



Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural

Primary Health Care from the perception of women living in a rural area

Atención Primaria de Salud en la percepción de mujeres residentes en la zona rural

Érica de Brito Pitilin¹, Maicon Henrique Lentsck²

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Graduação em Enfermagem, Chapecó, SC, Brasil.

² Universidade Estadual do Centro Oeste, Curso de Graduação em Enfermagem, Guarapuava, PR, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Understanding the perception of women living in a rural area about the actions and services of Primary Health Care (PHC) in a municipality of southern Brazil, which is the only one regarded as predominantly rural. **Method:** A descriptive study of qualitative approach, carried out with women who lived in the countryside and required health services in the 15 days prior to collection. **Results:** The results registered low fidelity to PHC attributes, focusing its functional axis on sickness, transforming the unit into small points of emergency care and a bureaucratic place where patients are referred to other types of services. The quality of service offered is compromised to offering quick, fragmented and unequal treatment in the rural context. **Conclusion:** The findings of this study highlight the need for greater efforts in order to adequate the new care model in the development of appropriate actions as designated by PHC in the rural context studied.

DESCRIPTORS

Women; Rural Areas; Primary Health Care; Rural Health Services; Perception.

Autor Correspondente:

Érica de Brito Pitilin
Rua General Osório, 413D – Jardim Itália
CEP 89802-210 – Chapecó, SC, Brasil
erica.pitilin@gmail.com

Recebido: 21/01/2015
Aprovado: 13/06/2015

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), entendida no Brasil como Atenção Básica (AB), possui suas bases históricas internacionais nas discussões das iniquidades sociais e de saúde. É o nível de atenção dentro de um sistema de saúde que oferece a porta de entrada para as necessidades e os problemas do indivíduo e de sua comunidade, possuindo como atributos o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, a centralização familiar e a orientação comunitária⁽¹⁾.

Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico no país reiteram e valorizam a APS como imprescindível para a reorganização dos serviços de saúde, já que a implementação de cuidados primários é uma das mais importantes reformas sistêmicas e ideológicas dos modelos assistenciais na atualidade⁽²⁾.

A reorganização do modelo de atenção e a interiorização dos serviços de saúde, em especial nas áreas rurais, são temas que permeiam a atual política pública vigente no país, uma vez que se acredita que haja um potencial natural de vulnerabilidades dessa população devido à existência de problemas de saúde relacionados à baixa escolaridade, residências mais precárias, dificuldades de transporte, de acesso aos serviços de saúde, de consultas médicas, entre outras⁽³⁻⁴⁾. Nessa linha de reflexão, ressalta-se a importância de se conhecer a realidade dos serviços de saúde da população rural brasileira em razão da escassez de publicações acerca deste contingente populacional, que representa 15,65% da população⁽⁵⁾.

Para tanto, conhecer a realidade dos serviços contempla conhecer os aspectos relacionados à organização, à estrutura, ao funcionamento e ao acesso funcional e geográfico quanto à utilização dos mesmos. Por utilizarem mais os serviços de saúde, acredita-se que as mulheres possam transpor mais facilmente estes questionamentos. Já que a ideia de cuidado está associada à mulher e os serviços de saúde costumam ser socialmente identificados como locais para mulheres, elas se tornam relevantes para a escolha desse grupo populacional em pesquisas deste contexto⁽⁶⁾.

Assim, compreender as conexões entre as mulheres residentes em áreas rurais e os serviços de saúde consiste em um desafio necessário para a promoção de uma atenção humanizada, acessível, e que seja capaz de tornar a busca pelo cuidado em uma prática cotidiana sem sofrimento ou pressão. Além disso, estudos avaliativos que busquem aferir a efetividade e o alcance das políticas de saúde junto a grupos mais vulneráveis da população, entre eles as mulheres, representam um compromisso social e um apoio na construção da equidade⁽⁷⁾. Atualmente, algumas pesquisas já destacaram que persistem desigualdades no processo assistencial de saúde no âmbito da APS em áreas urbanas^(3,8). No entanto, em áreas rurais ainda são incipientes.

Nessa perspectiva, o cenário atual traz a necessidade de pensar a saúde no nível primário da população de mulheres residentes na área rural, pois tão importante quanto conhecer as causas e determinantes dos problemas de saúde é identificar e explorar os sentimentos e reações manifestadas por elas ao se depararem com as desigualdades do sistema.

Ao identificar os fatores passíveis de melhorias nessa área, pretende-se contribuir para que profissionais, principalmente da enfermagem, insiram novas condutas e rotinas no atendimento dessa população específica.

A busca pela correspondência dos serviços e ações de saúde da APS no contexto rural constitui um elemento de um trabalho socialmente relevante, podendo fornecer subsídios para a reorganização dos serviços nesse contexto. Desse modo, questiona-se: *Qual é a percepção de mulheres residentes na zona rural acerca dos serviços e ações no âmbito da atenção primária à saúde?* Para responder a este questionamento, o objetivo deste estudo consistiu em conhecer a percepção de mulheres residentes na zona rural sobre as ações da APS em um município do sul do país.

MÉTODO

O presente estudo, visando responder à questão norteadora, selecionou como metodologia a pesquisa exploratória-descritiva com abordagem qualitativa realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) junto às mulheres que residiam na zona rural do município de Prudentópolis-PR. O município contempla uma população estimada de 51.281 habitantes, totalizando 23.901 mulheres, das quais 51,55% residem fora da zona urbana⁽⁹⁾. Além disso, é o segundo maior em extensão do estado e o único considerado como predominantemente rural, com 53,96% de sua população residente nesta área.

Nesse município existiam 169 localidades na zona rural, distribuídas ao longo da sua extensão territorial, das quais 63 eram as mais populosas. Destas, apenas 14 foram contempladas com UBS. Nas demais unidades não existiam nenhum outro ponto de atenção de referência para o atendimento em saúde. Todas as unidades foram incluídas no estudo.

Em cada UBS atuava sozinho o técnico de enfermagem, que residia na própria comunidade e era coordenado pelo enfermeiro lotado na sede do município. Havia um Agente Comunitário de Saúde (ACS) que pertencia ao Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), também coordenado por um enfermeiro lotado na sede. Os demais profissionais, como médico, enfermeiro, nutricionista, odontólogo, psicólogo faziam parte de uma equipe itinerante, onde os atendimentos eram ofertados uma vez na semana. Quanto à organização do processo de trabalho, as unidades funcionavam de segunda a sexta-feira, das 8h às 17 horas, com ênfase no atendimento da demanda espontânea.

Para a coleta dos dados, cada unidade foi numerada de 1 a 14, e um sorteio aleatório foi realizado para a definição da sequência inicial da ordem da coleta. Também foi realizado um sorteio para a definição da escolha do dia da semana (segunda a sexta-feira) e o período (matutino ou vespertino) em que os dados seriam coletados. A coleta ocorreu em um único dia e período em cada unidade e foi realizada por dois dos pesquisadores do estudo. Ambos eram enfermeiros lotados na atenção básica do referido município.

Os dados foram coletados no mês de junho/2014 por meio de entrevista semiestruturada, com o uso de um instrumento composto de duas partes: a primeira com questões referentes à caracterização socioeconômica, sociodemográ-

fica e relacionadas ao uso dos serviços de saúde (por exemplo, frequência pela procura do serviço de saúde na unidade, horário de funcionamento da unidade, tempo de duração da consulta médica, informações acerca do diagnóstico, respeito à privacidade, realização do exame físico durante a consulta, satisfação do atendimento, entre outras), enquanto segunda parte do instrumento continha questões específicas em atender aos objetivos do estudo (tipos de atendimento/serviço ofertado na unidade, tipos de atendimento/serviço que deveria ter na unidade segundo a opinião da mulher e dificuldade ou facilidade do acesso ao serviço).

Como critérios de inclusão, foram consideradas as mulheres que procuraram o serviço de saúde nos últimos 15 dias anteriores à coleta e que residiam na zona rural (partindo do pressuposto de que havia relação intrínseca entre a construção de gênero e a utilização dos serviços de saúde recentemente). A seleção das participantes ocorreu por demanda espontânea. Primeiramente, as mulheres foram localizadas a partir das fichas de registros dos atendimentos nos últimos 15 dias existentes em cada unidade. Para a seleção, foi utilizado como critério a primeira consulta do dia. Dessa forma, em cada unidade era selecionada apenas uma participante. No entanto, em duas unidades foram selecionadas duas participantes devido à presença, naquele dia, de duas consultas concomitantes (uma referente à consulta médica e a outra à consulta de enfermagem). Posteriormente, as mulheres selecionadas foram acessadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) de cada unidade e convidadas a participar do estudo. Em caso de recusa, a segunda consulta do dia era selecionada e iniciava-se novamente todo o processo, sucessivamente. Ao total foram seis recusas.

Os resultados foram submetidos à análise de conteúdo⁽¹⁰⁾. Essa temática constitui em um conjunto de técnicas de análises das comunicações por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens⁽¹⁰⁾. Na etapa inicial (pré-análise), a leitura flutuante e a releitura do material empírico permitiram a codificação para posterior identificação de trechos mais significativos, os indicadores. Na segunda parte, os códigos foram organizados por cores e classificados conforme surgiram no texto e foram associados pela aproximação do significado das palavras (estereótipos e conotações). Na etapa seguinte, chamada de exploração do material, os temas que convergiram para um significado comum foram classificados em uma mesma categoria, resultando em duas categorias temáticas. Por fim, as inferências surgiram de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados.

As entrevistas foram realizadas em local reservado na própria unidade de saúde, gravadas e transcritas na íntegra após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para manter o anonimato das entrevistadas, as mesmas foram identificadas e codificadas por siglas (E1, E2, E3, E4...) sucessivamente. O estudo foi conduzido de acordo com os padrões éticos exigidos pelo Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾, nº 466/2012, sendo apreciado pelo Comitê Permanente de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (UEM), sob protocolo nº 160.417/29/10/2012.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 18 mulheres que atenderam aos critérios de inclusão e seleção, conforme descritos na sessão dos métodos. Quanto à caracterização sociodemográfica dessas mulheres, a idade variou entre 18 e 57 anos e a maioria delas não chegaram a completar o ensino fundamental (66,6%). A distância média entre a residência e a UBS foi de 13 km (8 3,14) e entre a residência e a área urbana a média foi de 75 km (8 2,12). Quanto ao estado civil, 14 (77,7%) eram casadas, três solteiras (16,6%) e uma divorciada (5,5%). A ocupação prevalente foi lavradora rural (83,3%), seguida de aposentada (6,5%), zeladora (6,5%) e doméstica (6,5%). A renda não ultrapassou dois salários mínimos e sete (38,8%) estavam inscritas em programas sociais do Governo Federal. Parte das entrevistadas utilizavam exclusivamente os serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (72,2%) e cinco (27,7%) possuíam plano de saúde local. Seis dessas mulheres estavam grávidas. Por meio dos depoimentos relatados no estudo emergiram duas categorias: *A organização e utilização dos serviços na zona rural e a Assistência em saúde e a qualidade do atendimento rural*.

No contexto da primeira categoria evidenciou-se que o desenvolvimento de ações próprias designadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto estudado, ainda era uma proposta a ser efetivada. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes nas comunidades possuíam o seu eixo funcional baseado no modelo *hospitalocêntrico* transformando-se em pequenos pontos de *pronto atendimento*. A figura do médico surgiu como central no espaço da atenção profissional, visto como principal fonte de cuidado dentro dos serviços de saúde. Dessa forma, a procura pelos serviços na unidade ocorreu de maneira pontual e diante de uma eventual necessidade:

(...) *ahm eu vou no posto quando precisa, quando tenho alguma dificuldade, porque o médico vem três vezes na semana e só consulta oito pessoas. Se tiver mais que oito ele xinga. Aparece 30 pessoas e tem tudo que voltar, porque ficam sem atendimento. Agora, no caso, vou por causa da gestação né? Daí tem que ir todo mês (E10).*

(...) *quando você precisa, pra você conseguir uma ficha pra ser atendida às 8h você tem que chegar às 6h30, se não você não consegue, e olha que é só 13 fichas por dia, e nem são todos os dias, só funciona no dia que o médico vem. Depois do almoço, tem que chegar às 11h30 e tem que ficar na fila esperando (E9).*

Outro aspecto que pode ser observado quanto à organização e utilização dos serviços de saúde na zona rural foi a não participação das mulheres no processo de planejamento e organização de sua própria assistência, refletindo no (des)conhecimento do tipo de serviço prestado na unidade e a falta de vínculo com o profissional ali existente. Notou-se que o mais importante para essas mulheres era ter a garantia dos dias de atendimento médico, não importando as demais atividades, como puericultura, pré-natal, grupos de apoio, palestras, imunização, entre outras:

(...) *nem sei direito o que tem, mas sei que o atendimento é só o básico mesmo. É precário. O médico vai, mas não consulta nem 15 pessoas, daí você chega lá, está lotado e tem que voltar pra casa. Antes tinha o peso das crianças, agora eu nem sei... a gente não participa, daí não sabe. É feito só o básico como o curativo* (E14).

(...) *tem médico na segunda, na quarta e na sexta, o resto eu não sei... uma vez tinha vacina mas como eu não participo eu não sei... mas o que não pode faltar é o médico, não é? Pois sem ele não tem remédio* (risos) (E10).

Ainda nesse contexto, a não adesão por parte das usuárias a ações e atividades programadas de cunho educativo e comunitário voltadas à promoção da saúde se deu por suas próprias características culturais e pela dificuldade no acesso aos serviços de saúde no universo estudado. A credibilidade reduzida em ações preventivas e a influência da medicalização da saúde denotou um *status* superior às demais formas de cuidado, como se pode acompanhar nos depoimentos:

(...) *vou quando precisa... não participo de outras atividades. Aqui nessa comunidade somos bastante, moradores de longe. É difícil, quem tem carro vem de carro, mas muitos não têm, é bem complicado para povo de longe participar dessas coisas... Já é muito vir pra consultar com o doutor* (E3).

(...) *não participo porque é um desperdício vir pro posto pra escutar a enfermeira falar. Pra eu vir, eu tenho que andar 2 km pra pegar o ônibus. É meia hora só de caminhada, fora o tempo perdido de serviço. Então prefiro pegar o ônibus e caminhar para quando eu preciso mesmo, uma consulta ou buscar um remédio* (E11).

Quanto à assistência em saúde e a qualidade do atendimento rural, na perspectiva das mulheres estudadas, evidenciou-se que os profissionais de saúde atuavam de modo fragmentado, atendendo mais de uma localidade em curto espaço e período de tempo. Na maioria das vezes, o atendimento consistia em um desafio no âmbito do SUS em busca da integralidade da assistência prestada. Isso acabava por influenciar a qualidade do atendimento e a não efetividade do sistema. Tais achados puderam ser observados nos depoimentos abaixo, os quais configuraram a segunda categoria analítica do estudo:

O médico que vem aqui consulta também em outra comunidade, ele fica pra lá e pra cá. Tem vezes que ele chega na prefeitura e não tem carro para ele vir. Então a consulta é bem rapidinha... eu entrei na sala dele, mas é engraçado que eles não examinam, eles só perguntam o que dói, tá desse tipo. Desse tipo qualquer um pode curar a gente (E12).

(...) *como ele tem que dar conta de tudo isso, ele nem aparelho coloca, mas eu não sei, eu acho que depende da doença também. Ele ficou sentado, eu na frente dele, ele só olhou pra mim e já foi me dando o remédio. Ele nem olhou onde estava do-*

endo, nem pegou no meu pé. Às vezes até eu queria falar alguma coisa, mas nem dava tempo. Me entregou a receita e eu fui embora (risos) (E8).

Além disso, a distribuição e a localização geográfica das unidades de saúde na área rural significaram para essas mulheres um ponto crítico e desfavorável à adesão e fixação dos profissionais de saúde. A maior precariedade dos serviços locais refletiu também na descontinuidade da assistência, reforçando novamente o cuidado fragmentado:

(...) *bom mesmo seria se ele (médico) ficasse aqui direto. Aqui mesmo eles quase não param. Vem um, fica um pouco e já sai* (E7).

(...) *tem um que eu comecei meu pré-natal também já está para sair, aí tem um outro que está vindo[...]. Não sei se é porque é muito retirado, ou porque é assim de ter que atender no mesmo dia aqui e ali, e lá. Não é nada bom ficar trocando de médico assim* (E10).

Por mais distinta que fosse a realidade das ações e dos serviços no contexto rural do *ideal* dentro das perspectivas da APS para essas mulheres, de certa forma atendia suas expectativas fazendo com que elas se sentissem assistidas de algum modo. Ter um serviço de saúde próximo facilitava nos momentos de precisão e de necessidade.

(...) *o pouco que tem já me ajuda. Daqui na cidade são 74 km. Quando eu preciso vou de ônibus, mas quando chove o ônibus não passa, é bem perigoso porque somente 20 km é asfalto. Daí, como tem aqui, se precisar medir uma febre da criança, por exemplo, a gente bate a campainha lá e ela abre a porta e atende se for necessário* (E6).

(...) *são mais de 30 km até a cidade. Como eu não tenho carro tenho que vir aqui mesmo, porque posso ir a pé. Imagine uma pessoa doente, que nem minha mãe, ela tem diabetes, não pode caminhar e não tem carro, pelo menos ela pode pegar o medicamento aqui* (E14).

(...) *mas eu penso... meu Deus, ainda está bom aqui. Deus sabe que tem localidade tão distante que não tem nada, nada e a única maneira é ir até a cidade, às vezes tendo que pagar um vizinho para fazer esse favor* (E2).

O conjunto de categorias deste estudo que congregaram na organização e utilização dos serviços e na assistência em saúde, bem como na qualidade do atendimento rural, permitiu identificar que ainda persistem desigualdades no processo assistencial em saúde no âmbito da APS no contexto rural.

DISCUSSÃO

A partir das percepções das mulheres estudadas foi possível enfocar a atenção básica na área rural do sul do país, ainda pouco disponível na literatura, e expor fragilidades importantes para a efetivação da APS como estratégia da organização da atenção à saúde no SUS. A utilização dos serviços na zona rural denotou que as ações em saúde priorizavam a demanda

espontânea pela procura na unidade, não havendo o planejamento para o desenvolvimento de ações direcionadas em atender à demanda programada, como projetos terapêuticos, ações comunitárias, educação em saúde e visitas domiciliares.

Em outras palavras, ainda persistem desigualdades no processo assistencial de saúde no âmbito da APS rural, não havendo conformidade com a proposta de reformulação desse modelo. Uma vez que o modelo assistencial não contempla os princípios do SUS, a assistência continuará individualizada, centrada na medicalização e cura, com baixa resolutividade e precário impacto social, restrita, portanto, à participação dos usuários em determinados momentos e espaços⁽¹²⁾.

A maneira como o sistema rural de saúde estava estruturado não permitia a adesão ao novo modelo assistencial, perpetuando-se a proposta de assistência pontual e curativista. Obstáculos relacionados ao modo de organização das unidades, a não utilização de protocolos para o agendamento, acolhimento e cuidado centrado na comunidade, além da não realização de ações programadas e de cunho educativo contradizem a proposta técnica da APS, impedindo a efetivação dos seus objetivos e princípios⁽¹³⁾.

O aprimoramento da saúde rural deve estar associado aos atributos da APS com a orientação para as reais necessidades das comunidades, abordando os aspectos culturais e consultando/envolvendo a própria comunidade ao desenvolver soluções baseadas em evidências a serem postas em práticas⁽¹⁴⁾. Neste estudo, para as mulheres rurais a UBS consistia apenas como porta de entrada ao sistema de saúde, sendo incapaz de dar respostas positivas e tornando-se um lugar burocrático de passagem para outros tipos de serviços.

Diante das características sociodemográficas, baixa renda, baixa escolaridade e o tipo de resposta dada pelas políticas de saúde local, fez sentido que essas mulheres valorizassem a busca por assistência médica em detrimento das atividades educativas. Isto pôde ser observado nos depoimentos das mulheres, que em momento algum destacou a sua participação em atividades coletivas ou comunitárias e de promoção à saúde. Nesse sentido, reforça-se a ideia de que as motivações que levam as pessoas que residem na área rural pela busca do cuidado de saúde estão centradas no processo da doença⁽¹⁵⁾. Vale ressaltar que a busca pelo cuidado e a utilização dos serviços de saúde podem sofrer influência de acordo com as necessidades de saúde do indivíduo, das características sociodemográficas, da disponibilidade de profissionais, das características organizacionais do serviço, além da distinção geográfica e o acesso entre áreas urbanas e rurais⁽¹⁶⁾.

Nesse contexto, pode-se inferir que o acesso (geográfico, funcional, econômico e cultural) aos serviços de saúde para as mulheres deste estudo não ocorreu de maneira fácil. Tal dificuldade elencada não esteve relacionada apenas às questões geográficas, mas também à dificuldade em conseguir a consulta, à acessibilidade aos serviços especializados e ao acesso cultural relacionado ao seu motivo pela procura do cuidado. Além disso, a oferta de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que podem afetar o acesso aos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

Em especial nas comunidades rurais, o acesso aos serviços básicos de saúde é reduzido, resultando em maior utilização dos serviços especializados, hospitalares e situações de urgência pela escassez do acesso à outra forma de atenção à saúde⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Porém, ter acesso não garante que as necessidades sejam satisfeitas, é necessária também uma prática que atenda às suas reais demandas⁽²⁰⁾.

Embora tenha ocorrido nos últimos anos uma expansão dos serviços de saúde, em especial ao que remete à atenção básica, a má distribuição e a escassez de recursos humanos ainda persistem em comunidades rurais e remotas no país. O deslocamento desses profissionais para essas áreas muitas vezes não permite a criação de um vínculo, tornando-os mais preocupados em oferecer uma resposta pronta, voltada para decisões centradas na terapêutica das patologias e com pouca exploração dos contextos de vida dos pacientes⁽²¹⁻²²⁾.

Para as mulheres rurais do estudo, o modo de acolhimento do profissional médico revelou pressa no atendimento, comprometendo a qualidade do serviço prestado, a resolutividade e a efetividade das ações em saúde. Em geral, o usuário não reclama da falta de conhecimento tecnológico no atendimento, mas sim da falta de interesse acerca da sua pessoa e do seu problema em particular⁽²³⁾.

Profissionais que focam a sua intervenção na doença e na agudez dos casos, privilegiando as tecnologias duras e procedimentais estão diretamente atrelados a uma visão da doença como processo, contradizendo as diretrizes e princípios da APS⁽²⁴⁾. Neste contexto, a enfermagem possui um papel central na inserção de novas condutas e rotinas na prestação do cuidado no âmbito da APS na área rural, ao lidar diretamente com as demandas advindas dessas mulheres de forma conjunta, em sua totalidade, além de construir um plano terapêutico baseado em evidências e centrado na própria comunidade.

Ademais, um componente fundamental de uma política de estruturação de sistemas de saúde para áreas rurais está centrado na formação de recursos humanos capacitados e treinados em medicina da família e comunidade para atuarem nessas regiões de maneira resolutiva no manejo dos problemas mais frequentes, bem como na prestação de um cuidado integral e continuado às populações que habitam nesses territórios⁽²⁵⁾. Tais recomendações, se incorporadas no desenho das políticas para provimento e fixação de profissionais, têm grande potencial de contribuir na superação da defasagem rural-urbana e propiciar cuidados de saúde de qualidade para essa demanda⁽⁷⁾.

De acordo com as mulheres do universo pesquisado, a localização geográfica e a política de gestão atual das unidades de saúde congregaram um ponto crítico e desfavorável à adesão e fixação dos profissionais de saúde, principalmente da categoria médica. A dificuldade de recrutamento, provimento e fixação de profissionais em áreas geograficamente afastadas refletem na alta rotatividade desses profissionais, estando associada aos títulos precários de trabalho, à falta de qualificações adequadas, ao tempo de locomoção, à falta de materiais para a realização das tarefas, entre outros⁽²⁶⁾.

Apesar da assistência ofertada no âmbito rural parecer estar comprometida no contexto estudado, de certa forma

atendia as expectativas da população de mulheres que se sentiam assistidas de algum modo. Neste contexto, entender esse conceito subjetivo entre a proximidade do local do serviço e esse sentimento, possibilitou investigar que os fatores associados à avaliação das UBS, foram em grande parte de maneira positiva. Essa avaliação deve ser analisada sob uma ótica de múltiplos fatores, levando em consideração os diferentes entendimentos individuais de saúde diante do contexto social, cultural, psicológico e ambiental das mulheres estudadas.

Assim, cada mulher tem a sua própria percepção e juízo sobre a prática e o desempenho dos serviços de saúde necessários para a construção de melhorias na reestruturação da APS e dos problemas crônicos de acesso às políticas públicas de saúde a que as populações rurais estão expostas. Esta representação social na saúde evidencia a potencialidade na promoção do cuidado e no processo de efetiva mudança do modelo de assistência à saúde que se pretende alcançar⁽²⁷⁾.

CONCLUSÃO

No universo pesquisado, foi possível identificar que ainda persistem desigualdades no processo assistencial em saúde no âmbito da APS no contexto rural. As ações e práticas dos serviços de saúde denotaram um descompasso entre o que foi desenvolvido e o que realmente se espera no âmbito da APS, ou seja, uma efetiva estratégia na busca da promoção da saúde, prevenção de doenças e o atendimento das reais demandas e necessidades da população rural.

Transformar as práticas curativistas em práticas de saúde coletiva centradas na comunidade e na produção do cuidado constitui um desafio na perspectiva do SUS no contexto rural de saúde, uma vez que essas mulheres ainda carregam consigo a barganha cultural da figura do médico como referência para o cuidado e a valorização da busca por essa assistência em vez de atividades educativas e comunitárias,

resultado das próprias características sociodemográficas, geopolíticas e do tipo de resposta dada pelas políticas de saúde locais.

A procura pelos serviços nas unidades ocorreu de maneira pontual e diante de uma eventual necessidade, transformando a unidade em pequenos pontos de pronto atendimento. Para essas mulheres, a UBS existia apenas como porta de entrada ao sistema de saúde, tornando-se um lugar burocrático de passagem para outros tipos de serviços. A distribuição e a localização geográfica das unidades de saúde consistiram em um ponto crítico e desfavorável à adesão e fixação dos profissionais de saúde, revelando pressa no atendimento e comprometimento da qualidade do serviço ofertado.

Os achados deste estudo apontaram para a necessidade de fortalecer a área da gestão, reestruturando os serviços em redes de atenção e garantindo acesso, acessibilidade, responsabilização e resolução das demandas e necessidades da população por profissionais capacitados em atuar de maneira efetiva nas comunidades rurais.

Finalmente, destaca-se que a avaliação da percepção registrada não incluiu todos os atores sociais, o que representa um fator limitante à generalização dos dados. No entanto, deve-se destacar que a mesma realidade geopolítica e socioeconômica está presente em muitas comunidades do País, o que enseja uma reflexão mais profunda sobre questões de acesso à saúde e equidade para tais comunidades rurais.

Enfim, para a consolidação do modelo assistencial proposto pela APS no contexto rural são necessários estudos contínuos que possibilitem avaliar as perspectivas dos gestores e prestadores de serviço, além de características quanto à utilização da cobertura da oferta desses serviços. Espera-se que deste estudo resultem informações que possam subsidiar ações à promoção de melhorias e na construção de um cuidado diferenciado no replanejamento das ações em saúde em atender à demanda de mulheres rurais.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção de mulheres residentes na zona rural sobre as ações e os serviços no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do sul do país, o único considerado como predominantemente rural. **Método:** Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, realizado com mulheres que residiam na zona rural e procuraram os serviços de saúde nos últimos 15 dias anteriores à coleta. **Resultados:** Os resultados registram baixa fidelidade aos atributos da APS que, ao centrar seu eixo funcional na doença, transforma a unidade em pequenos pontos de pronto atendimento e em um lugar burocrático de passagem para outros tipos de serviços. A qualidade do serviço ofertado fica comprometida ao ofertar um atendimento rápido, fragmentado e desigual no contexto rural. **Conclusão:** Os achados desse estudo destacam a necessidade de maiores esforços para adequação do novo modelo assistencial no desenvolvimento de ações próprias designadas pela APS no contexto rural estudado.

DESCRITORES

Mulheres; Zona Rural; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Rural; Percepção.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción de mujeres residentes en la zona rural acerca de las acciones y los servicios en el marco de la Atención Primaria de Salud (APS) en un municipio del sur del país, el único considerado como predominantemente rural. **Método:** Estudio descriptivo exploratorio de abordaje cualitativo, llevado a cabo con mujeres que vivían en la zona rural y buscaron los servicios sanitarios los últimos 15 días previos a la recolección. **Resultados:** Los resultados registran baja fidelidad a los atributos de la APS que, al centrar su eje funcional en la enfermedad, convierte la unidad en pequeños puntos de servicio de urgencias y en un sitio burocrático de paso a otros tipos de servicios. La calidad del servicio ofrecido resulta comprometida al proporcionar una atención rápida, fragmentada y desigual en el contexto rural. **Conclusión:** Los hallazgos de este estudio destacan la necesidad de mayores esfuerzos hacia la adecuación del nuevo modelo asistencial al desarrollo de acciones propias asignadas por la APS en el marco rural estudiado.

DESCRIPTORES

Mujeres; Medio Rural; Atención Primaria de Salud; Servicios de Salud Rural; Percepción.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technologies. New York: Oxford University Press; 1998.
2. Carey TA, Wakerman J, Humphreys JS, Buykx P, Lindeman M. What primary health care services should residents of rural and remote Australia be able to access? A systematic review of "core" primary health care services. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:178.
3. Barbiane R, Junges JR, Nora CRD, Asquidamini F. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, limites e desafio. *Saúde Soc.* 2014;23(3):855-68.
4. Duncan MS, Targa LV. Médicos para a atenção primária em regiões rurais e remotas no Brasil: situação atual e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014; 9(32):233-4.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: resultados gerais da amostra [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado 2014 dez. 12]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
6. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(4):1263-74.
7. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AB. Atenção primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(2):365-71.
8. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do primeiro ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde Debate.* 2014;38(n.esp):209-20.
9. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Perfil do Estado do Paraná [Internet]. Curitiba; 2014 [citado 2014 dez. 12]. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?Municipio=85000&btOk=ok
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2014 dez. 12]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
12. Hemmi APA, Penna CMM. A construção social da estratégia saúde da família na perspectiva de usuários. *Ciênc Cuid Saúde.* 2012;11(2):235-42.
13. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(4):725-37.
14. Targa LV, Wynn-Jones J, Howe A, Anderson MIP, Lopes JMC, Lermen Junior N, et al. Declaração de Gramado pela Saúde Rural nos países em desenvolvimento. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2014; 9(32):292-4.
15. Abimbola S, Olanipekun T, Igbokwe U, Negin J, Jan S, Martiniuk A, et al. How decentralisation influences the retention of primary health care workers in rural Nigeria. *Glob Health Action.* 2015;8:26616.
16. Moreira JPL, Moraes R, Luiz RR. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados do PAND 2008. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(9):3781-93.
17. Pinto JM, Gerhardt TE. Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à Saúde: estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS). *Rev Adm Pública.* 2013;47(2):305-26
18. Grant R, Ramgoolam A, Betz R, Ruttner L, Green JJ. Challenges to accessing pediatric health care in the Mississippi Delta: a survey of emergency department patients seeking nonemergency care. *J Prim Care Community Health.* 2010;1(3):152-7.
19. Szymczynska P, Innes A, Mason A, Stark C. A review of diagnostic process and postdiagnostic support for people with dementia in rural areas. *J Prim Care Community Health.* 2011;2(4):262-76.
20. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2014 dez. 12]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf
21. Burille A, Gerhardt TE. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. *Saúde Soc.* 2014;23(2):664-76.
22. Martins LF, Laport TJ, Menezes VP, Medeiros PB, Ronzani TM. Esgotamento entre profissionais da atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(12):4739-50.
23. Santos WJ, Giacomini KC, Firmo JOA. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambiú, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(8):3441-50.
24. Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(2):441-51.
25. Alameddine M, Khodr H, Mourad Y, Yassoub R, Ramia JA. Upscaling the recruitment and retention of human resources for health at primary healthcare centres in Lebanon: a qualitative study. *Health Soc Care Community.* 2015;38(2):1011-19.
26. Silva AS, Nogueira DA, Paraizo CMS, Fracolli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(n.spe):122-8.
27. Cruz JS, Souza Junior AV, Barreto EJ, Araújo JG, Almeida MVG, Gonçalves CCT. Gestão da atenção básica no sistema único de saúde de Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2009-2012. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2014;38(1):49-66.