

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO - UFERSA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

JOSÉ THALLYS MOREIRA DA SILVA

**PERCEPÇÃO DOS MORADORES RIBEIRINHOS DA COMUNIDADE ILHA DE
SANTA LUZIA, EM MOSSORÓ/RN (TRECHO DO RIO APODI-MOSSORÓ), E
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE
SAÚDE NO ÂMBITO DA UBS ANTÔNIO CAMILO.**

MOSSORÓ-RN
2019

JOSÉ THALLYS MOREIRA DA SILVA

**PERCEPÇÃO DOS MORADORES RIBEIRINHOS DA COMUNIDADE ILHA DE
SANTA LUZIA(MOSSORÓ/RN)- TRECHO DO RIO APODI-MOSSORÓ, ACERCA
DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELA UBS ANTÔNIO
CAMILO.**

Monografia apresentada à Faculdade de Medicina
da UFERSA de Mossoró como exigência parcial
para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Me. Lázaro Fabrício de França Souza.

MOSSORÓ-RN

2020

© Todos os direitos estão reservados a Universidade Federal Rural do Semi-Árido. O conteúdo desta obra é de inteira responsabilidade do (a) autor (a), sendo o mesmo, passível de sanções administrativas ou penais, caso sejam infringidas as leis que regulamentam a Propriedade Intelectual, respectivamente, Patentes: Lei nº 9.279/1996 e Direitos Autorais: Lei nº 9.610/1998. O conteúdo desta obra tomar-se-á de domínio público após a data de defesa e homologação da sua respectiva ata. A mesma poderá servir de base literária para novas pesquisas, desde que a obra e seu (a) respectivo (a) autor (a) sejam devidamente citados e mencionados os seus créditos bibliográficos.

MS586 Moreira, José Thallys.
P PERCEPÇÃO DOS MORADORES RIBEIRINHOS DA
COMUNIDADE ILHA DE SANTA LUZIA (MOSSORÓ/RN) - TRECHO
DO RIO APODI-MOSSORÓ, ACERCA DO ACESSO AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELA UBS ANTÔNIO CAMILO
/ José Thallys Moreira. - 2020.
64 f. : il.

Orientador: Lázaro Fabrício Sousa.
Monografia (graduação) - Universidade Federal
Rural do Semi-árido, Curso de Medicina, 2020.

1. acesso em saúde. 2. Saúde de populações
ribeirinhas. 3. Satisfação dos usuários. 4.
Violência e acesso em saúde. I. Sousa, Lázaro
Fabrício, orient. II. Título.

O serviço de Geração Automática de Ficha Catalográfica para Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) foi desenvolvido pelo Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo (USP) e gentilmente cedido para o Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal Rural do Semi-Árido (SISBI-UFERSA), sendo customizado pela Superintendência de Tecnologia da Informação e Comunicação (SUTIC) sob orientação dos bibliotecários da instituição para ser adaptado às necessidades dos alunos dos Cursos de Graduação e Programas de Pós-Graduação da Universidade.

JOSÉ THALLYS MOREIRA DA SILVA

**PERCEPÇÃO DOS MORADORES RIBEIRINHOS DA COMUNIDADE ILHA DE
SANTA LUZIA(MOSSORÓ/RN)- TRECHO DO RIO APODI-MOSSORÓ, ACERCA
DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELA UBS ANTÔNIO
CAMILO.**

Monografia apresentada pelo aluno José Thallys Moreira da Silva, do Curso de
Bacharelado em Medicina, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da
Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: 06 / 02 / 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Lazáro Fabrício de França Souza (UFERSA-MOSSORÓ)

Orientador

Prof.^a Me. Andréa Taborda Ribas da Cunha

Membro 1

Prof.^a Esp. Ana Flávia Sobral de Medeiros

Membro 2

Dedico este trabalho àqueles que lutam pela
dignidade humana!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força e determinação diários para, aos poucos, tornar-me aquilo que almejo ser.

Aos meus pais Francisca Moreira e Valdeci Monte, os quais foram instrumentos valiosos na concretização de meus sonhos.

Aos meus caros amigos, Davinna Niara, Natyele Carneiro, André Alves, Rita de Sousa e Mirella Lorena pela amizade e incentivo a mim ofertados, fazendo-me acreditar que eu sou capaz de ser até aquilo que eu não imaginei ser.

Aos agentes comunitários de saúde que grandemente contribuíram com esta pesquisa, aqui destacados Michele e Wagner.

A todos os meus familiares que compartilharam da minha caminhada e aqueles que, mesmo distante fisicamente, vibraram com minhas vitórias e choraram as minhas dores.

Aos colegas da faculdade pela convivência, pelo afeto e a irmandade construídos ao longo desses 4 anos.

Ao professor e orientador Lázaro Fabrício por seu exemplo de docente, empenho e dedicação na realização do meu trabalho.

A todos os professores que dedicaram seu tempo e sua sabedoria para que minha formação acadêmica fosse um aprendizado de vida, em destaque a professora Ana Flávia Sobral de Medeiros que, incansavelmente, me apoiou, instruiu e firmou-se como um grande tesouro a mim dado pela faculdade.

Destarte, a todos que fizeram parte desta longa e salutar jornada, os meus mais honrosos agradecimentos! Muito obrigado!

“Sempre que puder, fale do amor e com amor para alguém. Faz bem aos ouvidos de quem
ouve à alma de quem fala”.
(Santa Dulce dos Pobres)

RESUMO

A temática acesso é plurissignificativa e impacta a qualidade da Atenção Primária à Saúde, fato promotor do presente trabalho acerca dos fatores estruturais e socioambientais que dificultam o acesso dos ribeirinhos aos serviços de saúde prestados pela UBS Antônio Camilo. Assim, este trabalho tem como objetivo principal avaliar o acesso segundo a ótica de usuários ribeirinhos e profissionais de saúde. Já como objetivos específicos, tem-se: captar as dificuldades estruturais na percepção de pacientes e profissionais que impedem o pleno acesso dos ribeirinhos aos cuidados em saúde, comparando-o aos de outras localidades; Identificar o entendimento existente, a partir da percepção por parte de usuários e profissionais, acerca do que se considera acesso em saúde; analisar, na visão dos profissionais de saúde, os fatores determinantes do acesso e as ações realizadas visando mitigar possíveis dificuldades. O presente estudo foi desenvolvido na cidade de Mossoró/RN, por meio de uma pesquisa de campo descritiva com abordagem qualitativa, sendo gravada em áudio. Aliado às entrevistas, os pesquisadores utilizaram-se da observação participante com anotações em um diário de campo. A população da pesquisa consistiu em moradores ribeirinhos do trecho do Rio Apodi-Mossoró adscritos pela UBS Antônio Camilo e profissionais de saúde dessa mesma localidade, com uma amostra de 13 usuários e 4 profissionais. A pesquisa foi realizada com rigor, seguindo os preceitos éticos e bioéticos assegurados pelas resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo se desenvolveu logo após aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERN, conforme parecer de número 08312819.5.0000.5294. Aos participantes do estudo foram explicados os objetivos da pesquisa e, na sequência, realizou-se a entrevista. No que se refere às análises dos dados, utilizou-se da Análise de Conteúdo de Bardin. Observou-se dificuldades no acesso consequentes à marcação de consultas com as especialidades médicas, tempo de espera de cerca de 2 anos; a barreira geográfica do Rio Apodi-Mossoró, em especial para a população que vive não adjacente ao posto de saúde; dificuldades concernentes ao acesso às medicações; problemas relativos ao acolhimento influenciando diretamente no acesso aos serviços da unidade; pouca ou nenhuma percepção do conceito ampliado de saúde por parte dos usuários entrevistados; dificuldades ambientais decorrentes da presença do Rio Apodi-Mossoró encontradas pelos moradores, tais como períodos de enchentes, veiculação de doenças e infestação por animais silvestres e animais de origem urbana; a violência como fator de adoecimento e dificultante ao acesso aos serviços da Unidade de Saúde. Por parte dos profissionais de saúde, observou-se uma visão ampliada do conceito de acesso em saúde e foram identificados como pontos facilitadores do acesso desses povos o vínculo com a equipe, a situação carential deles, a realização de ações em saúde e as contribuições dadas pelas residências médica em Medicina de Família e Comunidade da UERN e a multiprofissional; como pontos dificultantes, foram levantados: a dificuldade apresentada para os encaminhamentos às especialidades médicas, a visão restrita de saúde por parte dos usuários e, por conseguinte, o baixo autocuidado, além da barreira física do Rio Apodi-Mossoró para a população não adjacente à UBS. Portanto, ao avaliar uma população ribeirinha atípica do interior do nordeste, pode-se notar traços típicos de outras populações ribeirinhas tradicionais, tais como dificuldade de acessar serviços de saúde, veiculação de doenças típicas de quem vive próximo a mananciais hídricos (diarreia, arboviroses, acidentes com animais peçonhentos, entre outras) e abandono de casas nos períodos de enchente. Por outro lado, as diferenças em relação a outros grupos ribeirinhos eram basicamente o estilo de vida e o modo de obtenção de renda, que não era de recursos extrativistas e da pesca, além do fato de ser uma população ribeirinha socialmente marginalizada no centro da área urbana

da cidade, que padece dos mesmos fatores da área tipicamente urbanizada, tal como violência e tráfico de drogas.

Descritores: acesso em saúde. Saúde de populações ribeirinhas. Satisfação dos usuários. Violência e acesso em saúde.

ABSTRACT

The thematic access is multi-meaning and directly impacts the quality of Primary Health Care, a fact that promotes the concern of the present study about the structural and socioenvironmental factors that make it difficult for the riverside people to access health services provided by the Antônio Camilo Basic Health Unit. Thus, this paper aims to evaluate access from the perspective of riverine users and health professionals. As specific objectives, we have: capture the structural difficulties in the perception of patients and professionals that prevent the full access of the riparian to health care, comparing it to those of other locations; Identify the existing understanding, from the perception by users and professionals, about what is considered health access; analyze, in the view of health professionals, the determinants of access and the actions taken to mitigate possible difficulties. The present study was developed in the city of Mossoró / RN, through a descriptive field research with qualitative approach, being recorded in audio. Allied to the interviews, the researchers used participant observation with notes in a field diary. The research population consisted of riverine residents of the Apodi-Mossoró River stretch, assigned by UBS Antônio Camilo and health professionals from the same locality, with a sample of 13 users and 4 professionals. The research was carried out rigorously, following the ethical and bioethical precepts ensured by the resolutions 466/2012 of the National Health Council. The study was developed soon after it was approved by the UERN Research Ethics Committee, according to the opinion number 08312819.5.0000.5294. The participants of the study were explained the objectives of the research and, afterwards, were held the interview. With regard to data analysis, we used Bardin's Content Analysis. Difficulties in access were observed due to the appointment of appointments with medical specialties, waiting time of about 2 years; the geographical barrier of the Apodi-Mossoró River, especially for the population that lives not adjacent to the health post; difficulties regarding access to medications; problems related to reception directly influencing the access to services of the unit; little or no perception of the expanded concept of health by users interviewed; environmental difficulties arising from the presence of the Apodi-Mossoró River encountered by residents, such as flooding, disease transmission and infestation by wild animals and animals of urban origin; violence as a factor of illness and hindering access to services of the Health Unit. On the part of health professionals, a broader view of the concept of access to health was observed and the following points were identified as facilitating points of access for these peoples: the bond with the team, their needy situation, the performance of health actions and the contributions made. the medical residences in Family and Community Medicine of UERN and the multiprofessional; The following points were raised as difficulties: referrals to medical specialties, restricted view of health by users and, consequently, low self-care, besides the physical barrier of the Apodi-Mossoró River for the population not adjacent to UBS. Therefore, when assessing an atypical riparian population in the northeast interior, one may notice typical features of other traditional riparian populations, such as difficulty in accessing health services, transmission of diseases typical of those living near water sources (diarrhea, arboviruses, accidents with venomous animals, among others) and abandonment of houses during floods. On the other hand, the differences from other riparian groups were basically the non-extractive lifestyle and fishing income, and the fact that it was a socially marginalized riverine population in the center of the area. city, which suffers from the same factors as the typically urbanized area, such as violence and drug trafficking.

Keywords: health access. Health of riverine populations. User satisfaction. Violence and access to health.

LISTA DE SIGLAS

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFERSA- Universidade Federal Rural do Semi-Árido

UERN- Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

MS- Ministério da Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

OMS- Organização Mundial da Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Sexo.....	32
Gráfico 2: Faixa etária.....	33
Gráfico 3: Escolaridade.....	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	17
1.2 JUSTIFICATIVA	18
1.3 PROBLEMATIZAÇÃO	19
1.4 OBJETIVOS	20
1.4.1 objetivo geral	20
1.4.2 objetivos específicos	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 DEFINIÇÕES DE ACESSO EM SAÚDE	20
3.2 DISCUTINDO O ACESSO EM SAÚDE NUM CONTEXTO HISTÓRICO.....	21
3.3 AS COMUNIDADES TRADICIONAIS E OS PROBLEMAS POR ELAS ENFRENTADOS.....	22
3	
4 METODOLOGIA	26
4.1 TIPO DE ESTUDO	26
4.2 LOCAL DA PESQUISA	28
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA	29
4.5 PROCEDIMENTO DA COLETA	30
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	31
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	32
4.8 FINANCIAMENTO	32
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	33
5.1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA	33
5.2 AS PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS USUÁRIOS PARA ACESSAREM O SERVIÇO.....	36

5.3 O IMPACTO DE MORAR ÀS MARGENS DO RIO APODI-MOSSORÓ NA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DESSAS PESSOAS.....	40
5.4 A VIOLÊNCIA COMO MODULADORA DO ACESSO EM SAÚDE NA POPULAÇÃO RIBEIRINHA DO RIO APODI-MOSSORÓ.....	42
5.5 AS VISÕES DE ACESSO SEGUNDO AS VIVÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	44
5.6 A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO QUE CON CERNE ÀS FACILIDADES E DIFICULDADES DO ACESSO DA POPULAÇÃO ADSCRITA.....	4
5	
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	52
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
8. ANEXOS.....	61
8.1 ROTEIRO DAS ENTREVISTAS.....	61
8.2. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	62

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

Após cerca de quase 30 anos da instituição do Sistema único de Saúde(SUS) como guardião da saúde pública brasileira, o acesso em saúde permanece como um desafio permanente, mesmo com as ampliações de ofertas aos serviços de saúde na rede básica. Não obstante, as populações em situação de vulnerabilidade social, em especial aquelas desprovidas de aparatos sociais e que vivenciam situações de violência, precariedade de moradia e doenças diretamente ligadas à condição de pobreza e miserabilidade, tais como aquelas ditas populações ribeirinhas, são as mais afetadas quando se trata de falta de acesso. Muitos foram os autores que se debruçaram sobre essa temática do acesso em sua multiplicidade de facetas, indo desde as barreiras físicas instituídas até chegar ao serviço e, por outro lado, perpassando os aspectos sociais, culturais e educacionais das populações (DOURADO RAMOS, DIAS DA SILVA LIMA, 2003; VITURI, 2014; McIntyre e Mooney, 2004;).

O acesso aos serviços de saúde para as populações ribeirinhas encontra resguardo não apenas constitucional, mas também na forma de Política Nacional instituída pelo Ministério da Saúde. Em 2013 foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Nela, estão inclusos camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que residam ou não no campo. Ainda, somam-se as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que habitam ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras. Neste material, reconhece-se a situação de vulnerabilidade de tais povos e são propostas medidas intersetoriais interventivas baseadas no conceito ampliado de saúde, isto é, levando-se em conta os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Entende-se por populações ribeirinhas, segundo o Instituto Ecobrasil(2012), como Povos ribeirinhos ou ribeirinhas aqueles que residem nas proximidades dos rios e/ou têm a pesca artesanal como principal atividade de sobrevivência. Assim, em virtude das dimensões

continentais do Brasil e de sua ampla diversidade cultural, os povos que habitam a beira do rio Apodi-Mossoró, trecho adscrito pela UBS Antônio Camilo, apresentam características marcantes de populações urbanas, mas padecem de doenças e complicações típicas de populações tradicionalmente ditas ribeirinhas, o que configura uma população com características próprias e maneiras distintas de abordagem em saúde.

Um tema muito comumente abordado na região norte do país, a situação de saúde em populações ribeirinhas, ganha singular importância quando aplicado à região do nordeste brasileiro, em especial no semi-árido nordestino. A abordagem à saúde dessa parte populacional pressupõe, inicialmente, a análise de como se estabelece o acesso, suas dificuldades e empecilhos, tendo em vista esse princípio figurar entre os fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS) (DOURADO RAMOS; DIAS DA SILVA LIMA, 2003). Portanto, o feedback dos usuários do serviço e o contraponto dos profissionais que atendem na UBS Antônio Camilo acerca do acesso é de suma importância no que tange às modificações necessárias para o estabelecimento de uma saúde universal, incluyente e adequada às necessidades de cada população (VITURI, 2014).

1.2 JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática surgiu a partir das experiências comunitárias tidas por nós na população referida durante visitas domiciliares, observação participante e atendimentos realizados sob supervisão de preceptores. As peculiaridades culturais e sociais, as doenças estigmatizantes que afligem essa população em particular e a pouca participação dela nos serviços de saúde da UBS Antônio Camilo despertaram nosso interesse em estudar como se estabelece o acesso em saúde nessa população, descrevendo os fatores determinantes para a sua efetivação.

Ao se pensar que o acesso aos serviços de saúde, em especial os ofertados pela atenção primária, vai além das impossibilidades físicas e econômicas enfrentadas pela população, o presente trabalho traz informações que vislumbram o acesso em saúde como sendo um princípio diretamente ligado aos fatores culturais, geográficos, socioeconômicos e educacionais de um determinado setor populacional. Embasando-se nesse conceito contemporâneo de acesso, o estudo proposto expõe à sociedade mossoroense as peculiaridades e entraves encontrados por uma população socialmente marginalizada no que

concerne ao acesso universal à saúde rezado pela lei 8.080, que institui o SUS como suporte básico de saúde para todos os brasileiros.

Ao se pensar nessa temática em saúde para a população ribeirinha que habita o trecho do rio Apodi-Mossoró, adscrito pela UBS Antônio Camilo, em Mossoró/RN, nota-se que os estudos voltados para o acesso em saúde, em especial nessa população atípica do interior do nordeste, são escassos, ou mesmo inexistem, embora haja um vasto leque de pesquisas em saúde nas populações ribeirinhas do Brasil, em especial da região norte do país. Assim, captar as individualidades de uma população com diferentes hábitos de vida e valores socioculturais, bem como peculiaridades ambientais e de adscrição pela UBS Antônio Camilo (a própria barreira física instituída pelo rio em questão, dividindo a população assistida pelo posto de saúde), fornece valiosos dados à gestão e aos cidadãos socialmente comprometidos acerca dos habitantes de tal área, além de permitir o estabelecimento das diferenças e semelhanças com estudos dirigidos em outros locais referentemente à mesma temática.

Dessa maneira, a relevância desse estudo concentra-se no fato de identificar e adentrar nas barreiras e características que facilitam ou dificultam a efetividade do acesso, seja por parte da equipe de saúde ou da população assistida, permitindo um suporte para que ações resolutivas e contempladores das necessidades sociais sejam tomadas por parte dos gestores públicos e de saúde, bem como expandir, mais do que já é, as dimensões do acesso em saúde, com fins a promover em sua forma mínima necessária, e ao mesmo tempo ampla, o acesso aos serviços básicos de saúde.

Acreditamos que ao as experiências e concepções acerca do acesso em saúde nas visões tanto de usuários quanto dos profissionais que os assistem, através da pesquisa, irá proporcionar aos demais profissionais que trabalham no meio e aos interessados na temática, uma visão ampliada do que se configura acesso e os meios que o impedem ou ajudam a ser efetivado, uma vez que, muitos profissionais, mesmo inseridos no serviço de saúde, e a população leiga, acabam naturalizando determinadas situações que impedem o acesso, ou mesmo, desconhecendo as maneiras de torná-lo efetivo.

1.3 Problemática

Qual a percepção dos moradores ribeirinhos adscritos pela UBS Antônio Camilo e dos profissionais que trabalham nessa serviço acerca do acesso em saúde?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar o acesso dos povos ribeirinhos da comunidade Ilha de Santa Luzia aos serviços de saúde oferecidos pela UBS Antônio Camilo.

2.2 Objetivos específicos:

- Captar as dificuldades estruturais na percepção de pacientes e profissionais que impedem o pleno acesso dos ribeirinhos aos cuidados em saúde, comparando-o aos de outras localidades;
- Identificar o entendimento existente a partir da percepção por parte de usuários e profissionais, acerca do que se considera acesso em saúde;
- Analisar, na visão dos profissionais de saúde, os fatores determinantes do acesso e as ações realizadas visando mitigar possíveis dificuldades.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Definições de acesso em saúde

Muitas foram as definições traçadas para acesso em saúde. Para Andersen (1995), o acesso seria determinado pela predisposição do usuário em fazer uso dos serviços de saúde (o que contempla aspectos demográficos, valorativos, educacionais e sociais), além de ser influenciado por fatores capacitantes que facilitam ou dificultam a utilização (renda, plano de saúde, disponibilidade de serviços, distância e tempo de espera) e, ainda, a necessidade de saúde do usuário do serviço.

Em consonância com Thiede e McIntyre (2008), acesso em saúde refere-se à liberdade para uso, baseada no próprio entendimento do usuário acerca da possibilidade de uso do serviço e no seu empoderamento no que se refere à escolha. Esses autores trazem, ainda, fatores como a possibilidade de um serviço específico ao alcance do indivíduo, a cordialidade com o usuário, a existência de sistemas de marcação de consultas, a conveniência de horários, a capacidade do paciente em arcar com os custos diretos e indiretos da assistência, o modelo de financiamento do sistema de saúde e fatores subjetivos, sociais e culturais como importantes moduladores do acesso em saúde. Outrossim, o grau de acesso aos serviços de saúde seria resultado do grau de adequação entre indivíduos, comunidades, profissionais de saúde e o sistema de saúde como um todo.

Em conformidade com Donabedian (1973, 2003), conceitua-se acessibilidade referindo-se à facilidade com que os indivíduos obtêm assistência em saúde. De acordo com esse mesmo autor, a acessibilidade é dependente de fatores sócio-organizacionais e geográficos intrinsecamente relacionados. Ele faz alusão, ainda, aos fatores sociais e culturais e às preferências étnicas e religiosas como fundamentais para a acessibilidade e, por mais que enfatize fatores geográficos e organizacionais como potenciais determinantes do acesso em saúde, considera a acessibilidade como um importante fator da aceitabilidade social para a assistência.

3.2 Discutindo o acesso em saúde num contexto histórico

As primeiras análises acerca de acesso em saúde datam-se da década de 1970, quando os fatores resumiam-se aos aspectos geográfico(disponibilidade) e financeiro(capacidade de pagar por um serviço de saúde). Em 1974, Aday e Andersen definiram o acesso aos serviços de saúde através das características da população e da disponibilidade organizacional e geográfica do sistema de saúde. Com o intuito de caracterizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, Giovanella e Fleury adotam como abordagem teórica quatro dimensões explicativas (política, econômica, técnica e simbólica), além de se referirem, também, às dimensões específicas do acesso como: disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade. Segundo os autores supracitados, disponibilidade é percebida como relação entre a procura e a oferta de serviços existentes. Já a acessibilidade se caracteriza pela relação entre

localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos. Enquanto isso, a adequação funcional pode ser “entendida como a relação entre o modo como a oferta está organizada para agregar os usuários e a maleabilidade destes em acomodarem-se a esses fatores e perceberem a conveniência dos mesmos”(ABREU DE JESUS; ARAÚJO ASSIS, 2010). E, finalmente, a aceitabilidade, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde e práticas destes serviços.

Todavia, para Unglert, o acesso geográfico é delineado pelo tempo de deslocamento e distância entre a moradia do usuário e o serviço de saúde, obedecendo às definições de acessibilidade geográfica e de territorialização. Já o acesso econômico, segundo o mesmo autor, é vislumbrado a partir de facilidades e dificuldades que o usuário se depara para obter o atendimento, tais como a forma e custos de deslocamento, de procedimentos e obtenção de medicamentos e sua atual conjuntura socioeconômica. Contudo, a literatura mais recente procura abordar aspectos menos tangíveis, dentre os quais o cultural, o educacional e o socioeconômico.

Mais tarde, McIntyre e Mooney(2004) introduziram a noção de acesso à saúde a liberdade para o uso dos serviços: os atributos que definem o indivíduo, como seu nível educacional, sua bagagem cultural e crenças, sua condição social e econômica, entre muitos outros atributos, e a interação do usuário com o sistema de saúde farão com que o usuário tenha relativa liberdade para utilizar o sistema, o que se traduzirá em melhores ou piores condições de acesso à saúde. Além disso, para McIntyre e Mooney(2008), a informação que o profissional de saúde e o paciente possuem é um importante determinante da qualidade da interação entre o sistema de saúde e o indivíduo. Assim, o acesso é um dos elementos capazes de contribuir para a remodelagem dos serviços de saúde e para o aprimoramento e qualificação da assistência oferecida.

Assim, considera-se que, embora o acesso aos serviços de saúde figure como uma problemática nacional, as populações ribeirinhas sofrem substancialmente com a situação de “desacesso”, tendo em vista sua já conhecida condição de vulnerabilidade socioeconômica, sobretudo em períodos de enchentes, quando os problemas estruturais começam a amedrontá-los. O problema detectado, estópim para a tessitura do presente construto, foi a dificuldade de acesso, estrutural e socioambiental, dos povos ribeirinhos adscritos pela UBS Antônio Camilo, situados no trecho do rio Apodi-Mossoró. Com as visitas estabelecidas a essa unidade de saúde, observou-se uma carência de participação dos usuários da região

ribeirinha, fato que levou o pesquisador sugerir a hipótese de que os usuários ribeirinhos não estavam tendo um acesso suficiente aos serviços de saúde.

Para Prosenewicz e Gazi Lippi (2012), a abordagem da OMS, que sugeriu um novo indicador de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, chamado "cobertura efetiva", definida como a proporção da população que carece de uma dada assistência em que o cuidado primário reduz a probabilidade de hospitalização por enfermidades tratadas efetivamente fora do ambiente hospitalar. Tal indicador proporciona um entendimento mais abrangente e uma cobertura mais alinhada às necessidades da população ribeirinha, de modo a garantir uma qualidade de vida mais condizente ao que versa a carta cidadã de 1988.

É essencial recordar que a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 aponta como fatores determinantes e condicionantes da saúde "a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a educação, o transporte, o lazer, o acesso aos bens e serviços essenciais", entre outros (Brasil, 1990). Em vista desse pressuposto, vê-se que as infraestruturas sociais, econômicas e de saneamento básico são condições que influenciam de forma significativa a saúde das pessoas e que, portanto, a resolução da problemática do acesso envolve uma malha de atores sociais. Com isso, depreende-se que a melhoria do acesso à saúde e a garantia de uma maior equidade não serão obtidas com ações cujo foco se limite apenas aos serviços de saúde. Em vez disso, dependem de ações inter-setoriais e políticas sociais e econômicas que permitam dissipar as disparidades múltiplas vivenciadas pela população brasileira.

Entende-se que, apesar de o acesso universal à saúde ser preconizado pela constituição cidadã de 1988, os percalços para a sua efetivação insistem e persistem no SUS, ocasionando uma exclusão em especial das populações em maiores condições de vulnerabilidade socioeconômica e educacional, a exemplo das populações ribeirinhas de que trata o presente trabalho, que se encontram, também, apartadas do acesso à saúde suplementar.

3.3 As comunidades tradicionais e os problemas por elas enfrentados

Mesmo com as crescentes melhorias dos últimos tempos, o Brasil ainda persiste com iniquidades na distribuição da riqueza, com expressivos setores de sua população vivendo em condições de pobreza e miserabilidade, não lhes sendo ofertado o acesso às mínimas

condições de dignidade humana e aos bens essenciais à sua saúde. Porém, é necessário compreender a pobreza ou miserabilidade econômica não apenas como falta de acesso a bens materiais mas, por outro lado, como a vulnerabilidade resultante da ausência de oportunidades de crescimento intelectual, social e humano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Assim, percebe-se que a pobreza escancara-se na falta de emprego, de moradia digna, de alimentação adequada, de sistema de saneamento básico, de serviços de saúde, de educação e de mecanismos de participação popular na construção das políticas públicas. Manifesta-se, ainda, na inexpressividade na resolução de conflitos e no avançar do tráfico de drogas e na violência que assola os diversos locais, sobretudo os urbanos e, conforme o livro “Impacto da violência na saúde dos brasileiros” (Ministério da Saúde, 2005), a violência constitui-se em fenômeno de saúde pública “porque afeta a saúde individual e coletiva”, exigindo “para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços particulares ao setor”.

É preciso compreender que os aspectos de ordem econômica, social, cultural, política e ambiental compõem os determinantes sociais da saúde, que exercem uma influência direta sobre a qualidade de vida dos diversos segmentos populacionais e estão intrinsecamente associados às diferentes maneiras de adoecer e morrer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). No campo e na floresta, ainda existem limitações graves de acesso e de qualidade nos serviços de saúde, bem como uma deficiência na área de saneamento ambiental, o que não é diferente de certas áreas de ambientes urbanos, as quais padecem dessas mesmas mazelas.

O saneamento básico está entre os mais importantes fatores sociais determinantes da saúde. As condições de saneamento no País, de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2009), mostram que ainda são graves as desigualdades no acesso aos serviços de abastecimento de água entre os habitantes das áreas urbanas e rurais. Esse panorama epidemiológico implica, direta e indiretamente, para o surgimento de doenças de veiculação hídrica, de parasitoses intestinais e de diarreias, as quais são responsáveis por expressiva elevação da taxa de mortalidade infantil, de acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano de 2006 (BRASIL, 2012), sendo responsável por 1,8 milhão de mortes infantis anuais. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2012a), 88% dos casos de doenças diarreicas são decorrentes do abastecimento de água insalubre, de esgotamento sanitário inadequado e de higiene deficiente. Portanto, a melhoria do abastecimento de água reduz entre 6% a 21% a sua

morbidade; a melhoria do esgotamento sanitário reduz a sua mortalidade em 32%; as medidas de higiene podem reduzir o número de casos em até 45% e, por fim, a melhoria da qualidade da água para o consumo, por meio de seu tratamento doméstico, pode reduzir de 35% a 39% os episódios dessa doença.

É imperioso citar que algumas doenças estão intimamente ligadas às condições de vida e de habitação das populações do campo e da floresta e, portanto, são relevantes para as populações quando se trata da temática acesso em saúde, promoção de saúde e prevenção de agravos. De acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan/MS) e o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (Sivep – Malária/MS), destacam-se dentre as doenças endêmicas: a malária, a febre amarela, a doença de Chagas e a leishmaniose num panorama territorial nacional. Em se tratando da Região Nordeste, dados do Sinan apontam para as arboviroses como Zika, Chikungunya e Dengue como importantes problemas de saúde pública, além, claro, das doenças negligenciadas, como a Tuberculose e a Hanseníase.

Devido às distâncias e à dispersão populacional, os usuários do sistema público de saúde que vivem nessas regiões insalubres, em geral, encontram grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Esse quadro evidencia a complexidade e a gravidade das condições de saúde dessas populações, o que requer um esforço do SUS no seu enfrentamento. Há a necessidade premente de melhorar o acesso às ações e aos serviços de saúde, com qualidade, visando atender as especificidades dessas populações.

Neste prisma, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta(2013) reafirma o princípio de universalidade do SUS, a partir de ações de saúde integral, como a garantia constitucional a tais povos. Assim, tem-se o compromisso com a promoção da equidade em saúde, de maneira a assegurar uma ação concreta com o objetivo de buscar soluções para os problemas relacionados à vida das pessoas diretamente atingidas pelas suas condições de moradia e de vida, que constituem forte agravos em saúde.

Para melhorar o acesso, as ações devem considerar a diversidade desses grupos populacionais e seus processos de produção e reprodução social, respeitando o conjunto de suas crenças e seus valores, adequando-se aos modelos e princípios de desenvolvimento sustentável. Sua viabilidade e efetividade dependem de maiores investimentos públicos em condições de moradia adequada e na abrangência de serviços públicos de saúde de qualidade

para tais povos, que vêm ocorrendo nos municípios brasileiros que abrigam as populações amparadas por esta política.

O acesso dessas populações ao SUS requer uma articulação de saberes e experiências de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação permanente das ações intersetoriais, bem como das responsabilidades e informações compartilhadas, a fim de alcançar a atenção à saúde com qualidade e integralidade. Nessa estratégia de intersetorialidade, é importante a articulação de um colegiado de gestão, com o objetivo de promover os ajustes necessários às suas práticas, assim como a articulação com outros programas governamentais, em especial aqueles que objetivam o desenvolvimento social e econômico.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo aqui apresentado tratou-se de uma pesquisa de campo descritiva com abordagem qualitativa, ou seja, direciona-se à análise qualitativa, assim diferindo da pesquisa quantitativa, dentre outros aspectos, pelo fato de não valer-se de softwares, teste de hipóteses e estatísticas específicas (SILVA; TREVISAN FOSSÁ, 2015).

Assim, possui uma natureza qualitativa, com a utilização da observação participante, acompanhada de diário de campo. De acordo com Minayo (2010), o método qualitativo contempla o mundo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Já em consonância com Gil (2009), os estudos descritivos possuem como cerne a descrição das particularidades de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Para Queiroz (2007) a abordagem qualitativa iniciou-se no século XIX, na Alemanha, a fim de contemplar as necessidades das ciências sociais nos estudos dos fenômenos relativos à vida humana. Assim, a pesquisa qualitativa possui como quadro referencial os próprios sujeitos do estudo, de modo que é incubido ao pesquisador a compreensão e discernimento do o significado da ação humana, evitando, portanto, meros retratos dos comportamentos, uma vez que os sujeitos definem e interpretam situações e acontecimentos de maneiras distintas, pois há sistemas valorativos que modulam suas respostas às situações.

Ainda segundo Gil (2009), a observação é um dos métodos mais contínuos e utilizados pelos indivíduos para conhecer e assimilar pessoas, objetos, situações e acontecimentos. Destarte, observar é direcionar os sentidos com vistas a obter uma informação sobre algum aspecto da realidade. Assim, o rito da observação consiste em aplicar atentamente os sentidos a um objeto para, dele, captar um sentido. Dessa maneira, a observação é tida como uma importante técnica científica quando processada por etapas como desenvolvimento, planejamento e controle da objetividade. É válido notar que o pesquisador não está apenas olhando de modo literal o que está acontecendo ao seu redor, mas atento em busca de certos acontecimentos e fatos específicos. Ainda, a técnica da observação contribui para o pesquisador obter as informações nas ocorrências naturais dos fatos. Assim, não significa apenas não tratando ver, mas de enxergar, examinar aquilo que está para além do mero olhar artificial dos fatos. Trata-se, no mais, de ler documentos (livros, jornais, impressos diversos), tendo em vistas que essas fontes não apenas apresentam resultados de estudos realizados por outrem, mas, por outro lado, traduzem a reação e os aspectos valorativos dos seus autores. A coleta de dados foi norteadada pela técnica da observação participante, com vistas a conhecer o campo da pesquisa. Para Moré e Crepaldi (2004 apud MASSIGNANI, 2007) os materiais registrados pelo pesquisador, apesar de influenciados pela sua subjetividade, serão fontes ricas para construir sentidos, de modo a colaborar, também, na etapa de organização dos dados da pesquisa, a exemplo da construção das categorias de análises.

No que se concerne ao método de observação participante utilizado nesta pesquisa, permitiu-se ao pesquisador a experiência singular de adentrar nas realidades de uma comunidade ribeirinha, conhecer suas particularidades, sua situação social e suas problemáticas em saúde, bem como dimensionar importantes cenários de acesso na unidade de saúde que serviu de base para o estudo, com vistas a estruturar uma investigação científica. Em consonância com Minayo (2010), nessa técnica ocorre, entre o participante e o observador, uma íntima relação de contato, de modo a o pesquisador tornar-se parte do contexto de observação, influenciando e sendo influenciado pelas circunstâncias em questão.

No que tange aos registros no diário de campo, em se tratando das condições de moradia, saneamento básico e acesso aos serviços de saúde, transmitem a compreensão do pesquisador acerca das múltiplas reações obtidas em campo, indo desde a receptividade dos sujeitos, as situações de alta periculosidade vivenciadas, o acompanhamento de perto dos

trabalhos dos agentes comunitários de saúde, os contatos com os usuários tanto na unidade de saúde quanto em suas residências, assim como os aspectos sociais e valorativos dessa população. Dessa maneira, o diário de campo, para Minayo (2010), traz consigo o objetivo de descrever as impressões pessoais do pesquisador, as conversas informais, as posturas e intercorrências no processo de pesquisa, além de permitir explorar novas temáticas não necessariamente ligadas à pesquisa. Tendo sido realizadas as entrevistas, o pesquisador procedeu com as anotações no diário de campo, pontuando as principais questões abordadas e vivenciadas no transcorrer das entrevistas e permanência na área em questão, de modo a se constituir como fonte de informações importantes e complementares para o momento de leitura e análise dos dados.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa em questão foi realizada no município de Mossoró, localizado no interior do Estado do Rio Grande do Norte, na região Nordeste do Brasil. Aquela cidade, à época, contava com uma população estimada, no ano de 2015, de aproximadamente 290 mil habitantes, segundo o último censo do IBGE. No que se refere à UBS escolhida para dar suporte ao estudo, a Unidade Básica de Saúde Antônio Camilo, situada no Bairro Ilha de Santa Luzia, em Mossoró, RN, tem-se que nela há 9 microáreas, das quais 2 são compostas, em boa parte, por moradores ribeirinhos, que são as microáreas 2 e 5. Nessa unidade, são adscritas 1167 famílias, totalizando 3443 pessoas. Os serviços de saúde ofertados por tal estabelecimento de saúde consistem em atendimento médico, odontológico, nutricional, fisioterapêutico, enfermagem e de assistência social, além de ser unidade escola para residência médica em Medicina de Família e Comunidade e para residência Multiprofissional. A unidade funciona de segunda a sexta-feira, das 7h e 30 minutos às 11h e 30 minutos.

4.3 População e amostra

Para Gil (2009), define-se população como um conjunto de elementos possuidores de características determinadas ou distintas. Por outro lado, a amostra é um subconjunto de uma população ou do universo, na qual se estabelecem suas características.

A população da pesquisa consistiu nos moradores que tinham suas casas voltadas para o Rio Apodi-Mossoró e, enquanto a amostra foi estimada por conveniência, de forma não-probabilística, optando-se por trabalhar com o método de saturação, ou seja, parou-se as entrevistas quando as falas começaram a se repetir. Os participantes foram moradores da área que dá acesso ao Rio Apodi-Mossoró, do trecho adscrito pela UBS Antônio Camilo, em 2 microáreas estabelecidas (02 e 05) -total de 13 usuários da UBS, e profissionais de saúde que atendem na UBS, num total de 4, que eram os profissionais presentes na unidade no período de coleta estabelecido. Foram obedecidos os critérios de inclusão e exclusão abaixo descritos.

Os critérios de inclusão foram: fazer parte da área adscrita pela UBS Antônio Camilo; ser morador do trecho definido às margens do rio apodi-mossoró. Já os critérios de exclusão foram: ser adscrito pela UBS Antônio Camilo, mas não fazer parte do trecho ribeirinho; ter menos de 18 anos; possuir transtornos mentais incapacitantes ou estar sob efeito de substâncias psicoativas; recusar a assinatura do TCLE.

4.4 Instrumento de coleta

Como método de obtenção dos objetivos traçados para a pesquisa, a ferramenta de investigação deu-se com um roteiro de entrevista semiestruturada previamente elaborado, com vistas a coletar informações relacionadas à temática em questão. Foram abordadas características do atendimento local, da equipe de saúde, dos usuários e da rede prestadora de serviços de saúde. Além disso, foi utilizada a técnica de observação participante, condição na qual o pesquisador se coloca como sujeito observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma análise científica da questão. Nesse caso, o observador se põe no cotidiano dos participantes, de modo a coletar informações sobre os variados âmbitos de suas vidas, colocando-se, por vezes, no lugar do outro, com o intuito de entender melhor as demandas e necessidades de outrem. Além disso, a análise observacional permite que o pesquisador faça menos julgamentos, uma vez que não o torna prisioneiro de instrumentos rígidos de coleta de dados ou de hipóteses testadas antes da realização da pesquisa (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 1993).

De acordo com Ribeiro (2008), a entrevista é a ferramenta de coleta de dados mais pertinente quando se quer obter informações a despeito do seu objeto, permitindo conhecer

sobre atitudes, sentimentos e comportamento, de modo a poder ir além das descrições das ações, levando à incorporação de novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistadores. Para Gil (2010), entrevista é vista como a técnica segundo a qual o pesquisador se apresenta frente ao investigado por meio de perguntas, a fim de extrair dele dados e informações relevantes à investigação. Assim, entende-se entrevista como uma espécie de interação social, na qual se é estabelecido um diálogo assimétrico, em que uma das partes objetiva coletar dados e a outra se coloca como fonte de informação. Ainda, para Gil (2010) quando se compara entrevista com questionário, que também aparece com muita frequência em pesquisas qualitativas e nas ciências sociais, aquela traz as seguintes vantagens: (1) obtenção de maior número de respostas, tendo em vista a menor resistência em ser entrevistado quando se compara ao preenchimento de um questionário; (2) possibilita flexibilidade, já que o entrevistador pode deixar claro o significado das perguntas, tirar dúvidas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista; (3) permite captar dados subjetivos do usuário, tais como expressão corporal do entrevistado, tonalidade de voz e ênfase nas respostas.

4.5 Procedimento da coleta

O roteiro de entrevista estruturado foi aplicado levando em conta a disponibilidade e aceitação dos participantes, nos turnos da manhã (até 11h), após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da UERN-Mossoró e encaminhamento de Ofício do Núcleo de Pesquisa e Extensão da UFRSA-Mossoró à Secretaria Municipal de Saúde. Os participantes que se disponibilizaram em colaborar com a pesquisa tiveram que assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi realizado contato com a gestão da Unidade Básica de Saúde Antônio Camilo, com vistas a explicar e solicitar o apoio à pesquisa por parte da equipe, em especial os agentes comunitários de saúde, que foram responsáveis por guiar-nos até os moradores da área eleita para a realização da pesquisa. Os usuários foram abordados em suas residências, enquanto os profissionais de saúde na UBS após seus expedientes de trabalho.

Seguindo essa linha de raciocínio, a pesquisa foi realizada no mês de outubro de 2019, compreendendo sete incursões em campo. A acolhida e apoio da equipe foram fundamentais para nos dar o suporte para o desenvolvimento da pesquisa. A pesquisa teve

como local de realização, no que se refere aos usuários, as duas microáreas que contemplam os moradores com residências voltadas ao Rio Apodi-Mossoró.

O roteiro da entrevista para os usuários foi dividido em 4 blocos, que contemplaram: dados do usuário; dados da moradia; acesso aos serviços de saúde da UBS; situação de saúde dos usuários. Os entrevistadores foram os responsáveis pelo registro das respostas, feito rigorosamente de acordo com a resposta do entrevistado. Para os profissionais, a entrevista foi dividida em dois blocos: o primeiro refere-se à identificação do profissional de saúde e o segundo relaciona-se à caracterização do acesso na visão desses profissionais de saúde. As entrevistas serão gravadas, integralmente transcritas e tratadas pela análise de conteúdo temática (Minayo; Deslandes; Gomes, 2010; Bardin, 2010). Tal técnica viabiliza a análise do conjunto e das particularidades e a classificação das informações em categorias (Bardin, 2010).

4.6 Análise dos dados

As entrevistas gravadas foram integralmente transcritas e tratadas pela análise de conteúdo temática (Minayo; Deslandes; Gomes, 2010; Bardin, 2010). Tal técnica viabiliza a análise do conjunto e das particularidades e a classificação das informações em categorias (BARDIN, 2010). Desse modo, segundo a mesma autora, a análise de conteúdo consiste em explicar as ideias e expressões inseridas em uma determinada mensagem, a partir da qual o pesquisador desenvolve categorias de análise das falas de seus entrevistados, objetivando à resolatividade do problema, através de uma interpretação rigorosa e detalhada.

Para Bardin (2010), análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (quantitativos ou não), a fim de possibilitar inferência de conhecimentos concernentes às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens captadas.

Dessa maneira, a Análise de Conteúdo figura como uma técnica embasada na descrição objetiva, sistemática e qualitativa, possibilitando ao pesquisador um entendimento e aprofundamento acerca dos dados de um determinado contexto, ou seja, alicerça-se nas experiências dos sujeitos de modo a ter entendimento acerca do objeto de estudo e dos fenômenos a ele associados (BARDIN, 2010).

Em conformidade com Cecília Minayo (2001), a análise de conteúdo pode ser descrita como um conjunto de técnicas, de maneira a trazer a análise de informações aludindo ao comportamento humano, permitindo a abertura de caminho para uma aplicação diversificada, com objetivos e metas bem definidos, sendo eles a verificação de hipóteses e a elucidação do que subjaz aos conteúdos.

Quanto ao processamento dos dados obtidos, Bardin (2010) traça três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise, fase inicial do processo, é aquela na qual se organiza o material a ser analisado, organizando e sistematizando as ideias iniciais; já a segunda fase é referente à exploração do material propriamente dito, permitindo a definição de categorias e a identificação das unidades de registro; a terceira, e última fase, dirige-se para o tratamento final dos resultados, quando o pesquisador irá realizar inferência e interpretação dos resultados, sendo esse o momento de análise crítica e reflexiva por parte do mesmo.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida antecipadamente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa(CEP) da UERN-Mossoró. Assim, no decorrer do processo de realização, elaboração e construção da pesquisa, foram seguidos os preceitos éticos versados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo esclarecido ao participante da pesquisa o seu anonimato, bem como o sigilo das informações confidenciais, que estariam sob total posse apenas do pesquisador (BRASIL,2012).

A pesquisa se deu em conformidade com o parecer ético 08312819.5.0000.5294 emitido pelo CEP da UERN.

4.8 Financiamento

Os gastos relativos à pesquisa foram de inteira responsabilidade do pesquisador associado. A Faculdade de Medicina da UFERSA contribuiu com a disponibilização do acervo bibliotecário, computadores e conectivos, bem como pelo orientador e banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Aqui são descritas as categorias surgidas a partir das falas dos sujeitos entrevistados, adscritos pela UBS Antônio Camilo e moradores do trecho ribeirinho do Rio Apodi-Mossoró, possibilitando, por conseguinte, a Análise de Bardin(2010). As categorias definidas se desenvolveram com base nas expressões que mais se repetiram durante as respostas, com o intuito de responder questões relativas ao acesso, tanto por parte dos usuários do serviço, como dos trabalhadores da unidade. A fim de alinhar-se aos princípios éticos acima trazidos, os participantes da pesquisa foram identificados pela seguinte numeração: de U1(usuário 1) a U13(usuário 13) e P1(profissional 1) a P4(profissional 4). Cabe lembrar que foi, durante todas as entrevistas, assegurado o sigilo total do seu anonimato.

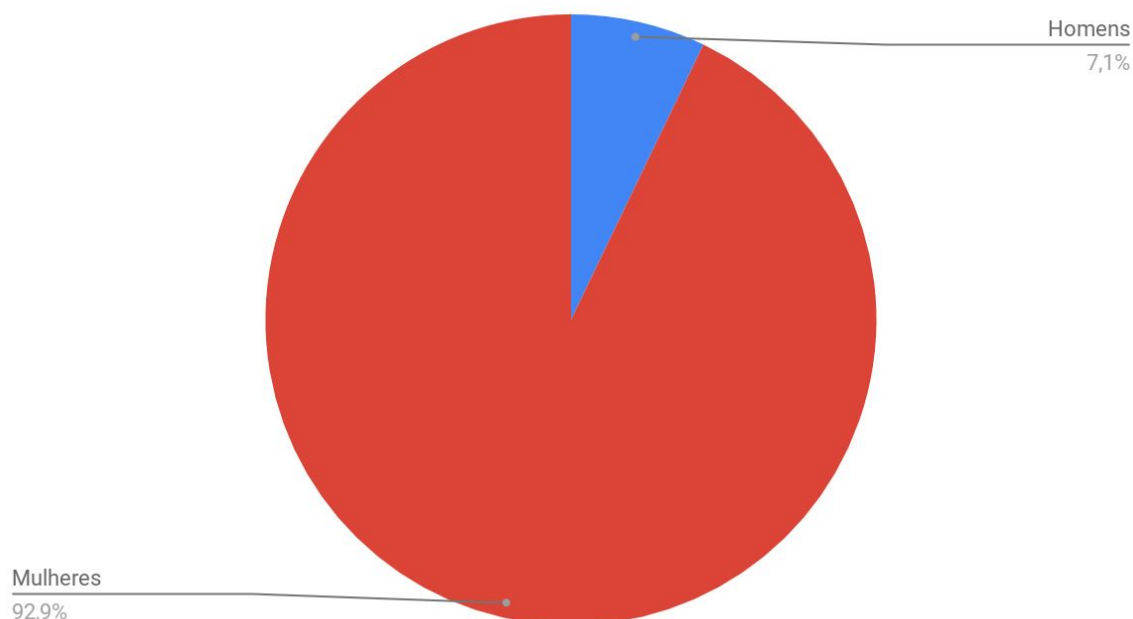
A Análise de Conteúdo constituiu quatro categorias intituladas: as principais dificuldades encontradas para os usuários acessarem o serviço; o impacto de morar às margens do Rio Apodi-Mossoró; a violência como moduladora do acesso em saúde na população ribeirinha do Rio Apodi-Mossoró; as visões de acesso segundo as vivências dos profissionais de saúde; A percepção dos profissionais de saúde no que concerne às facilidades e dificuldades do acesso da população adscrita.

Ainda, foi traçado, de acordo com os dados obtidos em campo, um perfil das pessoas entrevistadas, dando início às nossas análises.

5.1 Perfil dos sujeitos da pesquisa

Durante as entrevistadas dos 13 moradores ribeirinhos escolhidos, 12 eram do sexo feminino, (92,3%) e apenas 1 do sexo masculino (7,7%), corroborando as estatísticas dos serviços de saúde em que a frequência de mulheres é bem superior em relação aos homens. Quanto aos profissionais de saúde entrevistados, foram um profissional da enfermagem, um da odontologia, um da diretoria do posto de saúde e um agente comunitário de saúde.

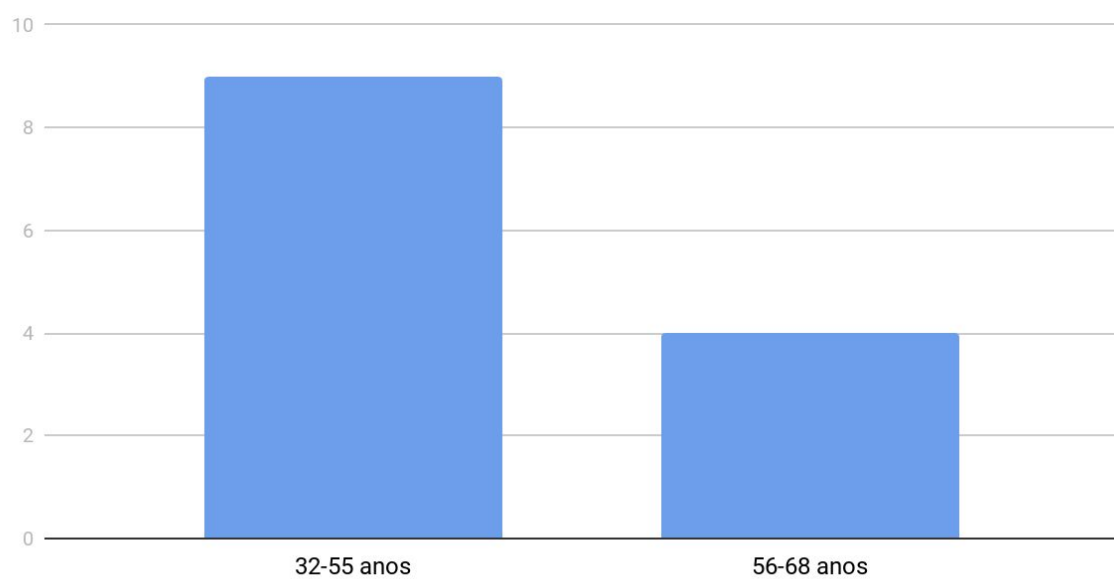
Sexo



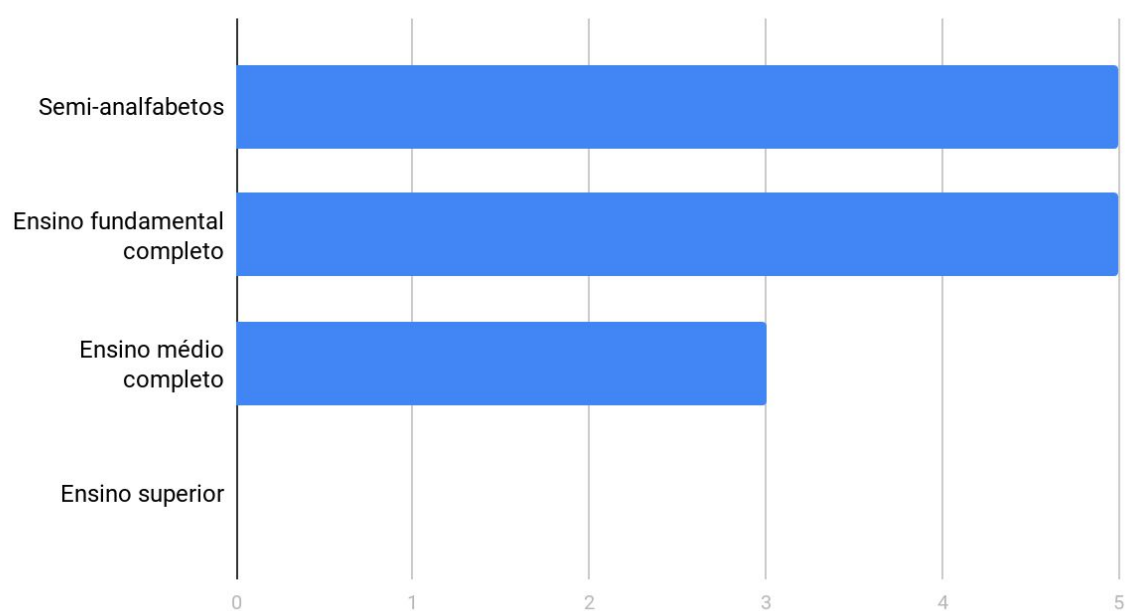
Em se tratando da faixa etária dos usuários entrevistados, as idades oscilaram entre 32 e 68 anos. Dos 13 entrevistados, 9 tinham idade entre 32 e 55 anos; 4 tinham entre 56 e 68 anos; havendo, assim, predominância de adultos entre 32 e 55 anos de idade. Dos 13 usuários entrevistados, somente 3 tinham ensino médio completo, nenhum possuía ensino superior, 5 possuíam apenas ensino fundamental completo e 5 não frequentaram escola, mas sabiam escrever seus próprios nomes. Assim, o grau de escolaridade dessa população é baixo, com predomínio de pessoas semi-analfabetas e com ensino fundamental completo.

Faixa etária

Idades



Escolaridade



Dos 4 profissionais entrevistados, eles possuíam de tempo de serviço na UBS de 3 a 25 anos, 3 deles tinham nível superior de formação e 1 apenas ensino médio completo. As áreas de atuação deles eram: enfermagem, odontologia, agente comunitário de saúde e direção do posto de saúde.

5.2 As Principais dificuldades encontradas pelos usuários para acessarem o serviço

Estudos de Marsiglia RMG, Silveira C, Carneiro Junior N. (2005) mostram que a implantação da rede de atenção básica em saúde tem contribuído para a diminuição das iniquidades em saúde e ampliação do acesso à APS. Entretanto, no que se refere às dificuldades para encaminhamentos, foi-se relatado pelos usuários dilemas quanto à marcação de consultas com especialistas e complicações para a realização de exames pela rede pública de saúde, sendo apontados grandes períodos de espera para consultas nessas áreas médicas, o que compromete a qualidade de vida dessas pessoas e torna-se um grave problema de acesso em saúde, como se segue nas seguintes falas:

“[...] eu marquei pra o cardiologista e passou 2 anos para poder chegar...aí agora eu marquei de novo,e não sei nem quando vai chegar.” U3

“[...] a dificuldade é só de marcar exames que tem que ser fora, em outro ambiente...encaminhamento também, faz tempo que eu espero.” U9

Ao se considerar o acesso aos serviços de saúde como o fator inicial a ser superado pelo usuário, estudos de Starfield (2004) pontuam como fatores determinantes, dentre outras questões, a disponibilidade ou não do serviço, a distância, os recursos disponíveis, a capacitação técnica dos profissionais atuantes na localidade e de que forma eles se responsabilizam pelos problemas da população. Partindo-se desses fatores definidores de acesso em saúde, a população estudada, em especial a parte da margem não adjacente ao posto de saúde, considerou como problema primordial e de grande incômodo do acesso em saúde a distância entre suas moradias e a unidade básica de saúde, de modo que, mesmo sendo esse um problema de acesso conhecido há tempos, ele ganha relevância ainda maior quando as barreiras geográficas dizem respeito a um Rio, que além de dificultar a locomoção, é fonte direta ou indireta de adoecimento populacional.

A partir das falas que citam a possível existência de um projeto piloto de criação de uma ponte que ligasse um lado ao outro do rio nas proximidades do posto de saúde retrata bem a importância de políticas públicas voltadas para uma urbanística que possibilite o tráfego de pessoas e serviços, de modo a tornar possível um deslocamento rápido entre suas áreas de moradia e os serviços básicos, como sistemas de saúde e educacional. Pensando nesse dimensionamento, a utilização dos serviços de saúde incorpora um aspecto político

àquele de natureza operacional e está profundamente conectada às políticas públicas, que modula as variáveis que facilitam ou dificultam esse princípio do SUS (Travassos, 2004; Sanchez, 2012).

“Tipo...a distância...a distância, né? tivesse como uma ponte...tem até um projeto...faz tempo...ia ser uma maravilha, um sonho pra gente dessa rua.” U9

“Pra pessoa ir de pés é meio ruim, mas tem que ir porque precisa.” U6

“Tenho que arrodar isso tudo, mais de uma hora, ou às vezes pelo morro, que tá maior perigo, ou então eu arrodeio, mas sou sincera a dizer que nunca arrodiei, só se for com meu marido de moto....sozinha eu vou por aqui porque é mais rápido... mas vou com medo. de manhã é menos perigoso que meio dia.” U5

“A dificuldade é só essa...a lonjura...só essa mesmo.” U8

“É...só essa distância, que eu acho muito longe...se tivesse um caminho aqui por dentro, a gente já saía mesmo no centro de saúde. Aí como eu tenho que arrodar, já acho um pouco distante.” U3

Para Unglert(1990) o acesso geográfico poderia ser caracterizado pelo tempo de deslocamento e distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, seguindo o conceito de acessibilidade geográfica e de territorialização. Em se tratando de tempo de deslocamento, a média do tempo gasto pelos moradores que residem na margem adjacente ao rio foi de quinze minutos, enquanto os moradores do lado não adjacente, quando atravessavam pela Avenida Presidente Dutra para chegar à localidade da UBS Antônio Camilo, levavam em torno de uma hora.

Avaliando-se essa logística de deslocamento, pode-se inferir que a distribuição populacional por UBS do modo encontrado na área de estudo não respeita as barreiras ambientais presentes, de modo a dificultar a chegada do usuário até o serviço, raciocínio respaldado por estudos de Dias-da-Costa (2008), nos quais aponta-se para uma má distribuição dos serviços de saúde quando se considera pessoas inseridas nos grupos de renda mais baixa, implicando em menor procura dos serviços de saúde e, assim, menor probabilidade de usá-los.

Nesse sentido, os depoimentos obtidos a partir da coleta de dados caracterizam as principais dificuldades encontradas pelos moradores das margens do Rio Apodi-Mossoró adscritos pela UBS Antônio Camilo:

“É que nós anda muito ligeiro...eu e minha menina. rapaz, a gente gasta mais ou menos uma hora ou antes...é que nós anda muito ligeiro mesmo.” U5

“Se fosse uma coisa que tivesse uma ponte pra gente atravessar seria mais fácil...a gente tem que arrodar isso daqui tudinho pra chegar lá.” U8

“A eternidade...que ô coisa longe...eu demoro...porque às vezes eu vou pelo perigo, aqui pelo morro, que acho mais perto...se arrodar, meu deus, eu gasto mais de uma hora.” U7

“Quando era mais perto, mais pra cá, aí, né? aí foi lá pra dentro...a gente tem que dá esse retorno todinho...agora pela beira do rio é mais perto, mas tá mais perigoso.” U12

“Ah, dificulta, né?...antigamente o povo falava que ia fazer uma ponte atravessando o rio pra ficar mais fácil, só que nunca fizeram. aí a gente tem que ‘ dar arrodeio pela pista pra chegar lá’.” U10

“Se tivesse outro próximo que eu tivesse meu cadastro lá seria melhor.” U10

Outro problema apresentado pelos usuários do serviço que afeta diretamente sua saúde e qualidade de vida é a dificuldade de acesso às medicações, um problema de gestão que impacta o acesso em saúde, mas também, por muitas vezes, pelo próprio desconhecimento do usuário acerca do que é ou não ofertado pela rede de saúde. Corroborando este ponto Araújo Assis e Abreu de Jesus (2012) apontam o uso de serviços de saúde como uma expressão positiva do acesso, todavia, a utilização dos bens e serviços depende sobremaneira dos fatores individuais, ou seja, do querer do usuário, do ir atrás, do se informar e do saber de seus direitos.

“Não não, só os da pressão...o resto é minha menina que compra....não... é porque eles não dão...dão só os remédios da pressão.” U7

“Teve um tempo aí que no posto não tinha nem um cibazol...teve um tempo que aquele remédio da gastrite...o omeprazol não tinha, nem mesmo a dipirona que é mais fácil num tinha...não é culpa deles...é da secretaria de saúde.” U8

“Não tem no posto. uma eu sei que é comprada, mas a outra nunca tem no posto.” U11

“Desde que eu comecei a tomar eu nunca peguei no posto porque nunca tinha...a medicação passada pelo médico do posto...essas medicações controladas da gente é só na farmácia perto da upa...aqui no posto é só as medicações mais simples...paracetamol.. que tavam até faltando nos últimos dias...quando o médico do posto passa a receita gente vai pra lá na esperança de encontrar lá, que é o foco

das medicações, aí às vezes tem uma medicação e não tem a outra, às vezes acabou, não sabe quando vai chegar...aí a gente tem que comprar.” U13

“Eu só pego na farmácia pelo sus só o da pressão. a outra tenho que comprar...o propranolol e a indapamida... não busquei me informar não...num procuro não.” U4

“Nam, num tomo remédio de lá não...vou buscar não.” U9

“É quase duzentos reais...às vezes atrapalha porque tenho que tirar de outras coisas pra comprar as medicações, né?” U10

O acesso na APS pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicados com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e os dias em que a unidade atende, bem como a possibilidade de atendimento a consultas não-agendadas (ARAÚJO ASSIS; ABREU DE JESUS, 2012). Assim, os fatores listados nas falas dos usuários, que de alguma maneira impossibilitava-os de serem atendidos muito se relacionam à problemas na equidade e no acolhimento, como ilustrado pelas falas dos seguintes entrevistados:

“A gente tem que ir primeiro marcar a ficha...aí sempre acontece da gente marcar aí quando chegar lá...a médica sempre vem...mas às vezes, se a gente demorar um pouquinho quando chega lá já tem colocado outra botado pessoa no canto. que tem um certo horário, né? até tal hora a gente espera, senão já coloca outro. como minha distância é longe e eu vou a pé, aí já dá a dificuldade.” U5

“[...] além de ser melhor, pode ter médico bom no posto de saúde, mas a gente num é atendida...a gente vê os mesmo médicos que atende no posto atende particular, já cheguei muito nos canto e vejo...passo um tempão tentando dentista e nunca tem...tem problema de tudo, ar condicionado, falta de luz, gaze, luvas, essas coisas. Faltou informação, pelo menos... dizer alguma coisa...quando fui com anderson, que ele tava doente, que a mulher disse “ ah, não tem ficha, você tem que pegar uma ficha num sei quando pra fazer a consulta”, aí eu disse “tá certo! quer dizer que eu tenho que saber que o menino vai adoecer uma semana antes pra eu tirar uma ficha?”, aí ela disse “não, pois fale ali com a enfermeira”, aí a enfermeira disse “fique aí que eu dou um jeito”...aí me passou, colocou por último pra ser atendida...tudo bem, mas pelo menos fui, né?” U8

“Pra mim, o principal problema é a falta de informação[...]...tenho muito o que falar não, num vou esculhambar algo que não tô tendo muito acesso não. Foi a mesma coisa do dia que eu não fui atendida de tarde[...] eu fui bater lá e a mulher disse “não...se for pra marcar só tem vaga pra num sei quando, mas se você vier à tarde é atendida”, aí quando eu cheguei a mulher que foi atender disse “olha, só é 10 fichas e essa senhora é a última”, aí depois de uma hora esperando eu voltei pra casa...e não procurei mais lá, se precisar eu vou, mas né?” U8

Para Araújo Assis e Abreu de Jesus (2012) o acesso é mediado por três fatores individuais: (1) fatores predisponentes, que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde (idade, gênero, raça, hábitos, entre outros); (2) fatores capacitantes, condicionados pela renda, cobertura securitária pública ou privada, e pela oferta de serviços, ou seja, o meio disponível para as pessoas usarem os serviços e (3) fatores determinantes, referem-se às necessidades de saúde que podem ser explicadas pelas condições diagnosticadas por profissionais ou pela autopercepção. Assim, neste último fator percebe-se, nas entrevistas realizadas, um déficit de conhecimento do que é ou não estar saudável. Assim, ao se considerar que o entendimento de saúde é estar sem doença, na visão do leigo, e não o conceito ampliado de saúde versado pela OMS, que conceitua saúde como um completo bem-estar físico, mental e social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990), o acesso aos bens e serviços de saúde ofertados pelo serviço torna-se prejudicado, de modo que as ações de prevenção e promoção em saúde deixam a desejar na população estudada em virtude desse desconhecimento do que é saúde e a desvalorização de ações como palestras, ações educativas e outras afins. As seguintes falas ilustram essa problemática:

“Quando eu não tô me sentindo bem, quando tem que renovar meus exames pra saber como é que tá minhas taxas...qualquer dia vou lá pra marcar, ainda não fui.”
U1

“Assim, porque eu sou diabética...aí sempre o médico tem que tá acompanhando.”
U3

“Uma dor de ouvido, garganta...só isso!” U12

“Só quando eu tô doente mesmo...só doença mesmo.” U7

“Na upa também num vou muito não...só vou se eu tiver morrendo...chegando lá manda dar injeção de dipirona e pra tomar dipirona eu tomo em casa.” U8

5.3 O impacto de morar às margens do Rio Apodi-Mossoró na saúde e qualidade de vida dessas pessoas

Semelhantemente a outros povos classificados como ribeirinhos, sobretudo da região amazônica, os problemas enfrentados em muitos pontos se assemelha aos da

população em estudo, tais como a influência das dinâmicas das águas, sobretudo nas enchentes, quando as residências ficam submersas, seus habitantes são obrigados a deixá-las, dirigindo-se para a casa de familiares ou abrigos sem estrutura de recebimento, além de ser fonte potencial para adoecimento, provocando diarreias, leptospirose e viroses no geral (MURI GAMA et al., 2018). Há, ainda, similaridade no tocante à dificuldade ao acesso dos serviços de saúde pela barreira física do rio, por serem destituídos de infraestrutura mínima de saneamento básico, sendo os dejetos drenados diretamente para os mananciais do Rio Apodi-Mossoró, além de o clima tropical e as condições de moradia e aglomerações propiciar o surgimento de doenças endêmicas na região (SOUSA, 2009), especificamente na região de Mossoró, doenças tais como Hanseníase, tuberculose, doença de Chagas, arboviroses, entre outras.

“As crianças ficam com febre, gripadas, com caganeira...tem muito nessas épocas.” U5

“Sempre tem enchente, e quando tem enchente alaga tudo...afeta as casas.” U1

“Quando chove, tem enchente, fica tudo cheio água...aí dificulta.” U7

“Meu filho...a água fica batendo na cintura...o povo fica tudo com os menino nas corcunda...eles botam a gente pra colégio...é porque nunca mais teve, graças a deus, que permaneça assim...só assim a gente permanece quietinho nos seus cantos. mas é muito humilhante, sabia? muito humilhante isso...botam a gente pra qualquer depósito.” U10

Além disso, esses povos se assemelham em fatores como baixa escolaridade, condição econômica insuficiente e precário autocuidado da saúde, conforme abordado, também, nos estudos de Muri Gama et al. (2018). Dentre as peculiaridades dos povos ribeirinhos estudados que os diferenciam dos demais tradicionalmente visibilizados estão a não sobrevivência à base do extrativismo e da pesca, o acesso ao meio urbano ser facilitado e a presença de roedores e insetos típicos de zona urbana, tais como ratos e baratas, bem como animais peçonhentos, como serpentes, escorpiões e aranhas .

“Os problemas, né? porque são os problemas...não é nem tanto de mosquito, rato e barata...mas é cobra, aqui já foi matado cobra, nas vizinhanças também e quando tem as enchentes...quando tem todo mundo sai daqui.” U1

“Tem uns ratim, mas a gente vai controlando, matando.” U12

Outro problema enfrentado pelos moradores ribeirinhos estudados e que afeta sobretudo àqueles pacientes com condições respiratórias debilitantes foi a questão das queimadas feitas às bases dos rios pelos próprios moradores, o que torna-se um agravante à situação de saúde dos pacientes portadores de Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, nos quais surgem crises e exacerbações de suas patologias de base, além de levá-los, na maioria das vezes, a terem que procurar os pronto-atendimentos.

“Só a questão da fumaça, porque o povo gosta de fazer queimadas aqui no beijo do rio...aí toda vida que faz isso eu tenho que ir pra upa.” U9

5.4 A violência como moduladora do acesso em saúde na população ribeirinha do Rio Apodi-Mossoró

Com a disseminação do fenômeno da violência, houve considerável impacto na qualidade de vida e nos níveis de saúde da população, de modo a justificar a sua abordagem nas discussões e estratégias de ação do setor saúde. Todavia, a incorporação deste assunto nas discussões setoriais da saúde no Brasil é relativamente recente, surgindo as primeiras discussões dessa temática na década de 1990 (Minayo, 2004). Considerando a transição epidemiológica evidenciada nas últimas décadas, quando o predomínio de morte por doenças infecciosas deu lugar às doenças cardiovasculares, acidentes, homicídios e suicídios, foi se ganhando o interesse da epidemiologia e da saúde pública pela violência. Essa problemática ilustra a abordagem tradicional do conceito de violência no setor de saúde, quando se atribui seus efeitos mais danosos estritamente à morbimortalidade da população. Porém, para Borges et al. (2014), há a tendência, paulatinamente, por enxergar a violência, também, como importante modulador do funcionamento do sistema de saúde no que se refere à organização e ao funcionamento dos serviços, com consequências óbvias para o acesso. Isso pode ser mensurado pelos seguintes trechos das entrevistas:

“Eu já fui, mas não vou mais...é muito perigoso lá. vou atravessando, rodeando para pegar a ilha de santa luzia pra ir pra lá. gasto de 15 a 20 minutos.” U11

“Se a gente pudesse ir pela bueira, pelo morro, ah, facilitava bastante. diminuiria os passos da gente e já sai na esquina do posto.” U9

Ao se pensar na proposta de análise do acesso descrita por Sanchez (2012), a violência estrita e suas múltiplas consequências podem influenciar sobremaneira os aspectos da disponibilidade e da aceitabilidade. Naquele aspecto, ao ter-se o serviço de saúde localizado em área dita insegura poderia incidir no seu funcionamento, cite-se o deslocamento pelo entorno, manutenção do pleno funcionamento, horários de abertura e fechamento adequados às necessidades, entre outros, além dos recursos humanos (manutenção de quadros funcionais, rotatividade de pessoal, absenteísmo decorrente de dificuldades para chegar ao local de trabalho)(BORGES et al., 2014). Seguem algumas falas que retratam tais apontamentos:

“Se for pelo beijo do rio é perigoso, ali tem assalto direto...uma mulher morreu, sofreu um tiro, um assalto...eu vou com medo...às vezes quando vou muito vexada eu vou pelo rio, mas a não ser eu arrodeio.” U4

“Medo faz...é um canto bem esquisito, tem casa só de um lado e com muros alto, do outro lado é só mato...eu ando ando e fico cansada pela tireóide e pela distância também.” U7

A violência, potencializada pela modernidade, constitui-se em fenômeno de saúde pública por afetar a saúde individual e coletiva, encontrando ela seus determinantes em nível coletivo e subjetivo (ministério da saúde, 2006). Esse cenário ganha especial visibilidade ao se considerar as condições da população em estudo, que vivencia não apenas a degradante realidade de pobreza, mas carências nos diversos tipos de bens e serviços, tais como saneamento básico, moradias em péssimas condições, distanciamento de serviços de saúde e educacionais e, paralelamente a tudo isso, a violência que assusta e amedronta a população nas suas diversas atividades diárias, sobretudo quando necessita vencer a barreira do Rio para se chegar aos serviços de saúde. Apesar de Borges et al. (2014) no trabalho intitulado “O impacto da violência no acesso à saúde nas comunidades de baixa renda” não ter a violência como um dos principais pontos dificultadores do acesso em saúde, na nossa população em estudo essa temática perpassou a grande maioria das falas dos participantes da pesquisa, em especial os moradores do lado contralateral ao posto de saúde, que trouxeram

a criminalidade como fator amedrontador e de adoecimento mental. Mortes, assaltos e tráfico de drogas foram alguns dos pontos levantados, tal como se segue nas seguintes falas:

“Teve morte aí já, assaltos...outro dia eu tava lavando roupa e um cachorro meu começou a latir, quando escutei uma pessoa dizendo “perai, não corra não” aí eu pensei que isso era bem um assalto....aí eu peguei e entrei pra dentro de casa e fiquei com medo.” U4

“Aqui sempre passa “eles”, aqui é sagrado...toda boquinha de noite os cachorros começam a latir...semana passada mataram aqui na rua um rapazinho...era um rapaz bom, fazia as coisas erradas dele, mas nunca fez mal a gente não, chegava brincando...fazia mal longe, fazia ruindade a ele mesmo. quer dizer, se tivesse algum da gente próximo dele num tinha morrido tb!? eu faço como os mais velhos dizem, bala não tem olho não...nem direção não.” U6

“Sim tinha um perigo também, a gente tinha que sair 4 ou 5 horas da manhã, 3 e meia da manhã, tinha gente que dormia para pegar ficha...ele sabe que teve muito assalto lá, aí o Doutor revoltado depois de um assalto disse que não era necessário depois que teve um assalto porque tinha um tanto de ficha pras pessoas...quer dizer, arrisca a vida deles e de quem tá lá no posto.” U5

Diante do exposto, deve-se entender a violência não somente como uma questão da epidemiologia ou das Ciências Sociais, pois ela é uma problemática que afeta o ser humano em sua totalidade e, dessa maneira, só pode ser pensado em um paradigma de alta complexidade, de modo a exigir uma postura e uma prática interdisciplinares (BUDÔ et al., 2007).

5.5 As visões de acesso segundo as vivências dos profissionais de saúde

Apesar dos avanços considerados pelos profissionais entrevistados no que se refere ao acesso em saúde, sobretudo após a instituição do SUS, na prática, ainda existe um acesso “seletivo, focalizado e excludente” (ASSIS, 2003). Há, porém, estudo que evidenciam as oportunidades de uso de serviços de saúde antes e após a implementação do SUS, mostrando avanços e limites na garantia do seu acesso universal (ABREU et al., 2007). Dentre as barreiras ainda encontradas, Abreu e colaboradores (2007) consideram, sobretudo, as condições socioeconômicas e culturais da população as barreiras geográficas, enquanto os avanços eles remetem à ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde, como frisado pela seguinte fala de um dos profissionais entrevistados:

“O acesso em saúde hoje...antes tinha muita dificuldade assim, o acesso do usuário até o serviço de saúde era muito complicado...as pessoas falam muito do sus, mas o que seria da população se não fosse o sus? então, assim, tem as barreiras, têm as dificuldades têm porque a demanda é muito grande, mas eu acho que o acesso da população aos serviços, lógico tem as dificuldades como já falei, mas eles conseguem...melhorou bastante.” P1

“Lá do outro lado do rio é mais a dificuldade de vir, porque assim, aqui na unidade, vamos dizer que o acesso é bem acessível mesmo.” P3

No que se refere às definições de acesso, segundo suas perspectivas, foi-se considerada uma visão ampliada de acesso, segundo a qual contemplaria desde a chegada à Unidade de Saúde, passando pelo bom acolhimento e, por fim, a resolução efetiva de suas necessidades em saúde. Dessa forma, as perspectivas apresentadas dialogam com a definição de acesso de Anderson(1995), cuja centralidade do termo encontra-se na predisposição do usuário utilizar eficazmente os bens e serviços de saúde disponíveis na rede, sendo aquela influenciada por fatores socioeconômicos e geoespaciais. Assim, segue-se as falas:

“É o cidadão ter direito a consulta, exames, bom atendimento e deve começar pela atenção básica, né?” P2

“Eu entendo que seria a forma que você tem que chegar, como você é acolhido e você ter a sua necessidade ali resolvida.” P3

“A possibilidade do usuário chegar ao serviço e ter suas necessidades atendidas de maneira resolutive, trabalhando-se as várias fases do acesso, rompendo tanto as barreiras físicas como estruturais.” P4

5.6 A percepção dos profissionais de saúde no que concerne às facilidades e dificuldades do acesso da população adscrita

Dentre as dificuldades apresentadas pelos usuários moradores das margens dos rios, os profissionais de saúde reconheceram o rio como uma barreira física, porém com possibilidade de ser rompida, porém, associaram sobremaneira aos fatores educacionais e culturais à falta de acesso, uma vez que eles consideram como população carente, mas que resiste em participar de ações de prevenção e promoção em saúde, tais como palestras, ações comunitárias e acompanhamento de suas enfermidades na UBS. Desse modo, a construção

do acesso, segundo à perspectiva dos profissionais de saúde da localidade, seria um casório entre participação e conhecimento dos serviços oferecidos pelo posto de saúde por dos usuários e responsabilidade e engajamento por parte dos trabalhadores de saúde e gestores, conforme apresentado, também, pelos estudos de Abreu de Jesus e Araújo Assis (2010). Seguem algumas falas que substanciam esse raciocínio na perspectiva dos profissionais em saúde da área estudada:

“Fazendo um relato da minha microárea, que é a da beira do rio do lado de cá do posto...eles só vêm à unidade quando realmente estão doentes, não vêm para prevenção. e, assim, o acesso da minha microárea até a unidade não é difícil, eles não têm dificuldade de chegarem até aqui, até porque não é longe...e, assim, de acordo com os serviços que têm na unidade eles são atendidos...a falta de insumos, medicações não é algo da unidade, e sim da gestão, é algo maior...mas o que pode ser feito aqui na unidade se faz, um encaixe, dá-se um jeito, sempre tem um jeitinho aqui.” P1

“Eu vou citar um exemplo...se você fizer uma palestra sobre qualquer tema, que isso aí é uma prevenção, e você convidar a comunidade, ela não participa, eles não vêm, porque é prevenção...são muito pouco que vem...é muito difícil, a nossa comunidade é muito difícil de trabalhar isso aí, de trazer a própria comunidade pra UBS pra o trabalho da prevenção.” P1

“Tem alguns projetos sociais que incluem idosos...a gente tem um grupo de idosos que vem uma vez na semana e faz vários trabalhos manuais, e essas atividades eles já estão começando a expor, eles fazem bazar pra comprar materiais pra isso...eles tentam de todas as formas...tem também um ligado a obesidade...é o vida saudável o nome do projeto, que se não tô enganada acontece duas vezes na semana...além disso, tem palestras e algumas atividades físicas mesmo.” P3

“Identifico como problema principal a questão cultural e de educação e a percepção do usuário, como também física ocasionada por desvios relacionados ao canal de dicotomização...”P4

“São usuários que costumam buscar os serviços, mas que há a possibilidade de maior acesso, mediante conhecimento dos mesmos acerca do serviço, porque quanto mais ele conhece o serviço, mais ele busca, quanto mais ele tem conhecimento do que lhe é ofertado, né? há uma possibilidade maior de ele buscar esse serviço e até, digamos, estar facilitando sua vida de maneira geral.” P4

Outro ponto apontado como dificultante do acesso em saúde e de prejuízo para o funcionamento do trabalho da atenção primária foi a dificuldade nos encaminhamentos para as especialidades médicas, em especial para Oftalmologia, cuja demanda é a maior, mas a

quantidade de códigos caiu de 35 para 8, resultando em cerca de 2 meses sem marcação de consultas para essa área.

“Aqui o usuário não tem falta de acesso ao médico, porque não falta, né? mas para encaminhar para alguma especialidade é muito complicado, dependendo da especialidade é 2 ou 3 anos pra gente conseguir marcar.” P2

“Mastologia é 1 por mês, reumatologia é 1 por mês, eco são 5 por mês acho que já faz 3 meses que não marca, endoscopia são 3 por mês e faz 3 meses que não marca....cardiologia são 5 por mês e tem muita. oftalmologia acho que tem umas 200 referências e faz 2 meses que eu não marco, porque só tinha 7. oftalmologia...eram 35 vagas, aí diminuiu para 8, só que faz 2 meses que eu não marco nada.” P2

Outro aspecto pontuado como fator edificante no acesso aos serviços de saúde foi o papel das residências em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional, pois, a partir delas, permitiu-se ampliação das áreas de atendimento, contando com acompanhamento psicológico, nutricional, odontológico, médico e fisioterapêutico. Corroborando esse ponto de análise, Sarmento e colaboradores (2017), consideram que não há apenas ganho para a formação do profissional residente, mas também afetam sobremaneira positivamente as práticas, os processos de trabalho, o serviço e as atividades desenvolvidas em espaços comunitários. Assim, esses cenários de prática em residência médica e multiprofissional se apresentam como um potencial questionador da prática instituída e, paralelamente, tornam-se dispositivos importantes de educação permanente dos trabalhadores, possibilitando uma constante formação dos trabalhadores de saúde e corroborando para um trabalho coletivo em saúde (SILVA, 2018).

“Há a possibilidade de maior acesso. se hoje a gente tem um psicólogo aqui na unidade, o acesso facilita, se é um nutricionista, se é o serviço social...o serviço social a gente tem uma profissional que já é daqui e responde às demandas muito bem. então, assim, são profissionais que vieram pra complementar, são especialidades que vêm e que de certa maneira elas ajudam, digamos, faz com que o paciente não tenha que se deslocar para outro local...são épocas de melhoria e isso também faz com que haja uma releitura do próprio trabalho, essa releitura porque quando você tá na rotina, vem nesse ritmo e é muito trabalho e muita coisa...e quando você tem uma residência, você tem que começar a perceber que é necessário mudança, é necessário abertura, é necessário aprendizado, é necessário expandir o campo, é necessário possibilitar quem chega a fazer...isso aqui é um laboratório, porque, na realidade, nós somos laboratório pra quem tá chegando e, digamos, o residente ele passa por um conhecimento técnico lá nos encontros de preceptoria nos núcleos e o que acontece? eles trazendo pra aqui eles põem em

prática e aqui ele começa a avaliar, e aqui ele começa a fazer funcionar isso. ou seja, somos realmente um laboratório, um laboratório vivo, num é? de atuação...então, há inúmeras possibilidades, cabe a cada um conhecer essas possibilidades e fazer valer, mas é laboratório de possibilidades. melhora bastante o acesso sim...e pra gente é muito bom...você poder compartilhar saber, você poder dividir, você poder aprender, porque é uma troca, a gente não só ensina, a gente também aprende ou ensina e aprende, é uma troca! e é uma troca muito boa...”P4

Referentemente à situação dos povos ribeirinhos adscritos pela UBS, alguns profissionais desconheciam a realidade dessa população em específico, e outros apontaram como um problema social, por vezes tendo havido promessas de gestores públicos municipais de retirar essas pessoas dessa localidade, mas, na prática, isso nunca aconteceu, e eles permanecem em situação de vulnerabilidade, com dificuldades ao acesso dos serviços de saúde, com potenciais agravos em saúde (água não tratada, condições de moradia sub humanas, ausência de saneamento básico, parasitoses e outras enfermidades resultantes da poluição e condição de moradia à margem do rio, entre outras). A partir de tais apontamentos, enxergamos o conceito de exclusão social, o qual se apresenta sob três paradigmas de análise: o da solidariedade, o da especialização e o do monopólio (LEAL, 2008). Quando se refere ao aspecto da solidariedade, a exclusão social passa a corresponder a um déficit de integração ocasionada pela quebra do vínculo entre indivíduo e sociedade, enquanto que o paradigma da especialização diz respeito ao fato de exclusão social ser vista como uma forma de discriminação, estando as condições para sua existência em um contexto de diferenciação social (econômica, cultural, política etc.) que, idealmente, deveriam ter suas próprias peculiaridades, mas, ao mesmo tempo, abertura para intercâmbio de serviços e aspectos valorativos. Os problemas relativos a esse referencial teórico ganharam ênfase nas seguintes falas:

“Eu tô aqui há 3 anos, mas assim se eu disser a você que eu conheço a área, eu não conheço, porque a gente se restringe muito...tem alguns casos que a gente vai na casa, mas é mais escolas, creches e o atendimento aqui em si...a gente que eu digo é da parte odontológica, tem os casos acamados que pede e a gente vai e conheço as pessoas que vêm aqui...a enfermagem é quem conhece mais...não posso nem dizer quem mora ou não em casas de taipa, na beira do rio...eu fico muito naquela parte...eu não sei muito o tipo de reclamação...às vezes é de um ou outro profissional que não atende bem, falta de material, de medicação, que é coisas que não é na unidade, porque às vezes a maioria é falta de medicação, às vezes tem aquela medicação, aí quando chega é entregue, mais aquelas de saúde mental...aí essa falta vem pra cima dos profissionais na ub, como se a culpa fosse nossa, e não é, né? aí o acesso também a exames que é feito pela unidade, mas eles acham que a gente tem que marcar pra ontem, só que não entendem que tem uma cota

mensal que pode ser feita, tanto de exames quanto de especialidades também. não entendem que tem aquela cota específica e que quando atinge essa cota, não se agenda mais de jeito nenhum.” P3

“É uma população bem carente, então, mediante a questão da carência e aqui é um local que eles se sentem apoiados, é um local que eles buscam não a cura de uma doença, mas muitas vezes um apoio, porque a gente dá atenção, pela escuta, né?” P4

“A gente faz ações[...]na minha microárea a gente trabalha como um conjunto, um total, não diferencia aquela população de outra não, aquela população faz parte da minha microárea e a gente trabalha igual. se fizer um trabalho sobre lixo na microárea, chega até lá, se fizer sobre dengue chega até lá, se fizer qualquer trabalho chega até lá. mas não é uma área trabalhada individualmente, são 14 famílias, e num contexto de casas é sozinha a pessoa, mas tem famílias de 3 pessoas, esposo, mulher e o filho...vivem normal, trabalham, tem seus afazeres...a gente trabalha naquela área como um contorno, sem diferenciação, até porque eles não querem essa diferenciação.” P1

“Não é o acesso à unidade, é questão pessoal...”porque não preciso”...a gente quando faz ação trabalho lá, quanto à dengue, a gente visita casa a casa e orienta a gente encontra focos de dengue e é bem complicada...se você entrar nas casas você vai encontrar vasilhas com água e foco da dengue, água parada, o saneamento é pro rio, esse pedaço do rio não é saneado...aquela é uma população que tem alcólatra, usuários de drogas, mas não é ponto de tráfico, só de uso...eles só vêm quando estão doentes.” P1

Por fim, o paradigma identificado como do monopólio, no qual a exclusão social se configura como uma forma de dominação, apresentada como não-efetivação de direitos básicos de todo e qualquer cidadão. Desse modo, o monopólio advém de determinado grupo sobre certos benefícios (relativos ao consumo, moradia, saúde etc.), uma vez que os recursos econômicos e de acesso ao poder político são escassos e, por vezes, utilizados como barganha eleitoral ou de perpetuação de poder. Atrelado a essas casuísticas, tem-se como fator essencial do acesso, por vezes muito deficitário nessa população, a Informação, trabalhada por Sanchez (2012) juntamente com outros preditores de acesso, tais como disponibilidade, capacidade de pagamento e aceitabilidade. Assim, a informação, ou carência de informação no caso da população estudada por essa pesquisa, pode ser definida como resultado do processo de comunicação efetiva entre o sistema de saúde e o usuário, de forma que este último conheça suas necessidades de saúde e os recursos que estão à sua disposição. Trata-se de uma dimensão subjetiva, relacionada a aspectos como percepção individual de saúde e doença, que determinará a procura e o acesso aos serviços de saúde.

Assim, a falta de conhecimento acerca do seu estado de saúde prejudica a realização de escolhas adequadas pelo indivíduo. Paralelamente, as escolhas práticas dos usuários costumam ser mais limitadas do que o número real de opções disponíveis, em decorrência, sobretudo, da ausência de informações sobre tais alternativas, de modo a impactar diretamente as condições de acesso.

“Porque, assim, aquelas casas ali é um problema social, primeiro, elas não eram nem pra começar a existir ali, mas foram pessoas que foram chegando e colocando barracos e dos barracos foram fazendo casas e o município segundo tiraria e até hoje, desde que eu estou lá, sempre escuto essa história, e não há projetos de tirar eles dali, e ali é a margem do rio...” P1

“Isso está muito mais relacionado com o fator educação, o fator conhecimento...” não, porque eu vou buscar outro serviço?” ou “ eu vou na upa e vou ser atendido rapidinho, naquela hora”, já tem o exame e ele faz lá, se ele vier na unidade, pode acontecer de na hora a gente não poder fazer isso, mas a gente pode agendar, a gente pode tá dando um agendamento, a gente pode tá solicitando exame pra que ele possa fazer e tá sendo resolvido...então, tá muito mais relacionado à percepção do que é urgência e não urgência. que por mais que seja trabalhado, a nossa população, hoje, muitas vezes até mesmo os profissionais que tão na rede ainda têm dificuldade, não tem muito bem definido o que é isso, o que é ou não urgência, isso pode ou não pode esperar...esse problema permeia os profissionais e como(risos).” P4

Quando indagados acerca das maneiras existentes na UBS para se mitigar os problemas relativos ao acesso foram pontuadas ações de educação em saúde em escolas(mesmo que não seja da área adscrita), serviços de atendimento odontológico na própria unidade de saúde, ações em prevenção de agravos, visitas domiciliares, e, sobretudo, o estabelecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a população adscrita, como se segue nas falas:

“A gente tenta fazer de várias maneiras, através do agente comunitário de saúde, através dos encontros de comunidade, através das calçadas amigas, através da visita domiciliar, através da conversa individual com o usuário, porque a gente também tem uma ligação muito grande com o usuário e ele finda abrindo muita coisa pra gente e nessa conversa a gente também tem possibilidade de tá...tipo, olha, tem isso, tem aquilo, você pode, você tem possibilidades e busque as suas possibilidades, porque uma das coisas que, eu pelo menos, particularmente, eu tento fazer com que o usuário fale, fale de sua necessidade, se conheça...tipo, conhece-te e vives melhor...se o usuário começa a se perceber como ser de direitos no serviço, se ele começa a entender que ele não é obrigado a viver determinada situação, ele começa a mudar, ele começa a buscar a querer viver, ele começa a respeitar mais o profissional que tá aqui, ele começa a conhecer a questão do limite, porque uma coisa que é bem interessante é quando tanto o profissional

quanto o paciente conhecem os limites, porque, às vezes, a gente perde um pouquinho os limites, mas a gente busca.” P4

“[...] na parte médica tem o dia dos hipertensos, diabéticos e 2 dias de livre demanda, tem saúde do homem e saúde da mulher e todos eles são todos agendados, você pode até ligar não podendo vir naquele dia e reagendar para vir em outro momento. na odontologia, a gente trabalha por agendamento e uma vez por mês a gente tem um fichão, que todos aqueles que vêm, que não precisa vir de madrugada nem pegar fila nem nada, vem e todas as pessoas que estão aqui no dia específico de 8 a 10 da manhã são agendados e você só perde esse fichão caso você não venha ou não dê nenhuma satisfação”. A entrevistada comentou, ainda, que casos de urgência passam na frente e tem prioridade no atendimento, além dos grupos de risco(gestantes, idosos acima de 60 anos e pessoas com qualquer grau de retardo mental).” P3

“É, a gente sempre faz...aqui na área a gente não tem escola, mas a gente faz lá no dinarte mariz, o que tem na área é uma creche e a cada 6 meses a gente visita pelo menos umas duas vezes e faz ação.” P3

A partir dessas falas, pode-se averiguar a construção do acesso em saúde como uma via de mão dupla, em que os usuários são parte fundamental do processo ao participar, engajar-se nas ações promovidas pela unidade de saúde além de, claro, serem também promotores do acesso ao formarem e participarem das “calçadas amigas”, e os profissionais em conhecer as demandas dessa área e adequar o máximo possível os atendimentos e ações em saúde para atendê-las.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou, a partir de seus objetivos, conhecer o acesso em saúde de uma população ribeirinha atípica do interior do semiárido nordestino. Quando iniciamos as visitas e coletas de dados, ficou claro que a população era carente, havia muitas residências em péssimas condições, inclusive nos bueiros do Rio Apodi-Mossoró permaneciam casas de taipa, a população em sua maioria dependia de aposentadoria ou os famosos “bicos” e tinha traços típicos de povos ribeirinhos, quando se considera a influência dos mananciais hídricos, indo desde seus períodos de enchentes, doenças típicas veiculadas na localidade e dificuldades de acessar os serviços de saúde da UBS. Por outro lado, tinham muitas características da zona urbana pelo fato de se encontrar na centralidade dela, padecendo, sobretudo, com a questão da violência urbana e com o tráfico de drogas.

Em nossa pesquisa, encontramos alguns desafios no tocante à coleta de dados, uma vez que havia horários eleitos pelos agentes comunitários de saúde como os “menos perigosos”, que era o horário das 7h às 11h quando então podíamos adentrar à comunidade. Contamos com enorme ajuda dos agentes comunitários de saúde responsáveis pelas microáreas dos povos ribeirinhos, os quais nos acompanharam diariamente e com toda a gentileza do mundo, disponibilizando, inclusive, seus meios de transporte para visitarmos ou outro lado do Rio Apodi-Mossoró e conhecer de perto a realidade. Diante das situações de descaso e pobreza vivenciados nos dias de coleta, os pesquisadores puderam sentir de perto a realidade daqueles povos, ainda que sob tensão e medo muitas vezes. Porém, essas questões fazem parte das experiências e vivências, muitas delas amedrontadoras, que levamos para as nossas vidas de estudiosos e cidadãos socialmente comprometidos. É um território rico e vasto para esse tipo de pesquisa, pois são pessoas colaborativas e muito receptivas.

Ao chegar às residências dos moradores e ao ambiente de trabalho dos profissionais da unidade de saúde, tivemos bastante cuidado para não invadir a privacidade dos participantes, seus familiares ou outrem que se encontrasse por perto. Assim, ver as lágrimas dos outros diante dos relatos das enchentes e perdas por elas ocasionadas, muitas vezes sendo tratados como animais sem rumo e sem moradia, nos coloca diante da própria fraqueza humana e nos faz questionar o descaso da administração pública em permitir que

realidades assim nos sejam permitidas à vista todos os dias ao atravessarmos a Avenida Presidente Dutra, quase chegando ao centro da cidade.

No tocante à priorização e organização do que foi colhido e vivenciado no campo, constitui, também, um grande desafio, uma vez que as entrevistas eram enormes, mas direcionamos a análise daquilo que foi traçado como objetivo central da pesquisa. Ao avaliar os dados com base no referencial teórico escolhido, encontramos muitos pontos dificultosos em acesso comuns a todas as localidades, independente de ser ou não uma comunidade tradicional ribeirinha, assim como chegamos a alguns pontos que coincidiam com outros povos ribeirinhos (influência dos períodos de cheia, doenças, ausência de saneamento básico, dificuldade de acessar os serviços de saúde) e outros que divergiam daqueles (não viver exclusivamente da caça, pesca e extração vegetal, não distanciar quilômetros das áreas urbanas, não possuir tão fortemente associadas as práticas alopáticas em seus hábitos culturais). Além disso, outro fator marcadamente evidente nas entrevistas foi o baixo entendimento de saúde e do que o SUS lhes dá direito, o que impacta diretamente no uso dos serviços de saúde. Ademais, a temática da violência modulando o acesso em saúde e sendo fonte substancial de adoecimento mental nessa população foi um dos apontamentos mais corriqueiros no estudo realizado, uma vez que a comunidade apresenta alta periculosidade, com casos de homicídios, assaltos e banditismo.

Ainda, quanto aos relatos dos profissionais, ficou evidente uma visão ampliada de acesso, sendo pontuados os fatores promotores do acesso, tais como ações comunitárias de promoção em saúde e prevenção, porém com pouca participação comunitária, as constantes visitas domiciliares, o estabelecimento de vínculo com a equipe e outras ações para grupos delimitados na própria UBS. A partir dos dados da pesquisa, é possível perceber que o acesso em saúde possui três bases a serem solidificadas: o entendimento do usuário do que lhe é ofertado nos serviços de saúde, o engajamento dos profissionais de saúde em identificar os agravos em saúde e agir neles e o papel da gestão pública em acionar sua maquinaria no intuito de mitigar as disparidades socioeconômicas e permitir uma saúde ampliada e de qualidade em seus três níveis.

Os profissionais são diariamente desafiados ao lidar com essa população e ganharam um grande apoio após a instituição das residências em Medicina de Família e Comunidade e a Multiprofissional, as quais permitiram a ampliação dos serviços oferecidos

na UBS, além de permitir um crescimento educacional para os profissionais já nela estabelecidos, o que diretamente contribui para a ampliação do acesso em saúde.

Para finalizar, considerando que toda pesquisa tem seu tempo de validade e apresenta suas limitações e contingências, este estudo, mesmo trazendo questões pertinentes para reflexão acerca do acesso em saúde de povos como os ribeirinhos de uma região interiorana do semi-árido do nordeste brasileiro, aqui não se objetiva esgotar a temática, que é ampla, mas abrindo possibilidades para novas investigações e ponderações.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE (DF). Ministério da Saúde. 2013. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**, DF, ano 2013, v. 1, n. 1, p. 1-52, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.

Aday LA, Andersen R. **A framework for the study of access to medical care**. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208-20.

Unglert CVS. **O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde**. *Rev Saude Publica* 1990; 24(6):445-452.

Abreu de Jesus W L, Assis MMA. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento**. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):161-170.

ABREU DE JESUS, Washington Luiz; ARAÚJO ASSIS, Marluce Maria. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento**. 2010. 10 p. revisão sistemática (Pós-graduação em Saúde Coletiva)- Departamento de Saúde [Medicina Preventiva e Social], Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

PROSENEWICZ, Ivania; GAZI LIPPI, Umberto. **Acesso aos Serviços de Saúde, Condições de Saúde e Exposição aos Fatores de Risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO**. 2012. 13 p. Artigo (Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – SP)- Ciências da Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – SP, Paraná-RO, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/21.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2018

DOURADO RAMOS, Donatela; DIAS DA SILVA LIMA, Maria Alice. **Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil**. 2003. 13 p. Artigo (Cadernos de saúde pública)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RJ, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

Giovanella L, Fleury S. **Universalidade da Atenção à Saúde**: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198.

Adami NP. **A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem**. Acta Paul Enfermagem. 2000; 13(N Esp Pt 1):190-6.

Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. BRASIL. **Constituição**(1988). Constituição da República Federativa do Brasil.

ARAÚJO ASSIS, Marluce Maria; ABREU DE JESUS, Washington Luiz. **Acesso aos serviços de saúde**: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. 2012. 11 p. Artigo (Ciência & Saúde Coletiva)- Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, [S.l.], 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

MURI GAMA, Abel Santiago et al. **Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil**. 2018. 16 p. Artigo (Cadernos de saúde pública)- Instituto de Saúde e Biotecnologia, Universidade Federal do Amazonas, Coari, Brasil., [S.l.], 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00002817.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2018.

McIntyre D, Mooney G, eds. **The economics of health equity**. New York: Cambridge University; 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, jun. 2004. Disponível em . acesso em 15 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2004000300001>

MAIA SANCHEZ, Raquel; MESQUITA CICONELLI, Rozana. **Conceitos de acesso à saúde.** 2010. 10 p. Artigo (Ciência & Saúde Coletiva)- Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/>>. Acesso em: 01 set. 2018.

SILVA, Andressa Hennig; TREVISAN FOSSÁ, Maria Ivete. **Análise de conteúdo:** exemplos de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. 1. 2015. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. Observação Participante. *In*: MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social:** Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1993. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=PtUbBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA61&dq=observa%C3%A7%C3%A3o+participante+&ots=5O1P8tGWVN&sig=INjVr__UiF7mmBCmnerTRTdhmrc#v=onepage&q=observa%C3%A7%C3%A3o%20participante&f=false. Acesso em: 31 jan. 2019.

ECOBRAIL, Instituto. **Comunidades tradicionais:** Ribeirinhos. *In*: Comunidades tradicionais: Ribeirinhos. [S. l.], 2012. Disponível em: http://www.ecobrasil.eco.br/site_content/30-categoria-conceitos/1195-comunidades-tradicionais-ribeirinhos. Acesso em: 1 jan. 2020.

Marsiglia RMG, Silveira C, Carneiro Junior N. **Políticas sociais:** desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. Saúde Sociedade 2005; 14(2):69-76.

Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Rev Bras Enferm 2008; 61(2):153-158

Unglert CVS. **O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde.** Rev Saude Publica 1990; 24(6):445-452

Dias-da-Costa JS. **Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil:** alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. Cad Saude Publica 2008; 24(2):353-363.

ARAÚJO ASSIS, Marluce Maria; ABREU DE JESUS, Washington Luiz. **Acesso aos serviços de saúde:** abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Debate Debate, [s. l.], p. 1-11, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>. Acesso em: 1 jan. 2020.

Sousa IS. **As condições de vida e saneamento nas comunidades da área de influência do gasoduto Coari-Manaus em Manacapuru - AM.** Hygeia (Uberlândia) 2009; 5:88-98.

MURI GAMA, Abel Santiago; FERNANDES, Tiótfis Gomes; PEREIRA PARENTE, Rosana Cristina Pereira Parente; SECOLI, Silvia Regina. **Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, [s. l.], 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n2/e00002817/>. Acesso em: 1 jan. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Ciência e Saúde Coletiva, [s. l.], v. 11, ed. 2, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200030. Acesso em: 1 jan. 2020.

Assis MMA, Villa TCS, Nascimento, MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Cien Saude Colet 2003; 8(3):815- 823.

Abreu DMX, César CC, França EB. **Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** Rev Panam Salud Pública 2007; 21(5):282-291.

SARMENTO, Lidianie F. et al. **A distribuição regional da oferta de formação na modalidade residência multiprofissional em saúde.** *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 415-424, abr.-jun. 2017

SILVA, Letícia B. **Residência multiprofissional em saúde no Brasil:** alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálisis*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan.-abr. 2018.

LEAL, Giuliana Franco. **Populações excluídas:** uma categoria de pesquisa viável?. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, [s. l.], 2008. Disponível em: file:///C:/Users/joset/Downloads/1722-5039-1-PB.pdf. Acesso em: 8 jan. 2020.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004. Disponível em . acesso em 15 jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2004000800014>.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. **Conceitos de acesso à saúde.** Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 31, n. 3, Mar. 2012. Available from . access on 10 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S102049892012000300012>.

BORGES, Doriam; CANO, Ignacio; CABRAL, Cristiane; PINTO, Alessandra. **O impacto da violência no acesso à saúde nas comunidades de baixa renda.** IGARAPÉ Instituto, SP, 2014. Disponível em: <https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2016/04/O-impacto-da-viol%C3%A2ncia-no-acesso.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BUDO, Maria de Lourdes Denardin et al. **Concepções de violência e práticas de cuidado dos usuários da estratégia de saúde da família:** uma perspectiva cultural. Texto contexto

enferm., Florianópolis, v. 16, n. 3, Sept. 2007. Available from . access on 15 Janeiro 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S010407072007000300018>

8. ANEXOS

8.1 ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Roteiro para usuários
Dados do usuário: 1. Faixa etária 2. Sexo 3. Escolaridade 4. Renda familiar em salários mínimos* 5. Tempo de moradia na região 6. Presença de saneamento básico, coleta de lixo e outros serviços básicos.
Dados da moradia: 1. Quantos cômodos? 2. Tem banheiro dentro de casa? 3. É casa de alvenaria? 4. Corre risco de desabamento? 5. Durante o período de chuvas chega a entrar água em sua moradia? 6. Tem iluminação elétrica? 7. Situa-se em uma área urbanizada?
Caracterização do acesso aos serviços de saúde: 1. Possui cadastramento na Estratégia de Saúde da Família? 2. Qual o tempo gasto pelos senhor(a) para ir de casa à UBS Antônio Camilo? 3. Quais os motivos que o levam a procurar os serviços da UBS Antônio Camilo? ● É perto? ● É onde está cadastrado? ● É gratuito? ● Era um problema simples? ● Outros? 4. Quais os motivos que o levam a procurar atendimento sem ser na UBS Antônio Camilo? ● Ausência de médico? ● Não há vagas para ser atendida? ● Quando tem problema grave? ● Não é cadastrado na ESF? ● Atendimento ruim? 5. Como o senhor(a) ver o atendimento prestado pela UBS Antônio Camilo? 6. O fato de morar à beira do rio impede que tenha acesso aos serviços da Unidade de Saúde? 7. Se tivesse que escolher, qual seria a principal dificuldade que o senhor(a) encontra para utilizar os serviços de saúde da UBS Antônio Camilo? ● Não há médicos? ● Demora em marcar? ● Atendimento ruim?

● Mudança de médico? ● Distância/dificuldade de locomoção? ● Não há dificuldade? ● Sem informação?
Saúde dos usuário: 1. Possui plano de saúde? 2. Quais as morbidades que possui? 3. Tem acesso às medicações oferecidas gratuitamente pelo SUS? 4. Deixou de ser atendido alguma vez na UBS Antônio Camilo? Por quê?

Roteiro para os profissionais(Entrevista semi-estruturada) Identificação: Profissão Tempo de serviço na UBS Antônio Camilo Tempo de formado.
Caracterização do acesso? 1. O que você entende por acesso em saúde? 2. Quais as dificuldades encontradas pelo profissional de saúde acerca do acesso? 3. A população referente à comunidade ribeirinha costuma frequentar a UBS? Qual a frequência? O que levaria eles a não frequentarem? 4. Como a UBS tenta sanar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde?

8.2 TCLE

Este é um convite para você participar da pesquisa “Percepção dos moradores ribeirinhos da comunidade ilha de santa luzia(mossoró/rn)- trecho do rio apodi-mossoró, e dos profissionais de saúde acerca do acesso aos serviços de saúde prestados pela UBS Antônio Camilo.” coordenada pelo (a) Prof. Lázaro Fabrício de França Souza e que segue as recomendações das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, com aprovação pelo CEP da UERN número 08312819.5.0000.5294. Sua participação é voluntária, isto é, você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Caso decida aceitar o convite, será submetido a um questionário(usuários da rede) ou uma entrevista(profissionais de saúde da UBS Antônio Camilo) acerca do acesso aos serviços da referida unidade de saúde, tendo como responsáveis pela execução Myrella Lorena Almeida Pereira, Dávinna Nyara e José Thallys, estudantes do curso de medicina do Campus Mossoró da Universidade Federal Rural do Semi-árido(UFERSA). As informações coletadas serão organizadas com vistas a contribuições com os diversos setores da sociedade . Essa pesquisa tem como objetivo geral: avaliar o acesso dos povos ribeirinhos da comunidade Ilha de Santa Luzia aos serviços de saúde oferecidos pela UBS Antônio Camilo.

E como objetivos específicos: (1) captar as dificuldades estruturais na percepção de pacientes e profissionais que impedem o pleno acesso dos ribeirinhos aos cuidados em saúde, comparando-o aos de outras localidades; (2) identificar o entendimento existente, a partir da percepção por parte de usuários e profissionais, acerca do que se considera acesso em saúde; (3) analisar, na visão dos profissionais de saúde, os fatores determinantes do acesso e as ações realizadas visando mitigar possíveis dificuldades.

O benefício desta pesquisa é a possibilidade de averiguar a situação do acesso em uma comunidade ribeirinha do semi-árido nordestino, uma realidade peculiar e pouco visibilizada. O presente trabalho contribuirá para a realização de comparações entre realidades diferentes, ainda que sob condições geográficas similares. Os riscos mínimos a que serão expostos os pacientes são de cunho psicológico ou moral, a exemplo de a pessoa senti-se constrangida com determinada pergunta ou se sentir exposta. Esses pontos serão minimizados mediante: seguridade de anonimato/privacidade do participante na pesquisa, por meio de sigilo e o respeito por parte dos participantes da pesquisa. Para tal, somente os discentes Myrella Lorena Almeida Pereira, Dávinna Nyara e José Thallys estarão à frente das entrevistas e aplicações de questionários, além do pesquisador responsável, e poderão manusear e guardar os questionários. Além dessas seguridades, por ocasião da publicação dos resultados, nenhum dado que identifique o participante será divulgado, de modo a fazer com que o usuário ou profissional de saúde se sintam à vontade para responder aos questionários e Anuência das Instituições de ensino para a realização da pesquisa. Os dados coletados serão, ao final da pesquisa, armazenados em CD-ROM e caixa arquivo, guardada por no mínimo cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador responsável (orientador) no Departamento de Ciências Biológicas e da saúde, a fim de garantir a confidencialidade, a privacidade e a segurança das informações coletadas, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes e o responsável.

Você ficará com uma via original deste TCLE e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador Lázaro Fabrício de França Souza do Estado do Rio Grande do Norte/RN, Campus Mossoró, no endereço. R. Francisco Mota, n. 572, bairro Presidente Costa e Silva, CEP 59625900– Cidade Mossoró– RN. Tel.(84) xxxx-xxxx. Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN) -Campus Universitário Central - Centro de Convivência. BR 110, KM 48 Rua: Prof. Antônio Campos, S/N, Costa e Silva. Tel: (84) 3312-7032. e-mail: cep@uern.br/ CEP 59.610-090.

Se para o participante houver gasto de qualquer natureza, em virtude da sua participação nesse estudo, é garantido o direito a indenização (Res. 466/12 II.7) – cobertura material para reparar danos – e/ou ressarcimento (Res. 466/12 II.21) – compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação – sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Lázaro Fabrício de França Souza. Não será efetuada nenhuma forma de gratificação por sua participação. Os dados coletados farão parte do nosso trabalho, podendo ser divulgados em eventos científicos e publicados em revistas nacionais ou internacionais. O pesquisador estará à disposição para qualquer esclarecimento durante todo o processo de

desenvolvimento deste estudo. Após todas essas informações, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Concordo em participar desta pesquisa “Percepção dos moradores ribeirinhos da comunidade ilha de santa luzia(mossoró/rn)- trecho do rio apodi-mossoró, e dos profissionais de saúde acerca do acesso aos serviços de saúde prestados pela UBS Antônio Camilo”. Declarando, para os devidos fins, que fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido (a) e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação e me comprometo a guardar sigilo de toda informações que tomar conhecimento ao participar do referido projeto de pesquisa. Foram garantidos a mim esclarecimentos que venham a solicitar durante a pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. Autorizo assim, a publicação dos dados da pesquisa, a qual me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Mossoró/RN, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

José Thallys Moreira da Silva - Aluno do Curso de medicina, da Universidade Federal Rural do Semiárido – UFERSA, Campus Mossoró, no endereço R. Francisco Mota, n. 572, bairro Presidente Costa e Silva, CEP 59625900– Cidade Mossoró– RN.

Tel.(84) 987515045.

Prof Lázaro Fabrício de França Souza (Orientador da Pesquisa – Pesquisadora Responsável) - Curso de Medicina, da Universidade Federal Rural do Semiárido–UFERSA, Campus Mossoró, no endereço R. Francisco Mota, n. 572, bairro Presidente Costa e Silva, CEP 59625900– Cidade Mossoró– RN.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UERN) -Campus Universitário Central - Centro de Convivência. BR 110, KM 48 Rua: Prof. Antonio Campos, S/N, Costa e Silva.Tel:

(84) 3312-7032. e-mail: cep@uern.br / CEP 59.610-090.

