

Barreiras de acessibilidade à atenção básica em assentamento em Pernambuco, Brasil, sob a ótica de camponesas, profissionais de saúde e gestão

Accessibility barriers to primary care in a Pernambuco, Brazil, settlement via the perspective of peasants, health professionals, and management

Barreras de accesibilidad a la atención primaria en un asentamiento de Pernambuco, Brasil, desde la perspectiva de campesinas, profesionales de la salud y la gestión

Débora Morgana Soares Oliveira do Ó ¹
Romário Correia dos Santos ²
Fabiana de Oliveira Silva Sousa ³
Paulette Cavalcanti de Albuquerque ¹
Mariana Olívia Santana dos Santos ¹
Idê Gomes Dantas Gurgel ¹

doi: 10.1590/0102-311XPT072322

Resumo

São inegáveis as iniquidades envolvidas diretamente nos modos de nascer, viver, adoecer e morrer da população do campo. Para analisar a acessibilidade ao cuidado em saúde desse povo, consideramos quatro barreiras pertinentes à acessibilidade aos serviços de atenção básica: as geográficas, organizacionais, financeiras e de informação. O estudo objetivou evidenciar as barreiras de acessibilidade à atenção básica pela população de um assentamento em Pernambuco, Brasil, sob a perspectiva de assentadas, profissionais e gestão. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, qualitativa, do tipo caso único realizada em um assentamento de reforma agrária pernambucano e na unidade de saúde da família responsável pela assistência desse território. Um representante da gestão municipal em atenção básica foi entrevistado e dois grupos focais foram realizados, um com as assentadas e outro com os profissionais de saúde da equipe de saúde da família. Para a análise dos dados utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo. As barreiras de acessibilidade geográfica evidenciaram distância entre unidade e assentamento sem a garantia de um transporte; as barreiras organizacionais expuseram alta demanda de usuários e estrutura física precária; as barreiras financeiras demonstraram ameaças do novo financiamento e condições socioeconômicas precárias da população; e as barreiras de informação revelaram a escassez da educação permanente e o preconceito associado às lacunas de comunicação entre profissionais e assentados. Ante às inúmeras barreiras de acessibilidade e suas consequências para a população do estudo, cabe avançar na adequação da atenção básica, com vistas a ampliar o acesso às necessidades de saúde evidenciadas.

Assentamentos Rurais; Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde; Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde

Correspondência

D. M. S. O. Ó
Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Av. Prof. Moraes Rego s/n, Recife, PE 50040-010, Brasil.
deboramenf98@gmail.com

¹ Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil.

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

³ Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, Brasil.



Introdução

Após 11 anos de luta dos movimentos sociais, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF) ¹ foi instituída. Ela deu ênfase aos modos singulares de nascer, viver e morrer das populações tradicionais, tentando responder a um vazio histórico de políticas públicas que reconheçam as características específicas desses povos ^{2,3}.

Por outro lado, ainda que a expansão da atenção básica tenha alcançado patamares significativos no Brasil, barreiras na acessibilidade a esse nível de atenção ainda persistem para populações vulneráveis ^{4,5}. No que se refere às comunidades do campo, estudos apontam a persistência de iniquidades em seus territórios, a exemplo do saneamento básico inexistente, das dificuldades de locomoção e obtenção de água potável, além da presença de moradias deficitárias ^{2,5,6,7}.

Reconhecendo que tal cenário pode influenciar na acessibilidade aos serviços de saúde, este estudo propôs responder: “Como se configura a acessibilidade à atenção básica em um assentamento pernambucano?”.

Para tanto, consideramos quatro tipos de barreiras de acessibilidade evidentes aos serviços da atenção básica: barreiras geográficas, que concernem ao desajuste entre a localização dos indivíduos em relação aos serviços; organizacionais, as quais retratam atributos da oferta e dificultam a capacidade de utilização dos serviços pela população; financeiras, que indicam a capacidade de mobilização de tempo e recursos financeiros pelos indivíduos para acessar os serviços; e, por fim, as de informação, que viabilizam a consideração dos aspectos culturais e sociais pelos serviços de saúde a fim de responder às necessidades dos usuários ^{8,9,10}.

Embora haja uma robustez de estudos acerca do acesso à saúde, ainda persistem lacunas importantes nas abordagens sobre as condições de acessibilidade e o contexto social das populações do campo que possam orientar o planejamento territorial e político na garantia de uma atenção à saúde com qualidade e integralidade ^{3,11,12,13}. Dessa forma, este estudo objetivou evidenciar as barreiras de acessibilidade à atenção básica pela população de um assentamento pernambucano sob a perspectiva de assentadas, profissionais e gestão.

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo caso único, realizado entre outubro de 2020 e dezembro de 2021 em um assentamento de reforma agrária pernambucano e na unidade de saúde da família (USF) responsável pela cobertura desse território, ambos localizados no Município de São Lourenço da Mata, Pernambuco, Brasil. Esse local foi escolhido por apresentar lacunas relacionadas à acessibilidade dessa população à atenção básica provenientes de estudo anterior ¹⁴.

Dois grupos focais foram realizados, um com as assentadas (A) e outro com os profissionais de saúde de uma USF (P). Um representante da gestão da atenção básica do município também foi entrevistado. Em ambas as etapas, estavam presentes dois pesquisadores, um conduzindo o grupo a partir de um roteiro de perguntas e outro como auxiliar, dando suporte na gravação e observação das falas dos participantes. Um gravador digital foi utilizado para o registro dos discursos, os quais foram transcritos na íntegra para posterior análise ¹⁵.

O recrutamento dos sujeitos efetivou-se mediante contato prévio, sendo selecionados os que atendiam aos seguintes critérios: assentados maiores de 18 anos, residentes há pelo menos um ano no território; profissionais da saúde lotados na USF há pelo menos um ano e constituintes da equipe de saúde da família (EqSF) conforme a *Portaria nº 2.436/2017* ¹⁶; além do representante da gestão municipal atuante há pelo menos seis meses em atividades relacionadas à atenção básica e suas respectivas políticas.

O tamanho amostral constituiu-se de 16 sujeitos, composto por 11 assentadas – referidas no decorrer do estudo com pronomes do gênero feminino por representarem a totalidade das participantes, uma vez que não houve adesão masculina ao grupo focal –, quatro profissionais de saúde (médico, enfermeira, auxiliar em saúde bucal e agente comunitário de saúde) e um coordenador da atenção básica. As características sociodemográficas dos sujeitos são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1

Características dos participantes da pesquisa.

Categoria de análise	Quantidade de sujeitos conforme característica		
	Gestor	Profissionais	Assentadas
Sexo			
Masculino	1	2	0
Feminino	0	2	11
Idade (anos)			
20-49	1	3	7
49-59	0	0	1
60 ou mais	0	1	3
Raça/Cor			
Branco	1	0	2
Preto ou pardo	0	4	9
Escolaridade			
Ensino Fundamental incompleto	0	0	6
Ensino Médio incompleto	0	0	1
Ensino Médio completo	0	2	3
Ensino Superior completo	0	1	0
Ensino Superior incompleto	0	0	1
Pós-graduação	1	1	0

Ao questionar as participantes sobre o contexto sanitário do assentamento, 11 assentadas afirmaram morar em domicílios revestidos por alvenaria e dispor de poços do tipo artesiano para armazenamento da água. Destas, nove relataram utilizar energia elétrica e água sem tratamento, e as demais (2) valiam-se da cloração como método de tratamento. O descarte do lixo era realizado pelo método da queima.

O assentamento comportava 107 famílias, estava situado na zona rural do município, a 28km do centro da cidade e a 7km da rodovia mais próxima, a BR-232. Apresentava distância, em relação à USF adscrita, de 16,2km.

Para o grupo A, o roteiro semiestruturado constituiu-se de 40 questões sobre aspectos socio-demográficos, fatores geográficos, financeiros, organizacionais e de informação/comunicação que determinam as barreiras de acessibilidade. Para o grupo P, foram apresentadas 37 questões acerca da formação acadêmica e profissional, relação com o público assentado, características do processo de trabalho e fatores referentes à acessibilidade da população do campo na atenção básica. O roteiro utilizado com o representante da gestão continha 25 perguntas sobre acessibilidade e processos de gerenciamento da atenção básica para a população do assentamento.

Para análise dos dados empregou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que, a partir da identificação de expressões-chaves e ideias centrais, possibilita a formação de discursos coletivos com representatividade social dos sujeitos¹⁷. Os discursos foram organizados e tabulados com o auxílio do software DSCsoft 2.0 (<http://tolteca.com.br/noticiadscsoft20.aspx>) e, em seguida, analisados conforme o referencial teórico de autores que versam sobre acessibilidade e suas dimensões^{8,9,10} a partir de ideias centrais emergidas.

No caso da entrevista com a gestão, o mesmo referencial foi utilizado^{8,9,10}, mas aplicando-se apenas a etapa das ideias centrais, uma vez que se configurava por um único sujeito, impossibilitando a criação do DSC.

Ressalta-se, ainda, que este artigo é parte dos resultados de uma dissertação de mestrado, cuja pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (IAM/Fiocruz), Pernambuco. A assentada referida nos DSC foi nomeada de “Nísia” para preservar a identidade do grupo.

Resultados e discussão

Nesta seção, a acessibilidade à atenção básica será tratada de forma ampla ¹⁰, considerando o termo “acesso” como complementar, baseando-se na necessidade de romper com os paradigmas em torno desse tema, a exemplo da concepção de “acessar” advinda da mera existência dos serviços ou da presença dos profissionais ¹⁸.

Os resultados foram sistematizados com ênfase nas desigualdades existentes na procura, oferta e grau de ajuste entre esses, evidenciando, primeiramente, as barreiras geográficas e, em seguida, as organizacionais, financeiras e de informação, admitidas como aspectos fundamentais para entender a realidade e pautar o planejamento da gestão na atenção básica.

Barreiras geográficas

O Quadro 1 traz as ideias centrais e o DSC, os quais estão amparados nas questões que condizem com as barreiras geográficas encontradas na vivência das assentadas para acessar a atenção básica a partir das suas percepções, além das experiências dos profissionais de saúde e da gestão.

Quadro 1

Barreiras geográficas de acessibilidade à atenção básica conforme ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de assentadas, representante da gestão e profissionais de saúde.

SUJEITOS/IDEIAS CENTRAIS	DSC
Assentadas	
As dificuldades e riscos de um caminho sinuoso até a USF	<i>“Muito buraco, cana de um lado, cana do outro, sol quente em cima do caminhão. Eu não consigo ficar muito no sol, chego da cor de uma pimenta, mesmo com protetor solar. Às vezes o mato dá na cara, me arrisco muito, e vai idoso também”</i>
Não há pontos positivos sobre o percurso, e o principal ponto negativo é a distância	<i>“O negativo é a distância do posto, peço a Deus para não acontecer nada, assalto, essas coisas. Não tem agente de saúde aqui, não tem ninguém para perguntar: ‘Tem grupo hoje? Tem vacina? Tem o quê?’. Acho que não tem positivo não, porque transporte é ruim, tudo é luta. Positivo seria se tivesse estrada né? Melhorasse a estrada”</i>
A distância como barreira de acesso e fator determinante para adocimento	<i>“Se fosse mais perto eu podia ir mais lá, mas a dificuldade de ir é que eu espero que alguém venha para cá ou que marque para ir para lá, porque reúne todo mundo no caminhão e vai. Às vezes eu saio sem dor de cabeça, e volto com dor de cabeça por conta do sol quente, por causa de sede, de fome. O acesso é ruim. Alguns carros têm medo de ir para lá, tem carro que diz que a gente tem que pagar mais caro”</i>
A mobilidade custeada pelas assentadas e dependentes da rede de apoio	<i>“Alugo carro, que é um caminhão do morador daqui do assentamento, o carro maior que tem aqui, dez reais de cada um e ele vai deixar, ele espera lá até terminar. Eu agradeço muito a ele, porque nem pago o valor certo que outras pessoas cobriam para ir para lá. Às vezes vai até vinte pessoas em cima do caminhão, fora os três que estão embaixo. Como antigamente, vai tudo no ‘pau de arara’, levando sol, chuva, poeira”</i>
As UPAs como primeira escolha para as necessidades de saúde	<i>“Eu vou para a UPA. É o acesso que tenho, quando estou precisando de uma emergência. Se eu chegar no hospital e não passar pela UPA, manda voltar. É mais perto ir para outra cidade e eu vou ter mais opções de profissionais na área que eu estou buscando, porque se for para posto de saúde é muito longe. A gente morre no meio do caminho. Por que é uma distância”</i>
Frequência de busca pelo serviço restrita a uma vez ao mês	<i>“Nísia liga para lá e marca um dia, depende da situação. Eu acredito que seja de mês em mês, confesso que eu faço até errado, porque eu precisava ir todo mês, pelo menos duas vezes. Mas, como eu encontrei uma facilidade de comprar a medicação sem a receita, então eu estou indo só no último caso. Às vezes elas vêm aqui, vieram duas vezes esse ano e uma ano passado”</i>
A localização da USF traz insegurança e não proporciona estrutura de proteção	<i>“Não tem segurança, a clínica é em um povoado pequeno, mas ao mesmo tempo, grande. É muito conhecido por assalto, o pessoal assalta ao meio-dia, tem muito tráfico por ali. Eu fico do lado de fora quando não tem outro meio, gosto mais de ficar lá dentro, não tem um vigia”</i>

(continua)

Quadro 1 (continuação)

SUJEITOS/IDEIAS CENTRAIS	DSC
Gestão	
A implantação de UBS por meio de processos legais, de gestão e instâncias colegiadas	<i>"A implantação vai de acordo com as portarias do ministério, conselho de saúde e mapeamento da área do município. A partir do momento que eu faço o mapa, vejo as áreas descobertas e a necessidade de uma UBS naquela determinada área, passo para o conselho de saúde, é aprovado, levo para a Comissão Intergestores Regional para aprovação e Ministério da Saúde"</i>
Ausência de transporte para os usuários e garantia de veículo para os profissionais chegarem às áreas rurais	<i>"Não existe transporte para usuários, tenho que dar condições de trabalho nessas áreas rurais para os profissionais de saúde, queira ou não as unidades já são próximas àquelas comunidades, área rural, dispõe sim de transporte para os profissionais de saúde se deslocarem para as unidades"</i>
O atendimento <i>in loco</i> como facilitador do acesso à atenção básica pela população do campo tendo como foco os indicadores preconizados	<i>"A maior estratégia são os atendimentos satélites, ir ao encontro do usuário, quando eu saio da unidade básica e faço a busca ativa. Conseguir ter o acesso, consegue atender as demandas dentro das portarias, dentro dos indicadores, como gestantes, pré-natal, puericultura, palestras de Hipertensão (de hipertensos e diabéticos) e a parte de saúde bucal"</i>
Suavização das dificuldades e apontamento de lacunas nos recursos humanos e condições de trabalho	<i>"Eu tenho que ter as condições de trabalho, se tem a equipe médica e enfermeiro, se tem a equipe NASF dando total apoio, eu faço com que chegue às unidades. As dificuldades são mínimas, quando se quer realmente fazer prevenção e promoção à saúde"</i>
Profissionais	
A carência de profissionais compromete a territorialização na atenção básica	<i>"Tinham seis agentes de saúde, hoje só tem três. Existem áreas descobertas, tem essa dificuldade com relação à cobertura por ACS devido à quantidade de pessoas que existem agora. Pelo Ministério da Saúde tem que atender 750 pessoas; na parte do engenho não tem esse quantitativo, mas tem com relação à distância, a locomoção"</i>
A estrada de barro dificulta o acesso, e o inverno piora o percurso, isolando as pessoas	<i>"O acesso é difícil pela estrada ser de barro, é uma área muito arriscada. No inverno a dificuldade é grande, até para fazer alguma ação lá durante o inverno é bem problemático, realmente eles ficam muito isolados. Tem um 'engenho' que a estrada é barro vermelho mesmo, então não tem como passar"</i>
Quando o atendimento não vai até o território, os usuários fazem o percurso a pé ou utilizam automóveis custeados/cedidos	<i>"Os que moram na zona rural terminam vindo a pé, às vezes pegam carona em algum carro. Quando consigo fazer um mutirão o atendimento vai até eles, caso não consiga eles alugam um carro e vem, usam os ônibus escolares também como meio de transporte. Hoje teve atendimento, eles alugaram um carro e trouxeram mais de 15 pessoas"</i>
As ações de saúde mobilizam toda a equipe para levar o maior número de atividades, mas não acontece com a frequência ideal	<i>"Foram duas ações entre um ano e outro, vai todo mundo, mas o ideal seria uma frequência mínima de uma vez ao mês. Além do atendimento, eu faço palestra, atualização de caderneta, cadastro, saúde bucal, saúde do homem, tento levar o máximo que tiver na unidade. Como lá não tem ACS, então os ACS da equipe II deixam a área aqui e se direcionam para lá"</i>

ACS: agentes comunitários de saúde; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; UBS: unidade básica de saúde; UPA: unidade de pronto atendimento; USF: unidade de saúde da família.

A partir do exposto, foi possível retratar importantes dificuldades relacionadas a essa temática: (1) dificuldades relativas ao terreno em que se localiza; (2) distância física entre a USF e o assentamento; (3) ausência de transportes para profissionais e assentadas; (4) escolha de outros serviços em detrimento da atenção básica; (5) menor frequência da procura pela USF; (6) insegurança no entorno da unidade; (7) frequência reduzida das ações em saúde no assentamento; e (8) déficit no número de agentes comunitários de saúde (ACS) diante do volume populacional, interferindo na territorialização.

Os obstáculos referentes às características do caminho que percorrem e da localidade em que residem é um consenso entre os profissionais de saúde e as assentadas, os quais expuseram a realidade laboriosa da acessibilidade ao serviço.

As assentadas relataram as dificuldades vivenciadas a partir de uma elocução que descreve a estrada repleta de canaviais, o calor decorrente da exposição solar durante o deslocamento até a USF, realizado na caçamba de um caminhão, e os riscos que essa situação impõe à saúde e à segurança delas.

Os profissionais reforçaram essa agrura, exprimindo a insegurança das estradas, que em sua maioria não possuem pavimento, especialmente em períodos chuvosos, impossibilitando a acessibilidade.

Os descompassos elucidados pelos profissionais e assentadas se assemelham com o contexto de outros assentamentos pernambucanos. Esses locais evidenciam as barreiras geográficas como fatores críticos, agravados por uma estrutura débil, pela ausência das estradas e pelo avanço da violência nos territórios rurais, refletindo um processo sistemático de desigualdade e abandono por parte do Estado ^{19,20,21}, que precisa ser interpretado à luz da determinação social da saúde dando sentido às experiências do território e às vivências da população do campo ²².

Além disso, é preciso considerar que localidades rurais caem historicamente na desmemória dos formuladores de políticas e profissionais da saúde, como se não fossem ocupadas. Tal fato reverbera na desigualdade que os indivíduos enfrentam para acessar a atenção básica, especialmente em virtude da distância ²³.

A acessibilidade geográfica é evidenciada a partir de fatores como a linearidade do território e tempo de viagem e distância, sendo internacionalmente considerados intervenientes na busca, utilização e assistência às populações do campo ²⁴. Tais fatores, quando não ponderados, podem contribuir para o agravamento da situação de saúde, com agudização dos eventos crônicos, os quais requerem a criação de estratégias que garantam o acesso à saúde a partir de uma territorialização efetiva de áreas dispersas, considerando a distância entre territórios e pontos da rede de atenção ³.

Para a territorialização e construção das territorialidades na atenção básica, é fundamental considerar o ACS ²⁵. Sua ausência é apontada, pelos profissionais da USF e pelas assentadas, como um fator negativo nesse processo.

Nesse sentido, observa-se um movimento acentuado de desterritorialização na atenção básica, ameaçando, desse modo, a saúde da família como estratégia prioritária ²⁶. A Portaria nº 2.436/2017 ¹⁶ descortinou essa problemática, reconhecendo novos formatos de equipes, tornando flexível a organização dos serviços e fragilizando as ações, sobretudo relacionadas às funções executadas pelo ACS – profissional essencial no estabelecimento de vínculos e na redução da distância entre comunidade e serviço.

Ainda, chama a atenção que, a partir dessa Portaria, permite-se aos gestores o desengargamento em ter um teto mínimo de ACS na equipe para cobrir o território. Esse fato pode acarretar sérios problemas por inviabilizar ainda mais as necessidades de saúde dos territórios, desassistindo áreas onde esse profissional desempenha papel de mediador e mobilizador comunitário ^{23,27}.

Méllo et al. ²⁸ ressaltam que a atenção básica, nos últimos anos, tem sido arena de disputa pelos rumos da política de saúde. O que tem se implantado no Brasil é uma esteira de retrocessos que incidem diretamente na concepção de uma atenção básica robusta e ampla, tornando-a seletiva e maximizando os obstáculos em torno da acessibilidade à saúde. A exemplo disso, destaca-se a conformação de uma carteira mínima de serviços e o novo modelo de financiamento da atenção básica, cujos indicadores de desempenho até agora divulgados induzem a atuação centrada em procedimentos e a ênfase na abordagem individual, em detrimento da dimensão familiar e comunitária ²⁹.

O triângulo de concepções dos sujeitos permite a visualização de algumas dissensões relacionadas ao transporte. Embora a gestão afirme dar condições para a locomoção do profissional, o que se sobressai nos discursos é um contexto de desassistência, agravada pela falta ou pouca disponibilidade de transporte territorial para os profissionais e usuários.

O resultado disso para os profissionais é a perenidade das ações de saúde, e para as assentadas a descontinuidade do cuidado, além do cerceamento de suas necessidades, que ficam associadas ao “ter carro, carona ou dinheiro”. Assim, escancaram uma “vivência severina” que reverbera na falta de acessibilidade e na produção de mais adoecimento, constituindo uma realidade crítica para os residentes em áreas rurais do Norte e Nordeste ⁵.

Tais questões, atreladas às condições específicas do terreno, relevo e clima, precisam entrar na perspectiva do planejamento em saúde, uma vez que o estabelecimento de ações e serviços na saúde depende também de como acessá-los, sobretudo, com segurança. Como consequência, estudos mencionam que essa mobilidade restrita nos assentamentos, descrita pela escassez de transportes, intervém na redução da busca por assistência em horários restritos de atendimento, bem como na limitação em chegar a outros pontos da rede assistencial ^{24,30}.

Barreiras organizacionais

No Quadro 2, pode-se visualizar aspectos organizativos da USF e da rede que interferem na acessibilidade à atenção básica pelas assentadas.

Com relação às barreiras organizacionais que manifestam-se nos discursos, visualizaram-se as seguintes: (1) reduzida resolutividade da USF; (2) estrutura física precária; (3) fragilidades no vínculo profissionais/assentadas; (4) planejamento de ações engessadas para a atenção básica; (5) superficialidade no apoio intersetorial, na participação popular e integração ensino-serviço; (6) demanda elevada de usuários; (7) carga horária reduzida dos profissionais; e (8) dificuldades na organização da referência e contrarreferência para a rede.

Os discursos do Quadro 2 trazem, a partir das falas das assentadas, uma visão biologicista e reduzida do acesso à saúde com a indigência de serviços com maior densidade tecnológica. Ao mesmo tempo, percebe-se o reconhecimento da pouca resolutividade da atenção básica pela mera oferta de serviços clínicos que não cumprem a demanda de saúde, vista a partir da ampliação de seu conceito.

As necessidades não atendidas por um modelo focalizador trazem a reflexão de que o trabalho em saúde é um trabalho vivo, que precisa reconhecer a determinação social e entender que os sujeitos apresentam vivências diferentes, as quais influenciam no processo saúde-doença-cuidado, requerendo políticas integradas para garantir a acessibilidade ³¹. Dessa forma, além de aproximar os cuidados em saúde do território, a atenção básica deve articular outras possibilidades promotoras de saúde na constituição de uma cidadania plena ³².

A garantia de um trabalho resolutivo e contínuo relaciona-se, também, com o cumprimento do que foi desenhado para esse nível de atenção. Há uma adscrição recomendada de 2 mil a 3.500 pessoas, mas existe divergência entre o prescrito e o trabalho real ¹⁶. Diante disso, segundo o DSC dos profissionais, há uma cobertura de 17 mil habitantes na USF, fato que revela que a consolidação da ESF, com seus princípios e diretrizes, ainda constitui uma agenda incompleta ²⁹.

Os discursos das assentadas e dos profissionais, no Quadro 2, articulam questões importantes que incidem diretamente nos atributos associados à atenção básica e que parecem ser dependentes das características organizacionais do serviço, destacando-se o primeiro contato e a coordenação e longitudinalidade do cuidado, além da competência cultural. Nessa direção, as problemáticas são observadas no fato das visitas domiciliares não acontecerem, nas ações em saúde de caráter pontual, na pouca procura das assentadas pela USF, assim como no aumento da busca pelos serviços de urgência e emergência, o que compromete a regularidade e continuidade do cuidado ^{16,19}.

Por outro lado, Mendonça et al. ²⁴ encontraram resultados divergentes. Os pesquisadores, em seu estudo, evidenciaram que as equipes rurais apresentaram acessibilidade organizacional com melhor desempenho do que as urbanas, questão que demanda maior aprofundamento dos fatores que determinam sua eficiência em contextos diversos, subsidiando a identificação e planejamento de novos meios para qualificar a atenção básica no campo.

Uma problemática que afeta sobremaneira as equipes em contexto de assentamento é a fixação de profissionais, sobretudo médicos, um óbice histórico e comum no Brasil. A preferência dos profissionais pela atuação nos centros urbanos com estruturas capazes de suprir o desempenho de suas atividades acarreta afluência desses profissionais para algumas áreas, fazendo com que a assistência da atenção básica no campo tenha obstáculos relacionados ao vínculo frágil, ao aumento da vulnerabilidade e ao déficit na assistência ^{7,33}.

Diante disso, o Governo Federal pensou em mecanismos de provimento emergencial, como a criação do Programa Mais Médicos, que objetivou ampliar o acesso aos cuidados de saúde na atenção básica, inclusive apresentando resultados positivos desde sua implementação, aumentando a satisfação dos pacientes e fazendo cumprir a carga horária padrão desses profissionais. Apesar dos efeitos, medidas mais robustas para atrair esses profissionais ainda precisam ser discutidas no que concerne a garantia de recursos, apoio educacional e estrutura física das USF ^{33,34}.

Os DSC das assentadas e profissionais sobre a necessária melhoria da estrutura física da USF convergem para os fatores condicionantes da fixação dos profissionais e do desenvolvimento de um processo de trabalho pleno e com qualidade. Tais fatores também foram apontados por outros estudos como desafios a serem enfrentados no contexto organizacional ^{34,35}.

Quadro 2

Barreiras organizacionais de acessibilidade à atenção básica conforme ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de assentadas, representante da gestão e profissionais de saúde.

SUJEITOS/IDEIAS CENTRAIS	DSC
Assentadas	
O reconhecimento dos serviços prestados pela atenção básica	<i>"Tem dentista, clínico, enfermeira, prevenção, vacinas, como sarampo, rubéola, gripe. Dentista é só extração, não é sempre que a gente tem acesso"</i>
O desejo por especialistas e recursos diagnósticos na atenção básica	<i>"Devia ter ginecologista, raio x, ultrassom, dermatologista, pediatra, nutricionista, neuro, psiquiatra, tem muita gente aqui que tem sintoma da depressão"</i>
A USF como lugar de cuidado, prevenção e insumos	<i>"Os benefícios que o posto tem me dado, eu não tenho o que falar. O posto é muito importante para minha saúde, para me cuidar. Com acesso ao posto, se tem uma doença que eu não sei, fazendo a rotina, descobrindo cedo (...) câncer de mama, colo do útero. A importância dele é me cuidar, ter um atendimento melhor e cuidar do meu corpo. Ai de mim se não tivesse esse posto! Lá tem médico, remédios de pressão, remédio de colesterol, diabetes"</i>
Há a necessidade de maior vínculo e segurança na assistência	<i>"Eu acho que se o que você faz, faz com excelência, você vai agradar a maior parte das pessoas que você está atendendo. Porque a pessoa que está sendo atendida precisa ter uma certa segurança, é sobre a saúde, não é uma coisa banal. Então precisaria de uma atenção maior do profissional à pessoa que está sendo atendida, de dar segurança a ela do que está sendo feito naquele momento. (...) A minha mãe é acamada, nunca foi visitada pelo médico de lá. (...) Da última vez só veio um médico e só vieram dez fichas"</i>
Estrutura física precária impondo riscos aos usuários	<i>"Péssima, acabada. Não tem copo descartável para tomar água, o banheiro, não tem o ferro, tem que uma pessoa segurar. Acho que precisaria sair dali e ir para um lugar mais amplo, é muito pequeno, as salas e o consultório. Se quiser, tem cadeira de plástico, mas fica do lado de fora, de frente ao posto, no sol. Por conta da pandemia tem o afastamento, o acesso é pequeno, aí não tem nem como. Muita gente perto um do outro, mesmo com máscara"</i>
USF pouco resolutiva baseada no cuidado biomédico	<i>"O básico, não todos. De 100%, ele resolve 10%. Porque o que ele resolve, é o quê? É o clínico que vai passar um remédio. Eu preciso do posto de saúde, mas preciso de educação, de transporte. Quer dizer, não é 100% posto de saúde"</i>
Gestão	
Planejamento de atividades amparadas em campanhas e ações é seguido	<i>"Mensalmente eu lanço um cronograma de atendimentos. Como em outubro, um cronograma do câncer de colo do útero para a mulher, faço um mapa mensalmente, mando para as unidades, cada unidade se organiza com sua equipe, com seus agentes de saúde, avisa a população que naquele determinado dia, naquela hora, com uma quantidade de atendimentos aquela equipe de saúde vai estar lá para prestar esse atendimento. (...) Que está funcionando também para as unidades rurais"</i>
Intersetorialidade na gestão pública municipal como apoio para garantir o acesso das populações do campo	<i>"Eu tenho apoio! Tem o hospital municipal, o laboratório, a secretaria de saúde da mulher, a secretaria de assistência social, eu peço o apoio de todas as secretarias para poder levar o melhor atendimento aos usuários daquela determinada área que estamos atendendo"</i>
A participação da população do campo em instâncias colegiadas do SUS	<i>"Alguns conselheiros são de áreas rurais, porque tem que ter uma quantidade de usuários que são de algumas áreas, como de assentamentos, de áreas rurais, então o conselho municipal de saúde é formado por essa equipe"</i>
O ensino-serviço como estratégia para alcance das áreas campestres	<i>"Eu tenho parceria com várias faculdades no estado; estou colocando principalmente estudantes e profissionais nas áreas rurais para fazer esse trabalho"</i>
Profissionais	
Demanda elevada da unidade pelo crescimento do número de habitantes resulta em limitação das atividades preventivas da atenção básica	<i>"A demanda é grande, duas equipes é muito pouco, a comunidade cresceu muito. Tem cerca de 17.000 habitantes na área. Praticamente só tenho tempo de atender paciente, não tenho tempo de desenvolver outras atividades a nível de PSF. O atendimento básico da atenção primária não se restringe a atender o paciente. Se você estiver hipertensa, diabética, você tem que saber o que é e como se prevenir. Atenção básica não é curativa, ela é preventiva, primeiro faz a prevenção e depois trata o paciente quando já tiver instalado a doença. A atenção básica tem sido meramente curativa. Não é o ideal"</i>

(continua)

Quadro 2 (continuação)

SUJEITOS/IDEIAS CENTRAIS	DSC
Entre tantas demandas a maior é a de hipertensos	<i>“Eles ligam primeiro, perguntam como está o atendimento, diz que está com um quantitativo x que precisa ser visto pelo médico, e sai reunindo, hipertenso, diabético, ou outros com outras queixas, eu não vejo muitas crianças não, eu vejo mais adultos e mulheres. A demanda maior é de hipertensos. Existe uma redução dos atendimentos aqui para dar assistência a eles lá, para eles virem e não ficarem sem atendimento”</i>
A população do assentamento procura pouco a unidade, aumentando a frequência nos últimos dois anos	<i>“O engenho quase não procura a unidade, pelo número de atendimentos fica difícil estabelecer a demanda de lá, o número ainda é pequeno aqui, o contato maior é nas ações. Mesmo a demanda pequena, eu percebo que eles têm procurado mais de dois anos para cá”</i>
Apesar da alta demanda de atendimentos, a carga horária profissional é reduzida	<i>“Com esse horário reduzido, às 14 horas já estamos encerrando as atividades, embora as coisas sejam preenchidas como se eu trabalhasse de manhã e à tarde. Por exemplo, hoje, quarta-feira, eu atendi pela manhã 16 pacientes, mas eu fui orientado a dividir esses 16 pacientes para quarta e quinta-feira. Eu preencho a planilha de pacientes dividindo o total de pacientes para os cinco dias da semana, pelo estabelecido em lei é de segunda a sexta feira, 40 horas semanais. Mas, nenhum médico, principalmente se não for aposentado, está disponível para vir a essa unidade, para prestar as 40 horas semanais”</i>
Acolhimento realizado desde a recepção, com priorização da população do campo na demanda espontânea	<i>“Quando o paciente chega na recepção ele já é acolhido, a recepcionista já sabe para onde mandar o paciente. Se for da zona rural tem um cuidado maior, se for emergência não vai perder tempo procurando o posto, se for um atendimento de rotina consegue encaixar no mesmo dia. Eu fui orientada pela atenção básica a não fazer o paciente voltar, principalmente se ele for de engenho, se ele veio para o médico e não conseguiu ser atendido naquele dia, eu vou tentar resolver o problema dele. Caso eu não consiga, eu já deixo amarrado o dia dele retornar. Antigamente o paciente chegava aí de madrugada para pegar ficha para atendimento médico, hoje em dia não tem mais necessidade disso, eu já oriento para não chegar cedo aqui. E já deixo os hipertensos e os diabéticos agendados”</i>
A estrutura física é deficiente e impacta no trabalho, os equipamentos precisam ser melhorados e os insumos estão em regularidade	<i>“A estrutura física eu acho que é deficiente, a planta física tem que ter mudanças. Aqui devia derrubar e fazer outro prédio, é um espaço físico pequeno e a deficiência de estrutura física termina acarretando a estrutura funcional. Não tem nem uma sala de reunião, não tem como se reunir, a estrutura física do posto não comporta. Eu que “banquei” muita coisa aqui, geladeira, ar-condicionado, um bocado de coisa eu coloquei. Equipamentos eu acho que tem que ter melhorias, desde 2016 a gente vem solicitando tablet para os ACS, o sistema operacional é muito defasado, o cadastro acontece fora do horário de trabalho, uso o meu tablet para isso. O computador do posto não tem. Insumos não falo tanto não, a medicação melhorou bastante”</i>
Dificuldade no fluxo de assistência do paciente na RAS tanto pela morosidade na marcação quanto pela falta de contrarreferência	<i>“A referência já tenho uma certa dificuldade de fazer, demora para marcar. Um especialista atende o paciente, eu não sei o que foi que ele fez, não tem contrarreferência nenhuma, não manda dizer de volta qual foi o diagnóstico do paciente. Eu já entreguei encaminhamento quando vem da regulação do Estado a uma família e não sabia que a pessoa tinha falecido e o encaminhamento chegou depois que a pessoa faleceu, é um constrangimento terrível. Muitos pacientes estão sendo encaminhados para unidade de pronto atendimento Especialidades em outro município, tem a dificuldade também de locomoção desses pacientes porque estão sem condições de estar pagando passagem para ir”</i>
A dificuldade do referenciamento aumenta de acordo com o território e a equipe age como facilitadora dos processos para a população do campo	<i>“O pessoal daqui tem dificuldade. Com o pessoal do assentamento a dificuldade deve ser maior. Já está havendo uma facilitação que o próprio serviço aqui se encarrega de fazer a marcação para eles. Os pacientes daqui, geralmente, eles mesmo têm que ir lá. Está tendo atendimento de cardiologista aqui no posto, as meninas na recepção marcam o dia que ele está aqui e vem fazer essa consulta. Aqui não tem NASF”</i>

ACS: agentes comunitários de saúde; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PSF: Programa Saúde da Família; RAS: Rede de Atenção à Saúde; SUS: Sistema Único de Saúde; USF: unidade de saúde da família.

Barreiras financeiras

Os elementos relacionados ao poder de pagamento das assentadas e às demandas relativas aos incentivos financeiros direcionados à atenção básica são explicitados por meio das ideias centrais e DSC contidos no Quadro 3.

Entre as questões, podemos descrever: (1) tempo longo gasto para chegar na USF; (2) perda financeira ocasionada pela ausência no trabalho para buscar o serviço; (3) retrocesso do novo modelo de financiamento da atenção básica; (4) renda restrita das assentadas potencializada pelas demais barreiras; e (5) gasto com diagnósticos e medicamentos.

O que se observa, no discurso do gestor, é a priorização do alcance das metas e indicadores propostos pelo Previne Brasil para atingir o financiamento correspondente às necessidades do território. Por outro lado, os profissionais de saúde divergem de tal discurso por entenderem que as condições de trabalho para a sua execução são aquém do necessário ³⁶, revelando duas faces da atenção básica: (1) o seu histórico sucateamento pela deficiência nos recursos transferidos ³⁷ e (2) a precarização dos vínculos trabalhistas, pautados no fisiologismo, no clientelismo e no medo ³⁸.

O Previne Brasil avança em uma lógica neoliberal que ameaça fortemente os princípios da universalidade desse nível de atenção. Sua implementação maximiza obstáculos importantes em torno da acessibilidade, focalizando a atenção no sujeito em detrimento das ações coletivas e da qualidade das ações, invisibilizando os problemas do território e adiando a ruptura com o paradigma biomédico do cuidado ^{32,39}.

Salienta-se, ainda, que a obrigatoriedade dos cadastros para obtenção dos recursos certamente aumentará a probabilidade do incremento no registro de pessoas na atenção básica, porém o financiamento dependerá do quão efetivo serão esses cadastros. Nas áreas rurais, há dificuldades específicas para realizar atividades como essas, a exemplo da inexistência de um endereço, o que aumenta a exclusão dessas populações, colocando-as à margem dos serviços que prestam cuidados primários, comprometendo o repasse nessas regiões e aumentando a desigualdade ⁴⁰.

Para além dos aspectos macroeconômicos, é imprescindível considerar fatores relativos ao poder de pagamento das assentadas. Acerca disso, elas expuseram o quanto perdem por dia de trabalho quando buscam a USF. Já os profissionais opinaram sobre a situação econômica deficitária das assentadas.

No DSC trazido pelas assentadas sobre a perda na produtividade e consequente dispêndio financeiro, é importante frisar que esse último acontece, sobretudo, por elas utilizarem transportes coletivamente custeados, o que aumenta o tempo de espera no serviço, pois necessitam aguardar que todas as assentadas recebam assistência para retornarem ao assentamento.

Nied et al. ⁴¹ apresentam contribuições pertinentes ao argumentarem que o tempo de espera na atenção básica está diretamente relacionado a uma boa acessibilidade, o que não ocorre com a população assentada em questão.

A queda na produtividade, relacionada ao dia de trabalho que perdem em busca de cuidados, está intimamente ligada à diminuição na frequência de busca pelo serviço e às condições laborais a que estão submetidas. As assentadas são atravessadas por uma jornada exaustiva, remuneração reduzida, cansaço físico e más condições de alimentação e ingestão hídrica, além da alta exposição solar. Somado a isso, elas ainda não dispõem da possibilidade de recorrer a direitos trabalhistas que assegurem o afastamento do trabalho para busca de atendimento ou em decorrência de acometimento por doenças ⁴².

A visão apresentada pelos profissionais de que a agricultura familiar gera dificuldades por não oportunizar renda suficiente às assentadas precisa ser tratada a partir da concepção de que há uma debilidade nas políticas públicas, que deveriam favorecer e expandir a geração de renda dessa população. A segregação econômica do setor campesino gera diversos impactos sociais não só para as populações do campo, mas em todo o contexto social ⁴³.

Além de lidar com barreiras financeiras indiretas, a exemplo do gasto com transporte, a população assentada enfrenta, ainda, os custos diretamente relacionados à saúde. As participantes referem não custear consultas frequentemente, mas sim investir em exames diagnósticos em decorrência da morosidade da rede, cenário corroborado pelo estudo de Silva et al. ⁴⁴, que elucida os impactos relacionados à lentidão na realização de exames, como a adesão aos planos de saúde privados e o agravamento das doenças, especialmente as crônicas.

Quadro 3

Barreiras financeiras de acessibilidade à atenção básica conforme ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de assentadas, representante da gestão e profissionais de saúde.

SUJEITOS/IDEIAS CENTRAIS	DSC
Assentadas	
As condições da estrada repercutem em mais tempo gasto para chegar na USF	<i>"Uns 40 minutos, não pelo percurso, pela quilometragem, mas pela dificuldade do acesso, da estrada, que é muito esburacada. Se fosse uma via, uma pista, não seria 40 minutos. (...) No dia que eu fui, eu passei meia hora para ser atendida, agora tive que esperar o pessoal terminar de ser atendido pra voltar tudo junto. Por mais que eu seja atendida logo, tenho que esperar que todos sejam atendidos. Vinte pessoas, vai ser só depois das vinte. Aí tem que esperar medicamento, esperar receita"</i>
Um dia de trabalho perdido custa em média R\$ 50,00 aos trabalhadores do campo	<i>"Já vou sair de manhã, tem que sair cedo, umas 6 horas, para dar tempo de ir para a consulta. Vou deixar bicho, deixar de regar a plantação, que posso colher coentro, alface, para vender. Aqui, por dia de serviço, quem tem os bichos para olhar, plantação para aguar, capinar, para fazer tudo. Uma diária que um trabalhador cobra é R\$ 50,00 meio-dia, se for pagar um trabalhador para ocupar meu lugar, trabalhando, vou tirar quanto? 50 Reais! Vou perder. Vou perder o dia todo, que quando eu chego, já chego cansada"</i>
O custo com diagnósticos e tratamentos se sobressaem nos gastos com saúde	<i>"Com consulta não costumo pagar. Mas, às vezes quando vou ao médico ele dá o encaminhamento. Eu estou esperando uma tomografia, está fazendo um ano agora. Ainda tem fralda descartável da minha mãe, vem medicação que só compra com receita, não são todas as medicações que eu pego no posto, eu tenho que comprar. Eu gasto, por mês, entre 200 e 400 Reais. Depois desse tempo todinho que eu fui me cuidar lá, eu vim ganhar o óleo de girassol para minha mãe agora"</i>
Gestão	
Indicadores do Previde Brasil como fator determinante para o financiamento da atenção básica	<i>"O financiamento é através do SUS, cada unidade básica de saúde é cadastrada e atingindo os indicadores de desempenho é cofinanciada através do Ministério da Saúde. Antes era o PMAQ, foi extinto, agora está o Previde Brasil e são 21 indicadores. Já estou trabalhando em cima dos indicadores de desempenho, os sete, o atendimento das gestantes com médico, com dentista, o atendimento de citologia (...) fiz com que o laboratório do município, saísse de 6.000 para 15.000 atendimentos, quando iniciei o atendimento de busca ativa naqueles locais que o acesso para o usuário é difícil, onde há dificuldade de ir e vir à unidade, eu aumentei"</i>
Profissionais	
A unidade não se adequava aos indicadores do PMAQ-AB, e no município os recursos eram destinados à gestão.	<i>"A equipe nunca atingiu a pontuação, por questão física, por questão logística, nunca pela questão do profissional. Então a demanda que deveria atingir não conseguia por conta dessas dificuldades. Eu já vi unidade de saúde que atingiu o coeficiente do PMAQ para receber, não receberam, e quando foram reivindicar: demissão! Para não reclamar. O incentivo ia para a gestão"</i>
A renda reduzida dos assentados somada às barreiras de acessibilidade geográfica	<i>"Eles são agricultores, não têm outra renda, eles vendem o que plantam, e plantam para comer e tem essas dificuldades: a locomoção a pé é muito distante, é esquisito, não tem um meio de transporte (...) embora nenhum deles tenha comentado isso comigo eu acredito que pelo menos a maioria não deve ter um meio próprio de transporte para se deslocar, às vezes eu acho que nem moto tem"</i>

PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade; PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; SUS: Sistema Único de Saúde; USF: unidade de saúde da família.

Com relação à compra de medicamentos, Álvarez et al.⁴⁵ afirmam que essa despesa lidera entre os custos com saúde nas famílias brasileiras. A assistência farmacêutica deficitária torna a judicialização uma forma de adquirir os tratamentos mais frequentes e designa um meio para garantir direitos individuais e coletivos⁴⁶.

Há, portanto, que se pensar nas consequências desse desabastecimento para as populações assentadas, pois, ao investirem os poucos recursos disponíveis na compra de medicamentos ou no custeio de exames, podem se submeter ao agravamento da situação de saúde, sobrecarregando os demais serviços, gerando maior nível de insatisfação das assentadas e mais obstáculos à acessibilidade no contexto da atenção básica⁴⁷.

Barreiras de informação

O Quadro 4 permite refletir sobre os pontos necessários à comunicação entre as partes que compõem a atenção básica e intervêm na acessibilidade da população assentada.

Revelam-se como dificuldades: (1) preconceito direcionado à população do campo; (2) carência de capacitações para as equipes e gestão; (3) meios de comunicação existentes e inexistentes na atenção básica; e (4) pormenorização dos costumes e formas de cuidado da população.

Os discursos da gestão e dos profissionais denunciam uma fragilidade no planejamento das ações de qualificação do município, que ecoa em um campo crítico para a atenção básica: a educação permanente na saúde, que possibilitaria a organização das equipes e aprimoraria as ações no território, especialmente para as populações vulneráveis⁴⁸.

Esse contexto de debilidade no município analisado neste estudo contribui para o sistemático obscurantismo acerca da PNSIPCF, fazendo com que os profissionais e gestores fiquem alheios à política, a partir da insciência acerca de suas especificidades. Isso gera condutas inflexíveis, verticalizadas e padronizadas, em semelhança ao que é realizado nos serviços do espaço urbano⁴⁹.

O desconhecimento desse e de outros pontos relacionados às características da população do campo pode gerar episódios como o descrito pelas assentadas no DSC. Elas exprimiram a experiência de serem subestimadas intelectualmente por ocuparem lugares na agricultura e em assentamento de reforma agrária ligados aos movimentos sociais, principalmente porque é um espaço socialmente prejudicado, com uma exposição midiática hegemônica⁵⁰.

Nesse sentido, como pondera Domingues et al.⁵¹, os profissionais e serviços de saúde precisam mudar suas práticas na perspectiva de respeito e valorização dos saberes populares e no reconhecimento de que, a partir da luta coletiva dos assentamentos, há indivíduos que conquistaram Ensino Médio, Técnico e Superior.

As diversas formas de preconceito praticadas contra as populações vulneráveis, usuárias dos serviços de saúde, são vistas como barreiras de acessibilidade. Condutas humanizadas e acolhedoras com esses indivíduos geram processos positivos de subjetivação e tornam as unidades de saúde espaços sociais com acesso ampliado⁵².

A compreensão dos costumes e formas de cuidado das assentadas também perpassa por um lugar de estranhamento, sendo, pois, enfatizada pelos profissionais. Chêne Neto et al.⁵³ problematizam a sublimidade do saber científico em detrimento do saber popular, como observamos no DSC atrelado à ideias centrais exposta pelos profissionais da USF. A hierarquia do saber hegemônico faz com que as pessoas que têm acesso ao conhecimento científico exerçam poder sobre as outras, resultando em desigualdade entre os grupos, como as populações do campo, floresta e águas.

A construção histórica e identitária da população do campo e dos assentamentos, dotada dos saberes populares e da utilização de plantas medicinais, requer um lugar de assimilação de quem presta os cuidados, a fim de agregar à assistência métodos peculiares, criados por esse povo a partir de suas vivências com o ambiente e seus ancestrais, facilitando a comunicação e expandindo a acessibilidade⁵⁴.

Quadro 4

Barreiras de informação na acessibilidade à atenção básica conforme ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de assentadas, representante da gestão e profissionais de saúde.

SUJEITOS/IDEIAS CENTRAIS	DSC
Assentadas	
A descrença da possibilidade de uma construção intelectual pelos campesinos gerando preconceito em um espaço de cuidado	<i>"É como se eu fosse uma pessoa que não tivesse estudo, que não tivesse conhecimento. Aí ela fala qualquer coisa porque acha que eu sou uma pessoa sem conhecimento. Elas não têm noção que aqui também tem pessoas formadas, tem pessoas capacitadas, e tem capacidade para se formar, ela acha que sou ingênua, leiga"</i>
A alimentação e o uso de plantas medicinais como potencializadores do cuidado	<i>"Eu procuro ter uma boa alimentação e proporcionar para minha família. Tem macaxeira, batata, tem coentro, na rua vou encontrar com muita química, veneno. Aqui não. Aqui eu posso plantar do lado da minha casa, e posso fazer minha comida. Exercício físico também. Eu não costumo tomar medicação por conta própria, coisas naturais aqui da área, da terra sim. Se for uma enxaqueca, com o conhecimento que tenho de plantas medicinais tomo um chazinho de hortelã, uma inflamaçãozinha, lavo com aroeira. Quando estou com certas dores, chá de boldo, capim limão. O banho de asseio do chá de picão resolve muito. A minha mãe passou para mim que a mãe dela passou pra ela"</i>
Gestão	
Capacitações profissionais acontecem em parceria com as Geres e de forma pontual no município	<i>"No final do ano passado aconteceu uma capacitação de Aidpi com os enfermeiros da equipe, algumas capacitações junto a Geres, com videoconferência para sala de vacina com os técnicos e enfermeiros. Houve uma parada devido a pandemia, mas estou voltando a fazer os agendamentos de capacitações, como por exemplo para orientar usuários sobre a colocação de DIU; treinar a equipe sobre os atendimentos básicos de primeiros socorros; projeto nas creches de capacitar os professores, os funcionários"</i>
O ACS e as mídias sociais como estratégias de comunicação e divulgação das ações da atenção básica para a população do campo	<i>"A melhor forma é o agente de saúde, hoje tem o meio de comunicação de Whatsapp, grupos, mídia (...) eu divulgo toda a agenda, todas as ações que venho desenvolvendo. Tem também o Instagram da atenção básica, mas o maior meio de comunicação são os agentes de saúde realmente"</i>
Profissionais	
A equipe multidisciplinar não recebe qualificação, alvo de reivindicação por parte dos profissionais	<i>"Para a equipe em si é muito insuficiente; deveria ter mais para a equipe como um todo, a equipe multidisciplinar. Faz um bom tempo que tive uma capacitação. Eu até solicitei uma atualização com relação às vacinas, antes da pandemia, para atualizar as informações novamente e repassar para os comunitários e até hoje não teve êxito"</i>
A comunicação é por meio do telefone e a equipe utiliza meios alternativos a partir de uma representante da comunidade	<i>"Tem o telefone aqui dentro da unidade, o paciente liga e é atendido e tem Nísia, que eu tenho o WhatsApp dela e essa ligação direta, ou via telefone ou via WhatsApp"</i>
As formas de cuidados alternativos da comunidade não são reconhecidas pela equipe	<i>"Eu não trabalho essa parte não, é a medicina alopática mesmo. Alguns falam em chá disso, chá daquilo, isso entra por um ouvido e sai pelo outro. Não dou muita bola não, escuto, mas não foco muito não"</i>

ACS: agente comunitário de saúde; Aidpi: Atenção Integrada das Doenças Prevalentes na Infância; Geres: Gerências Regionais de Saúde.

Conclusões

A análise das barreiras de acessibilidade à atenção básica pela população assentada, profissionais e gestão converge para a necessidade de um planejamento em saúde que reconheça as peculiaridades dos territórios rurais, bem como dos usuários, a fim de garantir o direito à saúde com integralidade e equidade.

Os sujeitos demonstraram o quão tortuoso é lidar com a falta de transporte, as dificuldades do caminho entre o assentamento e a unidade, a estrutura precária na USF, a falta de profissionais e as altas demandas. Esses pontos requerem a organização dos serviços por parte da gestão e a articulação intersetorial para proporcionar melhores condições de acessibilidade e resolutividade na atenção básica.

Existem evidentes fragilidades relacionadas à política de austeridade fiscal e ao poder de pagamento das campesinas, além de obstáculos referentes às políticas formadoras e à comunicação entre profissionais e população do campo. Medidas capazes de sanar tais problemáticas perpassam pela efetiva educação permanente, pela revogação das medidas de contingenciamento e pela concessão de benefícios e incentivos à agroecologia.

As limitações deste estudo dizem respeito à baixa adesão masculina ao grupo focal, fazendo com que a perspectiva investigada partisse apenas das assentadas, podendo demonstrar algum viés de gênero, uma vez que não foi considerada a visão dos homens do território. Além disso, o fato de ter sido realizado em um único assentamento limita a generalização dos achados. Por fim, dado o espaço exíguo de um artigo para discutir sobre todos os elementos da acessibilidade, outros estudos são necessários para um aprofundamento das barreiras à acessibilidade da população assentada aos serviços da atenção básica.

Colaboradores

D. M. S. O. Ó participou da concepção do estudo, coleta, análise e interpretação de dados, redação e aprovação da versão final a ser publicada. R. C. Santos colaborou na coleta de dados e redação do manuscrito. F. O. S. Sousa e P. C. Albuquerque participaram da redação e aprovação da versão final do manuscrito. M. O. S. Santos colaborou na análise dos dados e revisão do manuscrito. I. G. D. Gurgel contribuiu na revisão do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Débora Morgana Soares Oliveira do Ó (0000-0001-7867-7036); Romário Correia dos Santos (0000-0002-4973-123X); Fabiana de Oliveira Silva Sousa (0000-0002-4482-3151); Paulette Cavalcanti de Albuquerque (0000-0001-8283-5041); Mariana Olívia Santana dos Santos (0000-0002-2129-2335); Idê Gomes Dantas Gurgel (0000-0002-2958-683X).

Referências

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Diário Oficial da União 2014; 24 out.
2. Schlickmann M, Preuss D, Pauletti M. Saúde e ambiente para as populações do campo das florestas e das águas. *Aletheia* 2019; 52:226-9.
3. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate* 2018; 42:302-14.
4. Oliveira FG, Oliveira PCP, Oliveira-Filho RNB, Moura HSD, Silva DG, Lima RCC, et al. Desafios da população indígena ao acesso à saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Res Soc Dev* 2021; 10:e47710313203.
5. Oliveira AR, Sousa YG, Silva DM, Alves JP, Diniz IVA, Medeiros SM, et al. A atenção primária à saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm* 2020; 41:e20190328.
6. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface (Botucatu)* 2018; 22:903-14.
7. Bortolotto CC, Loret MC, Tovo-Rodrigues L. Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2018; 52 Suppl 1:4s.
8. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:1115-8.
9. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Pública* 2012; 31:260-8.
10. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR, Hafizur Rahman M. Poverty and access to health care in developing countries. *Ann N Y Acad Sci* 2008; 1136:161-71.
11. Bourke L, Humphreys JS, Wakerman J, Taylor J. Understanding rural and remote health: a framework for analysis in Australia. *Health Place* 2012; 18:496-503.
12. Silva JFS. Acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços no sistema único de saúde [Tese de Doutorado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2017.
13. Scheil-Adlung X. Global evidence on inequities in rural health protection: new data on rural deficits in health coverage for 174 countries. Genebra: International Labour Organization; 2015.
14. Barros MBSC, Ó DMSO. “Conhecer os Desejos da Terra”: intervenção de promoção à saúde em um assentamento rural. *Rev APS* 2019; 21:365-74.
15. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis (Rio J.)* 2009; 19:777-96.
16. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 22 set.
17. Lefevre F, Lefevre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciênc Saúde Colet* 2009; 14:1193-204.
18. McIntyre D, Mooney G. *The economics of health equity*. Nova Iorque: Cambridge University; 2007.
19. Almeida PF, Santos AM, Cabral LMS, Fausto MCR. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2021; 37:e00255020.
20. Santos FM. *Acessibilidade aos serviços de saúde pela população do campo: a experiência do Assentamento Normandia [Dissertação de Mestrado]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
21. Dantas ACMTV, Martelli PJJ, Albuquerque PC, Sá RMPF. Relatos e reflexões sobre a atenção primária à saúde em assentamentos da Reforma Agrária. *Physis (Rio J.)* 2019; 29:e290211.
22. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz, organizador. *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. p. 19-38.
23. Tetemann EC, Trugilho SM, Sogame LCM. Universalidade e territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. *Textos Contextos (Porto Alegre)* 2016; 15:356-69.
24. Mendonça MM, Aleluia IRS, Sousa MLT, Pereira M. Acessibilidade ao cuidado na Estratégia de Saúde da Família no Oeste Baiano. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26:1625-36.
25. Losco LM, Gemma SFB. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na atenção básica ao imigrante. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e180589.
26. Faria RM. A territorialização da atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25:4521-30.
27. Mélló LMBD, Albuquerque PC, Santos RC, Felipe DA, Queirós AAL. Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de COVID-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)* 2021; 25 Suppl 1:e210306.
28. Mélló LMBD, Albuquerque PC, Santos RC. Conjuntura política brasileira e saúde: do golpe de 2016 à pandemia de COVID-19. *Saúde Debate* 2022; 46:842-56.

29. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00040220.
30. Bosso AC, Rezende FF, Silveira AF, Modiano P. As necessidades em saúde da população rural em Colômbia e Laranjeiras/SP em análise. *Revista Retratos de Assentamentos* 2020; 23:267-93.
31. Vasconcelos MIO, Xavier ALC, Nascimento MN, Cavalcante YA, Rocha SP, Gomes JS. Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. *Sanare (Sobral. Online)* 2018; 17:65-73.
32. Prado NMBL, Santos AM. Promoção da saúde na atenção primária à saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. *Saúde Debate* 2018; 42:379-95.
33. van Stralen ACS, Massote AW, Carvalho CL, Girardi SN. Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. *Physis (Rio J.)* 2017; 27:147-72.
34. Separavich MAC, Thereza M. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26 Suppl 2:3435-46.
35. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:2697-708.
36. Maciel RHMO, Santos JBF, Rodrigues RL. Condições de trabalho dos trabalhadores da saúde: um enfoque sobre os técnicos e auxiliares de nível médio. *Rev Bras Saúde Ocup* 2015; 40:75-87.
37. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:1499-510.
38. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:1723-8.
39. Massuda A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25:1181-8.
40. Rede de Pesquisa em APS. Em defesa da atenção primária à saúde forte e abrangente, coração do Sistema Único de Saúde. <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/b74adf494bc494eeda56abb5d84426870715586b.PDF> (acessado em 27/Set/2019).
41. Nied MM, Bulgarelli PT, Rech RS, Buno CS, Santos CM, Bulgarelli AF. Elementos da atenção primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário. *Cad Saúde Colet (Rio J.)* 2020; 28:362-72.
42. Gaudioso CEV, Souza JCRP, Criado FS, Monteiro BH, Barbosa DA. Saúde do trabalhador rural: uma revisão bibliográfica. *Revista Ciências do Trabalho* 2018; 11:1-13.
43. Delgado GC, Bergamasco SMPP. Agricultura familiar brasileira: desafios e perspectivas de futuro. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário; 2017.
44. Silva LS, Viegas MF, Nascimento LC, Menezes C, Martins JRT, Potrich T. Universalidade do acesso e acessibilidade no cotidiano da atenção primária: vivências de usuários do SUS. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* 2020; 10:e3575.
45. Álvares J, Guerra Junior AA, Araujo VE, Almeida AM, Dias CZ, Ascef O, et al. Access to medicines by patients of the primary health care in the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública* 2017; 51 Suppl 2:20s.
46. Costa KB, Silva LM, Ogata MN. A judicialização da saúde e o Sistema Único de Saúde: revisão integrativa. *Cad Ibero Am Direito Sanit* 2020; 9:149-63.
47. Bandeira VAC, Scheneider A, Schalleberger JB, Codinotti M, Pletsch MU, Colet CF. Avaliação da satisfação dos usuários das farmácias do sistema público de saúde. *Rev Bras Promoc Saúde (Impr.)* 2017; 30:1-8.
48. Silva LAA, Soder RM, Petry L, Oliveira IC. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev Gaúch Enferm* 2017; 38:e58779.
49. Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA. Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde. Brasília: Editora UnB; 2017.
50. Oliveira W. "Quando conquistamos uma área, não é só a terra, mas a dignidade humana". <https://mst.org.br/2018/06/28/quando-conquistamos-uma-area-nao-e-so-a-terra-mas-a-dignidade-humana/#:~:text=Somos%20pessoas%20normais%2C%20como%20qualquer,Ariadn%C3%B3polis%2C%20no%20Sul%20de%20Minas> (acessado em 28/Jun/2018).
51. Domingues E, Liboni MTL, Toporowicz A, Bazzotti DS, Melo DN, Santos GL, et al. Oficina com adolescentes do MST: preconceito e convivência coletiva. *Psicol Estud* 2017; 22:291-8.
52. Massignam FM, Bastos JLD, Nedel FB. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24:541-4.
53. Chêne Neto GB, Germano JW, Furtado LG. O diálogo entre o saber tradicional e o saber médico-científico em uma comunidade tradicional de pescadores no litoral da Amazônia. In: VII Simpósio sobre Reforma Agrária e Questões Rurais. <https://www.uniara.com.br/arquivos/file/eventos/2016/vii-simposio-reforma-agraria-questoes-rurais/sessao4/dialogo-saber-tradicional-saber-medico-cientifico.pdf> (acessado em 27/Set/2019).
54. Vilas Boas LMS. O saber popular e o saber científico: um diálogo intercultural possível no cuidado ribeirinho. In: 5º Congresso Iberoamericano em Investigação Qualitativa. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/741> (acessado em 27/Set/2019).

Abstract

We are unable to deny the iniquities which are directly involved in the ways of being born, living, falling ill, and dying of the rural population. To analyze these people's accessibility to health care, we considered four barriers pertinent to accessibility to primary care: geography, organization, finance, and information. This study stresses the accessibility barriers to primary care which the population of a Pernambuco, Brazil, settlement faces from the perspective of settlers, professionals, and management. This is a descriptive, cross-sectional, qualitative, single-case research conducted in a Pernambuco agrarian reform settlement and in the family health unit responsible for caring for this territory. We interviewed a primary care municipal management representative and conducted two focus groups, one with settlers and another with the healthcare providers of the family health team. To analyze data, the Discourse of the Collective Subject method was used. Geographical accessibility barriers showed a distance between unity and settlement without guaranteeing transportation; organizational ones showed high user demand and precarious physical structure; financial ones, threats of new financing and precarious socioeconomic conditions of this population; and information ones revealed the scarcity of continuing education and the prejudice associated with communication gaps between professionals and settlers. In view of the numerous accessibility barriers and their consequences for the studied population, we must improve primary care adequacy to expand access to the evinced health needs.

Rural Communities; Barriers to Access of Health Services; Health Services Accessibility; Primary Health Care

Resumen

Son innegables las iniquidades involucradas directamente en las formas de nacer, vivir, enfermarse y morir de la población del campo. Para analizar la accesibilidad al cuidado en salud de estas personas, consideramos cuatro barreras relacionadas a la accesibilidad a los servicios de atención primaria: geográficas, organizativas, financieras y de información. Este estudio tuvo como objetivo identificar las barreras de accesibilidad a la atención primaria para la población de un asentamiento de Pernambuco, Brasil, desde la perspectiva de asentadas, profesionales y la gestión. Se trata de una investigación descriptiva, transversal, cualitativa, de caso único, realizada en un asentamiento de reforma agraria de Pernambuco y en la unidad de salud de la familia responsable de la asistencia de este territorio. Se entrevistó a un representante de la gestión municipal en atención primaria y se realizaron dos grupos focales, uno con las asentadas y el otro con los profesionales de la salud del equipo de salud de la familia. Para el análisis de datos se utilizó el método del Discurso del Sujeto Colectivo. Las barreras de accesibilidad geográfica revelaron la distancia entre la unidad y el asentamiento sin la garantía de transporte; las barreras organizativas expusieron la alta demanda de los usuarios y la precariedad de la estructura física; las barreras financieras demostraron las amenazas de la nueva financiación y las precarias condiciones socioeconómicas de la población; y las barreras de información revelaron la escasez de educación permanente y el prejuicio asociado con las lagunas de comunicación entre los profesionales y los asentados. Ante las numerosas barreras de accesibilidad y sus consecuencias para la población del estudio, cabe avanzar en la adecuación de la atención primaria para ampliar el acceso a las necesidades de salud evidenciadas.

Asentamientos Rurales; Barreras de Acceso a los Servicios de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud

Recebido em 19/Abr/2022

Versão final reapresentada em 06/Set/2022

Aprovado em 08/Set/2022