o número de pessoas que acessaram, multiplicado pelo número de vezes em que estes acessos foram realizados durante o período, sendo a as Unidades de Saúde da Família (USF) os equipamentos mais buscados pela população.

A partir disso, estes resultados podem sugerir que, quanto menor é observada a renda entre a população das ocupações dos NUI, mais acessos aos equipamentos de saúde da APS são demandados. Também se observa que, inversamente relacionado, quando a renda tende a ser maior, se diminui a procura aos serviços da APS, podendo inferir uma possível dinâmica entre a percepção de piores condições momentâneas de renda com a maior procura da APS. No mesmo sentido, verifica-se também que, nas regiões mais precárias e de maior vulnerabilidade socioeconômica, com índices de renda *per capita* mais baixos, os acessos também são mais demandados.

Isso corrobora com o estudo levantado pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2019, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE sobre a Atenção Primária à Saúde e informações antropométricas, onde revelou que das 17,3 milhões de pessoas, representando 10,7% da população geral, que procuraram algum serviço da APS, 64,7% destas com idade igual ou superior a 18 anos, informaram possuir uma renda domiciliar *per capita* inferior a um salário mínimo e 32,4% ganham de 1 a 3 salários mínimos (IBGE b, 2020).

Ligado a renda, o surgimento das favelas também está relacionado a diversos outros fatores, incluindo a desigualdade socioeconômica, levando muitas pessoas a viverem em condições de miséria; a expansão urbana desordenada, gerando um déficit habitacional e que inviabiliza o acesso à moradia digna; a falta de políticas públicas efetivas, que possibilitariam outras oportunidades; e a marginalização de determinados grupos sociais, que muitas vezes são excluídos do processo de urbanização. Além disso, destaca-se a violência e a repressão policial como elementos que contribuem para a formação desses espaços informais, já que muitas

vezes as populações mais vulneráveis são tratadas com truculência pelas autoridades (CALDEIRA, 2000).

Quando analisamos os indicadores de renda e quantidade de acessos para os classificadores de Favela, as ocupações com as maiores rendas médias registradas apresentam as menores médias para a quantidade de acessos. Isso ocorre também ao compararmos os classificadores de Bairro e de CRAS, que, além de estarem localizados em áreas com índices menores de renda *per capita* e onde há maior prevalência de vulnerabilidade socioeconômica, replicam os resultados percebidos para Favela.

Conforme se depreende dos dados, verifica-se uma renda média de R\$ 879,80 (oitocentos e setenta e nove reais e oitenta centavos) por morador que informou possuir renda, sendo que 249 pessoas, representando 49,9% do total dos moradores, não possuem renda ou não informaram, se tornando um fator indelével na análise conjuntural, pois, segundo Raphael (2004), citado por Gonçalves (2010), as condições sociais e econômicas são capazes de influenciar a saúde das pessoas, as comunidades e todo o seu arredor. Nesta perspectiva, se atribui que a saúde se atrela às ações que muitas vezes não estão, necessariamente, no campo da Saúde (CARVALHO, 2013).

Neste sentido, infere-se que, neste caso, fatores de habitação e de renda, no caso de indisponibilidade momentânea e baixa renda, podem causar um aumento na demanda dos serviços da saúde e podem estarem relacionados também aos determinantes de saúde, como agravantes da qualidade de vida e conseqüentemente, um maior adoecimento.

Whitehead (1992) aborda a influência da renda como determinante de saúde e argumenta que ela desempenha um papel crucial na saúde, pois indivíduos com baixa renda enfrentam condições de vida desfavoráveis, como moradia inadequada, alimentação insuficiente e acesso limitado aos serviços de saúde. Esses fatores contribuem para disparidades na saúde, aumentando o risco de doenças crônicas, morbidade e mortalidade prematura. A renda afeta não apenas o acesso aos cuidados de saúde, mas também fatores sociais, ambientais e comportamentais que têm impacto na saúde de forma abrangente. Assim, melhorar a equidade na distribuição de renda é essencial para promover a saúde e reduzir as desigualdades na sociedade.

Outrossim, os resultados verificados para a população que informaram não possuir renda e para as que possuem inscrição no CadÚnico, indicam que os acessos

à APS são mais frequentes quando não há renda ou essa se revela menor. E, para as pessoas que acessaram mais de um serviço socioassistencial, a renda média também evidencia ser menor em relação a outros grupos analisados e com uma maior média na quantidade de acessos na APS.

Já sobre a localização das moradias em situação de favela, estão dispostos em quatro bairros na zona urbana de Campo Grande, com as maiores populações localizadas no Bairro Noroeste, região urbana do Prosa, seguido pelo bairro Centro Oeste, na região urbana do Anhaduizinho, na zona sul, regiões, segundo o levantamento da PLANURB (2020), com os menores índices de renda *per capita*, sendo menor que 1 salário mínimo. Já as duas ocupações com as menores populações estão localizadas no bairro Coronel Antonino, região urbana do Segredo, zona norte, tendo uma renda *per capita* maior que 1 salário mínimo e menor que 2 salários mínimos.

Neste sentido, reforçado pelo estudo denominado “Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019”, se verifica que existe uma cobertura maior da ESF para a população mais vulnerável (GIOVANELLA et al., 2020), demonstrando que a capilaridade da APS tem conseguido êxito ao penetrar nas áreas que mais demandam pelos serviços da saúde, e que como essas áreas mais vulneráveis demandam mais destes serviços em saúde, se evidenciando cada vez mais a importância da presença da APS nos locais com piores índices socioeconômicos auferidos.

Houve um número expressivo de pessoas que declararam não possuir renda ou deixaram de declarar no momento do cadastro social, representado quase a metade do total geral entre as seis ocupações, com destaque à favela Só por Deus, que obteve um percentual de maioria absoluta, possivelmente por omissão da coleta dos dados ou na inserção dos mesmos na base de dados.

A Capital dispõe atualmente de 72 unidades de saúde de Atenção Primária nas sete regiões urbanas e zona rural da cidade, sendo 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 5 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), 54 USF e 177 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o que representa uma cobertura de 63,65%, 43 equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS); 01

equipe de Consultório na Rua, 16 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e 06 equipes de Atenção Básica Prisional (EABP)<sup>10</sup>.

É ainda necessário avançar na expansão da APS e da ESF no município, pois como vimos, seu maior público-alvo demandante tem características de alta vulnerabilidade socioeconômica e, somando-se ao contexto de miséria, proporcionado pela habitação em NUI onde não se possui infraestruturas básicas ou sendo mínimas, contribuem para uma maior procura de serviços da saúde.

Conforme o recorte proposto, os dados verificados ocorreram no momento do cadastro dos moradores para a possibilidade de eventual regularização fundiária ou inclusão em programas de habitação, conforme ocorreu posteriormente, como se denota através de evento de contratualização de aluguel social realizado pela AMHASF em julho do ano de 2023, que convocou 861 pessoas para a formalização do benefício concedido através de edital de Convocação (CAMPO GRANDE b, 2023).

Ainda, diante também de entregas de unidades habitacionais populares pelo Governo do Estado de Mato Grosso do Sul<sup>11</sup> e pelo Governo Federal<sup>12</sup>, em parceria com o município de Campo Grande/MS e transferência de moradores das localidades irregulares para outras ocupações, é imperioso destacar que estas moradias passam constantemente por desocupação, transferência ou desativação, até mesmo mudança de moradores de um local para outro dentro da mesma ou para outra ocupação.

Em relação a identificação dos NUI, cabe ressaltar que foram reconhecidos por intermédio da AMHASF, os locais com pessoas com cadastro para a expectativa para uma eventual regularização fundiária e ou encaminhamento para acesso de programas municipais de habitação, embora existissem outras localidades que poderiam se enquadrar no conceito de “favela” em processos diversos ou em etapas diferentes das que se enquadraram no levantamento, sendo de cadastramento das pessoas, desocupação ou transferência das moradias, locais não reconhecidos, ou até mesmo sem cadastro de pessoas para fins de programas habitacionais ou sociais.

Este estudo teve sua limitação no condicionante do tempo, devido aos percalços que se estabeleceram durante a fase de obtenção dos dados aqui trazidos,

---

<sup>10</sup> Informação disponível no site da prefeitura de Campo Grande em: <https://www.campogrande.ms.gov.br/cgnoticias/noticias/campo-grande-saiu-da-ultima-posicao-para-a-6a-maior-cobertura-de-saude-da-familia-entre-as-capitais/>. Acesso em: 19 jul. 2023.

<sup>11</sup> Matéria jornalística disponível em: <https://www.campograndenews.com.br/cidades/capital/governo-entrega-mais-18-casas-para-moradores-da-antiga-favela-cidade-de-deus>. Acesso em: 19 jul. 2023.

<sup>12</sup> Matéria jornalística disponível em: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/noticias/governo-federal-entrega-300-moradias-a-familias-de-baixa-renda-de-campo-grande-ms>. Acesso em: 19 jul. 2023.

ficando prejudicado, sobremaneira, uma análise com mais afinco que pudesse estabelecer melhor as propostas ora sugeridas. Ainda, houveram um quantitativo e qualidade de dados menor que se pretendia, pois, uma espera ainda maior ocasionaria o risco de não obtenção da coleta no prazo para que este trabalho pudesse ser apresentado.

Sobre este tema, apesar da literatura disponível em relação ao acesso à APS e ao contexto de vulnerabilidade econômica, se necessita investigar mais e com maiores amostras a correlação do acesso, barreiras e disponibilidade especificamente da população habitante de favelas, quanto do direcionamento efetivo dos serviços públicos, em especial da APS, para que sua cobertura atinja principalmente aos que mais demandam, afim de que se fortaleça nessas áreas equipamentos adequados e acessíveis para a comunidade local.

A ampliação e consolidação da ESF contribui para acompanhar as demandas que a saúde requer devido às suas complexas e constantes mutações (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018), e o fortalecimento e o investimento da rede de Atenção Primária contribuem de forma significativa para a melhoria da qualidade e do acesso da população aos serviços de saúde e para diminuir os agravos em saúde e conseqüentemente em custos, pois incide em menor impacto nos próximos níveis de saúde (BRASIL c, 2015).

Da mesma forma, os equipamentos de assistência social também são essenciais na composição para a diminuição dos riscos e das vulnerabilidades sociais, pois, desaguam na saúde por fatores ligados ao rompimento de vínculos familiares e comunitários, gerando demandas de acolhimento institucionalizado e assistencial em saúde, sendo os determinantes sociais importante fator nas causas de saúde das pessoas (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Por isso, apesar do crescimento da cobertura da Atenção Básica, uma cobertura mais robusta da ESF no município contribuirá para um maior acesso da população em geral, sobretudo, da implantação e fortalecimento da APS e de serviços itinerantes de forma continuada são algumas das maneiras de garantir uma maior atenção aos cuidados específicos para as populações que ocupam moradias irregulares.

## 7 CONCLUSÃO

Diante das averiguações aqui relacionadas, inferindo uma possível relação entre pessoas que auferem uma média menor de renda e aumento de acesso ao serviço de APS, se pode sugerir que uma ESF implantada e eficaz disponível no território poderia contribuir na minimização de agravos em saúde, especialmente àquelas que vivem em moradias irregulares e recebem de meio salário mínimo até dois salários mínimos, de baixa renda ou em situação de pobreza e extrema pobreza, pois este público demanda com maior frequência da APS, conforme os resultados evidenciam.

Ademais, não é possível supor que somente a indisponibilidade de uma RAS e de demais políticas públicas corroboram para o surgimento e multiplicação de Núcleos Urbanos Informais ou a permanência das pessoas em NUI, visto que este fenômeno tem múltiplos fatores como a urbanização desordenada, falta de políticas habitacionais adequadas, crescimento populacional acelerado, desigualdade socioeconômica e falta de acesso a serviços básicos.

A pobreza cria barreiras para o acesso à saúde, como falta de seguro em serviços de saúde, transporte limitado, menor disponibilidade de serviços de qualidade e maior exposição a condições de vida insalubres, afetando negativamente a saúde das pessoas nessas áreas.

A identificação dos NUI e o quantitativo de acessos em atendimento de saúde da APS indicam que há uma parcela da população com menor poder aquisitivo e maior necessidade de recorrer aos serviços de saúde, tornando evidente que a opção pelos serviços públicos de saúde é, muitas vezes, a única alternativa viável em termos de acesso a um sistema de saúde, uma vez que se trata de uma política pública que oferece atendimento gratuito.

A APS é essencial para democratizar o acesso à saúde, pois promove cuidados básicos, prevenção de doenças e um atendimento mais abrangente e equitativo para todos. A implementação efetiva da Atenção Primária à Saúde contribui para a democratização do acesso à saúde, melhorando os resultados de saúde e reduzindo as desigualdades.

A ampliação e consolidação da ESF contribui para acompanhar as demandas que a saúde requer devido as suas complexas e constantes mutações, e o fortalecimento e o investimento na APS contribuem de forma significativa para a

melhoria da qualidade e do acesso da população aos serviços de saúde e para diminuir os agravos em saúde e conseqüentemente em custos, pois incide em menor impacto nos próximos níveis de saúde. Por isso, apesar do crescimento da cobertura da Atenção Básica, uma cobertura mais robusta da ESF no município contribuirá para um maior acesso da população em geral.

Da mesma forma, os equipamentos de assistência social também são essenciais na composição para a diminuição dos riscos e das vulnerabilidades sociais, pois, desaguam na saúde por fatores ligados ao rompimento de vínculos familiares e comunitários, gerando demandas de acolhimento institucionalizado e assistencial em saúde, sendo os determinantes sociais importantes fatores nas causas de saúde das pessoas.

A APS desempenha um papel crucial no acesso da população em vulnerabilidade aos cuidados de saúde. Essa abordagem enfatiza a prevenção, o cuidado contínuo e a coordenação dos serviços, o que pode beneficiar especialmente as pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Sistemas de atenção básica efetivos estão associados a melhores resultados de saúde, menor utilização de serviços hospitalares e maior satisfação dos pacientes. Além disso, a APS pode reduzir as desigualdades em saúde, fornecendo cuidados acessíveis e abrangentes para grupos marginalizados.

No contexto da população em vulnerabilidade social, um sistema de atenção primária forte pode oferecer serviços adaptados às suas necessidades específicas. Isso inclui abordar determinantes sociais da saúde, como moradia inadequada, falta de acesso a alimentos saudáveis e baixo nível educacional. Através do apoio contínuo e integrado, é possível melhorar os resultados de saúde e reduzir as disparidades.

Para promover o acesso equitativo na Atenção Primária, são necessárias políticas e estratégias que abordem as barreiras enfrentadas pela população em vulnerabilidade. Isso pode incluir a expansão de serviços comunitários, a implementação de equipes multiprofissionais e o fortalecimento da ESF, sendo o acesso da população em vulnerabilidade à APS um fator crucial para alcançar melhores resultados de saúde e reduzir as desigualdades.

Assim, conforme os resultados aqui encontrados, sob uma suposta perspectiva de que quanto menor é a renda por indivíduo ou situação de maior pobreza verificada entre os moradores das favelas analisadas, é fundamental que o acesso à APS e equipamentos públicos estejam disponíveis e acessíveis para esta

população, sobretudo, dos mais vulneráveis para que estes possam se valer do direito do acesso irrestrito à saúde.

Desta forma, uma maior amostra e mais qualificada em futuras pesquisas sobre o tema poderia contribuir para que se dirimisse possíveis lacunas neste estudo, evidenciando e comparando mais variáveis sociais e de saúde, relacionando com os serviços de saúde e possíveis causas em relação à ocupação irregular e permanência de pessoas em locais análogos à favelas.

## 8 REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 131, n. 233, p. 1-4, 8 dez. 1993.

BRASIL. Lei nº 11.977, de 7 de julho de 2009. Dispõe sobre o Programa Minha Casa, Minha Vida - PMCMV e a regularização fundiária de assentamentos localizados em áreas urbanas; altera o Decreto-Lei no 3.365, de 21 de junho de 1941, as Leis nos 4.380, de 21 de agosto de 1964, 6.015, de 31 de dezembro de 1973, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 10.257, de 10 de julho de 2001, e a Medida Provisória no 2.197-43, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 146, n. 128, p. 2-6, 8 jul. 2009.

BRASIL. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 129, p. 1-3, 7 jul. 2011.

BRASIL. Lei nº 13.465, de 11 de julho de 2017. Dispõe sobre a regularização fundiária rural e urbana, sobre a liquidação de créditos concedidos aos assentados da reforma agrária e sobre a regularização fundiária no âmbito da Amazônia Legal; institui mecanismos para aprimorar a eficiência dos procedimentos de alienação de imóveis da União; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 132, p. 1-16, 12 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**: versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf). Acesso em: 01 fev. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social. **Orientações Técnicas sobre o PAIF: O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. 1. ed. Brasília, v. 1: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/Orientacoes\\_PAIF\\_1.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_1.pdf). Acesso em: 20 jul. 2023.

CALDEIRA, T. P. R. **Cidade de Muros: Crime, Segregação e Cidadania em São Paulo**. São Paulo: 2000. Editora 34/Edusp. 399 pp.

CAMPO GRANDE. Agência Municipal de Meio Ambiente e Planejamento Urbano – PLANURB. **Perfil Socioeconômico de Campo Grande**. 27. ed. rev. Campo Grande, 2020. Disponível em: [http://www.campogrande.ms.gov.br/planurb/wp-content/uploads/sites/18/2020/10/6bba1d8ade95660887bb26bfaf16234f\\_2021-02-15-16-13-12.pdf](http://www.campogrande.ms.gov.br/planurb/wp-content/uploads/sites/18/2020/10/6bba1d8ade95660887bb26bfaf16234f_2021-02-15-16-13-12.pdf). Acesso em: 01 fev. 2021.

CAMPO GRANDE. Agência Municipal de Habitação e Assuntos Fundiários. Edital Informativo AMHASF/GLOS Nº. 21/2023 - Programa Locação Social. **Diogrande**, Campo Grande, v.26, n. 7.086, p.31-40, 16 jun., 2023.

CAMPO GRANDE. Agência Municipal de Meio Ambiente e Planejamento Urbano. Portaria Planurb n.1/2018, de 16 de outubro de 2018 [zoneamento ecológico - econômico do Município de Campo Grande]. **Diogrande**, Campo Grande, v.21, n. 5.379, ed. extra, p.1-171, 17 out., 2018.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Vol. 2. Disponível em <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf>. Acesso em: 07 set. 2021.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, 215 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bwb4z/pdf/comissao-9788575415917.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2023.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Portaria nº. PR-254, de 25 de agosto de 2020. Divulgar, as estimativas da População para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2020. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 27 ago. 2020, p. 71.

GIOVANELLA, Ligia et all. Cobertura da Estratégia da Saúde da Família no Brasil: O que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, p. 2543-2556, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>. Acesso em: 20 jul. 2023.

GONÇALVES, C. C. M. **Atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma iniciativa em Campo Grande-MS: Projeto Viva Seu Bairro**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.6.2010.tde-21052010-170252>. Acesso em: 20 jul. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102011>. Acesso em: 20 jul. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas.**

Brasil, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101758>. Acesso em: 10 ago. 2023.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE. **Declaration of Alma-Ata**, Sept. 1978. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2). Acesso em: 06 abr. 2021.

LOPES, J. R. "**Exclusão social**" e controle social: estratégias contemporâneas de redução da sujeitividade. *Psicologia & Sociedade*; 18 (2): 13-24; Belo Horizonte. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000200003>. Acesso em: 06 ago. 2023.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. 2ª ed. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 10 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Aglomerados Subnormais 2019**: classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à Covid-19. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101717>. Acesso em: 19 mai. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Previdência Social. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf). Acesso em: 01 fev. 2021.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Aglomerados Subnormais: informações territoriais**. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/552/cd\\_2010\\_agrn\\_if.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/552/cd_2010_agrn_if.pdf). Acesso em: 01 fev. 2021.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia de saúde da família**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. SPE, p.158-164, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?**. Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49663/9789275720448\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49663/9789275720448_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 25 jul. 2023.

RODRIGUES, R. I. Ministério Da Economia. **A Covid-19, A falta de água nas favelas e o direito à moradia no Brasil**. IPEA, jul. de 2020. (Nota Técnica n. 39).

Disponível em:

[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10109/1/NT\\_39\\_Diest\\_A%20Covid\\_19%20a%20falta%20de%20agua%20nas%20favelas.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10109/1/NT_39_Diest_A%20Covid_19%20a%20falta%20de%20agua%20nas%20favelas.pdf). Acesso em: 01 fev. 2021.

SILVA, R. A. Aglomerados subnormais: definição, limitações e críticas. **Revista**

**GeoUECE**, n. esp., p. 26-40, 2014. Disponível em:

<http://seer.uece.br/?journal=geoeuce&page=article&op=view&path%5B%5D=1021&path%5B%5D=1062>. Acesso em: 27 jan. 2021.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília. UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2021.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cad Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde

Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2004; 20 (Suppl 2):190-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

Acesso em: 27 jan. 2021.

WHITEHEAD, M. The Concepts and Principles of Equity and Health. **International Journal of Health Services**. 1992. p. 429-445. Disponível em:

<https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>. Acesso em: 19 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of The World Health Organization, 1946. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic documents**. 47<sup>th</sup> ed. WHO:

Geneve, 2009. p. 1-18. Disponível em:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44192/9789241650472\\_eng.pdf;jsessionid=6225123BD3530BF8A7C26D83855A507F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44192/9789241650472_eng.pdf;jsessionid=6225123BD3530BF8A7C26D83855A507F?sequence=1). Acesso em: 06 abr. 2021.

ANEXO A – Autorização da Agência Municipal de Habitação e Assuntos Fundiários/AMHASF.



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação  
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Ofício n. 01/MSC

Considerando a pesquisa intitulada CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PESSOAS SITUADAS EM NÚCLEOS URBANOS INFORMAIS NA REGIÃO URBANA DE CAMPO GRANDE/MS, desenvolvida como dissertação e critério para titulação de mestre no Curso de Mestrado Profissional de Saúde da Família, venho solicitar a autorização e disponibilização dos dados do cadastro social realizados com as pessoas e famílias moradoras de núcleos urbanos informais desde 2017. Os dados pleiteados são os seguintes: 1) Nome Completo, 2) Localização do NUI ou endereço, 3) CPF (para cruzamento com prontuário da saúde), 4) renda e 5) número de pessoas na composição familiar.

Os órgãos municipais têm sido parceiros constantes no que se refere às pesquisas e análises dos dados em habitação e das demais políticas públicas.

A autorização consiste em documento que condiciona a apreciação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos, e será submetido à este colegiado para a realização desta pesquisa e os dados acessados serão plenamente preservados e respeitado todas as normativas presentes na Resolução CNS 466/2012, visto que o objetivo específico à clientela citada, refere-se ao conhecimento do tipo e volume dos serviços de saúde acessados pela população moradora de favelas, considerando sua identificação e caracterização destes serviços em Campo Grande, com a divulgação apenas de dados quantitativos, não sendo nominado e exposto dados pessoais em nenhum momento.

A autorização e arquivos pode ser concedida, a princípio, deste documento, podendo ser digitalizado e encaminhado via e-mail para o pesquisador Emerson Andrade Gonçalves: [psicologo.cgr@gmail.com](mailto:psicologo.cgr@gmail.com), cujo telefone para contato é 98155-4505.

Atenciosamente,

|                                      |
|--------------------------------------|
| PROTOCOLO/DIPRES/EMHA                |
| RECEBIDO EM 16/07/21                 |
| às 11 HORAS 53 MINUTOS               |
| ASS: <i>Supra El Torno de Fichas</i> |
| A Sra. Maria Helena Bughi            |

*André Barciela Veras*  
André Barciela Veras

Docente UFMS-Orientador do Projeto de Pesquisa

Diretora-Presidente da Agência Municipal de Habitação e Assuntos Fundiários

*Maria Helena Bughi*  
Diretora - Presidente  
AMHASF

*Autorizo em*  
*19/09/2021*  
*El Bughi*

## ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Assistência Social

**AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**

Autorizo o pesquisador Emerson Andrade Gonçalves, coletar dados referente Pesquisa **"Caracterização do Acesso aos Serviços de Atenção Primária à Saúde de Pessoas situadas em Núcleos Urbanos Informais da Região de Campo Grande/ MS"**, desenvolvida como dissertação e critério para titulação de mestre no Curso de Mestrado Profissional de Saúde da Família.

Os dados coletados serão referentes a identificação dos inscritos no cadastro social da AMHASF que possuem inscrição no Cadastro Único e coleta de dados in loco referente ao acesso destes usuários aos serviços ofertados nos equipamentos da Proteção Social Básica da Secretaria Municipal de Assistência Social.

José Mário Antunes da Silva

**Secretário Municipal de Assistência Social**

Campo Grande de 01 outubro de 2021

## ANEXO C – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

0100/2021



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**  
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO**

A Secretaria Municipal de Saúde autoriza a pesquisa proposta pelo (a) pesquisador, Emerson Andrade Gonçalves, inscrito no CPF/MF sob n°. 009.018.961-28, portador (a) do documento de Identidade sob n°. 1456290 SSP/MS, residente e domiciliado (a) à Rua Do Hipódromo, N° 594, Bairro: Piratininga, nesta Capital, telefone n°. (67) 98155-4505, pesquisador do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Instituição Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, com o título do projeto de pesquisa: **“Caracterização do Acesso aos Serviços de Atenção Primária à Saúde de Pessoas situadas em Núcleos Urbanos informais na Região Urbana de Campo Grande/MS, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS”**, orientado pelo Professor André Barciela Veras inscrito (a) no CPF/MF sob n°. 082.416.777-58, portador do documento de Identidade sob n°. 105985279, residente e domiciliado à Rua Dario Dibo Nacer Lani, N°. 190, Bairro: Carandá Bosque, nesta Capital, telefone n°. (67) 99917-9559, professor e pesquisador do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Instituição Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

O Pesquisador, firma o compromisso de manter o sigilo das informações acessadas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde Pública, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU.

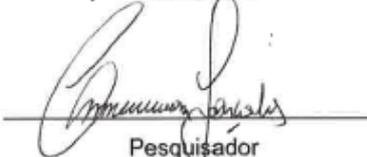
Fica advertido de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gerência da unidade de saúde sobre quaisquer referências aos dados analisados.

**A pesquisa só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).**

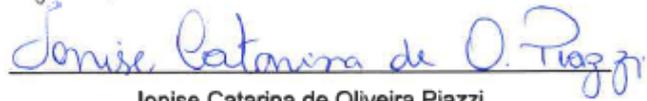
Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o acadêmico deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.

Campo Grande - MS, 08 de dezembro de 2021.

  
 Pesquisador

  
 Orientador

  
**Ionise Catarina de Oliveira Piazzzi**  
 Gerente de Educação Permanente  
 Coord. Geral de Ed. Permanente/GAB/SESAU/CG/MS

## ANEXO D – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PESSOAS SITUADAS EM NÚCLEOS URBANOS INFORMAIS NA REGIÃO URBANA DE CAMPO GRANDE/MS

**Pesquisador:** EMERSON ANDRADE GONCALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52436021.5.0000.0021

**Instituição Proponente:** INISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

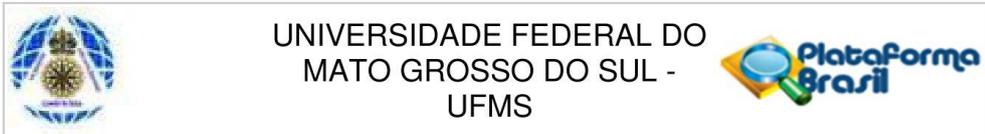
**Número do Parecer:** 5.167.138

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva, transversal, a partir de dados secundários mais recentes (2019a 2021), obtidos de Núcleos Urbanos Informais na região urbana de Campo Grande – Mato Grosso do Sul.

Propõe-se caracterizar o acesso aos serviços de atenção primária à saúde de pessoas moradoras em Núcleos Urbanos Informais com perfil análogo às favelas na Região Urbana de Campo Grande/MS, com cadastro social na Agência Municipal de Habitação e Assuntos Fundiários – AMHASF. O estudo se referenciará em coleta de dados secundários e serão utilizados os bancos de dados do Cadastro Social da Agência Municipal de Habitação e Assuntos Fundiários – AMHASF para conhecer o quantitativo de famílias e pessoas que vivem em Núcleos Urbanos Informais análogos a favelas no cadastro da Divisão de Regularização Fundiária e Rural da Agência Municipal de Habitação e Assuntos Fundiários – AMHASF e o número de áreas que estão com o status de irregularidade fundiária e habitacional., Cadastro Único do Ministério da Cidadania, através do aplicativo CECAD 2.0 e prontuários do SUAS para coletar informações sociais e territoriais da população em vulnerabilidade social, dados do Censo Demográfico IBGE (2010). Diante dos dados, será elaborado um mapeamento visual com a geolocalização das favelas do município com um programa específico de mapas, a ser definido, e das zonas onde se concentram o maior número de famílias e indivíduos, aplicando um Mapa de Calor.

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ç Prédio das Pró-Reitorias çHércules Maymone ç 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.167.138

**Objetivo da Pesquisa:**

Foram apresentados os seguintes objetivos:

- a) identificar quais são os núcleos urbanos informais com características de favelas e levantar o acesso e a frequência da população desses à Atenção Primária;
- b) descrever os determinantes de saúde para o acesso desta população aos serviços de saúde e o perfil social com e sem acesso ao serviço de atenção primária;
- c) identificar quais os serviços mais buscados por estas populações na rede de saúde;
- d) elaborar um mapeamento identificando os NUI com o acesso à atenção primária.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme informado pelo pesquisador:

"Riscos:

Não há vislumbre de riscos aos participantes, pois a pesquisa se concentrará em dados secundários, sem contato com os participantes, e em nenhum momento haverá exposição de dados pessoais, sendo divulgado apenas os dados dos quantitativos do tipo, volume e frequência dos atendimentos em serviços de saúde e assistência social dessa população pesquisada.

Benefícios:

Canalizar as demandas existente nestes territórios com dados secundários objetivos para que o poder público possa atuar de forma pontual na disponibilização de ofertas e serviços adequados para contribuir com a diminuição dos agravos sociais e de saúde evitando-se a permanência e surgimento de novas favelas e similares na região, e diminuir os riscos sociais e de saúde provindos destes tipos de moradias."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito para obtenção do título de mestre pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta Autorização institucional assinada pela Secretaria de Saúde de Campo Grande. Apresenta TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ; Prédio das Pró-Reitorias ; Hércules Maymone ; 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.167.138

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CONFIRA AS ATUALIZAÇÕES DISPONÍVEIS NA PÁGINA DO CEP/UFMS

1) Regimento Interno do CEP/UFMS

Disponível em: <https://cep.ufms.br/novo-regimento-interno/>

2) Calendário de reuniões

Disponível em: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

3) Etapas do trâmite de protocolos no CEP via Plataforma Brasil

Disponível em: <https://cep.ufms.br/etapas-do-tramite-de-protocolos-no-cep-via-plataforma-brasil/>

4) Legislação e outros documentos:

Resoluções do CNS.

Norma Operacional nº001/2013.

Portaria nº2.201 do Ministério da Saúde.

Cartas Circulares da Conep.

Resolução COPP/UFMS nº240/2017.

Outros documentos como o manual do pesquisador, manual para download de pareceres, pendências frequentes em protocolos de pesquisa clínica v 1.0, etc.

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/legislacoes-2/>

5) Informações essenciais do projeto detalhado

Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-projeto-detalhado/>

6) Informações essenciais – TCLE e TALE

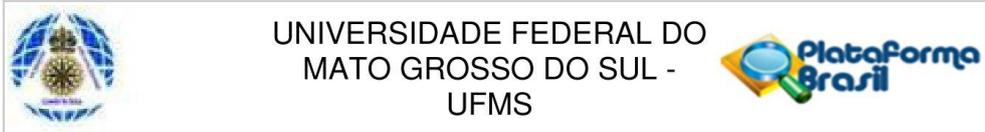
Disponíveis em: <https://cep.ufms.br/informacoes-essenciais-tcle-e-tale/>

- Orientações quanto aos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e aos Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que serão submetidos por meio do Sistema Plataforma Brasil versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os participantes da pesquisa versão 2.0.

- Modelo de TCLE para os responsáveis pelos participantes da pesquisa menores de idade e/ou legalmente incapazes versão 2.0.

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ; Prédio das Pró-Reitorias ; Hércules Maymone ; 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.167.138

7) Biobancos e Biorrepositórios para armazenamento de material biológico humano

Disponível em: <https://cep.ufms.br/biobancos-e-biorrepositorios-para-material-biologico-humano/>

8) Relato de caso ou projeto de relato de caso?

Disponível em: <https://cep.ufms.br/662-2/>

9) Cartilha dos direitos dos participantes de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/cartilha-dos-direitos-dos-participantes-de-pesquisa/>

10) Tramitação de eventos adversos

Disponível em: <https://cep.ufms.br/tramitacao-de-eventos-adversos-no-sistema-cep-conep/>

11) Declaração de uso de material biológico e dados coletados

Disponível em: <https://cep.ufms.br/declaracao-de-uso-material-biologico/>

12) Termo de compromisso para utilização de informações de prontuários em projeto de pesquisa

Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-prontuarios/>

13) Termo de compromisso para utilização de informações de banco de dados

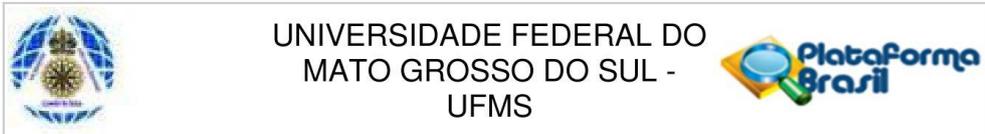
Disponível em: <https://cep.ufms.br/termo-de-compromisso-banco-de-dados/>

**DURANTE A PANDEMIA CAUSADA PELO SARS-CoV-2, CONSIDERAR:**

Solicitamos aos pesquisadores que se atentem e obedeçam às medidas de segurança adotadas pelos locais de pesquisa, pelos governos municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e pelas demais instâncias do governo devido a excepcionalidade da situação para a prevenção do contágio e o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

As medidas de segurança adotadas poderão interferir no processo de realização das pesquisas envolvendo seres humanos. Quer seja no contato do pesquisador com os participantes para coleta de dados e execução da pesquisa ou mesmo no processo de obtenção do Termo de

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ; Prédio das Pró-Reitorias ; Hércules Maymone ; 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.167.138

Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros.

Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida "Notificação" via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

**SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER PENDENTE, CONSIDERAR:**

Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer pendente, por meio da Plataforma Brasil, em até 30 dias a contar a partir da data de sua emissão. As respostas às pendências devem ser apresentadas em documento à parte (CARTA RESPOSTA). Ressalta-se que deve haver resposta para cada uma das pendências apontadas no parecer, obedecendo a ordenação deste. A carta resposta deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

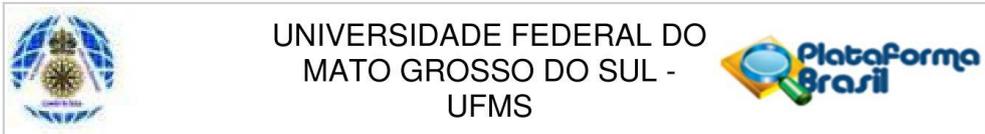
Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

**SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER NÃO APROVADO, CONSIDERAR:**

Informamos ao pesquisador responsável, caso necessário entrar com recurso diante do Parecer Consubstanciado recebido, que ele pode encaminhar documento de recurso contendo respostas ao parecer, com a devida argumentação e fundamentação, em até 30 dias a contar a partir da data de emissão deste parecer. O documento, que pode ser no formato de uma carta resposta, deve contemplar cada uma das pendências ou itens apontados no parecer, obedecendo a ordenação deste. O documento (CARTA RESPOSTA) deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto do projeto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência.

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ; Prédio das Pró-Reitorias ; Hércules Maymone ; 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.167.138

Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE, incidindo sobre o cronograma da pesquisa e outros.

Orientamos ao pesquisador na situação em que tenha seu projeto de pesquisa aprovado pelo CEP e em decorrência do contexto necessite alterar seu cronograma de execução, que faça a devida "Notificação" via Plataforma Brasil, informando alterações no cronograma de execução da pesquisa.

**SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER PENDENTE, CONSIDERAR:**

Cabe ao pesquisador responsável encaminhar as respostas ao parecer pendente, por meio da Plataforma Brasil, em até 30 dias a contar a partir da data de sua emissão. As respostas às pendências devem ser apresentadas em documento à parte (CARTA RESPOSTA). Ressalta-se que deve haver resposta para cada uma das pendências apontadas no parecer, obedecendo a ordenação deste. A carta resposta deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

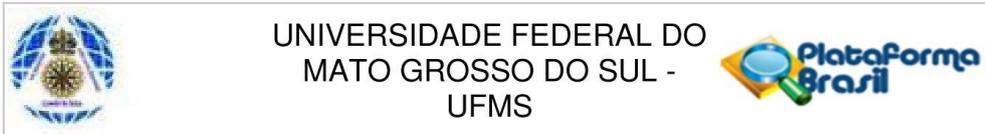
Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência. Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

**SE O PROTOCOLO DE PESQUISA ESTIVER NÃO APROVADO, CONSIDERAR:**

Informamos ao pesquisador responsável, caso necessário entrar com recurso diante do Parecer Consubstanciado recebido, que ele pode encaminhar documento de recurso contendo respostas ao parecer, com a devida argumentação e fundamentação, em até 30 dias a contar a partir da data de emissão deste parecer. O documento, que pode ser no formato de uma carta resposta, deve contemplar cada uma das pendências ou itens apontados no parecer, obedecendo a ordenação deste. O documento (CARTA RESPOSTA) deve permitir o uso correto dos recursos "copiar" e "colar" em qualquer palavra ou trecho do texto do projeto, isto é, não deve sofrer alteração ao ser "colado".

Para que os protocolos de pesquisa sejam apreciados nas reuniões definidas no Calendário, o pesquisador responsável deverá realizar a submissão com, no mínimo, 15 dias de antecedência.

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ; Prédio das Pró-Reitorias ; Hércules Maymone ; 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.167.138

Observamos que os protocolos submetidos com antecedência inferior a 15 dias serão apreciados na reunião posterior. Confira o calendário de reuniões de 2020, disponível no link: <https://cep.ufms.br/calendario-de-reunioes-do-cep-2021/>

**EM CASO DE APROVAÇÃO, CONSIDERAR:**

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO. Informações sobre os relatórios parciais e final podem acessadas em <https://cep.ufms.br/relatorios-parciais-e-final/>

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                           | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------------|----------|
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | parceria.docx                                 | 14/12/2021<br>12:27:26 | Daniel Estêvão Ramos de Miranda | Aceito   |
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1827140.pdf | 26/11/2021<br>21:29:37 |                                 | Aceito   |
| Outros  | nova_autorizacao_sas.jpeg                     | 26/11/2021<br>21:27:48 | EMERSON ANDRADE GONCALVES       | Aceito   |
| Outros  | carta_resposta.docx                           | 26/11/2021<br>21:19:49 | EMERSON ANDRADE GONCALVES       | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_EmersonGoncalves.docx                    | 26/11/2021<br>21:01:01 | EMERSON ANDRADE GONCALVES       | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | projeto_Emerson_uv.pdf                        | 20/09/2021<br>18:23:56 | EMERSON ANDRADE GONCALVES       | Aceito   |

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ı Prédio das Pró-Reitorias ı Hércules Maymone ı 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 5.167.138

|                |                          |                        |                                 |        |
|----------------|--------------------------|------------------------|---------------------------------|--------|
| Folha de Rosto | folhaderosto_emerson.pdf | 20/09/2021<br>18:18:14 | EMERSON<br>ANDRADE<br>GONCALVES | Aceito |
|----------------|--------------------------|------------------------|---------------------------------|--------|

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 15 de Dezembro de 2021

---

**Assinado por:**  
**Juliana Dias Reis Pessalacia**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ; Prédio das Pró-Reitorias ; Hércules Maymone ; 1º andar  
**Bairro:** Pioneiros **CEP:** 70.070-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br

ANEXO E – Resposta de requerimento SIC.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE**  
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
SIC - SERVIÇO DE INFORMAÇÃO AO CIDADÃO  
CAMPO GRANDE TRANSPARENTE



**RESPOSTA DE REQUERIMENTO SIC**

PROTOCOLO Nº: SIC202397

SOLICITADO EM: 16 de maio de 2023.

ÓRGÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESAU

RESPOSTA:

AO SIC

Campo Grande / MS, 07 de Junho de 2023.

Sandro Trindade Benites  
Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE A – Termo de Compromisso para utilização de informações de bancos de dados.

## **Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados**

**Título da Pesquisa:** CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PESSOAS SITUADAS EM NÚCLEOS URBANOS INFORMAIS NA REGIÃO URBANA DE CAMPO GRANDE/MS

**Nome do Pesquisador:** Emerson Andrade Gonçalves

**Bases de dados a serem utilizados:** Sistema de Cadastro de pessoas da Divisão da Divisão de Regularização Fundiária e Rural

---

Como pesquisador supra qualificado comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro. Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados\* e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

\*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV

Código Civil – arts. 20-21

Código Penal – arts. 153-154

Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406

Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44

Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Campo Grande (MS) 19/02/2021.

---

  
Pesquisador Responsável  
Emerson Andrade Gonçalves