



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



ADRIANA OLIVEIRA SOUZA DE TULLIO

**Acesso aos serviços de saúde de uma comunidade tradicional pesqueira no
Nordeste do Brasil: limitações de uma realidade peculiar**

FORTALEZA
2019

ADRIANA OLIVEIRA SOUZA DE TULLIO

**Acesso aos serviços de saúde de uma comunidade tradicional pesqueira no
Nordeste do Brasil: limitações de uma realidade peculiar**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará – UFC: linha de Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- D32a De Tullio, Adriana Oliveira Souza.
Acesso aos serviços de saúde de uma comunidade tradicional pesqueira no Nordeste do Brasil :
Limitações de uma realidade peculiar / Adriana Oliveira Souza De Tullio. – 2019.
137 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2019.
Orientação: Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira.
1. Acesso aos serviços de saúde. 2. População rural. 3. Brasil. I. Título.

CDD 610

ADRIANA OLIVEIRA SOUZA DE TULLIO

**Acesso aos serviços de saúde de uma comunidade tradicional
pesqueira no Nordeste do Brasil: limitações de uma realidade peculiar**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira (Presidente e Orientador)

Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. André Luiz Dutra Fenner (Membro Efetivo)

FIOCRUZ

Profa. Dra. Renata de Sousa Alves (Membro Efetivo) Universidade Federal do Ceará - UFC

Aprovada em: ____/____/____

Fortaleza-CE

A Deus, que não me abandona em nenhum momento. Ao meu marido, Vincenzo De Tullio, e aos meus filhos Maria e Antonio, por estarem ao meu lado e acreditarem no meu sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que é vida.

À minha família, que se alegrou com mais uma conquista.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcelo José Monteiro Ferreira, pela dedicação, pela amizade e por ter ampliado meus horizontes dentro do conhecimento da pesquisa e em saúde da família, além de ter me acolhido e acreditado que era possível e que eu era capaz.

À profa. Dra. Renata de Sousa Alves, por segurar minha mão, me motivar e dar leveza ao processo conduzindo cada detalhe com amor e, ainda, por suas valiosas contribuições neste trabalho.

Aos professores Dr. André Luiz Dutra Fenner e Ms. Gislei Siqueira e a todos que fazem parte do projeto ‘Desenvolvimento de Territórios Saudáveis e Sustentáveis em Comunidades Tradicionais na Ilha de Maré, Salvador - BA’, pela parceria permitida na realização deste projeto e suas valiosas contribuições e sugestões que tornaram possível a realização deste trabalho.

À Prefeitura Municipal de Fortaleza, pela autorização da participação no curso e proporcionar harmonia na execução da aprendizagem e o trabalho na Estratégia Saúde da Família.

Aos gestores, médicos, enfermeiras, dentista e agentes de saúde da Unidade de Atenção Primária à Saúde Floresta, pelo carinho, torcida e auxílio no decorrer do trabalho.

Aos colegas da 3ª turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família UFC, Cacto SUS, pela sororidade, pelo companheirismo, por caminharmos sempre lado a lado em todos os momentos. Obrigada ainda pelos risos, pelas discussões enriquecedoras, pela presença e pela amizade.

Aos amigos Isis, Aline, Patrícia, Emanuel, Sabrinny, Magna e Karla pela força, orientação, escuta e palavras certas em momentos estratégicos na caminhada até o final da jornada.

Às amigas do grupo de pesquisa Thalyta, Chris, Maria Luíza e Jessica, pelas trocas enriquecedoras que me fizeram aprender muito com vocês. O coleguismo, a cordialidade e a cumplicidade estiveram sempre presentes.

*É coisa preciosa, a saúde, e a única, em
verdade, que merece que em sua procura
empreguemos não apenas o tempo, o suor, a
pena, os bens, mas até a própria vida; tanto
mais que sem ela a vida acaba por tornar-se
penosa e injusta.*

(Michel de Montaigne)

RESUMO

Este estudo analisa o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde em uma comunidade tradicional pesqueira no Nordeste do Brasil. Os resultados são apresentados em dois capítulos distintos. No primeiro foi feita uma abordagem sobre a questão do diagnóstico situacional da produção científica por meio de uma Revisão Integrativa nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); e na US National Library of Medicine (PubMed), considerando publicações na íntegra no período de 2014 a 2019, no idioma português, inglês e espanhol a partir dos descritores: Acesso aos serviços de saúde, População Rural e Brasil. E, no segundo, foram apresentados e discutidos os resultados levantados a partir de um estudo epidemiológico realizado na comunidade de Bananeiras, Ilha da Maré – BA em 2018. Os resultados da revisão integrativa demonstraram que no ano de 2014 não foram encontradas publicações. Nos anos seguintes, a produção foi distribuída da seguinte forma: 16,7% publicados em 2015, 11,1% em 2016, 11,1% em 2017, 44,4% em 2018 e 16,7% em 2019. Aproximadamente 88,9% dos estudos foram publicados em língua portuguesa e 11,1% em língua inglesa. Em relação aos periódicos de publicação verificou-se que 68,7% são revistas vinculadas à área de Saúde Pública, 6,2% na área de Psicologia, 25% Enfermagem. Com relação ao *qualis* das revistas, 62,5% destes periódicos estão classificados entre A1 e B1. Cerca de 11,1% dos estudos identificados foram de abrangência nacional. No âmbito regional, a maioria das pesquisas concentrou-se na região Sul e Centro-Oeste do país. As regiões Norte e Nordeste apresentaram 16,7% e 11,1% do total da produção científica, respectivamente. Aproximadamente 61% dos estudos abordaram alguma dimensão do acesso aos serviços de saúde nas populações rurais. Dentre eles, os enfoques mais prevalentes foram relacionados ao deslocamento e acessibilidade. Os resultados do estudo epidemiológico evidenciou que a distância tem sido um dos principais fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, verificando-se que aqueles que chegam às suas residências por meio de chão batido têm ainda mais dificuldade do que aqueles que chegam a barco. Esse fato provavelmente pode ser explicado pelo caminho de terra se tornar mais longo, considerando que a variável de desfecho do estudo foi calculada a partir do tempo de percurso dos participantes de sua residência a uma unidade de saúde. O estudo também apontou como fatores associados ao não acesso aos serviços de saúde a falta de conhecimento em políticas públicas pelos moradores da comunidade de Bananeiras, não encontrando outras pesquisas que pudessem embasar esse achado, o que aponta a necessidade de realização de estudos que possibilitem um melhor entendimento sobre essa relação. Ao final do estudo concluiu-se que o acesso aos serviços de saúde pública é dificultado principalmente pela distância e tempo de percurso até as unidades de atendimento, com o conhecimento sobre políticas públicas e tempo de trabalho diário também verificado como fator associado.

Palavras-Chave: Acesso aos Serviços de Saúde. População Rural. Brasil.

ABSTRACT

This study analyzes access to Primary Health Care services in a traditional fishing community in Northeastern Brazil. The results are presented in two separate chapters. In the first, an approach was made on the issue of the situational diagnosis of scientific production through an Integrative Review in the databases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); and in the US National Library of Medicine (PubMed), considering publications in full from 2014 to 2019, in Portuguese, English and Spanish using the descriptors Access to health services, Rural Population and Brazil. And, in the second, the results obtained from an epidemiological study carried out in the community of Bananeiras, Ilha da Maré - BA in 2018 were presented and discussed. The results of the integrative review showed that in 2014 no publications were found. In the following years, production was distributed as follows: 16.7% published in 2015, 11.1% in 2016, 11.1% in 2017, 44.4% in 2018 and 16.7% in 2019. Approximately 88, 9% of the studies were published in Portuguese and 11.1% in English. Regarding publication journals, it was found that 68.7% are journals linked to the Public Health area, 6.2% in the Psychology area, 25% Nursing. Regarding the quality of the magazines, 62.5% of these journals are classified between A1 and B1. Approximately 11.1% of the studies identified were nationwide. At the regional level, most of the research was concentrated in the South and Midwest regions of the country. The North and Northeast regions presented 16.7% and 11.1% of the total scientific production, respectively. Approximately 61% of the studies addressed some dimension of access to health services in rural populations. Among them, the most prevalent approaches were related to displacement and accessibility. The results of the epidemiological study showed that distance has been one of the main factors associated with the difficulty of accessing health services, and it is verified that those who reach their homes through unpaved ground have even more difficulty than those who arrive at boat. This fact can probably be explained by the dirt path becoming longer, considering that the outcome variable of the study was calculated from the travel time of the participants from their residence to a health unit. The study also pointed out as factors associated with the lack of access to health services, the lack of knowledge in public policies by the residents of the community of Bananeiras, not finding other research that could support this finding, which points to the need to conduct studies that enable a better understanding of this relationship. At the end of the study, it is concluded that access to public health services is hampered mainly by the distance and time of travel to the service units, with knowledge about public policies and daily working time also verified as an associated factor.

Keywords: Access to Health Services. Rural Population. Brazil.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Marisqueiras em atividade em Ilha de Maré – Bahia.....	41
Figura 2. Principais conflitos existentes no entorno de Ilha da Maré.....	44
Figura 3. Processo de seleção dos estudos incluídos na revisão de acordo com o fluxograma PRISMA FLOW. Fortaleza, 2019.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis do estudo.....	54
-------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Eixos direcionadores das políticas públicas de acesso à saúde.....	30
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AM	Amazonas
ANA	Agência Nacional das Águas
APS	Atenção Primária de Saúde
AS	Arsênio
BTEX	Benzeno, Tolueno e Xileno
BTS	Baía de Todos os Santos
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centros Especialidades Odontológicas
Cn	Cianeto
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO₂	Dióxido de Carbono
COT	Carbono Orgânico Total
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONAQ	Coordenação Nacional de Comunidades Quilombolas
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EMA	Energia Metabolizável Aparente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCP	Fundação Cultural Palmares
FIOCRUZ	Fundação Instituto Oswaldo Cruz
GLP	Gás Liquefeito de Petróleo
HC	Hidrocarbonetos
HF	Ácido Fluorídrico
HPA	Hidrocarbonetos Aromáticos Policíclicos
IBAMA	Instituto Brasileiro de Meio Ambiente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

LER	Lesão por Esforço Repetitivo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MG	Minas Gerais
MMA	Ministério do Meio Ambiente
MP	Material Particulado
MS	Ministério da Saúde
NH₃	Amônia
NO_x	Óxidos de Nitrogênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PA	Pesca Artesanal
PCAT-Brazil	<i>Primary Care Assessment Tool Brazil</i>
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas e das águas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RESNAT	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RTID	Relatório Técnico de Identificação e Delimitação
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SiF4	Tetrafluoreto de Silício
SIM	Sistema de Informações Municipais de Salvador
SO₂	Dióxido de Enxofre
SO_x	Óxidos de Enxofre
ST	Saúde do Trabalhador

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Geral.....	22
2.2 Específicos.....	22
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
3.1 Aspectos históricos do acesso aos serviços de saúde no Brasil e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.....	23
3.2 A invisibilidade da população rural como um problema de raízes históricas.....	31
3.3 Pesca Artesanal: compreendendo o trabalho pesqueiro.....	37
3.4 Exposição ocupacional na pesca artesanal e sua influência no processo saúde-doença.....	39
3.5 O caso de Ilha da Maré - BA.....	43
3.6 Fatores que influenciam o acesso de uma população aos serviços de saúde.....	46
4 CAMINHO METODOLÓGICO.....	49
4.1 Etapas da pesquisa.....	49
4.2 Revisão Integrativa da Literatura.....	49
4.2.1 Definição da pergunta norteadora.....	50
4.2.2 Busca da literatura.....	50
4.2.3 Coleta de dados e análise crítica dos estudos incluídos.....	50
4.2.4 Análise e discussão dos artigos.....	52
4.3 Estudo Epidemiológico.....	52
4.3.1 Local de Estudo.....	52
4.3.2 População, tamanho da amostra e critérios de inclusão.....	53
4.3.3 Instrumentos e variáveis coletadas.....	53
4.3.4 Processo de análise dos dados.....	55

4.3.5 Aspectos éticos.....	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
5.1 Artigo a ser submetido à publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva.....	56
5.2 Artigo a ser submetido para publicação nos Cadernos de Saúde Pública.....	81
6 CONCLUSÕES.....	103
REFERÊNCIAS.....	106
ANEXOS.....	115

1 INTRODUÇÃO

Passados 30 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram avanços importantes no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), tais como a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, a criação de programas de indução e fortalecimento da APS, além do fomento às políticas de equidade em saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Por outro lado, a garantia da efetividade dos seus princípios e diretrizes estruturantes ainda representa um grande desafio para a sociedade brasileira, com a dimensão do acesso aos serviços de saúde ainda se configurando como um fator de preocupação.

A APS representa, muitas vezes, o primeiro contato do usuário com o SUS. Nesse contexto de hierarquização do sistema, isto é, na organização em níveis crescentes de complexidade no atendimento à saúde da população, se configura como ordenadora e gestora do cuidado, por ser a porta de entrada do sistema universal. Um dos atributos essenciais da APS é a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades de saúde que precisam de acompanhamento constante, traduzida na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019), a APS tem como foco o cuidado com as pessoas, sem focar em uma doença ou tratamento específico, estando com seu compromisso enraizado na promoção da justiça social e da equidade. Portanto, o acesso de toda a população é um direito fundamental, ainda não consolidado em todos os territórios brasileiros.

No estudo realizado por Stopa *et al.* (2017) com o objetivo de descrever o uso dos serviços de saúde pela população brasileira, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, constatou-se que o acesso aos serviços de saúde vem aumentando no país. Contudo, ainda há diferenças entre regiões. Uma vez que as pessoas residentes no Nordeste têm menor acesso aos serviços quando comparado àquelas residentes no Sul e Sudeste.

Outro fator importante de ser mencionado é a diferença de acesso entre populações urbanas e rurais. Garnelo *et al.* (2018) ao analisarem o acesso e cobertura da APS nas populações rurais e urbanas, perceberam que questões geográficas ainda são um grande entrave para o acesso, pois 38,7% das equipes de Estratégia Saúde da

Família (ESF) participantes do seu estudo que declararam atender populações rurais, estavam sediadas em áreas urbanas, tendo que se deslocar por longas distâncias em estradas de chão batido ou por barco para realizar esses atendimentos. Arruda, Maia e Alves (2018) também identificaram desigualdade no acesso aos serviços de saúde entre essas áreas, com menor acesso pela população rural devido a fatores como renda, percepção de saúde, escolaridade, trabalho informal, capacidade de oferta de serviço, dentre outros.

As atividades produtivas oriundas do meio rural brasileiro apresentaram profundas mudanças no decorrer das últimas décadas, caracterizadas pela significativa atuação do agronegócio, incentivo governamental para produção de commodities para exportação e por conflitos pela terra e água entre o Estado, o capital e as populações rurais. Esse cenário vem acompanhado pelas mudanças nos índices de desigualdade populacionais que, apesar da discreta redução, ainda mantém o Brasil entre os países com elevada desigualdade no mundo (KESSLER et al., 2016; ARRUDA, MAIA, ALVES, 2018).

Esses fatores refletem no que se refere ao acesso aos serviços de saúde. Esse apresenta importante relação com as políticas públicas, desenvolvimento econômico, organização e planejamento dos serviços de acordo com as necessidades da população e a conjuntura política nacional e internacional (ARRUDA, MAIA, ALVES, 2018; BARROS et al., 2016).

Nesse sentido, a população rural encontra-se ainda inserida em um cenário de maior vulnerabilidade quando comparada com a população urbana, visto que, na área rural, as dificuldades de acesso à saúde são maiores (PESSOA, ALMEIDA, CARNEIRO; 2018). O Brasil rural é composto por características singulares e específicas que condicionam a organização e disposição dos serviços de saúde à população. Baixa densidade demográfica, distâncias, barreiras e condições de isolamento geográfico, implantação e cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada aos serviços de saúde, fragilidade na participação social, baixo poder aquisitivo e características pessoais como sexo, idade e escolaridade são determinantes importantes do acesso à saúde (CARNEIRO, PESSOA, TEIXEIRA, 2017; PESSOA, ALMEIDA, CARNEIRO; 2018; ARRUDA, MAIA, ALVES, 2018).

O Brasil com sua imensa extensão territorial, diversidades geográficas, culturais, sociais e econômicas, apresenta neste meio, populações com graus de vulnerabilidade também diversos, seja pela posição geográfica ou pela atividade

econômica que exercem, dentre outras, como a população de pescadores artesanais (PENA; GOMES, 2014).

Estima-se que no mundo existam cerca de 56 milhões de pessoas que trabalham com pesca artesanal, estando a grande maioria concentrada na África, Ásia e América Latina. Destes, em torno de um milhão estão registrados no Brasil, sendo quase que 50% de mulheres (PENA et al., 2018). Esta categoria de trabalhadores é uma das maiores e das mais importantes no Brasil e no mundo, portanto, são necessários estudos que reduzam as lacunas de conhecimento sobre a situação de saúde e que proporcionem maior visibilidade sobre os problemas enfrentados por esta população, destacando-se sua vulnerabilidade por, muitas vezes, viverem em áreas envolvendo conflitos socioambientais, o que representa um desafio a mais para o SUS, sobretudo no âmbito da APS.

Desta forma, busca-se com este estudo conhecimento sobre o acesso aos serviços de saúde por uma comunidade tradicional pesqueira, considerando as variáveis envolvidas para o seu atendimento em todos os níveis do SUS. Deve-se destacar a relevância social desta pesquisa, considerando ser a saúde um direito fundamental de todo cidadão brasileiro e as dificuldades reconhecidas dessa população. Trata-se, ainda, de um tema de relevância profissional e acadêmica, considerando a invisibilidade dessas comunidades, com escassez de pesquisas realizadas sobre o assunto, acreditando-se que a partir desta pesquisa seja possível dar evidência à população e subsídio para a promoção de estratégias de ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Pena et al. (2011) acreditam que a informalidade e a baixa renda mensal dessas atividades muitas vezes impõem um ritmo de trabalho exaustivo, gerando problemas de saúde. Somam-se a isso as condições de saneamento básico desfavoráveis, decorrentes do baixo investimento público em ações desta natureza, o que torna estes territórios vulnerabilizados. Alguns locais ainda possuem outros riscos, como por exemplo, aqueles cercados por polos industriais, que geralmente transformam o modo de vida das comunidades locais, além de alterar substancialmente as características do território e do meio ambiente.

Durante muito tempo essa população foi negligenciada, com poucas ou inexistentes ações estruturadas voltadas para as necessidades particulares desta categoria, além de serviços de saúde precários, resultando em situação adversa de morbimortalidade (PENA et al., 2013). É nesse ponto que entra a necessidade de Políticas de Promoção de Equidade em Saúde, capazes de reconhecer as especificidades

de cada região e seus condicionantes e determinantes de saúde, com o objetivo de diminuir as iniquidades existentes de forma justa, atendendo as demandas existentes e específicas.

Na última década, as Políticas de Promoção de Equidade em Saúde tiveram por finalidade ações que garantissem o acesso com qualidade e resolutividade, de forma igualitária e universal pela população em situação de vulnerabilidade, dentre elas as populações do campo, das florestas e das águas (BRASIL, 2013). Por viverem em situação precária e com limitação de acesso a políticas públicas, movimentos sociais e populares protagonizaram, nestes últimos anos, a luta pela implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas (PNSIPCF).

A PNSIPCF tem por objetivo promover a saúde destas populações através de ações e iniciativas que reconheçam suas especificidades, visando o acesso aos serviços de saúde, redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2013b). Mendes (2015) afirma que a saúde de forma integral para acontecer, assim como trata a política, necessita que a coordenação do cuidado esteja articulada entre diversos serviços e ações, dentro da perspectiva de Redes de Atenção à Saúde (RAS), pois tanto a política como as RAS têm por objetivo comum a melhoria da qualidade de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde pela população rural a partir da produção científica de 2014 a 2019 e de um estudo epidemiológico em uma comunidade tradicional pesqueira no Nordeste do Brasil.

2.2 Específicos

- Verificar e analisar a produção científica sobre o acesso a serviços de saúde pelas populações rurais, considerando os fatores que implicam neste acesso;
- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das famílias residentes na comunidade tradicional pesqueira de Bananeiras, Ilha de Maré, Bahia;
- Identificar os fatores associados que influenciam no acesso aos serviços de saúde pela comunidade tradicional pesqueira de Bananeiras, Ilha de Maré, Bahia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspectos históricos do acesso aos serviços de saúde no Brasil e a implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

O acesso aos serviços de saúde trata-se de uma temática multifacetada e multidimensional que envolve aspectos econômicos, políticos e sociais em busca da universalização do atendimento, configurando-se como a disposição dos serviços de saúde em momento oportuno e em circunstâncias adequadas à população, para que sua utilização possa gerar resultados positivos ao processo de prevenção, diagnóstico, tratamento, qualidade de vida e de morte (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Neste caso, é possível dizer que a dimensão do acesso aos serviços de saúde envolve variáveis como a oferta do serviço e a percepção que o indivíduo tem sobre saúde e sobre necessidade de atenção à saúde.

Ao analisar o contexto histórico do Sistema Único de Saúde (SUS) é possível perceber que toda sua construção é alicerçada em crises na saúde pública. Pode-se perceber suas primeiras configurações no início do século XX, quando o Brasil enfrentava uma série de epidemias de doenças infectocontagiosas como a malária, a varíola, a febre amarela, a cólera, entre tantas outras que exigiam a adoção de medidas estratégicas para a promoção da saúde da população (VIACAVA et al., 2018).

Assim, é possível dizer que a evolução do sistema de saúde caminhou *pari passo* a um contexto de crises, com o delineamento de estratégias que iam sendo adotadas conforme a situação exigia. De acordo com Ribeiro e Moreira (2016), as primeiras estratégias adotadas foram baseadas em campanhas sanitárias voltadas para combater as epidemias, assumindo uma estrutura de saúde com características: centralizada, técnica, burocrática e corporativista. Além disso, de acordo com a autora, as campanhas sanitárias assumiam uma natureza autoritária, com campanhas de vacinas que eram obrigatórias à população, gerando um sentimento de oposição, que culminou a chamada Revolta da Vacina no ano de 1904, um movimento de resistência à obrigatoriedade da vacinação.

Uma mudança a esse modelo mais autoritário pode ser percebida no ano de 1920. Para Viacava et al. (2018), neste período foi realizada uma reestruturação no Departamento Nacional de Saúde, passando a realizar campanhas educativas para a promoção da saúde, buscando sair do viés autoritário e assumindo uma característica de educação para buscar a adoção das vacinas de forma voluntária e consciente pela população.

Essa mudança no modelo de atenção à saúde veio seguida da estruturação do sistema de serviços de saúde em rede (MENDES, 2015). Nesta estrutura, a atenção primária foi prevista como um ponto de atenção de importância assistencial e financeira estratégica. A moderna concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no Reino Unido, em 1920, no relatório Dawson que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (MENDES, 2015).

O acesso à saúde no Brasil passou por um processo de construção cujo marco estabelece-se a partir da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Trata-se de um movimento científico-político que embasou a estruturação da Constituição Federal de 1988 e, conseqüentemente, norteou a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (LOS). Em seu escopo, traz a saúde como um direito de todos e um dever do estado, direcionando as políticas públicas de saúde do país (PAIM, 2017). Inúmeras são as transformações que podem ser percebidas ao longo da história em relação ao modelo de atenção à saúde no Brasil, incluindo ações voltadas para a inclusão social e promoção da autonomia das pessoas. Contudo, na prática ainda é possível verificar obstáculos para superar o modelo biomédico e hospitalocêntrico.

A Reforma Sanitária Brasileira – ocorrida nos anos 1980 – culminou com o surgimento de uma política pública de saúde universal, descentralizada e integral, o SUS. Em 1988, mais especificamente, o SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira como um modelo de atenção à saúde sem precedentes na história do país, com os princípios de universalização do acesso, integralização das ações de saúde, regionalização da rede de serviço, bem como a possibilidade de hierarquizar os níveis de atenção e complementar o setor privativo de saúde (PAIM, 2017). Depois da criação do SUS, houve uma mudança significativa no modelo de saúde, sendo preconizada uma

assistência fundamentalmente biomédica, centrada em uma assistência voltada para a pessoa, considerando condicionantes e determinantes envolvidos na tríade saúde-doença-cuidado.

Em 1990 foi promulgada a LOS, que seguiu a mesma lógica da Constituição Federal, centrando foco nas políticas econômicas e sociais que devem ser organizadas para reduzir riscos de doenças e outros agravos à saúde como acidentes, intoxicações ou violências. Reforça que toda a sociedade é corresponsável pela saúde, em, portanto, diminuir o papel do Estado em assegurá-la, de uma forma mais intersetorial possível. Ou seja, para melhorar a saúde da população, temos que atuar especialmente sobre os determinantes vinculados às condições de vida, inclusive repensando a estrutura econômica e política do Brasil (PAIM, 2017).

Com a promulgação da LOS o sistema de saúde passou a ser visto como capaz de garantir acesso universal à população de forma equitativa e integral, baseando-se na necessidade dos seus usuários. Isto complementa os princípios estratégicos, tais como descentralização, regionalização, hierarquização e participação que, embora não sejam assumidos historicamente para as populações rurais, apontavam como deveria funcionar o SUS, quais as responsabilidades entre os entes federados e oportunizavam acesso à população nas decisões acerca das políticas de saúde (TEIXEIRA, 2011).

Deste modo, o SUS possui modelo hierarquizado, tendo a APS como principal porta de entrada e em que se espera resolução da metade dos problemas de saúde, garantindo um atendimento mais humanizado, integral e longitudinal a todos os seus atores (GUSSO; LOPES, 2018).

No ano de 1994, surge o Programa Saúde da Família (PSF) no Ceará, objetivando reorientar o modelo de assistência da atenção à saúde. A equipe é composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, atuando em ações preventivas e curativas de saúde, tendo como modelo o cadastramento das famílias, perfil demográfico, epidemiologia e rotina de visita domiciliar (VIDAL *et al.*, 2016).

O PSF surgiu como proposta de centralização do cuidado em saúde na família sendo um produto da articulação entre os níveis de atenção. Deste modo, passou a ser mais adequado usar o termo “Estratégia” Saúde da Família (ESF) em detrimento à

nomenclatura “Programa” Saúde da Família (PSF), para ser condizente com a ideia de continuidade e integralidade da política pública em questão (VIDAL *et al.*, 2016).

A ESF tem como pilar a tríade: território, longitudinalidade e vínculo – como bases norteadoras do serviço – de modo a permitir a coordenação do cuidado em longo prazo nos diferentes ciclos de vida do indivíduo e construção de “laço social/moral” (STEINER, 2016). A estratégia também visa resgatar o espaço domiciliar como ambiente de cuidado (THUME *et al.*, 2010).

O acesso aos serviços de saúde está intrinsecamente relacionado aos três princípios doutrinários do SUS e que lhe conferem legitimidade: equidade, universalidade e integralidade. Por isso entende-se toda a movimentação ocorrida em busca de um modelo de atenção mais igualitário e que caracteriza a APS, mas ressalta-se que, além do modelo, outras medidas foram tomadas e políticas criadas no intuito de promover a equidade.

No que se refere ao acesso da população, a ESF é considerada o principal acesso da população ao sistema, estando mais próximo às famílias e à comunidade. Através de uma equipe multiprofissional, atua buscando conhecer os determinantes sociais do processo saúde-doença de modo a coordenar o cuidado de forma ampliada, considerando a inserção do indivíduo no contexto familiar, social, ambiental, cultural e econômico (CECILIO *et al.*, 2012).

Dessa forma, a ESF trabalha a promoção da saúde como possibilidade de articulação transversal, o que confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no País. Isto possibilita a criação de mecanismos que reduzam a vulnerabilidade, defendam a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

A realidade social de pertencimento do paciente associada às condições socioeconômicas e culturais, nível de escolaridade, condições psicológicas, limites, potencialidades e representações sociais devem ser consideradas para se prestar um atendimento adequado. Logo, ter a saúde como direito de todos e dever do Estado é uma das grandes conquistas da sociedade. Fundamentada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação da sociedade, encontramos no Sistema Único de

Saúde (SUS) uma proposta para a construção de uma sociedade mais justa, no que se refere à promoção de saúde.

Nesta perspectiva, a Atenção Primária, também conhecida como Atenção Básica, utiliza frequentemente ações educativas no seu cotidiano e compreende de forma abrangente os processos pelos quais o gradiente de saúde-doença se constrói. Os momentos de interação e de construção de vínculos entre profissionais de saúde e usuários se estende para além do espaço da consulta propriamente dita. São realizadas salas de espera, reuniões comunitárias, visitas domiciliares e grupos educativos propiciando diferentes possibilidades de encontro entre esses sujeitos em diferentes cenários pertencentes ao território (BRASIL, 2006).

Pode-se dizer que a saúde coletiva é um campo de produção de conhecimento com auxílio profissional especializado e interdisciplinar. Isto ocorre porque não há limites rígidos quanto à forma de entender ou produzir saúde. Todas as práticas da área têm como objetivo agregar qualidade de vida às pessoas, demarcando transformações em seus estilos de vida e trabalhando conceitos variados, tais como medidas de promoção à saúde, prevenção de doenças e proteção da cidadania (TORRES *et al.*, 2013).

Seguindo uma hierarquia, logo após a Atenção Primária tem-se a Atenção Secundária à Saúde que é realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), tendo como foco o acompanhamento especializado de doenças já identificadas. Enquadram-se como UBS na Atenção Secundária: as Policlínicas, os Centros Especialidades Odontológicas (CEO), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

De acordo com Erdmann *et al.* (2013), trata-se do nível de atenção à saúde que atende procedimentos de média complexidade para apoio diagnóstico e terapêutico, bem como atendimento de urgência e emergência. Os autores destacam que esse nível de atenção desempenha um papel imprescindível no acesso à saúde da população, visto que promove a resolubilidade e integralidade do cuidado, ampliando o acesso a consultas e procedimentos especializados, sendo responsável por articular as ações da RAS, proporcionando efetividade.

Por sua vez, a Atenção Terciária à Saúde engloba alguns atendimentos realizados pelas UPA como, por exemplo, derrames e infartos, e os hospitais de urgência e emergência que atendem quadros mais graves, estando aptos para realizar cirurgias e promover atendimento especializado de média e alta complexidade. Geralmente, a procura por esses hospitais já ocorre por encaminhamento das unidades da Atenção Primária ou Secundária, obedecendo à hierarquia de atendimento. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) assim define os hospitais desse nível de atenção à saúde:

Art. 3º Os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Art. 4º Os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

§ 1º Os hospitais, enquanto integrantes da RAS, atuarão de forma articulada à Atenção Básica de Saúde, que tem a função de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, de acordo com a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Diante das disposições da PNHOSP, é possível verificar a importância da área de urgência no contexto de atenção à saúde, assim como a evolutiva demanda por serviços regulados e estruturados, a amplitude dos agravos traumáticos para a sociedade, bem como a necessidade do enfoque multiprofissional no atendimento. Na saúde, com ênfase nos hospitais, deve existir entre os sujeitos um trabalho coletivo e cooperativo, que exige interação e diálogo permanentes.

Por fim, destacam-se os serviços de Reabilitação no SUS, que recebem aqueles casos, que apesar de serem tratados nos demais níveis de atenção à saúde, ainda exigem acompanhamento posterior como, por exemplo, aqueles que demandam Fisioterapia para recuperação.

As instituições de reabilitação pautam seus programas de intervenção principalmente na ideia de desvincular o estereótipo de pessoas com deficiência física ao de incapacitados. A possibilidade de ressaltar as qualidades de cada indivíduo associadas com capacidades físicas existentes, se traduz em um processo contínuo de reconhecimento e construção de novas potencialidades. Dentro desse contexto, os exercícios, as atividades físicas e o esporte adaptado passaram a ter também um grande espaço (WINNICK, 2004).

Dando continuidade à descrição histórica da evolução do acesso aos serviços de saúde no Brasil, destaca-se que em 2011 ocorreu um marco histórico na saúde de populações vulneráveis, a implementação a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas (PNSIPCF), com o objetivo de melhorar o acesso a serviços e consequentemente a qualidade de vida e o nível de saúde dessas populações (BRASIL, 2013).

De acordo com Carneiro, Pessoa e Teixeira (2017), a PNSIPCF foi lançada como um reconhecimento da dívida história do país com a população do campo, da floresta e das águas no que diz respeito ao atendimento de seu direito à saúde, sendo a garantia do acesso aos serviços de saúde um dos objetivos dessa política. Vale destacar que trata-se de uma política de caráter transversal, o que exige uma articulação intersetorial para sua efetivação, envolvendo os setores de desenvolvimento agrário, meio ambiente, educação, pesca e aquicultura, ciência e tecnologia.

Krefta (2017) alerta sobre a importância de um olhar diferenciado sobre as necessidades de saúde da população do campo, da floresta e das águas. Isto foi oportunizado a partir da publicação da PNSIPCF, visto que o modo de vida dessas populações, bem como seu trabalho, diferem daqueles verificados na vida urbana, exigindo, assim, ações também diferenciadas para atender suas necessidades.

Salienta-se que, com base em Arruda, Maia e Alves (2018), é possível apontar a PNSIPCF como um marco na história das políticas públicas de acesso à saúde, visto que foi a primeira a de fato considerar essas pessoas que passaram quase que toda a história em um contexto de invisibilidade. Em análise à PNSIPCF, verifica-se quatro eixos direcionadores, o quais estão apresentados no Quadro 1:

Quadro 1. Eixos direcionadores das políticas públicas de acesso à saúde

Eixo 1	Acesso das populações do campo e da floresta na atenção à saúde;
Eixo 2	Ações de promoção e vigilância em saúde às populações do campo e da floresta;
Eixo 3	Educação permanente e educação popular em saúde com foco nas populações do campo e da floresta;
Eixo 4	Monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços às populações do campo e da floresta

Fonte: Brasil (2013).

Na busca de tentar melhorar a questão do acesso aos serviços para as populações do campo e das florestas, instituíram-se políticas públicas. Como: o Programa Mais Médicos (PMM), instituído pela Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013, que veio como meio de efetivar os eixos da PNSIPCF, sendo considerado como uma estratégia de fortalecimento da atenção básica no país, por distribuir um maior número de profissionais de Medicina em áreas com escassez ou ausência total desses profissionais.

Com isso, médicos vindos de Cuba por meio do referido Programa puderam chegar para atuar em municípios com alta vulnerabilidade social e regiões predominantemente habitadas por populações do campo, da floresta e das águas, destacando-se os quilombos, os assentamentos e as populações ribeirinhas (SILVA et al., 2017). Verificou-se a rápida capilarização do território nacional a partir do mesmo, sendo incorporados mais de 18 mil médicos distribuídos em 73% dos municípios brasileiros, destes, 60% eram de Cuba, oriundo de uma parceria entre os Governos (FRANCO et al., 2019).

Todavia, em fevereiro de 2019, o PMM deixou de existir e a situação de desigualdade no acesso à saúde novamente ficou em destaque no país, principalmente nas áreas mais remotas e vulneráveis. Isso porque gerou a saída de 8.332 médicos cubanos do país, vagas que brasileiros não pretendem ocupar, destacando-se que 77% dessas áreas descobertas estão localizadas no Amazonas, com prevalência de população das florestas e das águas. Para serem atendidos, passaram a ter que percorrer até 80 quilômetros para acesso à atenção básica ou terciária, não havendo cobertura sanitária de média e alta complexidade. Com isso, os pacientes são atendidos com cuidados paliativos, provisórios, seguindo doentes. Caso realmente precisem de atendimentos de urgência, as distâncias podem chegar a 400 km (AGÊNCIA EFE, 2019).

Levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em 2018 demonstrou que a saída do Programa deixou um total de 284 municípios brasileiros de 19 Estados sem qualquer cobertura de Atenção Primária. Importante mencionar que esse resultado ainda não demonstrava a situação dos Estados do Ceará, Amazonas e Espírito Santo, o que evidencia que esse déficit pode ser ainda maior (ANDRADE JR, 2019). Dessa forma, é possível compreender a problemática enfrentada pelas populações do campo, da floresta e das águas em relação ao acesso à saúde e como a situação ficou ainda mais precária com a saída do Programa ao final de 2018 (ANDRADE JR, 2019).

A problemática é ainda enfatizada pelo fato de médicos brasileiros não terem interesse em atuar nessas áreas. De acordo com Mauro Junqueira, em entrevista a Capetti e Couto (2019), eles não têm o menor interesse em trabalhar em uma localidade indígena ou ir para municípios do interior nordestino, não querem ficar isolados, sendo este o motivo do país depender tanto de médicos estrangeiros. Ressalta-se que recentemente o Programa Médicos pelo Brasil foi anunciado, sendo ainda aguardadas as diretrizes que serão seguidas.

Dessa forma, o que se verifica é que mesmo com tantos avanços para o acesso aos serviços de saúde da população brasileira, os esforços para atendimento das necessidades da população rural são bem recentes. A PNSIPCF data de 2011, evidenciando a invisibilidade e negligência dessa população na maior parte da história. Todavia, os desafios do acesso aos serviços de saúde ainda persistem neste ano de 2019, podendo-se dizer que houve inclusive um retrocesso, uma vez que municípios que passaram a ter cobertura de Médicos, novamente se viram em meio à escassez ou ausência total deste profissional. Evidencia-se, assim, a necessidade de um olhar mais atento à população do campo, da floresta e das águas, considerando a dívida histórica que ainda se arrasta na garantia de seu direito à saúde.

3.2 A invisibilidade da população rural como um problema de raízes históricas

A posse da terra no sistema capitalista não é só um número ou um dado, e sim uma relação social que interfere em toda a sociedade. Não impacta apenas na

população rural, mas também intervém no preço da compra dos alimentos nas cidades, até mesmo na existência do homem que vive no campo (WANDERLEY, 2014).

Além de não terem acesso ao direito à posse da propriedade, alterações constantes no processo produtivo desrespeitam os direitos dos trabalhadores rurais. De acordo com Moreira et al. (2015) e Santana et al. (2016), somente após a Constituição de 1988 em que foram instituídas a igualdade de direitos entre os trabalhadores rurais e urbanos, outras políticas alteraram os critérios para aposentadoria por idade e benefício de pensão, considerando o esforço e sobrecarga dos trabalhadores da terra.

No entanto, as condições dos serviços nas áreas rurais não atendem à demanda, dificultando o acesso às políticas públicas de saúde e educação, impondo a muitos a procurar por estes recursos em outras cidades. Ainda de acordo com Moreira et al. (2015) e Santana et al. (2016), os homens do campo são “invisíveis” ao Estado e este despreço pode ser visualizado pelos indicadores sociais, que, em regiões específicas do país demonstram que a pobreza rural ultrapassa a urbana, tendo em conta o número de habitantes.

A acessibilidade das políticas de educação, saúde, emprego e condições sanitárias, entre outras, têm atingindo os piores índices nas áreas rurais (CAMPOS, 2013), fora as ausências deixadas pelas políticas de saúde e assistência social. Por sua vez, Silva (2011) menciona que é necessário atribuir algumas políticas públicas, objetivando a qualificação do trabalho e mantendo os trabalhadores no meio rural, por exemplo, qualificação da mão de obra, assistência prestada aos mesmos, crédito rural, seguro rural e uma boa infraestrutura, educação e habitação.

Diante das situações de sobrevivência e proteção social no campo, uma quantidade numerosa dos trabalhadores foi cativada para as cidades, conforme o capitalismo se transformou hegemônico e as cidades tomaram forma. Principalmente as cidades que retinham as sedes dos governos, tornaram-se ícones de cultura, lazer, trabalho, liberdade e oportunidades. Contudo, para os trabalhadores rurais, sem escolaridade e com baixo poder aquisitivo, restavam os trabalhos pesados nas cidades, com exaustivas jornadas de trabalho e exploração. Ainda se tornando alvo fácil para o preconceito, vindo da população urbana, apontados como sinônimos de atraso (SANTANA et al., 2016).

Os centros urbanos criaram a ideologia da modernização que posiciona as cidades industrializadas como centro do poder econômico, político e cultural. O rural não era somente o local de produção pecuária e da agricultura, simbolizava o arcaico, um suplemento das cidades industriais ou locais secundarizados. Nas décadas iniciais do século XX, as cidades brasileiras eram tidas como regiões com possibilidade de avanço e modernidade em relação ao campo que representa o país arcaico (MARICATO, 2013). O material ideológico alusivo desta nova visão de cidade repercutiu rente aos moradores rurais e até mesmo as cidades pequenas em que várias buscaram se modernizar, apoiando a industrialização, na busca por oportunidade de alteração da vida, escolaridade, lazer, cultura e trabalho.

Evidentemente, o desarraigamento da população do campo não está somente ligado a sua expulsão da terra, e sim em limitá-los unicamente ao interesse capitalista, tornando-os vendedores de sua força de trabalho (MARTINS, 2012). Algumas pessoas que iam aos atendimentos dos serviços de saúde nos centros das cidades, de 1950 a 1970, era a população que havia saído do campo, em sua maioria, semianalfabetos, em que a falta de qualificações para os trabalhos oferecidos nas fábricas e a distância da família favorecia o adoecimento e a ocorrência de necessidades médicas. Com isso, havia uma perda da identidade destes sujeitos (SANTANA, 2011).

Apesar dos avanços na construção de condições habitacionais no Brasil, este ainda se apresenta como um problema social e econômico não superado, com grande impacto na organização e infraestrutura urbana, seja pela necessidade de infraestrutura, seja pelas pressões de regularização fundiária e de preservação ambiental, decorrentes das formas alternativas de sobrevivência e de habitação, realizadas pela população de baixa renda para a produção da moradia. A trajetória da política habitacional brasileira é marcada por décadas de acúmulo de desafios, para o acesso de moradia em condições dignas, sobretudo, para a população de baixa renda. Verificamos, historicamente, que a luta por soluções habitacionais alcance o atendimento das necessidades das classes mais baixas, destacando-se a comunidade rural, é um fator determinante de saúde com as comprovações científicas sobre os fatores relacionados à moradia como determinantes de saúde (COHEN et al., 2012).

A busca por corrigir essa dívida histórica com a população rural pode ser entendida como face da ruralidade, ou seja, de uma maior visibilidade dessas pessoas

pela própria valorização do meio rural. Discorrendo sobre o conceito de ruralidades, os autores Candiotta e Corrêa (2018) mencionam que o termo é apontado por duas correntes, a primeira que vê a ruralidade como um processo de valorização do meio rural, sendo a mesma disseminada pelas instituições globais por meio de financiamentos e políticas públicas. Segundo os autores, está embutido nesse interesse das instituições a ampliação das relações capitalistas por meio de atividades agrícolas e não-agrícolas no meio rural. Candiotta e Corrêa (2018, p. 232) afirmam que:

Nessa perspectiva, a nova ruralidade não é algo construído socialmente pela população rural, mas mais uma ideia imposta por organismos concentradores do poder, cristalizada no discurso, porém muitas vezes não concretizada, que passa a ser utilizada e propagada por diversos pesquisadores como novos aspectos da realidade do espaço rural.

Já uma segunda corrente que conceitua ruralidade, prefere tratar a mesma como uma realidade empírica, construída, sobretudo de forma endógena, ou seja, internamente. Para demonstrar o conceito de ruralidade dessa segunda corrente, Candiotta e Corrêa (2018, p. 233) afirmam que “as ruralidades seriam compostas por objetos, ações e representações peculiares do rural, com destaque para as representações e identidades rurais dos indivíduos e grupos sociais”. Dessa forma, a segunda corrente entende ser decorrente da própria identidade dessas populações. Em relação a esse assunto, o autor Biazzo (2009, p. 19) elucida que:

[...] em ambos espaços se manifestam identidades sociais que configuram ruralidades e urbanidade. Em paisagens do campo e das cidades (formas, conjuntos de objetos) existem urbanidades e ruralidade (conteúdos – heranças, origens, hábitos, relações, conjunto de ações) que se combinam, gerando novas territorialidades, admitindo-se que cada local ou região pode abrigar diferentes territorialidades superpostas, relativas a diferentes atores sociais.

Diante do exposto, compreende-se que o termo “rural” não se trata mais somente de um espaço e, sim expressa as relações sociais nela inseridas e “ruralidade” compreende um rural moldado socialmente. A presença dos serviços públicos próximos da população é pré-requisito essencial para se viver com qualidade de vida, pois é de extrema importância para o desenvolvimento da comunidade. É possível trabalhar em articulação entre redes, por meio de parceiras, como meio de promover o acesso à cidadania; efetivação de direitos; e proporcionar o desenvolvimento social, para que as

necessidades básicas sejam supridas e estabelecendo a redução da desigualdade, em prol da equidade e universalização de direitos humanos (HARVEY, 2012; CARVALHO; RODRIGUES, 2016).

Importante mencionar que atualmente considera-se o termo população rural para englobar a população do campo, da floresta e das águas para que se possa expor a pluralidade, a singularidade, a diversidade e a heterogeneidade dessas populações. Contudo, é fundamental entender que não possuem as mesmas necessidades, precisando de um olhar especializado para cada um deles (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Nesse sentido, salienta-se que além das questões enfrentadas pelos riscos trazidos pelas próprias atividades profissionais da pesca artesanal em sua saúde, a população das águas ainda enfrenta a problemática ambiental relacionada à poluição química das indústrias e a falta de saneamento básico, como uma de maior impacto em sua saúde, devendo-se acrescentar a dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Dificuldades no acesso à educação, ao saneamento básico e aos serviços de saúde marcam especialmente as desigualdades geográficas e sociais entre grupos minoritários, denotando o que precisa ser melhorado acerca da prestação de serviços de saúde à população, principalmente em questão do acesso aos serviços de saúde, sobretudo quando se relaciona com a população rural.

A qualidade de saneamento básico no país é considerada um desafio, principalmente em decorrência do modelo de desenvolvimento vinculado ao modo capitalista, promovendo antagonismo e iniquidades (BORJA, 2014). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), em 2010, o déficit em abastecimento de água no país é maior em pequenos municípios e zonas rurais. Cerca de 75% da população brasileira que compõe o déficit tem renda domiciliar mensal de até meio salário mínimo por morador e a maior parcela do déficit (47%) é formada por uma média de 5,7 milhões de pessoas sem instrução escolar. Deste modo, destaca-se a importância do saneamento básico para a saúde pública, devendo o Estado adotar políticas públicas para que a qualidade ambiental seja mais ponderável.

De acordo com Borja (2014), as políticas públicas de saneamento básico vêm experimentando um novo ciclo com o marco legal, regulatório e institucional.

Apesar dos avanços no setor, a autora elucida que os esforços ainda estão longe de garantir o direito ao saneamento básico no país, enfrentando desafios de diferentes dimensões, destacando-se a política-ideológica, a institucional, a de financiamento, a de gestão, a da matriz tecnológica, a da participação e de controle social, dentre outras.

Diferentemente do que foi encontrado por Garnelo et al. (2018) que verificaram a extensão de cobertura encobre barreiras de acesso geográfico ligadas à concentração de equipes da Estratégia Saúde da Família nos espaços urbanos, situação que se estende a 451 (25,3%) unidades e a 494 (22,9%) equipes encarregadas do atendimento de populações rurais, mas que atuam em espaço urbano, adicionando barreiras à chegada dos usuários às unidades. Dificuldades no acolhimento à demanda espontânea, agendamento de consulta e disponibilidade de transporte para o atendimento também foram reportadas.

Em uma pesquisa realizada por Araújo e Silva (2015), foi destacada a complexidade cultural e geográfica presente no estado do Amazonas. Enfocando no acesso à educação, os autores destacam como principais problemáticas da educação no referido Estado o número insuficiente de escolas e a falta de professores graduados em disciplinas específicas, predominando aqueles que são habilitados somente para atuação no Ensino Fundamental. Somado a isso destaca-se a variação das águas dos rios, que em época de enchentes alagam áreas povoadas, dificultando, ainda mais, a locomoção dos moradores, que nesse período precisam fazer longas caminhadas para chegar à escola. A situação se torna ainda mais complexa e comunidades que não dispõem de energia elétrica.

Para Franco et al. (2015) essa invisibilidade da população da floresta e das águas se deve às raízes históricas e a própria extensão territorial do país, prevalecendo por muitos anos a concepção de um país dividido apenas em população urbana e população do campo, esquecendo-se daqueles que viviam na floresta e nas margens dos rios. Salienta-se que essa população que vive às margens do rio são comumente chamadas de ribeirinhas, sendo mencionadas pelos autores como um povo isolado não só geograficamente, mas também culturalmente, ficando longe do acesso à mídia escrita, televisiva e radiofônica e, também, de outros moradores da comunidade, com a distância entre as residências podendo ser superior a 2000 metros. O próprio rio se configura como uma barreira de acesso e um campo de oportunidades ao mesmo tempo.

A partir dos resultados de Carvalho et al. (2014) é possível verificar as diferenças de identidade da comunidade das águas quando dialogam sobre o trabalho infantil, o que no ambiente urbano é inadmissível, eles entendem como algo normal e necessário, como uma forma de complementar a renda e aprender sobre a profissão.

Em sua pesquisa, Franco et al. (2015) destacaram que em todas as comunidades ribeirinhas que visitaram puderam perceber carências de recursos para qualquer tratamento técnico-científico de saúde, persistindo a utilização de conhecimentos caseiros e de ervas medicinais para sanar os problemas de saúde. Nesse sentido, verifica-se na população da floresta e das águas uma problemática histórica ainda maior de invisibilidade do que a enfrentada pela população do campo, inclusive, com escassez de estudos que permitam contar essa história de forma mais aprofundada. A saúde dessa população tem sido apontada como precária, destacando-se da população das águas nesse estudo.

3.3 Pesca Artesanal: compreendendo o trabalho pesqueiro

A Pesca Artesanal (PA) possui várias definições. Para este estudo adotaremos aquela trazida por Pena et al. (2018) que a caracteriza como sendo uma atividade autônoma, em regime de economia de subsistência, podendo ser realizada familiar ou individualmente, utilizando pequenas ou nenhuma embarcação e instrumentos, e está embasado em saberes tradicionais. Segundo os mesmos autores, é escassa a literatura abordando esse tema, sendo mais comuns estudos realizados em países desenvolvidos que possuem realidades diferentes de países em desenvolvimento, como o Brasil.

A atividade pesqueira consiste em uma das atividades mais antigas realizadas pelo homem, assumindo grande importância até os dias de hoje. De acordo com Santos (2015), constitui-se como fonte de alimento, renda, comércio e lazer. O autor elucida que a pesca pode ser classificada de formas distintas:

Pesca comercial: desenvolvida por pescadores profissionais e destinada à comercialização na própria região e, eventualmente, para outras regiões do país. Nela operam barcos regionais simples, com casco de madeira medindo de 4 a 16 m de comprimento. A pesca que vem sendo praticada nos reservatórios das grandes hidrelétricas da região, como Balbina, Samuel e Tucuruí, pode ser enquadrada nessa categoria; **Pesca industrial:**

desenvolvida por pescadores profissionais na região do estuário amazônico e destinada à exportação. Nela operam barcos possantes, com casco metálico de 17 a 29 m de comprimento. Neste caso, as capturas são feitas com redes em parelha. Trata-se de uma pesca bastante específica, centrada na Piramutaba (*Brachyplatystoma vaillanti*) e secundariamente nos pargos (*Lutjanidae*) e no camarão de água doce (*Farfantepenaeus subtilis*). **Pesca de peixes ornamentais:** desenvolvida por pescadores artesanais de peixes vivos. A atividade é praticada com uso de canoas pequenas e puçás ou peneiras alongadas, próprias para uso entre a vegetação aquática. Os peixes vivos são transportados da área de coleta até Manaus em barcos, utilizando-se de bacias com água. Nessa cidade, são mantidos em viveiros até o momento da exportação. Essa atividade está centralizada na bacia do rio Negro, sendo operada por seis a oito mil pescadores, denominados piabeiros. O comércio com o exterior é bancado por poucas, mas tradicionais empresas do ramo e destinado especialmente aos mercados europeu, asiático e americano. **Pesca de subsistência:** desenvolvida por pescadores ribeirinhos e destinada à alimentação e à de seus familiares. Quando bem-sucedida, parte da produção pode ser vendida a intermediários ou em feiras das vilas mais próximas. Trata-se de uma atividade difusa, praticada por milhares de pessoas e, por isso, sua produção é difícil de ser quantificada. É também muito expressiva do ponto de vista cultural, por ser uma atividade comumente praticada por gente de ambos os sexos e de todas as idades e categorias sociais (SANTOS, 2015 p. 166).

Pode-se destacar, ainda, a pesca esportiva, que se trata daquela realizada por lazer, sendo realizada em espaços de pesque-pague, pesque-solte e pesque-leve. Nessa categoria são empregados instrumentos simples, como molinete, anzol e linha. Vale ressaltar que a atividade pesqueira foi regulamentada no Brasil no ano de 1967 pelo Decreto-Lei n. 221 o chamado Código de Pesca e atualizado no ano de 2009, pela Lei Federal n. 11.959/2009, a chamada Lei da Pesca. Essa regulamentação promoveu o avanço da atividade pesqueira no Brasil, estimulando a industrialização do mercado, bem como para ampliação das exportações de pescados, sendo de grande movimentação para a economia e desenvolvimento do Brasil (BORGES et al., 2013).

Em 2010, o Brasil ficou entre os 20 maiores produtores de pescado do mundo, sendo que 45% da produção é referente à pesca artesanal. Da pesca artesanal produzida no Brasil, 75% é proveniente do Nordeste, o que mostra a importância e o protagonismo desta região nesta atividade. De acordo com o relatório do World Bank (2012), essa categoria é apontada como uma das maiores e mais importantes do mundo, havendo cerca de 120 milhões de trabalhadores que dependem da pesca como meio de subsistência. Destes, aproximadamente 56 milhões trabalham com a pesca artesanal e, destes, quase a metade é composta por mulheres, que se dividem em várias jornadas de trabalho, entre a mariscagem e os afazeres domésticos, sobrando pouco tempo para o cuidado com a saúde.

Ainda segundo o World Bank (2012), estima-se que milhões de pescadores no mundo ganhem menos de um dólar por dia de trabalho, e por ser uma atividade econômica em regime de subsistência, deixar de trabalhar por um ou mais dias, afeta diretamente no consumo e economia familiar, o que pode fazer com que muitos desses trabalhadores se submetam a trabalhar mesmo doentes. Pena et al. (2011) relatam que mulheres marisqueiras trabalham sem usufruir de folga semanal, férias ou outros direitos, o que reforça que o adoecimento destas trabalhadoras, acarreta prejuízos e afeta o sustento de suas famílias.

Estima-se que cerca de 3 milhões de pessoas dependam de alguma forma do setor de pescado, seja pela indústria pesqueira ou pela aquicultura. Além disso, dos cerca de 900 mil empregos que integram esse setor, 90% são pescadores artesanais e os demais estão envolvidos na pesca costeira industrial. Destaca-se que as embarcações envolvidas em pesca oceânica representam 0,4% do total e 3% das industriais (BRASIL, 2012). Nesse contexto, a atividade pesqueira tem se mostrado de grande importância para o Brasil, contribuindo para seu desenvolvimento econômico e social. Comprova-se pelo crescimento de 13% registrado entre 2016 e 2017 pela indústria de pescado, principalmente em Estados da região Nordeste, como Pernambuco, principal região exportadora para a Europa (BRASIL, 2012).

Em meio ao progresso econômico e social da atividade pesqueira, vale salientar que são os próprios pescadores que gerenciam seus processos de trabalho, caracterizados por extensas jornadas de até 110 horas semanais, realizando movimentos repetitivos. Dentro do processo de trabalho deveriam estar a pausa/repouso, o que nem sempre acontece, pois as dificuldades financeiras impõem um ritmo de trabalho na busca pela sobrevivência, acarretando o risco de adoecimento pelo trabalho (RÊGO et al., 2018).

3.4 Exposição ocupacional na pesca artesanal e sua influência no processo saúde-doença

O ambiente de trabalho saudável é um dos determinantes para promover o bem-estar do indivíduo, sendo que os ambientes insalubres promovem as doenças e a incapacidade de trabalhar. A saúde ocupacional se insere ao movimento de tendência

mundial que emerge no campo da saúde do trabalhador, passa a propor uma perspectiva interdisciplinar que abre espaço para a contribuição de outros campos disciplinares como o da psicologia e odontologia. Conceituando doença ocupacional, Ribeiro (2012, p. 14) afirma que:

Doença ocupacional é a designação de várias doenças que causam alterações na saúde do trabalhador, provocadas por fatores relacionados com o ambiente de trabalho. Quando se discutem doenças ocupacionais, devem ter em mente que o problema básico da doença ocupacional geral é aquele que busca relacionar o ambiente de trabalho com a manifestação clínica de determinada doença, geralmente provocados pela deficiência ergonômica no ambiente de trabalho.

Nesse contexto, entende-se por doenças ocupacionais aquelas que estão diretamente relacionadas às atividades executadas pelos trabalhadores, podendo ser consequentes das condições de trabalho a que estes estão submetidos. As concepções acerca das influências que o trabalho exerce na saúde do homem não são recentes e muito se discute sobre o impacto na vida do trabalhador que suas atividades pode exercer (ARAÚJO; SOUZA; TRAD, 2010). De acordo com Costa et al. (2013, p. 12):

Nas últimas décadas, várias iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador (ST) que incluem ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho.

Assim, verifica-se que a busca por uma maior atenção à saúde do trabalhador tem sido buscada pelos mais variados campos do conhecimento. Deve-se destacar aqui a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RESNAT) que, de acordo com Leão e Vasconcelos (2011), surgiu com o objetivo de integrar os programas de saúde do trabalhador e as estruturas orgânicas de saúde, entendendo que elas se mantinham isoladas e marginalizadas.

Na pesquisa realizada por Pena e Freitas (2011) em uma comunidade de 800 habitantes, situada em Ilha de Maré – Bahia, foi realizada uma análise da relação do trabalho na pesca artesanal e a saúde dos trabalhadores, sendo evidenciada a gravidade das condições de trabalho, especialmente em relação à incidência de Lesão por Esforço Repetitivo (LER). De acordo com os autores, o trabalho realizado pelas marisqueiras na

extração dos mariscos possui uma frequência média de 10.200 movimentos repetitivos por hora, enquanto, para a atividade de digitador, a norma oficial estabelece o limite de 8.000 toques por hora.

Além disso, Pena e Freitas (2011) ainda destacam precariedade do ambiente de trabalho como riscos enfrentados por essas profissionais. Os autores mencionam baixos salários, problemas posturais, que podem ocasionar doenças como lombalgia e, ainda, a exposição ao sol, que podem ocasionar doenças como insolação e, até mesmo cânceres de pele (Figura 1).

Figura 1. Marisqueiras em atividade em Ilha de Maré – Bahia



Fonte: Pena e Freitas (2011).

Pesquisa semelhante foi realizada por Carvalho et al. (2014), todavia, buscaram verificar o conhecimento de trabalhadores da pesca artesanal sobre um

ambiente de trabalho saudável, promovendo um diálogo de saberes entre pescadores e marisqueiras de comunidades do entorno da Bahia de Todos os Santos. Os autores evidenciaram um ambiente de trabalho adoecido em decorrência das indústrias que se alocaram nas proximidades das comunidades, dos rios e mares, contaminando-as por componentes químicos presentes nas suas atividades, além de ser evidenciada a falta de saneamento básico nas comunidades, o que impacta diretamente na saúde desses trabalhadores e seus familiares.

Como dito anteriormente, a questão da falta de saneamento básico merece destaque em relação à saúde dessa população, visto que a qualidade da água está diretamente dependente do saneamento, haja vista os gradientes necessários à dissolução, diluição e transporte de uma gama de substâncias benéficas ou maléficas à vida, tratando-se de uma relação de proporção entre quantidade e qualidade. Os riscos de estiagem, escassez e mesmo as cheias potencializam mais ainda os riscos de poluição dos mananciais.

Essa qualidade possui uma relação intrínseca com a gestão da bacia hidrográfica, onde as formas de uso do solo serão os parâmetros para definir o grau de impacto na área da bacia hidrográfica. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017) ao menos 3,4 milhões de pessoas em todo o mundo morrem em decorrência da falta de tratamento adequado da água para consumo. Dentre as doenças que podem ser ocasionadas cita-se: giardíase, amebíase, febre tifoide, cólera, lombriga e leptospirose. Dessa forma, evidencia-se a problemática existente entre o binômio quantidade/qualidade da água.

A Agência Nacional de Águas (ANA, 2017) também destaca a qualidade das águas como uma problemática de saúde pública com impactos significativos na qualidade de vida da população. Assim, faz-se fundamental o monitoramento da qualidade das águas para que a problemática possa ser reduzida. Como um dos grandes impactos ambientais na água, destaca-se o desastre de Mariana – MG, ocorrido no ano de 2015, quando foi liberado um volume estimado de 34 milhões de m³ de rejeitos de mineração, causando perdas de vidas humanas e diversos impactos socioeconômicos e ambientais na bacia do rio Doce. As consequências podem ser percebidas até os dias de hoje.

Mais recentemente, em 2019, manchas de óleo no litoral nordestino colocaram em risco a saúde da população das águas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente (IBAMA, 2019), os Estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Espírito Santo e Rio de Janeiro, foram atingidos pelo desastre ambiental. Na Bahia, as localidades de Camaçari, Conde, Entre Rios, Esplanada, Jandaíra e Lauro de Freitas foram decretadas em estado de emergência. Com ações ineficazes por parte das autoridades, a própria população desses locais trabalharam de forma ativa na limpeza de suas praias.

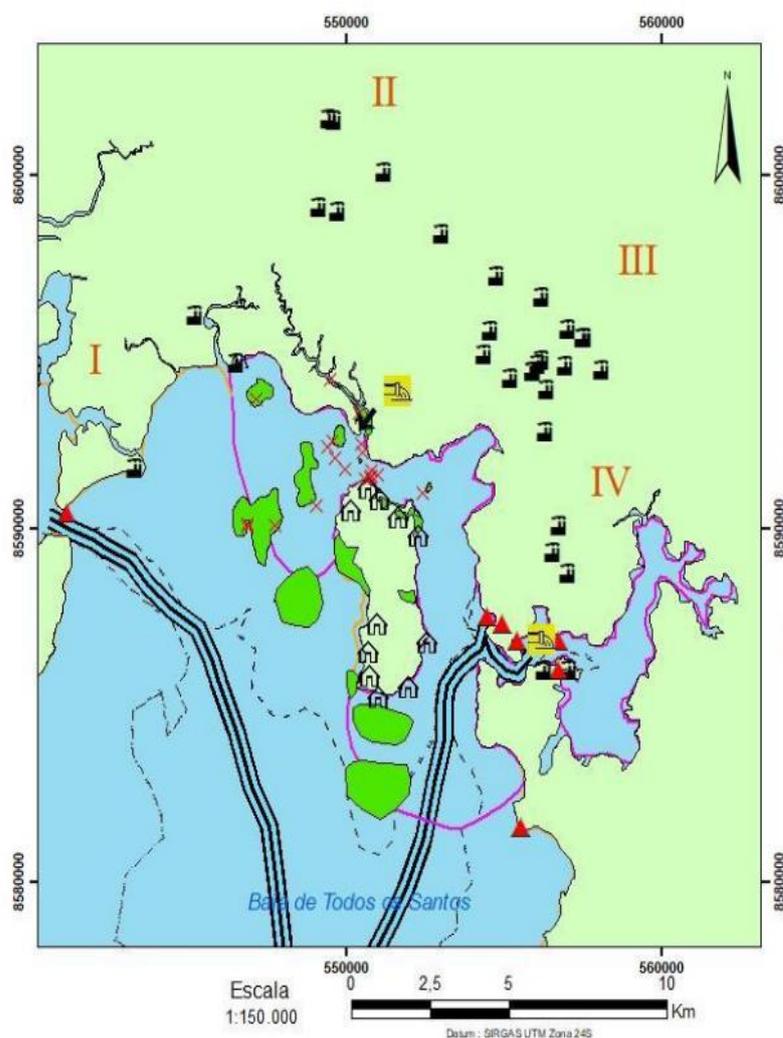
Os riscos para essas pessoas, para moradores e visitantes dessas localidades são latentes, dada a toxicidade do petróleo bruto. As substâncias cancerígenas, destacando-se o benzeno, estavam presentes, sendo esta substância capaz de causar anemia e aumentar as chances de desenvolvimento de cânceres sanguíneos como a leucemia. Salienta-se, ainda, os riscos trazidos pelo benzeno, tolueno e xileno, que podem ocasionar doenças no sistema nervoso (IBAMA, 2019; INCA, 2019). Os animais marinhos foram os que mais sofreram com o desastre, todavia, ainda cabe o alerta de que o consumo de peixes e outros frutos do mar que chegaram a ser infectados também representam riscos à saúde humana.

Dessa forma, verifica-se que trata-se de uma população constantemente exposta a riscos de doenças ocupacionais, fator que demonstra que elas deveriam ser incluídas em grupos de trabalhadores de risco, exigindo um olhar mais atento em relação à saúde das mesmas.

3.5 O caso de Ilha da Maré - BA

A Ilha da Maré é palco de conflitos entre as empresas e as comunidades, sendo mencionado por Bispo (2018) que esses conflitos afetam principalmente os povoados da porção Norte da ilha, local onde está situada a comunidade de Bananeiras, cenário desta pesquisa. De acordo com a autora os conflitos são de ordem ambiental e econômica. A Figura 2 ilustra os principais conflitos existentes na Ilha da Maré.

Figura 2. Principais conflitos existentes no entorno de Ilha da Maré



Legenda

- | | | | |
|--|--|--|---------------------|
| | Empresas | | Pontos de conflitos |
| | Efluentes | | Comunidades Maré |
| | Portos e Terminais Particulares | | |
| | Pesqueiros | | |
| | Área de Influência Indireta (AI - SAO) | | |
| | Área de Influência Direta (AID - SAO) | | |
| | Canal tráfego de navios | | |
| | Principais Rotas de Navios Cargueiros | | |

I. Gás butano, Sulfeto de Hidrogênio, Diesel, Gasolina, GLP, Hexano, Isso-Butano, Nafta, Petroquímica, Óleos Combustíveis, Lubrificantes, Parafinas, Propano, Propeno, Querosene de aviação, BTEX (Benzeno, Tolueno e Xileno), COT, MP, Nox, CO, Sox, HPA's, N-alcanos, Gases (álcools, derivantes da parafina).

II. Material particulado, Gás Cloro, Ácido clorídrico, SiF₄, HF, NH₃, SO_x, NO_x, SO₂, CO, HC, MP, Brita, Pó de pedra, areia, CAP.

III. SO₂, NO_x, HC, MP10, Brita, Pó de pedra, Areia, CAP, Material particulado, SiF₄, HF, NH₃, SO_x, NO_x, HCT, CH₄, MP (pós de carbono), HPAs, MP de: Carbono de Cálcio, Sílica, Alumínio, Minérios de Ferro, "Gesso"19, Brita, Pó de pedra, TDI-Tolueno de Isocianato Solventes, MMA, EMA, AS, AE, Cn.

IV. Maganês, HCl, Óxido de Propeno, MPG-Mono, Propileno, Glicol, DPG-Dipropileno, Glicol, MP, COT, MP, Nox, CO, SOx, HPAs, N-alcanos, NH₃, Gases diversos.

Fonte: Bispo (2018).

Desta forma, os moradores de Ilha da Maré são afetados por emissões particuladas, líquidas e gasosas, decorrentes das atividades portuárias e industriais que, ao serem noticiadas pela mídia, prejudicam também economicamente, visto que consumidores dos mariscos e peixes deixam de comprar e comer os produtos vendidos pela comunidade acreditando estarem contaminados.

Para Bispo (2018), esses conflitos são ocasionados pela própria presença das empresas na ilha, porém, poderiam ser amenizados por uma gestão adequada dos mesmos, com um olhar mais atento para as necessidades dos moradores da região. Sobre o assunto cabe mencionar nesse ponto o posicionamento de Ferreira e Rigotto (2014) que o capitalismo acentuou as contradições na sociedade, verificando-se um paradigma positivista, com um sistema que funciona como “um instrumento de manipulação da natureza em benefício de um sistema produtivo excludente e de uma ordem social segregadora [...], denunciando sua incapacidade de oferecer respostas aos problemas contemporâneos” (p. 4104).

Importante mencionar que, além de ser uma população rural, a comunidade de Ilha da Maré caracteriza-se ainda como quilombola. De acordo com o Relatório Técnico de Identificação e Delimitação (RTID, 2017) para regulamentação fundiária como um território quilombola, existem na comunidade 404 famílias em um território de 644,7 hectares. Salienta-se que a publicação desse relatório já foi uma conquista da população local que lutava desde o início da década de 1990 para ser reconhecida como uma comunidade quilombola. O reconhecimento oficial na Fundação Cultural Palmares (FCP) alcançado em 2004 e em 2006 iniciado o processo de identificação e demarcação iniciado no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). Somente em 2017 foi publicado o RTID, considerado como o passo mais complexo desse processo.

Esse reconhecimento é essencial para que se tenha a conquista de direitos sobre o território, considerando que, dada a importância histórica das comunidades quilombolas e por serem consideradas como espaço de manutenção e resistência da cultura negra, são amparadas pela Convenção n. 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), lhes garantindo o direito ao controle da terra e das atividades que asseguram sua sobrevivência e desenvolvimento econômico.

De acordo com a Coordenação Nacional de Comunidades Quilombolas (CONAQ, 2018), existem no Brasil 2.847 comunidades quilombolas certificadas no Brasil, abrigando aproximadamente dois milhões de pessoas, com grande parte dessas comunidades ainda vivendo longe dos centros urbanos, em áreas rurais, pelas próprias características históricas dessas comunidades, já que eram refúgio para negros que fugiam da escravidão.

Como bem afirmam Silva e Andrade (2017), tratam-se de comunidades que enfrentam uma série de obstáculos diários, desde a busca pela titulação do território, até processo de ressignificação de sua própria existência em sentido cultural, econômico, social, político. Sobre o assunto, Leão (2015) verificou em sua pesquisa que para a população quilombola os maiores obstáculos de acesso aos serviços de saúde consistem em: racismo, demora no atendimento e consultas agendadas, evidenciando que menos de 50% dessa população está coberta pelo sistema. Assim, é possível dizer que a comunidade de Ilha da Maré enfrenta uma dupla invisibilidade, como população rural e como quilombolas.

3.6 Fatores que influenciam o acesso de uma população aos serviços de saúde

Muitos fatores podem atuar como dificultadores do acesso de uma população aos serviços de saúde; barreiras, tais como baixa cobertura populacional, carteira de serviços restrita, custos de oportunidade altos, barreiras financeiras, barreiras culturais e barreiras geográficas (BRASIL, 2015a).

Em seu trabalho ‘Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte’, Carvalho et al. (2018) concluíram que diferenças regionais em aspectos geográficos e organizacionais podem interferir no acesso às unidades. Silva et al. (2017), em análise de seus achados, afirmam que a oferta insuficiente ou inexistente de consultas em diversas especialidades traduz em muita dificuldade para os gestores trabalharem a garantia do acesso ao atendimento especializado.

Dessa forma, a existência dessa dificuldade faz com que as necessidades de saúde dos usuários ou as demandas por serviços de saúde não sejam atendidas. Para

Silva et al. (2017), as possíveis causas do problema do acesso às consultas especializadas são a quantidade de vagas abaixo do normatizado, número de médicos insuficientes, dificuldade de fixação dos médicos no interior, alta dependência do setor privado, redução da participação da União e do estado na oferta e no financiamento de serviços.

Molina-Salazar et al. (2018), em seu trabalho sobre o acesso aos serviços de saúde no México, verificaram que a desigualdade de acesso aos serviços de saúde tem relação com o analfabetismo e a pobreza. De forma semelhante, Kassim et al. (2017) analisaram as disparidades socioeconômicas nos resultados de saúde e acesso aos cuidados de saúde em três ilhas nas Comores, na África Oriental e relatam que as disparidades de saúde são uma questão séria que desafiam a prestação de serviços de saúde, tanto em nível rural quanto em nível urbano. Os autores afirmam ainda, que os diferenciais de renda são pré-requisitos importantes para o acesso e a utilização dos serviços de saúde, além de relatarem ter encontrado evidências marcantes das disparidades rurais / urbanas e inter-ilhas no acesso aos serviços de saúde.

Prosenewicz e Lippi (2012), ao analisarem o acesso aos serviços de saúde de pescadores ribeirinhos em um município de Rondônia, na região Norte do Brasil, relatam, a partir da percepção dos entrevistados, que os serviços de saúde pública no município pesquisado apresentam problemas. Dentre eles citam a ineficiência em vários tipos de atenção, o que demonstra que há inúmeras barreiras de acesso que necessitam passar por um processo de melhoramento para alcançar a universalidade, integralidade e equidade propostas pelo SUS. Ainda na mesma pesquisa foi possível perceber que as dificuldades no acesso aos serviços de saúde relatadas pelos pescadores resultam em prejuízos na renda familiar, pois a demora por atendimento faz com que eles percam o dia de trabalho.

A problemática do acesso aos serviços de saúde por parte das populações das águas tem como uma de suas principais variáveis a distância, que pode ser traduzida quando se pensa que os ribeirinhos navegam em média 60,4km e demoram cerca de 4,2 horas para acessar a zona urbana do município. As limitações geográficas que constituem barreiras ao acesso aos serviços de saúde e à melhoria das condições de vida podem limitar a aquisição de informações epidemiológicas dessas populações (GAMA et al., 2018).

O trabalho de pescadores envolve ficar dias no rio, distantes de suas casas, devido à desvalorização de seu pescado e à diminuição de peixes no rio, que os levam a ir cada vez a lugares mais distantes. Assim, por não terem outra fonte de renda, essa realidade pode influenciá-los fortemente a preferir não buscar pelo atendimento quando necessitam dele, pois a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, somada aos revezes de seus trabalhos, os fazem optar por ignorar sua necessidade de diagnóstico quando apresentam um problema de saúde; ficando, desse modo, um longo período longe das unidades de saúde (PROSENEWICZ; LIPPI, 2012). Esses achados ratificam as barreiras financeiras de acesso aos serviços de saúde.

Para Prosenewicz e Lippi (2012), a ampliação da atenção à saúde ocorre a partir do melhoramento do saneamento básico e expandindo a Estratégia Saúde da Família (ESF), que engloba a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes; possibilitando a participação social e, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, é uma necessidade para que obstáculos de acesso sejam minimizados.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Etapas da pesquisa

A pesquisa realizada para desenvolvimento desta dissertação se deu em duas etapas. Na primeira foi feita uma abordagem sobre a questão do diagnóstico situacional da produção científica por meio de uma Revisão Integrativa e na segunda foram abordados os procedimentos realizados para o estudo epidemiológico na comunidade de Bananeiras, Ilha da Maré – BA. Salienta-se que cada etapa da pesquisa resultou em um artigo para publicação, sendo o primeiro intitulado “Acesso aos Serviços de Saúde em Território Brasileiro por Populações Rurais: Uma Revisão Integrativa da Literatura” submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva de qualis B1 e o segundo intitulado Saúde da População das Águas: O Acesso aos Serviços de Saúde por Trabalhadores de uma Comunidade Tradicional Pesqueira do Nordeste Brasileiro” submetido aos Cadernos de Saúde Pública de qualis A2.

4.2 Revisão Integrativa da Literatura

Para análise dos estudos, utilizou-se a técnica da revisão integrativa da literatura, baseando-se nos conceitos de Mendes, Silveira e Galvão (2008), por meio da construção de análise constituída a partir de seis etapas: (I) elaboração de uma pergunta norteadora; (II) busca ou amostragem na literatura; (III) coleta de dados; (IV) análise crítica dos estudos incluídos; (V) discussão dos resultados; (VI) e apresentação da revisão integrativa, visando obter um melhor entendimento sobre a temática baseada em estudos anteriores.

Desta forma, é possível dizer que a revisão integrativa busca nos inúmeros estudos disponíveis evidências que possam comprovar um fato. Ressalta-se que são aceitos tanto estudos experimentais como estudos não-experimentais, apresentando-se, assim, como uma ampla abordagem metodológica possibilitando uma visão completa do fenômeno analisado.

4.2.1 Definição da pergunta norteadora

Na primeira etapa da Revisão Integrativa estabeleceu-se a delimitação dos objetivos e da questão que orienta este estudo, sendo a mesma responsável por facilitar a coleta dos dados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Considerando o problema informado na contextualização do objeto presente neste artigo, a questão levantada para nortear a pesquisa foi: Quais os fatores que influenciam o acesso a serviços de saúde pelas populações rurais?

4.2.2 Busca da literatura

Para fins de identificação dos artigos, segunda etapa da pesquisa, utilizaram-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Acesso aos serviços de saúde “Health services accessibility”, População Rural “Rural population” e Brasil “Brazil”. Por não existir descritor para população das águas, utilizamos o descritor “população rural” que abrange populações das águas, florestas e campo. Além disso, considerou-se apenas o operador booleano: AND. Foram pesquisadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); e na US National Library of Medicine (PubMed), por compreenderem literaturas relativas às ciências da saúde, ciências biomédicas e ciências da vida.

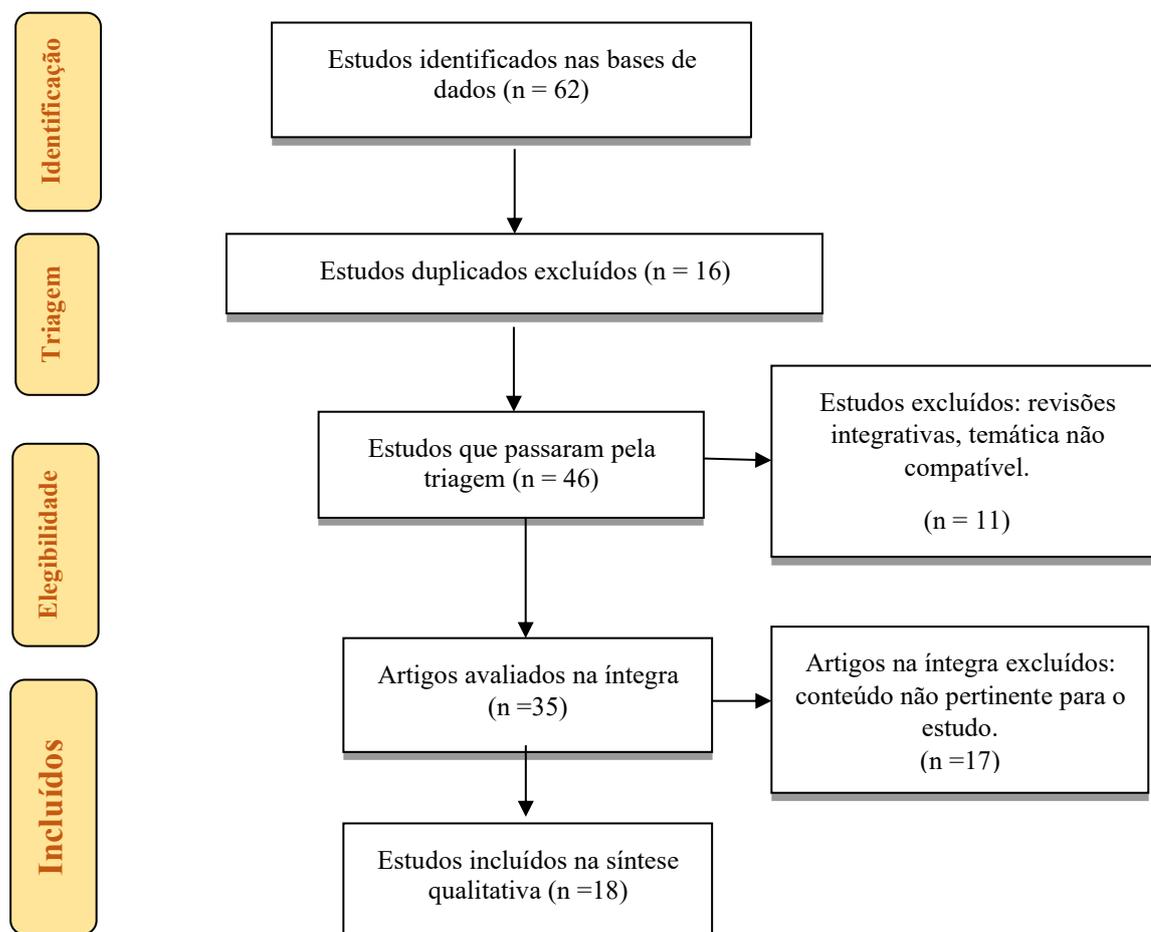
4.2.3 Coleta de dados e análise crítica dos estudos incluídos

Foram incluídos os estudos publicados na íntegra no período de 2014 a 2019, no idioma português, inglês e espanhol. Como forma de observar a singularidade das populações rurais no cenário nacional, e por entender que outras nações e continentes apresentam realidades deveras distintas da brasileira, optou-se por estudos que abordassem a situação neste país, e que apresentassem temática condizente com o objetivo desta pesquisa. Excluíram-se os estudos cujos textos não estavam disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas, assim como revisões de literatura. Da

mesma forma, foram eliminados aqueles com temática não compatível com os objetivos deste trabalho.

A Figura 3 apresenta o Prisma Flow do processo de seleção dos artigos incluídos. Dos 62 estudos localizados, 44 foram excluídos por duplicidade, por serem revisão integrativa ou por não terem sido considerados pertinentes para construção deste estudo.

Figura 3. Processo de seleção dos estudos incluídos na revisão de acordo com o fluxograma PRISMA FLOW. Fortaleza, 2019.



Conforme é possível observar na Figura 3, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa foi possível selecionar um total de 18 publicações, sendo 16 artigos e 2 teses de doutorado, que foram revisados para fins de análise.

4.2.4 Análise e discussão dos artigos

A terceira etapa da Revisão Integrativa trata-se da análise crítica dos artigos selecionados. Comprovada a adequação, os artigos selecionados tiveram suas informações registradas em formulário de Ursi (2005), contendo título do periódico, autores, ano da publicação, idioma, base de dados, região/país do estudo, objetivos, métodos, resultados e conclusões. Os estudos foram enumerados de 1 a 18, de forma aleatória, à medida que foram analisados. Para a análise e interpretação dos resultados, que contemplam a quarta e quinta etapa da revisão proposta, os artigos foram lidos e seus resultados considerados como base para melhor compreender como a temática tem sido tratada na literatura publicada.

4.3 Estudo Epidemiológico

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa que compõe um projeto mais amplo intitulado: Desenvolvimento de Territórios Saudáveis e Sustentáveis em Comunidades Tradicionais na Ilha de Maré, Salvador/BA.

4.3.1 Local de Estudo

O estudo foi realizado em Bananeiras, que se trata de uma das 11 comunidades que compõem a Ilha de Maré, localizada na Baía de Todos os Santos (BTS). Ressalta-se que embora faça parte do município de Salvador, a Ilha de Maré está mais próxima e voltada para o Recôncavo baiano, mais precisamente na região central da Baía de Todos os Santos, e é a segunda maior ilha da Baía, composta, em sua maioria, por pessoas de baixa renda.

Próximo à Ilha de Maré, encontra-se um complexo industrial formado por mais de 200 indústrias de diversos tipos, como química, metalúrgica e alimentícia. Este polo industrial trouxe consigo vulnerabilidade para o local, devido aos prejuízos socioambientais causados, uma vez que a economia desta região é na sua maioria extrativista e sofre com a contaminação do ambiente, pelas indústrias, interferindo na produção econômica desta população (CARVALHO et al., 2014).

Dessa forma, os conflitos verificados em Ilha da Maré têm sido motivo de realização de inúmeras pesquisas sobre o assunto, considerando como uma região de exclusão e segregação de suas comunidades, todavia, verifica-se uma lacuna em relação ao acesso da população aos serviços de saúde. Além destes motivos, a Ilha de Maré foi escolhida como campo de estudo, também pelo fato da dificuldade de implementação de políticas públicas neste território.

4.3.2 População, tamanho da amostra e critérios de inclusão

O município de Salvador possui uma população estimada em 2.857.329 habitantes, segundo dados do último censo (IBGE, 2010). A Ilha de Maré, que pertence a Salvador, segundo dados do SIM (2019) possui 4.236 habitantes, distribuídos em uma área de 10,87 km². Foi realizado um censo na comunidade de Bananeiras. Participaram do estudo todas as pessoas maiores de 18 anos e que possuíam residência fixa na comunidade. Ao todo foram entrevistados 213 indivíduos.

4.3.3 Instrumentos e variáveis coletadas

A pesquisa foi realizada entre maio e novembro de 2018. Foi aplicado um questionário semiestruturado adaptado do instrumento utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde (FIOCRUZ, 2019), questionário de base populacional realizado no Brasil em 2013 pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Salienta-se que o instrumento de pesquisa original é mais amplo, com este estudo utilizando-se, para este trabalho, de um recorte de seus componentes, delimitando a pesquisa ao estudo de cinco blocos de informação: utilização dos serviços de saúde, cobertura de planos de saúde, conhecimento sobre seus direitos, práticas populares de cuidado e características sociodemográficas dos entrevistados, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Variáveis do estudo

Categorização das variáveis	Variáveis
Características sociodemográficas	Sexo; Cor ou raça; Identificação como população tradicional; Vive com cônjuge ou companheiro?; Estado civil; Sabe ler e escrever?; Até que série estudou; Classe de alfabetização – CA; Acesso à moradia; Abastecimento de água no domicílio; Como a água de consumo é tratada?; Destinação das fezes e urina do banheiro; Tempo de trabalho por dia; Destinação dos resíduos da pesca /mariscagem; Atividade laboral principal.
Utilização dos serviços de saúde	Procura mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde; Serviço procurado para atendimento de saúde; Localização do serviço de saúde que mais procura.
Cobertura de planos de saúde	Sistema de saúde utilizado
Conhecimento sobre seus direitos	Conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas; Conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Conhecimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora.
Práticas populares de cuidados	Crença na eficácia de métodos populares de cuidados em saúde

Fonte: Elaborada pela autora.

4.3.3.1 Variável Dependente

Para a criação da variável dependente foram incluídos todos os indivíduos que referiram o tempo que percorrem de casa a algum tipo de serviço de saúde. Além disso, foi realizada uma categorização a partir do tempo de percurso da residência do entrevistado para o local do serviço de saúde. A respectiva pergunta contém cinco níveis de resposta: até uma hora, de 1 a 2 horas, de 2 a 3 horas, de 3 a 8 horas e de 8 a 12 horas. Em seguida, procedeu-se com a seguinte categorização: Sem dificuldade de acesso (até uma hora), Pouca dificuldade de acesso (de 1 a 2 horas), Grande dificuldade de acesso (acima de 2 horas).

4.3.3.2 Variáveis Exploratórias

Foram consideradas como variáveis exploratórias as questões relacionadas à localização o serviço de saúde que costuma frequentar; procura por atendimentos médicos ou odontológicos nas duas últimas semanas; foi atendido quando procurou serviços médicos ou odontológicos nas duas últimas semanas. Além disso, considerou-se também o conhecimento sobre políticas públicas e as características sociodemográficas.

4.3.4 Processo de análise dos dados

Os questionários foram digitados utilizando dupla entrada, como forma de prevenir eventuais erros de digitação. Em seguida foi realizada a distribuição de frequência simples como forma de analisar o comportamento das variáveis de estudo. Para correlacionar foi utilizado o teste de Fisher, que é aplicado para verificar a associação entre duas variáveis categóricas. O objetivo principal é verificar se o comportamento de uma variável pode ser influenciado por outra variável (CONOVER, 1971). Mais precisamente, se as proporções das respostas de uma variável são diferentes ou iguais em função de uma segunda variável.

Inicialmente foi realizada uma distribuição de frequências absoluta e relativa para cada um dos domínios do questionário. Em seguida, procedeu-se com a análise bivariada, apresentando-se a Razão de Prevalência, Intervalos de Confiança e p-valor para cada uma das associações. Adota-se 5% como nível de significância, isto é, p-valor menor que 0,05 sinaliza resultado significativo a favor da hipótese H_1 , confirmando a hipótese levantada nesse estudo. Os dados foram digitados utilizando o software Epi-Info® versão 3.5.1 e analisados no SPSS versão 24.

4.3.5 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer de número 01857318.0000.8027. Como se trata de pesquisas envolvendo a participação de seres humanos, todos os procedimentos obedeceram a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes da pesquisa, respeitando e assegurando a adequação às pluralidades culturais, linguísticas e educacionais dos envolvidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Artigo a ser submetido à publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TERRITÓRIO BRASILEIRO POR POPULAÇÕES RURAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

RESUMO

No presente estudo realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo identificar e analisar a produção científica sobre o acesso a serviços de saúde pelas populações rurais, considerando os fatores que implicam neste acesso. Foram pesquisadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); e na *US National Library of Medicine* (PubMed), por compreenderem literaturas relativas às ciências da saúde, ciências biomédicas e ciências da vida. Foram incluídos os estudos publicados na íntegra no período de 2014 a 2019, no idioma português, inglês e espanhol. A presente revisão integrativa demonstrou que a acessibilidade das populações aos serviços de saúde é precária, verificando-se como principais variáveis que influenciam nessa questão: a geografia do local, geralmente por localizações distantes dos centros urbanos ou de difícil acesso, como é o caso de populações ribeirinhas, em que o acesso à comunidade muitas vezes só é possível pelo rio. Evidenciou-se também a falta de capacitação e qualificação dos profissionais de saúde para lidar com essas populações, desconhecendo a peculiaridade de seus territórios e doenças, fator que dificulta até mesmo a comunicação profissional/paciente. Constatou-se que a procura dessas populações pelos serviços de saúde é baixa, principalmente para atendimentos preventivos, sendo estes mais realizados pelo público feminino e, quanto mais complexa a especialidade necessária, mais difícil o acesso dessas populações.

Palavras-Chave: Acesso aos serviços de saúde. População Rural. Brasil.

ABSTRACT

In the present study, an integrative literature review was conducted to identify and analyze the scientific production on access to health services by rural populations, considering the factors that imply this access. We searched the Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) databases; Scientific Electronic Library Online (SciELO); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); and the US National Library of Medicine (PubMed), for their understanding of health science, biomedical, and life science literature. Studies published in full from 2014 to 2019 in Portuguese, English and Spanish were included. The present integrative review showed that the accessibility of populations to health services is precarious, as the main variables that influence this issue are the geography of the site, usually by locations distant from urban centers or difficult to reach, such as riverside populations, where access to the community is often only possible through the river. It was also evidenced the lack of qualification and qualification of health

professionals to deal with these populations, unaware of the peculiarity of their territories and diseases, a factor that makes even professional / patient communication difficult. The results also showed that the demand of these populations for health services is low, especially for preventive care, which is more provided by the female public and, the more complex the specialty required, the more difficult access of these populations.

Keywords: Health services accessibility. Rural population. Brazil.

INTRODUÇÃO

As populações do campo, das florestas e das águas historicamente enfrentam um cenário de negligência e invisibilidade na garantia de seus direitos sociais no Brasil. Dificuldades no acesso à educação, ao saneamento básico e aos serviços de saúde marcam essa realidade ⁽¹⁾.

Apesar disto, nos últimos anos, é possível verificar maior visibilidade na questão do acesso aos serviços de saúde das populações do campo, florestas e águas. No ano de 2011, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de modo a atender às necessidades de atenção à saúde desta população ⁽²⁾.

O Programa Mais Médicos (PMM) também vai nesta direção. Nesse sentido, foram incorporados mais de 18 mil médicos distribuídos em 73% dos municípios brasileiros. Com isso, em diversos municípios houve melhoras significativas em diversas dimensões do acesso, tais como a ampliação do número de consultas, a diminuição da fila de espera, bem como a ampliação do quantitativo de visitas domiciliares ⁽³⁾. Todavia, ainda persistiram desafios que precisavam ser corrigidos, tais como a orientação dos serviços de saúde com base nas demandas e especificidades dos territórios ⁽³⁾.

No ano de 2018, aproximadamente 8.300 médicos deixaram o PMM agravando ainda mais a dificuldade para o acesso aos serviços de saúde de diversas populações. Levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em 2018 demonstrou que a saída do PMM deixou um total de 284 municípios brasileiros de 19 Estados sem qualquer cobertura de Atenção Primária ⁽⁴⁾.

Destaca-se que 77% destas áreas descobertas estão localizadas no Amazonas, impactando negativamente nas populações das florestas e das águas. Para serem atendidos, passaram a ter que percorrer distâncias de até 80 quilômetros para

atenção básica ou terciária, não havendo cobertura sanitária de média e alta complexidade ⁽⁵⁾.

A pouca visibilidade das demandas de acesso aos serviços de saúde por parte das populações do campo, das águas e das florestas evidencia-se também no âmbito acadêmico-científico. Apesar de já existirem estudos na área como o de Pessoa et al. ⁽⁶⁾ que buscou problematizar a situação de saúde dessas populações, os desafios e as estratégias adotadas para garantir o direito à saúde; o de Ruckert et al. ⁽⁷⁾ e Burille e Gerhardt ⁽⁸⁾, que também realizaram pesquisas sobre o assunto. O que se verifica é que estão concentrados na análise da qualidade do atendimento, contaminação por agrotóxicos, à especificidade de situação de saúde de determinado público, por exemplo, verificando-se que poucos são os estudos que abordaram a dimensão do acesso aos serviços de saúde das populações do campo, das águas e das florestas. Ao focalizar na população das águas, estes estudos tornam-se ainda mais escassos.

Diante dessa problemática evidenciada, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo identificar e analisar a produção científica sobre o acesso a serviços de saúde pelas populações rurais, enfocando nas populações das águas em território brasileiro, considerando os fatores que implicam neste acesso.

MÉTODO

Utilizou-se a técnica da revisão integrativa da literatura, por meio da construção de análise constituída a partir de seis etapas: (I) elaboração da pergunta norteadora; (II) busca e/ou amostragem na literatura; (III) coleta de dados; (IV) análise crítica dos estudos selecionados; (V) discussão dos resultados; (VI) apresentação da revisão integrativa, visando obter um melhor entendimento sobre a temática baseada em estudos anteriores⁽⁹⁾.

Na primeira etapa da Revisão Integrativa estabeleceu-se a delimitação dos objetivos e da questão orientadora a partir da seguinte pergunta de partida: quais os fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde pelas populações rurais?

A segunda etapa constituiu-se da identificação de artigos científicos, teses, dissertações e/ou monografias sobre a referida temática. Para tanto, utilizou-se dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Acesso aos serviços de saúde “Health services accessibility”, População Rural “Rural population” e Brasil “Brazil”. Salienta-se que o descritor “população rural” que abrange populações das águas, florestas e campo. Além disso, considerou-se apenas o operador booleano “and”. Foram

pesquisadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); e na US National Library of Medicine (PubMed).

Foram incluídos os estudos publicados na íntegra no período de 2014 a 2019, no idioma português, inglês e espanhol. O critério para a escolha do período temporal foi a atualização através de decreto da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, tendo essa última população sido acrescentada no ano de 2014. Excluíram-se os estudos cujos textos não estavam disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas. Dos 62 estudos localizados, 44 foram excluídos por duplicidade, por serem revisão integrativa ou por não terem sido considerados pertinentes para construção deste estudo (Figura 1).

A terceira etapa da Revisão Integrativa tratou da análise crítica dos manuscritos selecionados. Comprovada a adequação ao objeto desta pesquisa, procedeu-se com o registro das seguintes informações em formulário elaborado por Ursi⁽¹⁰⁾: título do periódico, autores, ano da publicação, idioma, base de dados, região/país do estudo, objetivos, métodos, resultados e conclusões (Tabela 2).

Para a análise e interpretação dos resultados, que contemplam a quarta e quinta etapa da revisão, os artigos foram lidos e avaliados por dois pesquisadores, como forma de reduzir o viés de seleção, considerando categorias temáticas de acordo com os resultados buscados nesta pesquisa: acessibilidade; relação profissional-paciente; qualidade dos serviços; e outros resultados relevantes (Tabela 3). Os resultados serão apresentados a seguir.

RESULTADOS

No ano de 2014 não foram encontradas publicações. Nos anos seguintes, a produção foi distribuída da seguinte forma: 16,7% publicados em 2015, 11,1% em 2016, 11,1% em 2017, 44,4% em 2018 e 16,7% em 2019. Verificou-se que 88,9% dos estudos selecionados foram publicados em língua portuguesa e 11,1% em língua inglesa. Em relação aos periódicos de publicação dos artigos verificou-se que 68,7% são revistas vinculadas à área de Saúde Pública, 6,2% na área de Psicologia e 25% Enfermagem. Com relação ao *qualis* das revistas, 62,5% destes periódicos estão classificados entre A1 e B1. As teses selecionadas foram apresentadas aos cursos de Saúde Coletiva e Odontologia Preventiva e Social (Tabela 1).

Cerca de 11,1% dos estudos identificados foram de abrangência nacional. No âmbito regional, a maioria das pesquisas concentrou-se na região Sul e Centro-Oeste do país. As regiões Norte e Nordeste apresentaram 16,7% e 11,1% do total da produção científica, respectivamente (Tabela 2).

Sobre o enfoque metodológico, mais da metade dos estudos (61,1%) utilizou a abordagem quantitativa do tipo transversal. Em relação aos sujeitos da pesquisa, identificou-se uma predominância pela percepção dos profissionais de saúde que lidam com trabalhadores da área da saúde e que atuam em áreas rurais. Apenas dois estudos levaram em consideração as experiências dos usuários. O estudo de Gama et al. ⁽¹¹⁾, que teve como sujeitos 492 ribeirinhos residentes na zona rural do Município de Coari – AM e de Kessler et al. ⁽¹²⁾ que realizaram o estudo com 90 moradores da zona rural do Oeste de Santa Catarina (Tabela 2).

Aproximadamente 61% dos estudos abordaram alguma dimensão do acesso aos serviços de saúde nas populações rurais. Dentre eles, os enfoques mais prevalentes foram relacionados ao deslocamento e acessibilidade (Tabela 3).

Analisando os artigos selecionados em relação às recomendações para a melhoria do acesso aos serviços de saúde verificou-se que 41,6% dos autores verificaram a necessidade de reformulação das políticas públicas voltadas para essas populações com enfoque para as especificidades de cada território, destacando a importância de considerar os diferentes públicos existentes nessas localidades, como a saúde da mulher, a saúde do homem, os agravos ocupacionais e os problemas decorrentes da falta de saneamento básico (Tabela 3).

Importante mencionar ainda que 25% dos autores mencionaram a necessidade de capacitação dos profissionais para lidar com as peculiaridades desse povo, com vistas à melhoria da comunicação, bem como do olhar atento e compreensível em relação às suas necessidades. Salienta-se que 16,6% dos autores ainda mencionaram a necessidade de aumento no número de profissionais que atendem a essa população, considerando como uma das principais problemáticas de acesso aos serviços de saúde (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A produção científica sobre o acesso aos serviços de saúde pelas populações do campo, floresta e águas ainda é escassa. São poucos os estudos que se detiveram em analisar e propor iniciativas para melhorar a qualidade do acesso desta população aos serviços de saúde.

Quanto às abordagens metodológicas, verificou-se o predomínio dos estudos epidemiológicos. A partir do uso desse método é possível obter um diagnóstico mais preciso sobre as potencialidades e desafios na prestação de serviços de saúde à população. Por outro lado, evidenciou-se um baixo percentual de estudos que incorporaram a opinião das populações rurais no seu escopo. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de instrumentos capazes de captar a opinião não apenas dos profissionais de saúde, como também dos usuários. Sobretudo quando se trata das populações do campo, florestas e águas, devido às especificidades nos seus modos de vida e necessidades de saúde.

Outro caminho a ser explorado encontra-se no arcabouço dos estudos com enfoque qualitativo da pesquisa, como Ruiz, Santos e Gerhardt ⁽¹³⁾, que demonstraram, a partir desse enfoque, a necessidade de capacitação profissional para lidar com as especificidades dessas populações, apontando a necessidade de ultrapassar as questões técnicas e biomédicas, visto que estigmas junto aos usuários têm contribuído como dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde.

Uma das principais limitações para o acesso aos serviços de saúde na população rural ainda reside nas barreiras geográficas. Dentre elas, destaca-se a distância percorrida até os serviços de saúde, problemas de mobilidade, locais de moradia de difícil acesso ao mesmo, até a falta de conhecimento sobre o processo saúde-doença. Essa problemática pode ser ainda maior, tendo em vista os poucos estudos realizados nas regiões Norte e Nordeste do país.

No estudo realizado por Rocha et al. ⁽¹⁴⁾ em seu estudo sobre o acesso aos serviços de emergência a distância foi apontada como barreira. Em seus resultados foi verificado que mais de 14 milhões de pessoas estavam a pelo menos 120 quilômetros de distância dos centros de saúde com unidade de terapia intensiva para adultos (UTI) e mais de 30 milhões estavam a essa mesma distância de uma UTI pediátrica. Além disso 12% da população que demandava de cuidados neonatais estava a mais de 120 quilômetros de distância de um estabelecimento de saúde com uma UTI neonatal.

Estes resultados diferem do estudo realizado por Lima ⁽¹⁵⁾. De acordo com os autores, não foram evidenciadas diferenças estatisticamente significativas ao

comparar o acesso entre a população urbana e rural de Minas Gerais. Todavia, os autores destacam que a qualidade dos serviços oferecidos apresenta diferença, com a quase totalidade das unidades de atendimento à população rural sendo avaliadas como em situação regular (somente uma apresentou resultado satisfatório quando comparado com 92,9% das unidades de atendimento às populações urbanas).

Essa situação mais precária foi destacada principalmente pela falta de medicamentos, vacinas e materiais de trabalho acessíveis aos profissionais de saúde para atendimento da população, fator também verificado na pesquisa de Miranda, Oliveira e Vasconcellos ⁽¹⁶⁾ e Arruda, Maia e Alves ⁽¹⁷⁾. A dificuldade relacionada ao acesso foi apontada na pesquisa de Ponnet et al. ⁽¹⁸⁾ que, ao aplicar o *Primary Care Assessment Tool Brazil* (PCAT-Brazil) como ferramenta de avaliação e planejamento, evidenciaram atributos como o “acesso de primeiro contato – acessibilidade”, “longitudinalidade”, “integralidade – serviços prestados” e “orientação familiar e comunitária” sendo classificados como insatisfatórios.

Diferentemente do que foi encontrado pelos autores acima citados, Garnelo et al. ⁽¹⁹⁾ verificaram que a extensão de cobertura envolve barreiras de acesso geográfico ligadas à concentração de equipes da Estratégia Saúde da Família nos espaços urbanos. Seus resultados demonstraram que 22,9% das equipes que atuam na área urbana da Região Norte também são responsáveis pelo atendimento à população rural, tendo que se deslocar para chegar às residências dessas famílias, também enfrentando dificuldades relacionadas à distância e à forma de acesso aos locais. Dificuldades no acolhimento à demanda espontânea, agendamento de consulta e disponibilidade de transporte para o atendimento também foram reportadas.

Já Gama et al. ⁽¹¹⁾ destacaram em sua pesquisa essa problemática da distância para as populações das águas, afirmando que ela pode ser traduzida quando se pensa que os ribeirinhos navegam em média 60,4km e demoram cerca de 4,2 horas para acessar a zona urbana do município. De acordo com os autores, a população ribeirinha estudada é caracterizada pelo baixo nível econômico e acesso limitado à zona urbana. As mesmas limitações geográficas que constituem barreiras ao acesso aos serviços de saúde e à melhoria das condições de vida dos ribeirinhos, podem dificultar a aquisição de informações epidemiológicas dessas populações ⁽¹¹⁾.

Em relação à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, Barroso, Melo e Guimarães ⁽²⁰⁾ evidenciaram que quanto maior o nível de complexidade diagnóstica, como ocorre nos transtornos mentais, maior a dificuldade de acesso para os moradores

de populações carentes ou rurais. Os autores ainda mencionam que dadas às precárias condições de acesso aos serviços de saúde da população quilombola, a necessidade de consulta com médico especialista e/ou de exames complementares pode privar uma parcela importante da população de um diagnóstico e tratamento necessários⁽²⁰⁾.

Em uma pesquisa realizada com profissionais de saúde atuantes em equipes volantes, Nascimento⁽²¹⁾ também evidenciou a problemática de acesso territorial, sendo mencionado pelos profissionais que participaram de sua pesquisa que os territórios são muito extensos e de difícil acesso, onde há comunidades, assentamentos e sítios bastante espalhados. Chama atenção na pesquisa deste autor o fato que os profissionais de saúde sempre enfatizam os aspectos negativos relacionados ao atendimento da população rural, citando que a comunicação também pode ser vista como uma barreira, dado que algumas comunidades locais apresentam o que chamam de “dialetos diferentes”, precisando o profissional ter cuidado para uma correta compreensão do que os pacientes estão sentindo.

Resultado semelhante pode ser verificado na pesquisa realizada por Ruiz, Santos e Gerhardt⁽¹³⁾. A relação com o paciente foi apontada como um fator de dificuldade, principalmente por terem constatado um estigma¹ dos profissionais de saúde com o modo de vida da população rural, fator que reduz suas ações à tutela profissional.² Todavia, para os autores ao invés de produzir cuidado com esses pacientes, essa postura percebida nos profissionais de saúde tem excluído e tornado ainda mais difícil o acesso aos serviços.

Como estratégia de melhoria do acesso da população rural aos serviços de saúde Ruiz, Santos e Gerhardt⁽¹³⁾ mencionam o uso da mediação por esses profissionais, acreditando que a partir disso é possível estabelecer uma relação mais próxima com o paciente, ultrapassando a técnica do cuidado, o modelo biomédico, possibilitando que exerçam sua capacidade de compreender as especificidades da vida e valores rurais. Os autores explicam que é preciso entender que a problemática da distância não é exclusivamente de ordem geográfica, mas também envolve a dificuldade dos profissionais de saúde em estabelecer relações com os pacientes, fazendo-se fundamental que eles aprendam a reconhecer, valorizar e incorporar em suas ações as identidades e particularidades das populações rurais.

¹ Estigma social é uma forte desaprovação de características ou crenças pessoais, que vão contra normas culturais. Também pode ser conceituado como uma marca objetiva que recebe uma valoração social negativa.

² Proteção exercida em relação a alguém ou a algo mais frágil.

Lima et al. ⁽¹⁵⁾ e Arruda, Maia e Alves ⁽¹⁷⁾ também mencionam como fator fundamental para melhoria do acesso à saúde pela população rural a qualificação dos profissionais que atuam com essas pessoas. Burille e Gerhardt ⁽⁸⁾ e Shimizu et al. ⁽²⁶⁾ também destacaram a importância dessa comunicação entre profissionais e pacientes, evidenciando a necessidade de orientação para o cliente/usuário.

Sobre o assunto, Borth et al. ⁽²²⁾ identificaram em seu estudo dificuldades na aproximação entre os serviços, relacionadas à definição de fluxo, conhecimento das ações/encaminhamentos, medo de ver e notificar a violência, entendimento de que não se trata de uma demanda do seu campo de atuação e o próprio acesso das mulheres aos serviços.

Enfocando no acesso aos serviços de saúde por mulheres da população rural, Costa et al. ⁽²³⁾ identificaram como fatores limitantes a distância, o acesso restrito ao transporte, dependência do companheiro, (des)atenção dos profissionais para acolher as mulheres em situação de violência e (des)articulação da rede. O estudo de Almeida ⁽²⁴⁾ complementa essa informação ao apontar, em seus resultados, que quanto maior a idade do indivíduo mais difícil torna-se o seu acesso aos serviços de saúde. Pode-se depreender que essa dificuldade é aumentada por dificuldades de locomoção próprias da população idosa. Além disso, trata-se de um público que muitas vezes demanda de atendimentos de média e alta complexidade que, como já demonstrado, são ainda mais escassos para as populações rurais.

Ao analisar o acesso à saúde na dimensão odontológica, Herkrath ⁽²⁷⁾ evidenciou a problemática da população rural em relação à saúde bucal, com a dificuldade de acesso às unidades básicas de saúde contribuindo significativamente para essa realidade. De acordo com o autor, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias e fortalecimento de ações já existentes, com melhor organização de fluxos de referências, para que esses grupos tenham maior facilidade de acesso aos serviços de saúde bucal.

Resultado semelhante foi verificado na pesquisa de Leão ⁽²⁸⁾, que também analisou o acesso aos serviços odontológicos pela população, evidenciando que os hábitos e estilos de vida dos jovens da população rural são prejudiciais à saúde, levando-os à alta prevalência de cárie e inflamação gengival, com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde apresentando-se como fator de agravamento às afecções. A autora identificou como medida necessária para modificação dessa realidade o aprimoramento de trabalhos educativos e preventivos.

Importante mencionar a carência deixada pelo fim do Programa Mais Médicos, pois conforme dados do CONASEMS ⁽⁴⁾ os municípios rurais ficaram em situação emergencial, com 284 municípios que não possuem nenhum médico de Atenção Básica, com dificuldade ainda maior atendimentos de média e alta complexidade. Vale lembrar que a situação dos Estados do Ceará, Amazonas e Espírito Santo ainda não haviam sido consideradas até a data de publicação, o que evidencia que esse déficit pode ser ainda maior.

Salienta-se que não foram encontradas motivações para que a maior parte dos estudos sobre o acesso à saúde pela população do campo, da floresta e das águas serem realizados na Região Centro-Oeste e Sul do país, considerando que a Região Nordeste é a segunda no ranking de maior população, o Sul a terceira e o Centro-Oeste somente a quinta. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 60,4% dos municípios brasileiros são classificados como rurais, sendo a Região Sul a que apresenta os menores índices de municípios classificados como rurais, devendo-se considerar, ainda, que as condições de clima e relevo são totalmente diferentes do Nordeste. Por sua vez a Região Centro-Oeste apresenta 79,8% de municípios classificados como urbanos. Nesse sentido, evidenciou-se que as regiões Nordeste e Norte que possuem maior problemática, são na verdade as que possuem menos estudos realizados sobre o assunto. ⁽²⁵⁾

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa demonstrou que a acessibilidade das populações rurais aos serviços de saúde é precária, verificando-se como principais variáveis que influenciam nessa questão são a geografia do local, geralmente caracterizada por localizações distantes dos centros urbanos ou de difícil acesso, como é o caso de populações ribeirinhas, em que o acesso à comunidade muitas vezes só é possível pelo rio.

Evidenciou-se também a falta de capacitação e qualificação dos profissionais de saúde para lidar com essas populações, desconhecendo a peculiaridade de seus territórios e doenças, fator que dificulta até mesmo a comunicação profissional/paciente. Os resultados também demonstraram que a procura dessas populações pelos serviços de saúde é baixa, para atendimentos preventivos, sendo estes mais realizados pelo público feminino e quanto mais complexa a especialidade necessária mais difícil o acesso, dada a falta do serviço nessas localidades.

Faz-se importante mencionar a escassez de estudos sobre o acesso das populações rurais aos serviços de saúde, podendo-se verificar que os artigos selecionados para esta pesquisa são diversificados em relação aos objetivos não proporcionando uma discussão focada sobre um assunto, em especial quando trata-se de comunidades pesqueiras, não sendo encontrada nenhuma pesquisa sobre o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, o que evidencia a sua invisibilidade não só pelas políticas públicas, mas também pela comunidade acadêmica.

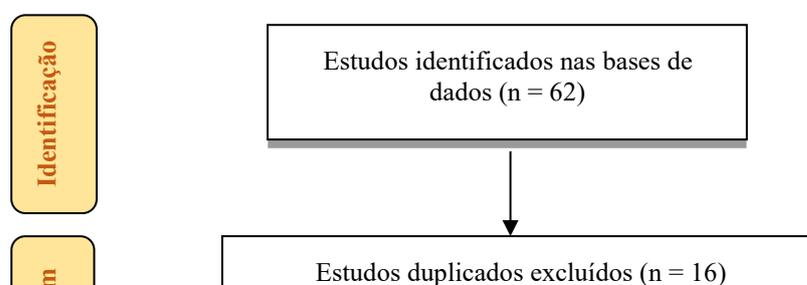
REFERÊNCIAS

1. Medeiros MM, Espíndola Fontoura Junior E, Aparecida Piccoli Fontoura F. Saúde, ética no cuidado e a política nacional de atenção integral à saúde do homem. TraHs- Trayectorias Humanas Trascontinentales. 2018 Dez 20(4).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília – DF 2013.
3. Lapa, Ademir Programa Mais Médicos: uma contribuição à análise da oferta de ações e serviços de saúde / Ademir Lapa. -- Brasília, 2018. 79 f. il Orientador: Gerson Oliveira Penna. Co-orientadores: Luiz Felipe da Silva Pinto; Alysson Feliciano Lemos. Dissertação (Mestrado - Políticas Públicas em Saúde) -- Escola Fiocruz de Governo, 2018.
4. Andrade Júnior RSG. Balanço de Gestão: Biênio 2017-2019. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). 2019. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/09/BalancoDeGestao_web.pdf
5. Agência EFE. Saída de médicos cubanos expõe desigualdade na saúde do Brasil. **G1**. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/12/09/saida-de-medicos-cubanos-expoe-desigualdade-na-saude-do-brasil.ghtml>
6. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro F. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet* . 2013; 18(8):2253-2262.
7. Rückert B, Cunha DM, Modena CM. Healthcare knowledge and practices of the rural population: an integrative literature review. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(66):903-14.
8. Burille Andreia, Gerhardt Tatiana Engel. Experienci(a)ções de reconhecimento e de cuidado no cotidiano de homens idosos rurais. *Physis [Internet]*. 2018 [acesso 2019 Out 26]; 28(3): e280307.
9. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enfermagem*. 2008;17(4):758-64.

10. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertation]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.
11. Gama AS, Fernandes TG, Parente RC, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018 Fev 19;34:e00002817.
12. Kessler M, Bertasi LM, de Lima Trindade L, Erdtmann BK, de Avila Soares RS, de Lima SB. Morbidities of the rural population and the use of health services/Morbidades da população rural e a utilização de serviços de saúde/Morbilidad de la población rural y el uso de los servicios de salud. *Revista de Enfermagem da UFPI*. 2016 Set 1;5(3):24-9.
13. Ruiz EN, Santos VF, Gerhardt TE. Mediações na atenção à saúde sob a ótica da Teoria da Dádiva: a saúde da população rural em destaque. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2016;26:829-52.
14. Rocha TA, da Silva NC, Amaral PV, Barbosa AC, Rocha JV, Alvares V, de Almeida DG, Thumé E, Thomaz EB, de Sousa Queiroz RC, de Souza MR. Access to emergency care services: a transversal ecological study about Brazilian emergency health care network. *Public health*. 2017 Dez 1;153:9-15.
15. Lima C, Moreira KS, de Abreu MH, Vieira DD, de Lima Manguiera SA, Vieira MA, de Melo Costa S. Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2019 Mar 27;14(41):1900.
16. Miranda, Sérgio Vinícius Cardoso De, Oliveira, Pâmela Scarlatt Durães, Moraes, Virlady Cardoso De Miranda, & Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel De. (2020). Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à atenção primária à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(1), e0022858. Ago 19, 2019.
17. Arruda Natália Martins, Maia Alexandre Gori, Alves Luciana Correia. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública [Internet]*. 2018 [acesso em 2019 Out 26]; 34(6): e00213816.
18. Ponnet L, Willems S, Vyncke V, Moraes Bousquat AE, d'Ávila Viana AL, Arantes Mello G, Demarzo M. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil. *Einstein (16794508)*. 2019 Jan 1;17(1).
19. Garnelo L, Lima JG, Rocha ES, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. *Saúde em Debate*. 2018;42:81-99.

20. Barroso Sabrina Martins, Melo Ana Paula, Guimarães Mark Drew Crosland. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 June [acesso 2019 Out 26] ; 18(2): 503-514.
21. Nascimento MN, Oliveira IF. Ações das equipes volantes de CRAS no interior do Rio Grande do Norte. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 2018 Jun;23(2):122-32.
22. Borth Luana Cristina, Costa Marta Cocco da, Silva Ethel Bastos da, Fontana Darielli Gindri Resta, Arboit Jaqueline. Rede de enfrentamento à violência contra mulheres rurais: articulação e comunicação dos serviços. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Out 26] ; 71(Suppl 3): 1212-1219.
23. Costa Marta Cocco da, Silva Ethel Bastos da, Soares Joannie dos Santos Fachinelli, Borth Luana Cristina, Honnef Fernanda. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Out 26]; 38(2): e59553.
24. Almeida AN. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. *J Bras Econ Saúde*. 2015;7(1):43-52.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia. – Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
26. Shimizu HE, Trindade JD, Mesquita MS, Ramos MC. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2018;52.
27. Herkrath FJ. Fatores contextuais e individuais associados com a utilização dos serviços de saúde bucal por adultos no Brasil. Tese de Doutorado. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2018.
28. Leão MM. Saúde e qualidade de vida de adolescentes de um assentamento rural no Pontal do Paranapanema-SP. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

ANEXO 1. Figura 4. Fluxograma de descrição do processo de seleção dos estudos (PRISMA Flow).



ANEXO 2. Tabela 2. Caracterização dos artigos por autor, ano, título e revista de publicação

ID	Autor (ano)	Título	Nome do Periódico	Qualis do Periódico
1	Ruiz, Santos e Gerhardt (2016)	Mediações na atenção à saúde sob a ótica da Teoria da Dádiva: a	Revista de Ciência & Saúde Coletiva	B1

		saúde da população rural em destaque		
2	Lima et al. (2019)	Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	B2
3	Ponnet et al. (2019)	Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil	Einstein	B1
4	Nascimento (2018)	Ações das equipes volantes de CRAS no interior do Rio Grande do Norte	Estudos de Psicologia	A1
5	Miranda et al. (2019)	Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à atenção primária à saúde	Trabalho, Educação e Saúde	B2
6	Garnelo et al. (2018)	Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil	Saúde Debate	B2
7	Gama et al. (2018)	Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil	Cadernos de Saúde Pública	A2
8	Costa et al. (2017)	Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde	Revista Gaúcha de Enfermagem	A2
9	Burille e Gerhardt (2018)	Experienci(a)ções de reconhecimento e de cuidado no cotidiano de homens idosos rurais	Physis: Revista de Saúde Coletiva	B1
10	Borth et al. (2018)	Rede de enfrentamento à violência contra mulheres rurais: articulação e comunicação dos serviços	Revista Brasileira de Enfermagem	A2
11	Barroso, Melo e Guimarães (2015)	Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas	Revista Brasileira de Epidemiologia	B2
12	Arruda, Maia e Alves (2018)	Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008	Cadernos de Saúde Pública	A3
13	Almeida (2015)	O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008	Jornal Brasileiro de Economia da Saúde	B3
14	Rocha et al. (2017)	Access to emergency care services: a transversal ecological	Public Health	A4

		study about Brazilian emergency health care network		
15	Kessler et al. (2016)	Morbidities of the rural population and the use of health services	Revista de Enfermagem da UFPI	B4
16	Shimizu et al. (2018)	Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	A3
17	Herkrath (2018)	Fatores contextuais e individuais associados com a utilização dos serviços de saúde bucal por adultos no Brasil.	Tese de Doutorado (Saúde Coletiva)	-
18	Leão (2015)	Saúde e qualidade de vida de adolescentes de um assentamento rural no Pontal do Paranapanema-SP.	Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social)	-

ANEXO 3. Tabela 3. Caracterização dos artigos por objetivo, cenário, metodologia e sujeitos da pesquisa

ID	Objetivo	Local da pesquisa	Metodologia	Sujeitos
1	Analisar, sob a perspectiva da	São Lourenço	Estudo	10 adoecidos crônicos

	Teoria da Dádiva, as implicações da mediação realizada pelos profissionais da saúde entre o usuário rural e as Políticas de Saúde.	do Sul e Canguçu - RS	qualitativo de cunho etnográfico.	adultos e idosos rurais (6 mulheres e 4 homens) e 12 profissionais de saúde que atuam no atendimento à população rural nos municípios.
2	Avaliar a Atenção Básica quanto aos insumos, imunobiológicos e medicamentos disponibilizados nos serviços de saúde da família de município de Minas Gerais, Brasil.	Montes Claros – MG	Estudo transversal analítico.	75 equipes de saúde da família cadastradas em 2014 no município de Montes Claros. Entre essas equipes, 64 prestavam serviços à população residente na área urbana (localização urbana) e 11 às comunidades rurais (localização rural).
3	Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde prestados às crianças e a viabilidade de usar a versão brasileira da <i>Primary Care Assessment Tool</i> (PCAT-Brazil) como ferramenta rotineira de avaliação da qualidade.	Joanópolis – SP	Estudo transversal de abordagem quantitativa	Sete profissionais de saúde e 502 responsáveis legais de crianças
4	Investigar como as ações das equipes volantes de CRAS respondem às demandas de seus territórios de abrangência no Rio Grande do Norte.	Sete municípios do interior do Rio Grande do Norte	Estudo de campo de abordagem qualitativa	Profissionais da saúde de oito equipes volantes de Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)
5	Compreender as principais necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente a uma equipe de Atenção Primária à Saúde, Japonvar, MG, Brasil.	Japonvar - MG	Estudo qualitativo, guiado pela abordagem hermenêutica-dialética	41 homens, na faixa etária de 18 a 60 anos, que desempenhavam o trabalho rural como principal atividade por um período mínimo de um ano e que estivessem cadastrados na equipe de APS da comunidade rural de Nova Minda, no município de Japonvar.
6	Discutir o acesso e a cobertura da APS ofertada às populações rurais e urbanas que vivem nos sete Estados da região norte do Brasil, a partir de indicadores socioeconômicos e sanitários e dados da avaliação externa do segundo ciclo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).	Estados da Região Norte do Brasil	Estudo transversal de abordagem quantitativa	Bancos de dados de acesso público do PMAQ-AB ciclo 2.
7	Apresentar os principais aspectos metodológicos e descrever as características socioeconômicas, demográficas e de saúde dos	Coari - AM	Estudo transversal de base populacional.	492 ribeirinhos residentes na zona rural do Município de Coari, no período de abril a

	ribeirinhos de Coari, Amazonas, Brasil.			julho de 2015.
8	Analisar o acesso e a acessibilidade à rede de atenção às mulheres em situação de violência, residentes em contextos rurais, a partir dos discursos de profissionais.	Cidades de Palmeira das Missões, Frederico Westphalen, Jaboticaba e Palmitinho, localizadas na região norte do estado do Rio Grande do Sul.	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa.	26 profissionais que atuavam na rede de serviços e de apoio ao enfrentamento da violência contra mulheres rurais dos municípios.
9	Analisar relações sociais estabelecidas no vivenciar o envelhecimento e da situação de adoecimento crônico entre homens residentes em um meio rural.	Vale da Luz – RS	Estudo qualitativo de cunho etnográfico	Dez homens com 60 anos ou mais
10	Identificar os serviços constituintes da rede de enfrentamento à violência contra mulheres rurais em municípios da região noroeste do Rio Grande do Sul e analisar a articulação e a comunicação dos serviços na busca da resolutividade das situações de violência.	Quatro municípios situados na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul	Descritivo com abordagem qualitativa.	26 profissionais, gestores e/ou responsáveis por serviços da rede de enfrentamento, sendo 18 (69%) mulheres e oito (31%) homens.
11	Investigar os fatores associados à depressão para homens e mulheres.	Vitória da Conquista – BA	Estudo populacional, transversal.	764 participantes selecionados aleatoriamente em 5 comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil.
12	Analisar os fatores determinantes do acesso e das desigualdades de acesso à saúde entre áreas urbanas e rurais nos anos de 1998 a 2008.	Estados brasileiros com exceção de Acre, Amapá, Amazonas, Rondônia, Roraima e Pará, uma vez que a PNAD não considerava as áreas rurais desses estados nos anos anteriores a 2004.	Estudo transversal de abordagem quantitativa	Dados do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).
13	Analisar quais são os principais determinantes do acesso aos serviços de saúde pela população idosa (60 anos ou mais) a partir do suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008 no Brasil.	Todos os Estados brasileiros. Até 2004 não considera os Estados da região Norte, uma vez que a PNAD não considerava as áreas rurais desses estados	Estudo transversal de abordagem quantitativa	Dados do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

		até o referido ano.		
14	Analisar a rede de assistência médica de emergência no Brasil, concentrando a análise nos papéis dos pequenos hospitais aceitos em 10 de julho de 2017.	Estados Brasileiros	Estudo ecológico transversal.	Os dados foram coletados em 9429 hospitais, dos quais 3524 eram pequenos hospitais e 5905 eram centros de alta complexidade. Para fins analíticos, consideramos quatro especialidades ao examinar os proxies da capacidade de atendimento de emergência: adulto, pediatria, neonatal e obstétrica.
15	Identificar as principais morbidades que acometem a população rural de municípios do Oeste de Santa Catarina e como essa população tem utilizado os serviços de saúde.	Municípios do Oeste de Santa Catarina	Estudo transversal descritivo	90 moradores da zona rural do Oeste de Santa Catarina. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado.
16	Avaliar o Índice de Responsividade das unidades Estratégia Saúde da Família da zona rural do Distrito Federal cadastradas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.	ESF localizadas na zona rural do Distrito Federal participantes do PMAQ-AB.	Estudo descritivo exploratório	382 usuários da ESF, sendo, destes, 92 da área rural.
17	Avaliar os determinantes contextuais e individuais e os mecanismos da utilização dos serviços odontológicos no Brasil por adultos.	Brasil	Análise qualitativa multigrupos.	Dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e avaliados os desfechos de não utilização e intervalo de tempo desde a última consulta dentre aqueles que já haviam ido ao dentista.
18	Verificar os hábitos alimentares e de higiene, o comportamento social, consumo de álcool e tabaco, Índice de Massa Corpórea (IMC), condição de saúde bucal, necessidades de tratamento odontológico, o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes de assentamento rural no Brasil, frente à iniquidade de acesso aos serviços odontológicos.	São Paulo	Estudo epidemiológico transversal	179 adolescentes de um assentamento rural.

Fonte: Elaborado pela autora.

ANEXO 4. Tabela 4. Caracterização dos artigos por resultados encontrados em relação ao acesso aos serviços de saúde

ID	Acessibilidade	Relação profissional-paciente	Qualidade dos serviços	Outros resultados relevantes
-----------	-----------------------	--------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------

1	No município em estudo sem ESF instalada no rural, os usuários buscavam serviços no urbano, principalmente em função do vazio assistencial instalado. [...] no município com ESF instalada, houve relatos dos profissionais de que as pessoas se deslocavam até o urbano para receber atendimento, mesmo havendo pessoal para atendê-las.	[...] as distâncias não são unicamente de ordem geográfica, elas dizem respeito às dificuldades dos profissionais em estabelecer relações com os usuários, capazes de reconhecer, valorizar e incorporar em suas ações as identidades e particularidades conformadas no rural. Os usuários valorizam, além da disponibilidade de serviços no território, a disponibilidade e presteza com que os profissionais os atendem.	-	-
2	[...] as unidades rurais se concentraram na classificação “regular”, nenhuma obteve classificação “muito satisfatória”.	[...] os resultados da autoavaliação das equipes da ESF, desta pesquisa, realçam a necessidade de mais ações direcionadas à qualificação do cuidado.	Na zona rural somente uma unidade classificou-se como “satisfatória”, todas as outras foram classificadas em padrão de qualidade “regular”.	Nesta pesquisa, registrou-se uma baixa média de pontuação das equipes para suficiência e regularidade na disponibilidade de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, bem como sobre o monitoramento e controle de estoque e conservação desses medicamentos.
3	A acessibilidade foi considerada baixa (4,09).	O atributo de integralidade foi positivo para o componente de serviços disponíveis (7,20) e quase positivo para os serviços oferecidos (6,23). A orientação familiar apresentou escore menor (2,04) e a orientação comunitária estava quase ausente (0,01).	Os responsáveis avaliaram a qualidade geral dos serviços de APS disponibilizados para seus filhos como insatisfatório: o escore geral de APS foi de 5,62.	-
4	São territórios muito extensos e de difícil acesso, onde há comunidades, assentamentos e sítios bastante espalhados.	Outra estratégia utilizada pela maioria das equipes é o contato com atores sociais locais, como lideranças comunitárias e agentes de saúde. Por	-	Devido à falta de infraestrutura e quantidade de comunidades rurais espalhadas pelos territórios, a presença das equipes nas áreas rurais se torna

	<p>haver muitas comunidades espalhadas pelo território e as equipes não conseguem visitá-las constantemente a comunicação e o vínculo das profissionais com os usuários ficam prejudicados. Então, elas contam com essas parcerias para levar informações às famílias e para mediar os atendimentos aos usuários, já que as lideranças e os agentes comunitários de saúde são da região e conhecem de perto a população, suas vulnerabilidades e potencialidades.</p>	<p>esporádica, fragilizando a continuidade das ações. O conhecimento das profissionais sobre a realidade dos territórios é precário, pois a busca pelas demandas é assistemática. Entretanto, algumas equipes realizam ações que buscam romper com os limites e práticas assistencialistas, promovendo articulações com equipamentos e movimentos sociais que estão mais próximos às famílias.</p>	
5	<p>A atenção especializada é, comprovadamente, mais cara e, portanto, menos acessível para os indivíduos, sejam eles regulados pelo SUS ou por acesso direto ao sistema privado.</p>	<p>-</p>	<p>A baixa variedade de medicamentos em equipes de saúde situadas em zona rural representa um grande desafio para a integralidade do cuidado.</p>
6	<p>[...] a cobertura assistencial de equipes sediadas em área rural, urbana e urbana que declararam atender a populações rurais foi de 83,3%. Coberturas entre 90-100% foram encontradas para o Acre, o Amapá, Roraima e o Tocantins. Menores percentuais foram encontrados no Pará (50,5%) e no Amazonas (60,5%). A extensão de cobertura encobre barreiras de acesso geográfico ligadas à concentração de equipes da Estratégia Saúde da Família nos espaços urbanos, situação que se estende a 451 (25,3%) unidades e a 494 (22,9%) equipes encarregadas do atendimento de</p>	<p>Usuários das equipes que atendem populações rurais, em especial das equipes sediadas de fato em área rural, relataram maior percentual (53%) de acolhimento à demanda espontânea e maior satisfação (79%) com o atendimento recebido.</p>	<p>Dificuldades para o agendamento em qualquer dia e horário foram identificadas para o conjunto da região Norte (em média, apenas 49% das equipes consegue efetivar esse tipo de agendamento).</p>

	populações rurais, mas que atuam em espaço urbano, adicionando barreiras à chegada dos usuários às unidades.			
7	Dentre esses aspectos, o estudo apontou que os indivíduos percorrem em média 60,4km e demoram cerca de 4,2 horas para acessar a zona urbana, onde têm acesso aos serviços de saúde e diversos insumos para manutenção de suas famílias nas comunidades.	-	-	Parece que o uso de medicamentos Alopáticos constitui uma alternativa aos serviços de saúde para essa população. Embora os efeitos dos medicamentos sejam amplamente reconhecidos, seu uso inapropriado pode ocasionar problemas à saúde
8	A subcategoria “Distância, acesso restrito ao transporte e a dependência do companheiro” foi considerada pelos participantes como fator que dificulta a acessibilidade da mulher à rede de atenção, pois o local onde vivem fica longe dos recursos de apoio sociais e institucionais.	Ao se analisar os resultados encontrados, constata-se que a ausência de informação, evidente neste estudo, é condição integrante do universo de muitas mulheres que vivem no campo, e isso se deve, talvez, à falta da disponibilização de meios de comunicação – correio público, linhas telefônicas, internet, canais de TV – e também de políticas e programas municipais educativos que promovam o desenvolvimento da cidadania e a autonomia das mulheres rurais.	A subcategoria “(des)atenção dos profissionais” e (des) articulação da rede” está relacionada ao despreparo dos profissionais que atendem as mulheres que buscam os serviços. Os participantes deste estudo observam como limite a percepção de alguns profissionais alicerçada na concepção de que o problema não é de caráter público, ainda que façam parte desses serviços.	(Des)informação das mulheres, distância, acesso restrito ao transporte, dependência do companheiro, (des)atenção dos profissionais para acolher as mulheres em situação de violência e (des)articulação da rede são fatores limitantes do acesso e têm como consequência o não enfrentamento dessa problemática.
9	-	Evidenciou-se que o reconhecimento pelo amor atua como modulador do cuidado biológico nas condições crônicas, mas gera sofrimento ao marcar a invulnerabilidade e a autossuficiência parcial no envelhecimento. No reconhecer pelo direito, enfatizaram-se a aposentadoria e o	A garantia de acesso aos serviços de saúde – validada pelas condicionalidades programadas aos idosos – constitui outra forma de reconhecimento pelo direito. Todavia, nos relatos, evidenciou-se que isso não parece ser suficiente para produzir cuidado, sobretudo se as práticas profissionais	-

		<p>acesso aos serviços de saúde. As identidades – colono, trabalhador e alemão – constituíram categorias de estima e de solidariedade, sobretudo em situações de adoecimento. As relações mostraram-se aliadas no cuidado, mas ao distanciarem os homens do modelo de masculinidade ou ao depreciarem escolhas, acarretaram sofrimento.</p>	<p>não levarem em conta os contextos geracionais, de gênero e de cenário de vida. Embora não se justifique no cotidiano, frequentemente os profissionais são tomados pela lógica produtivista – em que números são indicadores de qualidade – e por evidências científicas homogeneizantes que colocam pessoas diferentes nas mesmas condições.</p>	
10	<p>Um dos profissionais também relatou a dificuldade das mulheres rurais em chegar aos serviços da rede, tendo em vista a ausência de meios de locomoção até o contexto urbano, onde estes serviços se concentram.</p>	<p>Este estudo revela que as realidades dos serviços no cenário rural ainda necessitam de um olhar plural, refletindo a necessidade de uma remodelagem das práticas de atenção.</p>	<p>Os profissionais atuantes nos serviços enfrentam dificuldades de comunicação na equipe, entre a equipe e as mulheres e entre os diferentes serviços da rede de enfrentamento. Acrescenta-se a este rol de desafios a distância geográfica, a pouca disponibilidade de transporte coletivo e próprio/individual e de rede de comunicação, o que limita o acesso destas mulheres, resultando em atenção pouco resolutiva.</p>	
11	<p>Quanto maior o nível de complexidade diagnóstica, como ocorre nos transtornos mentais, maior a dificuldade de acesso para os moradores de populações carentes ou rurais. Dadas as precárias condições de acesso aos serviços de saúde da população quilombola, a necessidade de consulta com médico especialista e/ou de exames complementares pode privar uma parcela importante da população de um diagnóstico e tratamento necessários.</p>	-	-	
12	<p>A declaração de dificuldades de locomoção</p>	-	-	Um resultado relevante é o percentual

	<p>também é menos frequente nas áreas rurais: 18% das pessoas sem dificuldades para subir ladeiras ou escadas residiam nas áreas rurais em 2008, contra 14% das pessoas com total ou grande dificuldade. Apesar da dificuldade para subir ladeira ou escada ser um indicador de declínio da saúde do indivíduo, ou seja, de necessidade de acesso aos serviços de saúde, a relação com o acesso é negativa: quanto maior a dificuldade, menor a taxa de acesso ao serviço de saúde. Apenas 10% dos residentes rurais com grande ou total dificuldade procuraram o serviço de saúde em 2008, contra 27% daqueles sem dificuldades.</p>	<p>extremamente baixo de pessoas nas áreas rurais com direito a algum plano privado de saúde: apenas 8%, contra 33% das áreas urbanas em 2008. Também é muito baixo o percentual de pessoas com planos cobrindo internações hospitalares nas áreas rurais: 4% das pessoas com cobertura nas áreas rurais e 19% nas áreas urbanas</p>
<p>13 Para a busca por tratamentos preventivos, existe uma probabilidade maior de 1,6% para homens e 2,7% para mulheres urbanas procurarem os serviços de saúde do que os residentes nas áreas rurais. Certamente, não é difícil corroborar que a falta de transporte e a distância diminuem a busca por tratamentos aos centros de saúde por parte da população rural.</p>	<p>A quase totalidade dos idosos conseguiu ser atendido pela primeira vez quando procurou atendimento. Ademais, mais de 80% considerou esse atendimento bom ou muito bom, enquanto para a minoria que não conseguiu ser atendida, falta de vaga ou de médicos estavam entre os principais motivos.</p>	<p>Quanto à posse de um ou mais planos de saúde, ao observar qualquer ano da amostra selecionada, cerca de 27-28% dos idosos, responderam sim.</p>
<p>14 Mais de 14 e 30 milhões de pessoas estavam a pelo menos 120 km de distância dos centros de saúde com unidade de terapia intensiva para adultos (UTI) e UTI pediátrica, respectivamente. Para distribuição de cuidados neonatais, 12% da população estava a mais de 120 km de distância de um estabelecimento de saúde com uma UTI neonatal. A situação das maternidades é diferente</p>	<p>-</p>	<p>Embora essa organização não seja facilmente executada de um ponto de vista pragmático, nossos resultados destacam como é necessária uma análise combinada entre diferentes serviços para consolidar um sistema de saúde equitativo.</p>

	de outras especialidades, onde 81% da população brasileira total estava dentro de uma hora ou menos desses estabelecimentos de saúde.		
15	Ressalta-se que, 42 (46,7%) pessoas referiram fatores impeditivos para a busca do cuidado à saúde, dentre estes, 25,6% citaram o trabalho – referindo-se a extensa jornada de trabalho, 17,8% referiram a falta de tempo e 3,3% o estresse.	Constatou-se ainda que, 53 (58,9%) dos indivíduos não procuravam por necessidade de maiores informações sobre a saúde	Um percentual significativo apresentava alguma doença no momento do estudo, prevalecendo os problemas músculo/articulares (25,6%) e na coluna vertebral (23,2%). A maioria utilizou algum serviço de saúde nos últimos dois anos, no entanto 20% não procurou por serviços de atenção primária anualmente. Somente a metade realizar exames preventivos e buscar por informações em saúde, com maior prevalência entre as mulheres.
16	-	Da dimensão voltada para o respeito pelas pessoas, a categoria “comunicação” obteve índice 0,790, considerado bom. Essa categoria referia-se à frequência com que os usuários buscavam informações nas Unidades ESF, à facilidade de obter as informações desejadas, e se os médicos e enfermeiros davam atenção aos seus problemas, com explicação sobre a doença e o tratamento. Outra dimensão analisada na Tabela 2 foi a orientação para o cliente/usuário, que obteve o índice 0,599. Nesta dimensão, a categoria “apoio social” alcançou índice de	A outra categoria dessa segunda dimensão foi referente às instalações, as perguntas se remetiam à limpeza e ao conforto do local de espera, consultórios, sala de reuniões e banheiros e obteve o valor de 0,653, portanto, regular. Quanto à agilidade no atendimento, as perguntas estavam relacionadas à quantidade de dias necessários para conseguir marcar uma consulta, ao tempo de espera para atendimento nas consultas marcadas e ao tempo para o usuário receber o resultado dos exames de laboratórios. Essa dimensão recebeu valor do índice de 0,609, caracterizando-se como regular.

		0,805, considerado muito bom.	
17	Foi encontrada maior proporção de indivíduos que nunca haviam ido ao dentista dentre os residentes em áreas rurais, além de um contato há maior tempo com o serviço dentre aqueles que já haviam se consultado.	O estudo revelou possibilidades de intervenção para reduzir as desigualdades no uso de serviços de saúde bucal, incluindo o desenvolvimento de novas estratégias e fortalecimento das ações existentes para a inclusão ativa de grupos com menor acesso aos serviços odontológicos, incluindo homens, idosos, pretos, pardos e indígenas, bem como indivíduos com baixa escolaridade e renda e edêntulos.	-
18	A dificuldade no acesso culmina no agravamento das afecções dentárias, prejudicando a mastigação e a vida social dos adolescentes, necessitando de aprimoramento dos trabalhos educativos e preventivos.		53,3% dos entrevistados consultaram um cirurgião-dentista no último ano. Houve associação entre dor e alta prevalência de cárie ($p=0,0011$). A ingestão de comidas calóricas e escovação dentária realizada uma vez/dia estiveram associadas ao sangramento gengival ($p=0,0465$; $p=0,0172$, respectivamente), resultando em insatisfação com a saúde bucal ($p=0,0082$). Houve associação entre cárie e falta de escovação ($p=0,0001$), causando dificuldade para mastigar ($p=0,0098$) e vergonha ao sorrir (p

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2 Artigo a ser submetido para publicação nos Cadernos de Saúde Pública

**SAÚDE DA POPULAÇÃO DAS ÁGUAS:
O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR TRABALHADORES DE UMA
COMUNIDADE TRADICIONAL PESQUEIRA DO NORDESTE BRASILEIRO**

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo investigar os fatores associados que influenciam no acesso aos serviços de saúde por uma comunidade tradicional pesqueira do Nordeste, objetivando, ainda, de forma específica, traçar o perfil socioeconômico e demográfico das famílias residentes nessa comunidade. Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado na comunidade de Bananeiras, Ilha da Maré, Salvador. A pesquisa foi realizada no período entre Maio e Novembro de 2018 e é parte do projeto intitulado “Desenvolvimento de Territórios Saudáveis e Sustentáveis em Comunidades Tradicionais na Ilha de Maré, Salvador/BA”. O processo de análise de dados foi realizado a partir de abordagem quantitativa com uso de estatística descritiva, apresentando os resultados encontrados em forma de tabelas. Para correlacionar as variáveis foi utilizado o teste de Fisher. Os resultados demonstraram que 43,4% dos participantes possuem dificuldade média de acesso, enquanto 27,2% possuem difícil acesso. Verificou-se como fatores associados que influenciam no acesso aos serviços de saúde por esta comunidade, o desconhecimento sobre Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas ($p = 0,029$). O desconhecimento sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora ($p = 0,011$), a forma de acesso ao local onde mora quando por chão batido ($p = 0,004$) e o tempo de trabalho diário ($p = 0,012$). Ao final do estudo conclui-se que o acesso aos serviços de saúde pública é dificultado principalmente pela distância e tempo de percurso ($p < 0,05$) até as unidades de atendimento, bem como o conhecimento sobre políticas públicas e tempo de trabalho diário.

Palavras-Chave: Acesso aos serviços de saúde. População Rural. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The present study aims to investigate the associated factors that influence access to health services by a traditional fishing community in the Northeast, also aiming, in a specific way, to trace the socioeconomic and demographic profile of families residing in that community. This is a cross-sectional, analytical study carried out in the community of Bananeiras, Ilha da Maré, Salvador. The research was carried out between May and November 2018 and is part of the project entitled "Development of Healthy and Sustainable Territories in Traditional Communities on Ilha de Maré, Salvador / BA". The data analysis process was carried out using a quantitative approach using descriptive statistics, presenting the results found in the form of tables. Fisher's test was used to correlate the variables. The results showed that 43.4% of the participants have medium access difficulties, while 27.2% have difficult access. It was found as associated factors that influence access to health services by this community, the lack of knowledge about the National Policy for Comprehensive Health of the Populations of the Countryside, Forest and Waters ($p = 0.029$). The lack of knowledge about the National Policy for Workers' Health ($p = 0.011$), the way to access the place where they

live when they are on beaten ground ($p = 0.004$) and the daily working time ($p = 0.012$). At the end of the study, it was concluded that access to public health services is hampered mainly by the distance and travel time ($p < 0.05$) to the service units, as well as knowledge about public policies and daily work time.

Keywords: Health services accessibility. Rural population. Primary health care.

INTRODUÇÃO

Passados 30 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), avanços importantes ocorreram, sobretudo na dimensão do acesso. Estudo realizado por Stopa¹ utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013² objetivou descrever o uso de serviços de saúde pela população brasileira. Seus resultados demonstraram que a dimensão do acesso vem aumentando no país, em 1998 registrou-se um acesso de 54,7% da população brasileira aos serviços de saúde, enquanto em 2013 esse percentual passou a ser de 71,2%. Contudo, os autores chamam a atenção para as diferenças regionais presentes no Brasil, em que pessoas residentes no Norte e no Nordeste ainda possuem menor acesso aos serviços de saúde quando comparados ao restante do país.

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde no Brasil também estão presentes entre as populações urbanas e rurais. Neste aspecto, é possível citar fatores determinantes como: baixa densidade demográfica; barreiras e condições de isolamento geográfico; insuficiência da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF); fragilidade na participação social; e pouco diálogo com os modos de vida tradicionais^{3,4,5}.

Neste sentido, algumas iniciativas foram adotadas com o intuito de diminuir as diferenças históricas envolvendo o acesso e a qualidade dos serviços de saúde entre as populações urbanas e rurais, tais como as Políticas de Promoção e Equidade em Saúde⁶. Dentre seus objetivos, destaca-se a necessidade de reconhecer as especificidades de cada território, bem como seus condicionantes e determinantes, objetivando instituir serviços de saúde resolutivos e alinhados às necessidades, ao perfil de morbimortalidade e aos aspectos relacionados aos modos de vida destas comunidades.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas (PNSIPCFA) é importante no sentido de visibilizar as particularidades envolvendo estas populações. Trata-se de um marco histórico na saúde

e no reconhecimento dessas populações em relação às condições de saúde e determinantes sociais, configurando-se como um instrumento de orientação ao atendimento das necessidades dessas pessoas⁷. Todavia, estudos como o de Garnelo et al.⁸ e Arruda, Maia e Alves⁵ demonstram que essa população ainda enfrenta dificuldades para acesso aos serviços de saúde.

Estudo realizado por Garnelo et al.⁸ analisou o acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) nas populações rurais e urbanas. De acordo com seus resultados, 38,7% das equipes participantes do estudo e que declararam atender populações rurais estavam sediadas em áreas urbanas. Arruda, Maia e Alves⁵ também identificaram desigualdade no acesso aos serviços de saúde entre áreas urbanas e rurais, identificando uma diferença de 3,5 pontos percentuais que apontavam menor acesso da população rural. Os autores atribuíram metade dessa diferença (1,8) a fatores como renda, percepção de saúde, escolaridade, trabalho informal e capacidade de oferta de serviço.

Evidencia-se, no contexto de acesso aos serviços de saúde pelas populações do campo e das florestas, que mesmo após a implementação da PNSIPCFA, ainda existe uma lacuna na sua execução, considerando que estas populações possuem especificidades importantes no que diz respeito ao acesso aos serviços. Essa problemática é demonstrada no estudo de Gama et al.⁹, que destacaram em seus resultados as queixas algícas (45,2%) como principais problemas de saúde apresentados pelas populações das águas, sendo os principais recursos utilizados nos cuidados com a saúde os medicamentos alopáticos (70,3%), superando o uso de plantas medicinais (44,3%). Os autores ainda demonstraram que para ter acesso aos serviços de saúde uma das principais encontradas é a distância, visto que essas pessoas navegam em média 60,4km e demoram cerca de 4,2 horas para chegar às unidades⁹.

Destaca-se a relevância social desta pesquisa, considerando ser a saúde um direito fundamental de todo cidadão brasileiro e as dificuldades reconhecidas dessa população. Trata-se, ainda, de um tema de relevância profissional e acadêmica, considerando a invisibilidade dessas comunidades, com escassez de pesquisas realizadas sobre o assunto, acreditando-se que a partir desta pesquisa seja possível dar evidência à população e subsídio para a promoção de estratégias de ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo investigar os fatores associados que influenciam no acesso aos serviços de saúde por uma comunidade

tradicional pesqueira de Bananeiras, Ilha de Maré, Bahia, objetivando, ainda, de forma específica, traçar o perfil socioeconômico e demográfico das famílias residentes nessa comunidade.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado em comunidade tradicional pesqueira em Salvador-Bahia. A pesquisa foi realizada no período entre Maio e Novembro de 2018 e é parte do projeto intitulado “Desenvolvimento de Territórios Saudáveis e Sustentáveis em Comunidades Tradicionais na Ilha de Maré, Salvador/BA”.

População de Estudo e Critérios de Inclusão

O estudo foi realizado em Bananeiras, uma das 11 comunidades que compõem a Ilha de Maré e que pertence a Baía de Todos os Santos (BTS). O município de Salvador possui uma população estimada em 2.857.329 habitantes, segundo dados do último censo (IBGE, 2010). A Ilha de Maré, segundo dados do SIM (2019), possui 4.236 habitantes, distribuídos em uma área de 10,87 km². Foi realizado um censo com uma amostragem por conveniência, cujos critérios de inclusão foram: ser maior de 18 anos e possuir residência fixa no local. Ao todo, 213 indivíduos participaram do estudo.

Instrumentos e Variáveis Coletadas

Foi aplicado um questionário semiestruturado adaptado do instrumento utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)¹⁰, realizada no ano de 2013 pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para este estudo utilizaram-se cinco blocos de informação: características sociodemográficas, utilização dos serviços de saúde, cobertura de planos de saúde, conhecimento sobre seus direitos e práticas populares de cuidado dos entrevistados.

Salienta-se que para categorização das variáveis de cada bloco de informação foram considerados os resultados pertinentes a cada um deles, conforme descreve-se na Tabela 1.

Tabela 2. Variáveis do estudo

Categorização das variáveis	Variáveis
Características sociodemográficas	Sexo; Cor ou raça; Identificação como população tradicional; Vive com cônjuge ou companheiro?; Estado civil; Sabe ler e escrever?; Até que série estudou; Classe de alfabetização – CA; Acesso à moradia; Abastecimento de água no domicílio; Como a água de consumo é tratada?; Destinação das fezes e urina do banheiro; Tempo de trabalho por dia; Destinação dos resíduos da pesca /mariscagem; Atividade laboral principal.
Utilização dos serviços de saúde	Procura mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde; Serviço procurado para atendimento de saúde; Localização do serviço de saúde que mais procura
Cobertura de planos de saúde	Sistema de saúde utilizado
Conhecimento sobre seus direitos	Conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas; Conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Conhecimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora
Práticas populares de cuidados	Crença na eficácia de métodos populares de cuidados em saúde

Fonte: Elaborada pela autora.

Variável Dependente

Para a criação da variável dependente foram incluídos todos os indivíduos que referiram o tempo que percorrem de casa a algum tipo de serviço de saúde. Além disso, foi realizada uma categorização a partir do tempo de percurso da residência do entrevistado para o local do serviço de saúde. A respectiva pergunta contém cinco níveis de resposta: até uma hora, de 1 a 2 horas, de 2 a 3 horas, de 3 a 8 horas e de 8 a 12 horas. Em seguida, procedeu-se com a seguinte categorização: Sem dificuldade de acesso (até uma hora), Pouca dificuldade de acesso (de 1 a 2 horas), Grande dificuldade de acesso (acima de 2 horas).

Variáveis Exploratórias

Foram consideradas como variáveis exploratórias as questões relacionadas à localização; o serviço de saúde que costuma frequentar; procura por atendimentos médicos ou odontológicos nas duas últimas semanas; se foi atendido quando procurou

serviços médicos ou odontológicos nas duas últimas semanas. Além disso, considerou-se também o conhecimento sobre seus direitos e as variáveis sociodemográficas.

Processo de Análise dos Dados

Os questionários foram digitados utilizando dupla entrada, como forma de prevenir eventuais erros de digitação. Em seguida foi realizada a distribuição de frequência simples como forma de analisar o comportamento das variáveis de estudo. Procedeu-se com a análise de associação utilizando o teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas¹¹. A Razão de Prevalência, Intervalos de Confiança e os respectivos p-valor foram apresentados. Para este estudo, adotou-se o nível de significância estatística de 5% com poder de teste de 80%. As análises foram realizadas utilizando o *software* SPSS® versão 24.

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer de número 01857318.0000.8027. Como se trata de pesquisas envolvendo a participação de seres humanos, todos os procedimentos obedeceram a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos os participantes da pesquisa, respeitando e assegurando a adequação às pluralidades culturais, linguísticas e educacionais dos envolvidos.

RESULTADOS

A Tabela 2 apresenta as características socioeconômicas e ocupacionais da população de estudo, além de considerar o conhecimento sobre seus direitos a partir das políticas públicas. Observa-se um predomínio de mulheres (76,5%), negras (80,2%) e que se identificam como uma população tradicional (91,2%). Quanto ao estado civil, 67,1% vivem com cônjuge ou companheiro, sendo que 57,3% são casados civilmente. Verificou-se que 85,6% dos participantes afirmam saber ler e escrever. Contudo, apenas 6,7% relataram possuir Ensino Superior completo (Tabela 2).

Tabela 3. Perfil Socioeconômico, ocupacional e conhecimento de políticas públicas da Comunidade de Bananeiras, Ilha de Maré, Salvador/BA, 2018

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	50	23,5
Feminino	163	76,5
Cor ou raça		
Branca	3	1,4
Preta	170	80,2
Amarela	1	0,5
Parda	36	17,0
Indígena	1	0,5
Outro	1	0,5
Identificação como população tradicional		
Não	18	8,8
Sim	186	91,2
Vive com cônjuge ou companheiro?		
Não	69	32,9
Sim	141	67,1
Estado civil		
Casado(a) ou união estável	122	57,3
Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente	4	1,9
Divorciado(a)	5	2,3
Viúvo(a)	13	6,1
Solteiro(a)	64	30,0
Outros	5	2,3
Sabe ler e escrever?		
Não	30	14,4
Sim	179	85,6
Até que série estudou		
Classe de alfabetização – CA	21	11,7
Alfabetização de jovens e adultos	5	2,8
Antigo primário (elementar)	32	17,9
Antigo ginásio (médio 1º ciclo)	14	7,8
Regular do ensino fundamental ou do 1º grau	36	20,1
Educação de Jovens e Adultos (EJA) ou Supletivo do Ensino Fundamental	1	0,6
Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo)	13	7,3
Regular do ensino médio ou do 2º grau	43	24,0
Educação de Jovens e Adultos (EJA) ou Supletivo do Ensino Médio	0	0,0
Curso técnico	2	1,1
Superior – graduação	12	6,7
Atividade laboral principal		
Pescador	40	19,4
Marisqueira	133	64,6
Outro. Qual	33	16,0
Conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas		
Não	170	80,6
Sim	41	19,4
Conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra		
Não	161	76,3
Sim	50	23,7
Conhecimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora		
Não	160	76,6
Sim	49	23,4

Fonte: Organizados pela autora.

No que diz respeito às características de moradia e saneamento básico, verificou-se que 65,6% dos entrevistados utilizam estradas de chão batido e 32,5% utilizam barcos para chegar as suas residências. A água encanada está presente em quase toda a comunidade (99,5%). Contudo, 21,3% dos participantes afirmaram consumir a água sem qualquer tipo de tratamento. Com relação ao perfil ocupacional, 64,6% são marisqueiras, com tempo diário de trabalho variando entre menos de quatro horas por dia (15,5%) até de mais de 12 horas diárias (11,8%). O tempo de trabalho diário é diversificado entre os participantes desta pesquisa (TABELA 3).

Tabela 4. Características de moradia e saneamento básico da Comunidade de Bananeiras, Ilha de Maré, Salvador/BA, 2018

Variável	n	%
Acesso à moradia		
Calçamento	3	1,4
Chão batido	137	65,6
Barco	68	32,5
Outros	1	0,5
Abastecimento de água no domicílio		
Rede encanada	209	99,5
Poço	1	0,5
Como a água de consumo é tratada?		
Filtrada	49	23,2
Fervida	3	1,4
Clorada	103	48,8
Mineral	11	5,2
Sem tratamento	45	21,3
Destinação das fezes e urina do banheiro		
Fossa rudimentar	202	96,7
Direto no rio, mar, mangue	7	3,3
Destinação do lixo		
Coletado	195	94,2
Queimado	9	4,3
Céu aberto	2	1,0
Outros	1	0,5
Destinação dos resíduos da pesca /mariscagem		
Céu aberto	184	89,3
Reaproveitado	13	6,3
Armazenado em lugar específico	8	3,9
Outros	1	0,5

Fonte: Organizados pela autora.

Considerando os dados da Tabela 3, chama a atenção o desconhecimento da comunidade para as políticas públicas de equidade. Dentre os participantes, 80,6% afirmaram desconhecer a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, 76,3% a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e 76,6% a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora.

A fossa rudimentar ainda é o principal destino das fezes e urina das residências (96,7%). A coleta seletiva apresentou-se como o principal meio de destinação do lixo (94,2%), enquanto os resíduos da pesca/mariscagem são destinados a céu aberto (89,3%) (TABELA 3).

Fator importante de ser mencionado está relacionado às práticas populares de acesso à saúde, sendo possível verificar nos resultados que 86,1% da população utilizam-se do Sistema Único de Saúde, enquanto 13,9% utiliza sistema particular. Isto demonstra que a maioria que utiliza os serviços de saúde públicos são SUS dependente, uma vez que, da parcela que utiliza serviço privado, 66,7% trata-se daqueles que possuem vínculo empregatício em instituições públicas, portanto possuem planos municipais, estaduais ou militares. A população também demonstrou ser adepta a hábitos culturais populares de cuidados à saúde considerando que 84,8% dos participantes informaram acreditar na eficácia de métodos populares, com 72,8% informando utilizar-se desses métodos para tratar doenças (TABELA 4).

Analisando a questão do acesso aos serviços de saúde pela população da comunidade de Bananeiras, os resultados demonstraram que 43,4% dos participantes possuem pouca dificuldade de acesso, enquanto 27,2% possuem grande dificuldade de acesso.

Para melhor entender sobre o assunto buscou-se caracterizar a utilização dos serviços de saúde pela população de Bananeira, evidenciando uma possível falha na construção de vínculo com o paciente pelas equipes de saúde da família, uma vez que 36,9% dos participantes informou não procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde. Além disso, somente 21,9% informou procurar uma Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) quando está doente ou precisando de atendimento de saúde. Em contrapartida, 67,1% costuma procurar serviços de pronto atendimento como a UPA, prontos socorros e serviços de urgências hospitalares quando necessitam de atendimento.

Verificou-se, ainda, a relação do acesso aos serviços de saúde com as características laborais da população de Bananeiras, não se identificando resultados significativos em relação à suficiência da renda para suprir as necessidades da família e somente para o tempo de trabalho diário ($p = 0,012$) (TABELA 5).

Tabela 5. Correlação significativa das variáveis analisadas com o nível de dificuldade de acesso aos serviços de saúde da Comunidade de Bananeiras, Ilha de Maré, Salvador/BA, 2018

	Acesso			P-valor*
	Sem Dificuldade	Pouca Dificuldade	Grande Dificuldade	
Conhecimento da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas				0,029
	34 (25,2)	65 (48,1)	36 (26,7)	135
Não	(IC=18,4 - 33,0)	(IC = 38,8 – 56,5)	(IC = 19,8 – 34,4)	(100,0)
	17 (45,9)	10 (27,0)	10 (27,0)	
Sim	(IC = 30,7 – 61,8)	(IC = 14,8 – 42,7)	(IC = 14,8 – 42,7)	37 (100,0)
Conhecimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora?				0,011
	31 (24,4)	62 (48,8)	34 (26,8)	127
Não	(IC = 17,6 – 32,4)	(IC = 40,2 – 57,5)	(IC = 19,7 – 34,9)	(100,0)
	20 (46,5)	11 (25,6)	12 (27,9)	
Sim	(IC = 32,2 – 61,2)	(IC = 14,4 – 39,9)	(IC = 16,3 – 42,4)	43 (100,0)
Acesso à moradia				0,004
	23 (20,7)	54 (48,6)	34 (30,6)	111
Chão batido	(IC = 14,9 – 29,0)	(IC = 39,5 – 57,9)	(IC = 22,6 – 39,6)	(100)
	26 (45,6)	20 (35,1)	11 (19,3)	57
Barco	(IC = 33,2 – 58,5)	(IC = 23,7 – 48,0)	(IC = 10,7 – 30,9)	(100)
Tempo de trabalho por dia				0,012
				82
	18 (22,0)	36 (43,9)	28 (34,1)	(100,0)
Até 8 horas	(IC = 14,1 – 31,8)	(IC = 33,5 – 54,7)	(IC = 24,6 – 44,8))
				53
	20 (37,7)	26 (49,1)	7 (13,2)	(100,0)
Acima de 8 horas	(IC = 25,6 – 51,2)	(IC = 35,9 – 62,3)	(IC = 6,1 – 24,2))

* Teste Exato de Fisher

Fonte: Organizados pela autora.

No que diz respeito a dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços de saúde pública ocasionadas pela distância procurou-se saber em qual município está localizada a unidade de saúde pública que procuram, verificando-se o município de Candeias como o mais acessado pela população de Bananeiras (74,6%). Chama-se atenção para o fato de que o acesso da comunidade de Bananeiras para Candeias é possível somente de barco, pois Candeias não fica na Ilha, e sim no continente.

Analisando o comportamento das categorias de acesso de acordo com o conhecimento sobre políticas públicas de saúde específicas a essa população, foi possível verificar, que em relação ao conhecimento sobre Política Nacional de Saúde Integral das

Populações do Campo, da Floresta e das Águas houve resultados significativos (p-valor=0,029). Com isso, evidenciou-se que 45,9% das pessoas que responderam “Sim” para a pergunta possuem mais facilidade, contra 25,2% das pessoas que responderam “Não”.

O conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora também apresentou relação significativa com o acesso aos serviços de saúde (p-valor = 0,011), podendo-se dizer que aqueles que apresentaram conhecimento sobre essa política foram identificadas como aquelas que possuíam fácil acesso.

Relacionando o acesso aos serviços de saúde com o perfil sociodemográfico da população de Bananeira foi possível identificar resultados significativos também com o acesso ao local onde mora (p-valor = 0,004), verificando-se maior dificuldade de acesso pelos participantes que chegam às suas residências por chão batido.

As respostas predominantes dos entrevistados que trabalham acima de 8 horas foram sem dificuldade a pouca dificuldade. Para aqueles que trabalham até 8 horas, a acesso predominou-se nas respostas pouca a grande dificuldade.

DISCUSSÃO

A dificuldade relacionada à distância e acesso foi verificada neste estudo como de pouca dificuldade (43,4%), porém, os estudos realizados sobre o assunto têm demonstrado que a distância tem sido fator associado ao acesso aos serviços de saúde. Na pesquisa de Ponnet et al.¹², que ao aplicar o PCAT-Brazil como ferramenta de avaliação e planejamento evidenciaram que os atributos “acesso de primeiro contato – acessibilidade”, “longitudinalidade”, “integralidade – serviços prestados” e “orientação familiar e comunitária” foram classificados como insatisfatórios.

Em seu trabalho ‘Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte’, Carvalho et al.¹³ concluiu que diferenças regionais em aspectos geográficos e organizacionais podem interferir no acesso às unidades.

Prosnewicz e Lippi,¹⁴ ao analisarem o acesso aos serviços de saúde de pescadores ribeirinhos em um município de Rondônia, na região norte do Brasil, relatam, a partir da percepção dos entrevistados, que os serviços de saúde pública no município pesquisado apresentam problemas que precisam ser superados. Em seus resultados afirmam ainda que há ineficiência em vários tipos de atenção, o que demonstra que há inúmeras barreiras de acesso que necessitam passar por um processo

de melhoramento para alcançar a universalidade, integralidade e equidade propostas pelo SUS.

Ainda para os autores, ¹⁴ a ampliação da atenção à saúde, melhorando o saneamento básico e expandindo a estratégia Saúde da Família, que engloba a promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes; possibilitando a participação social, conforme diretrizes do Ministério da Saúde é uma necessidade para que os obstáculos de acesso sejam minimizados.

A distância também foi evidenciada como problema por Rocha et al. ¹⁵ em seu estudo sobre o acesso aos serviços de emergência, destacando que mais de 14 e 30 milhões de pessoas estavam a pelo menos 120 km de distância dos centros de saúde com unidade de terapia intensiva para adultos (UTI) e UTI pediátrica, respectivamente. Para distribuição de cuidados neonatais, 12% da população estava a mais de 120 km de distância de um estabelecimento de saúde com uma UTI neonatal. ¹⁵

Em uma pesquisa realizada com profissionais de saúde atuantes em equipes volantes, Nascimento ¹⁶ também evidenciou a problemática de acesso territorial, sendo mencionado pelos profissionais que participaram de sua pesquisa que são territórios muito extensos e de difícil acesso, onde há comunidades, assentamentos e sítios bastante espalhados.

Esse fato também pode explicar o motivo pelo qual a comunidade prefere utilizar os serviços de saúde no município de Candeias, pelo o acesso ser por água com utilização de barco, pois constatou-se que o acesso por terra (chão batido) apresenta maior dificuldade. Esta dificuldade de acesso por terra pode também interferir na formação de vínculo da população com a ESF por procurarem menos os serviços da Unidade de Atenção Básica.

Deve-se ressaltar o fato de o modelo da ESF não dialogar com os aspectos culturais ou modos de vida das comunidades. Pelo contrário, seguem os mesmos padrões da APS urbana, obedecendo aos mesmos horários e não dialogando com as especificidades do território. Aponta-se a dimensão do território e da territorialização como pontos centrais de partida para a realização das ações da ESF e neste caso, parecem não ser observadas. Assim, o que se observa é falta de atenção às peculiaridades dessa população, como o caso do trabalho realizado e os riscos ocupacionais trazidos pelo mesmo.

Sobre essa questão da territorialização como ponto central das estratégias da ESF, Santos e Rigotto ¹⁷ elucidam que apesar de ser um pressuposto do trabalho

realizado pela ESF, o que se evidencia é uma preocupação enfocada na operacionalização do conceito de território, esquecendo-se de considerar seus múltiplos sentidos, o que prejudica o acesso aos serviços de saúde da população do campo e da floresta, sendo necessário entender que as características naturais ou elaboradas pelo homem que dão feição ao ambiente, influenciam no processo saúde-doença da população.

Em relação a essa inobservância das peculiaridades da população, é importante mencionar que o Complexo Ilha das Marés, onde está situada a comunidade de Bananeiras é palco de conflitos, visto que em suas proximidades encontra-se um complexo industrial formado por mais de 200 indústrias de diversos tipos, como química, metalúrgica e alimentícia. Este polo industrial trouxe consigo vulnerabilidade para o local, devido aos prejuízos socioambientais causados, uma vez que a economia desta região é na sua maioria extrativista e sofre com a contaminação do ambiente, pelas indústrias, interferindo na produção econômica desta população.¹⁸

Além disso, é importante mencionar que a Ilha da Maré é palco de conflitos entre as empresas e as comunidades, sendo mencionado por Bispo¹⁹ que esses conflitos afetam principalmente os povoados da porção Norte da ilha, local onde está situada a comunidade de Bananeiras, cenário desta pesquisa. De acordo com a autora os conflitos são de ordem ambiental e econômica. Os moradores de Ilha da Maré são afetados por emissões partículas líquidas e gasosas, decorrentes das atividades portuárias e industriais que ao serem noticiadas pela mídia prejudicam também economicamente, visto que consumidores dos mariscos e peixes deixam de comprar e comer os produtos vendidos pela comunidade acreditando estarem contaminados.

Para Bispo,¹⁹ esses conflitos são ocasionados pela própria presença das empresas na ilha, porém, poderiam ser amenizados por uma gestão adequada dos mesmos, com um olhar mais atento para as necessidades dos moradores da região. Sobre o assunto cabe mencionar nesse ponto o posicionamento de Ferreira e Rigotto²⁰ que o capitalismo acentuou as contradições na sociedade, verificando-se um paradigma positivista, com um sistema que funciona como “um instrumento de manipulação da natureza em benefício de um sistema produtivo excludente e de uma ordem social segregadora [...], denunciando sua incapacidade de oferecer respostas aos problemas contemporâneos”.²⁰

Os conflitos verificados em Ilha de Maré têm sido motivo de realização de inúmeras pesquisas sobre o assunto, considerando como uma região de exclusão e

segregação de sua comunidade, todavia, verifica-se uma lacuna em relação ao acesso da população aos serviços de saúde. Além destes motivos, a Ilha de Maré foi escolhida como campo de estudo, também pelo fato da dificuldade de implementação de políticas públicas neste território.¹⁸

Além de ser uma população rural, a comunidade de Ilha da Maré caracteriza-se ainda como quilombola. De acordo com o Relatório Técnico de Identificação e Delimitação (RTID)³² para regulamentação fundiária como um território quilombola, existem na comunidade 404 famílias em um território de 644,7 hectares. Como bem afirmam Silva e Andrade³³, tratam-se de comunidades que enfrentam uma série de obstáculos diários, desde a busca pela titulação do território, até processo de ressignificação de sua própria existência em sentido cultural, econômico, social, político. Sobre o assunto, Leão³⁴ verificou em sua pesquisa que para a população quilombola os maiores obstáculos de acesso aos serviços de saúde consistem em: racismo, demora no atendimento e consultas agendadas, evidenciando que menos de 50% dessa população está coberta pelo sistema. Assim, é possível dizer que a comunidade de Ilha da Maré enfrenta uma dupla invisibilidade, como população rural e como quilombolas.

Talvez, essa falta de articulação dos serviços de saúde com as peculiaridades da população, podendo-se dizer até mesmo a falta de articulação de saberes, possa explicar o fato de pouco mais de 21% da população procurar a APS para suas necessidades de saúde, mesmo sendo uma população quase que totalmente dependente do SUS. Pode-se relacionar isto à problemática da dimensão do vínculo, da resolutividade e da longitudinalidade do cuidado que não é observado. Dessa forma, a ausência de vínculo entre os profissionais de saúde pública e a população também ficou evidenciada.

Resultado semelhante pode ser verificado na pesquisa realizada por Ruiz, Santos e Gerhardt,²¹ em que a relação com o paciente foi apontada como um fator de dificuldade. Os autores identificaram discriminação por parte dos profissionais de saúde com o modo de vida da população rural, fator que reduz suas ações à tutela profissional, excluindo e tornando ainda mais difícil o acesso aos serviços. Assim, Ruiz, Santos e Gerhardt²¹ consideram como fundamental o uso da mediação por esses profissionais, acreditando que a partir disso é possível estabelecer uma relação mais próxima com o paciente.

A capacitação e qualificação desses profissionais também é mencionada na pesquisa de Lima et al.²² e Arruda, Maia e Alves⁵, assim como Burille e Gerhardt²³,

que também destacaram a importância dessa comunicação entre profissionais e pacientes. Pode-se dizer, assim, que a capacitação desses profissionais para que melhor compreendam sobre os modos de vida rural pode ser considerada como uma variável fundamental na melhoria do acesso aos serviços de saúde. Por sua vez, Borth et al.²⁴ também identificaram em seu estudo dificuldades na aproximação entre os serviços, relacionadas à definição de fluxo e conhecimento das ações/encaminhamentos.

Não foram encontradas pesquisas semelhantes em relação ao conhecimento sobre políticas públicas e o acesso aos serviços de saúde, o que limitou uma discussão sobre o assunto, assim como em relação ao tempo de trabalho diário, fatores verificados com resultados significativos em relação ao acesso aos serviços de saúde. Todavia, é possível dizer que essa correlação aponta para a questão do reconhecimento dos seus direitos enquanto usuários dos serviços.

A falta de conhecimento das políticas públicas de saúde pode ser explicada pela baixa escolaridade dessa população. O estudo realizado demonstra que a população de Bananeiras apresenta um perfil característico da população das águas do Brasil. A baixa escolaridade na população das águas é uma realidade no país, e na pesquisa realizada por Nunes et al.¹⁶ com uma comunidade pesqueira de Iguaiá – MA foi verificado que 95% dos participantes possuíam Ensino Fundamental incompleto, com resultado semelhante verificado na pesquisa de Vaz et al.²⁵ e de Sousa et al.²⁶.

A questão da falta de saneamento básico também merece destaque em relação à saúde dessa população, visto que a qualidade da água, por sua vez, está diretamente dependente de sua quantidade, haja vista os gradientes necessários à dissolução, diluição e transporte de uma gama de substâncias benéficas ou maléficas à vida, tratando-se de uma relação de proporção entre quantidade e qualidade. Os riscos de estiagem, escassez e mesmo as cheias potencializam mais ainda os riscos de poluição dos mananciais.

Essa qualidade possui uma relação intrínseca com a gestão da bacia hidrográfica, onde as formas de uso do solo serão os parâmetros para definir o grau de impacto na área da bacia hidrográfica. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) ao menos 3,4 milhões de pessoas em todo o mundo morrem em decorrência da falta de tratamento adequado da água para consumo²⁷. Dessa forma, evidencia-se a problemática existente entre o binômio quantidade/qualidade da água.

A Agência Nacional de Águas²⁸ também destaca a qualidade das águas como uma problemática de saúde pública com impactos significativos na qualidade de

vida da população. Assim, faz-se fundamental o monitoramento da qualidade das águas para que a problemática possa ser reduzida. Como um dos grandes impactos ambientais na água, destaca-se o desastre de Mariana – MG, ocorrido no ano de 2015, quando foi liberado um volume estimado de 34 milhões de m³ de rejeitos de mineração, causando perdas de vidas humanas e diversos impactos socioeconômicos e ambientais na bacia do rio Doce. As consequências podem ser percebidas até os dias de hoje.

De acordo com Borja,²⁹ as políticas públicas de saneamento básico vêm experimentando um novo ciclo com o marco legal, regulatório e institucional e a retomada dos investimentos e, apesar dos avanços no setor, a autora elucida que os esforços ainda estão longe de garantir o direito ao saneamento básico no país, enfrentando desafios de diferentes dimensões, destacando-se a política-ideológica, a institucional, a de financiamento, a de gestão, a da matriz tecnológica, a da participação e de controle social, dentre outras.

Mais recentemente, em 2019, manchas de óleo no litoral nordestino colocaram em risco à saúde da população das águas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente (IBAMA)³⁰, os Estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Espírito Santo e Rio de Janeiro, foram atingidos pelo desastre ambiental. Na Bahia, as localidades de Camaçari, Conde, Entre Rios, Esplanada, Jandaíra e Lauro de Freitas foram decretadas em estado de emergência. Com ações ineficazes por parte das autoridades, a própria população desses locais, trabalharam de forma ativa na limpeza de suas praias.³⁰

Os riscos para essas pessoas, para moradores e visitantes dessas localidades são latentes, dada a toxicidade do petróleo bruto. As substâncias cancerígenas, destacando-se o benzeno, estavam presentes, sendo esta substância capaz de causar anemia e aumentar as chances de desenvolvimento de cânceres sanguíneos como a leucemia. Salienta-se, ainda, os riscos trazidos pelo benzeno, tolueno e xileno, que podem ocasionar doenças no sistema nervoso^{30,31}. Os animais marinhos foram os que mais sofreram com o desastre, todavia, ainda cabe o alerta de que o consumo de peixes e outros frutos do mar que chegaram a ser infectados também representam riscos à saúde humana.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que a distância tem sido um dos principais fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, verificando-

se que aqueles que chegam às suas casas por meio de chão batido têm ainda mais dificuldade do que aqueles que chegam a barco. Esse fato provavelmente pode ser explicado pelo caminho de terra se tornar mais longo, considerando que a variável de desfecho do estudo foi calculada a partir do tempo de percurso dos participantes de sua residência a uma unidade de saúde.

O estudo também apontou como fatores associados ao acesso aos serviços de saúde pela falta de conhecimento em políticas públicas pelos moradores da comunidade de Bananeiras, não encontrando estudos que pudessem embasar esse achado, o que aponta a necessidade de realização de estudos que possibilitem um melhor entendimento sobre essa relação entre conhecimento de políticas públicas e acesso aos serviços de saúde pela população rural.

Não foram encontrados resultados que possibilitassem uma comparação com o resultado evidenciado neste estudo sobre a relação entre o acesso aos serviços de saúde e o tempo de trabalho diário dos moradores de Bananeiras. Provavelmente se deva a falta de tempo para conseguirem percorrer o caminho até uma unidade de saúde. Porém, para que seja possível explicar de forma concreta esse fator associado faz-se necessário que outras pesquisas sejam realizadas sobre o assunto a fim de aprofundar esse resultado.

Chama-se atenção para o saneamento básico na comunidade, principalmente para o consumo de água não tratada adequadamente, visto que é importante fato gerador de doenças endêmicas, destacando-se doenças diarreicas agudas e doenças parasitárias, fazendo-se fundamental uma maior atenção a essa população.

O uso de práticas populares para tratamento de doenças foi percebido como uma prática comum na população de Bananeiras, o que pode ser percebido como uma busca das pessoas em resolver seus problemas de saúde ou pela própria cultura das populações rurais, sendo esta também uma sugestão de pesquisas futuras, para o entendimento desta variável.

Ao final do estudo conclui-se que o acesso aos serviços de saúde pública é dificultado principalmente pela distância e tempo de percurso ($p < 0,05$) até as unidades de atendimento, com o conhecimento sobre políticas públicas e tempo de trabalho diário também verificado como fator associado.

REFERÊNCIAS

1. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CL. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista de Saúde Pública*. 2017;51.
2. Brasil. Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências : Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. – Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
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 em Debate*. 2018;42:302-14.
4. Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira ACA. Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2017.
5. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 26] ; 34(6): e00213816.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Políticas de promoção da equidade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
8. Garnelo L, Lima JG, Rocha ES, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*. 2018;42:81-99.
9. Gama AS, Fernandes TG, Parente RC, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018 Feb 19;34:e00002817.
10. FIOCRUZ. Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Pesquisa nacional de saúde. [página na Internet]. [Acessado 2019 mai 4]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Questionario%20PNS.pdf>
11. Conover JW. *Practical Nonparametric Statistics*. John Wiley & Sons, New York, 1971; 295-301309-314.
12. Ponnet L, Willems S, Vyncke V, Moraes Bousquat AE, d'Ávila Viana AL, Arantes Mello G, Demarzo M. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil. *Einstein* (16794508). 2019 Jan 1;17(1).
13. Carvalho Bruna Ré, Ferreira Janise Braga Barros, Fausto Márcia Cristina Rodrigues, Forster Aldaísa Cassanho. Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. *Cad. saúde colet*. [Internet]. 2018 Dic [citado 2019 Nov 10] ; 26(4): 462-469.

14. Prosenewicz Ivania, Lippi Umberto Gazi. Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. Saude soc. [Internet]. 2012 Mar [cited 2019 Nov 10]; 21(1): 219-231.
15. Rocha TA, da Silva NC, Amaral PV, Barbosa AC, Rocha JV, Alvares V, de Almeida DG, Thumé E, Thomaz EB, de Sousa Queiroz RC, de Souza MR. Access to emergency care services: a transversal ecological study about Brazilian emergency health care network. Public health. 2017 Dec 1;153:9-15.
16. Nascimento MN, Oliveira IF. Ações das equipes volantes de CRAS no interior do Rio Grande do Norte. Estudos de Psicologia (Natal). 2018 Jun;23(2):122-32.
17. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trabalho, educação e saúde. 2010;8(3):387-406.
18. Carvalho IG, Rêgo RD, Larrea-Killinger C, da Rocha JC, Pena PG, Machado LO. Towards a dialogue of knowledge between subsistence fishermen, shellfish gatherers and environmental labor law. Ciencia & saude coletiva. 2014 Oct 1;19(10):4011.
19. Bispo, B. M. O papel dos estudos oceanográficos na gestão de conflitos da Zona Costeira: O caso das comunidades da Ilha de Maré, Baía de Todos os Santos, Bahia. 2018.
20. Ferreira MJ, Rigotto RM. Epistemological/methodological contributions to the fortification of an emancipatory con (science). Ciencia & saude coletiva. 2014 Oct;19(10):4103-11.
21. Ruiz EN, Santos VF, Gerhardt TE. Mediações na atenção à saúde sob a ótica da Teoria da Dádiva: a saúde da população rural em destaque. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2016;26:829-52.
22. Lima C, Moreira KS, de Abreu MH, Vieira DD, de Lima Manguieira SA, Vieira MA, de Melo Costa S. Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2019 Mar 27;14(41):1900.
23. Burille Andreia, Gerhardt Tatiana Engel. Experienci(a)ções de reconhecimento e de cuidado no cotidiano de homens idosos rurais. Physis [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 26]; 28(3): e280307.
24. Borth Luana Cristina, Costa Marta Cocco da, Silva Ethel Bastos da, Fontana Darielli Gindri Resta, Arboit Jaqueline. Rede de enfrentamento à violência contra mulheres rurais: articulação e comunicação dos serviços. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 26]; 71(Suppl 3): 1212-1219.
25. Vaz MR, Bonow CA, Abreu DP, Vaz JC, Mello MC, Xavier DM. Rural workload and factors associated with the use of medication by elderly people. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2018;52.

26. Sousa DN, Kato HD, Milagres CS. Perfil socioeconômico e tecnológico dos pescadores de Xambioá, Estado de Tocantins. Embrapa Pesca e Aquicultura-Artigo em periódico indexado (ALICE). 2017.
27. OMS, Organização Mundial de Saúde. 2,1 bilhões de pessoas não têm água potável em casa e mais do dobro não dispõem de saneamento seguro. PAHO Brasil. 2017. [Acessado em: 05 nov 2019] Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5458:oms-2-1-bilhoes-de-pessoas-nao-tem-agua-potavel-em-casa-e-mais-do-dobro-nao-dispoem-de-saneamento-seguro&Itemid=839
28. Agência Nacional de Águas (Brasil). Conjuntura dos recursos hídricos no Brasil 2017 : relatório pleno / Agência Nacional de Águas. Brasília: ANA, 2017.
29. Borja PC. Política pública de saneamento básico: uma análise da recente experiência brasileira. Saúde e Sociedade. 2014;23:432-47.
30. IBAMA, Instituto Brasileiro de Meio Ambiente. Manchas de óleo no litoral brasileiro. 2019. [Acessado em: 10 jan 2020] Disponível em: <https://www.ibama.gov.br/notas/2047-manchas-de-oleo-no-litoral-do-nordeste>
31. INCA, Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer. 2019. [Acessado em: 15 jan 2020] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/leucemia>
32. RTID, Relatório Técnico de Identificação e Delimitação. Identificação e delimitação territorial. Superintendência Regional na Bahia. Diário Oficial da União 13 de março de 2017. Brasília, DF. [Acessado em: 20 jan 2020] Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/03/2017&jornal=3&pagina=1&totalArquivos=220>
33. Silva GV, Andrade PGRA. Fora de cena: a invisibilidade dos territórios quilombolas capixabas na imprensa capixaba. CSONline-Revista Eletrônica De Ciências Sociais. 2017;23.
34. Leão MM. Saúde e qualidade de vida de adolescentes de um assentamento rural no Pontal do Paranapanema-SP. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

ANEXO 1. Tabela 6. Características de práticas populares de cuidado à saúde e de utilização dos serviços de saúde da Comunidade de Bananeiras, Ilha de Maré, Salvador/BA, 2018

Variável	n	%
Nível de acesso aos serviços de saúde		
Sem dificuldade de acesso	51	29,5
Pouca dificuldade de acesso	75	43,4
Grande dificuldade de acesso	47	27,2
Sistema de saúde utilizado		
Sistema único de Saúde (SUS)	180	86,1
Sistema particular	29	13,9

Crença na eficácia de métodos populares de cuidados em saúde		
Não	31	15,2
Sim	173	84,8
Procura mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde		
Não	73	36,9
Sim	125	63,1
Serviço procurado para atendimento de saúde		
Farmácia	9	4,6
Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)	43	21,9
Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica	2	1,0
UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	70	35,7
Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	4	2,0
Pronto-socorro ou emergência de hospital público	16	8,2
Hospital público/ambulatório	22	11,2
Consultório particular ou clínica privada	21	10,7
Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato	0	0,0
Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado	6	3,1
Outro serviço	3	1,5
Localização do serviço de saúde que mais procura		
	11	5,2
Caboto	1	0,5
Caboto - Candeias	1	0,5
Candeias	159	74,6
Candeias E Salvador	1	0,5
Candeias E Simões Filho	1	0,5
Candeias, Palha Grande	1	0,5
Candeias/Simões Filho E Salvador	1	0,5
Candeiras	3	1,4
Ilha De Maré	1	0,5
Madeira	1	0,5
Paripe	1	0,5
Passé	1	0,5
Pireperi	1	0,5
Praia Grande	2	0,9
Praia Grande - Ilha De Maré	1	0,5
Salvador	21	9,9
Salvador E Candeias	1	0,5
Simões Filho	3	1,4
Vasco Da Gama	1	0,5

Fonte: Organizados pela autora.

6 CONCLUSÕES

A partir deste foi possível verificar que a acessibilidade das populações rurais aos serviços de saúde é precária, verificando-se que as principais variáveis que influenciam nessa questão são a geografia do local, geralmente caracterizada por localizações distantes dos centros urbanos ou de difícil acesso, como é o caso de populações ribeirinhas, em que o acesso à comunidade muitas vezes só é possível pelo rio.

Evidenciou-se também a falta de capacitação e qualificação dos profissionais de saúde para lidar com essas populações, desconhecendo a peculiaridade de seus territórios e doenças, fator que dificulta até mesmo a comunicação profissional/paciente. Os resultados também demonstraram que a procura dessas populações pelos serviços de saúde é baixa, para atendimentos preventivos, sendo estes mais realizados pelo público feminino e quanto mais complexa a especialidade necessária mais difícil o acesso, dada a falta do serviço nessas localidades.

Faz-se importante mencionar a escassez de estudos sobre o acesso das populações rurais aos serviços de saúde, podendo-se verificar que os artigos selecionados para esta pesquisa são diversificados em relação aos objetivos, não proporcionando uma discussão focada sobre um assunto, em especial quando trata-se de comunidades pesqueiras, não sendo encontrada nenhuma pesquisa sobre o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, o que evidencia a sua invisibilidade não só pelas políticas públicas, mas também pela comunidade acadêmica.

A partir do estudo epidemiológico foi possível verificar que a população de Ilha da Maré é predominantemente feminina (76,5%) e negra (80,2%), percentual que pode ser explicado por tratar-se de uma comunidade quilombola. Trata-se de uma comunidade tradicional pesqueira, 64,6% são marisqueiras, com tempo diário de trabalho variando entre menos de quatro horas por dia (15,5%) até mais de 12 horas diárias (11,8%). Uma população de baixa renda onde 65,6% utilizam estradas de chão batido e 32,5% utilizam barcos para chegar as suas residências. Chama-se atenção para o percentual de 21,3% dos participantes que afirmaram consumir a água sem qualquer tipo de tratamento, o que evidencia riscos à saúde, portanto, uma maior necessidade de atenção.

Foi evidenciado que a distância tem sido um dos principais fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, verificando-se que aqueles que chegam às suas casas por meio de chão batido têm ainda mais dificuldade do que aqueles que chegam a barco. Esse fato provavelmente pode ser explicado pelo caminho de terra se tornar mais longo, considerando que a variável de desfecho do estudo foi calculada a partir do tempo de percurso dos participantes de sua residência a uma unidade de saúde.

O estudo também apontou como fatores associados ao acesso aos serviços de saúde pela falta de conhecimento em políticas públicas pelos moradores da comunidade de Bananeiras, não encontrando estudos que pudessem embasar esse achado, o que aponta a necessidade de realização de estudos que possibilitem um melhor entendimento sobre essa relação entre conhecimento de políticas públicas e acesso aos serviços de saúde pela população rural.

Não foram encontrados resultados que possibilitassem uma comparação com o resultado evidenciado neste estudo sobre a relação entre o acesso aos serviços de saúde e o tempo de trabalho diário dos moradores de Bananeiras. Provavelmente se deva a falta de tempo para conseguirem percorrer o caminho até uma unidade de saúde. Porém, para que seja possível explicar de forma concreta esse fator associado faz-se necessário que outras pesquisas sejam realizadas sobre o assunto a fim de aprofundar esse resultado.

Chama-se atenção para o saneamento básico na comunidade, principalmente para o consumo de água não tratada adequadamente, visto que é importante fato gerador de doenças endêmicas, destacando-se doenças diarreicas agudas e doenças parasitárias, fazendo-se fundamental uma maior atenção a essa população. O uso de práticas populares para tratamento de doenças foi percebido como uma prática comum na população de Bananeiras, o que pode ser percebido como uma busca das pessoas em resolver seus problemas de saúde ou pela própria cultura das populações rurais, sendo esta também uma sugestão de pesquisas futuras, para o entendimento desta variável.

Ao final do estudo conclui-se que o acesso aos serviços de saúde pública é dificultado principalmente pela distância e tempo de percurso ($p < 0,05$) até as unidades

de atendimento, com o conhecimento sobre políticas públicas e tempo de trabalho diário também verificado como fator associado. Salienta-se que Ilha da Maré além de ser uma comunidade rural é uma comunidade quilombola, o que a coloca em uma posição de dupla invisibilidade.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA EFE. Saída de médicos cubanos expõe desigualdade na saúde do Brasil. **G1**. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2018/12/09/saida-de-medicos-cubanos-expoe-desigualdade-na-saude-do-brasil.ghtml> Acesso em: 10 nov. 2019.
- ALMEIDA, A. N. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. **J Bras Econ Saúde**, v. 7, n. 1, p. 43-52, 2015.
- ANA, Agência Nacional de Águas (Brasil). **Conjuntura dos recursos hídricos no Brasil 2017**: relatório pleno / Agência Nacional de Águas. Brasília: ANA, 2017.
- ANDRADE JÚNIOR RSG. **Balanco de Gestão**: Biênio 2017-2019. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). 2019. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/09/BalancoDeGestao_web.pdf Acesso em: 10 nov. 2019.
- ARAÚJO, M.D.P.N.; SOUZA, J.; TRAD, L.A.B. A alimentação do trabalhador no Brasil: um resgate da produção científica nacional. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro: v. 17, n. 4. 2010.
- ARRUDA, Natália Martins; MAIA, Alexandre Gori; ALVES, Luciana Correia. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 34, n. 6 [Acessado 29 Maio 2019], e00213816. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>>. Epub 21 Jun 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>.
- BARROS, Fernando Passos Cupertino de et al. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 264-271, Sept. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300264&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611020>.
- BARROSO, Sabrina Martins; MELO, Ana Paula; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Fatores associados à depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 503-514, 2015.
- BISPO, B. M. **O papel dos estudos oceanográficos na gestão de conflitos da Zona Costeira**: O caso das comunidades da Ilha de Maré, Baía de Todos os Santos, Bahia. 2018. (Trabalho de Conclusão de Curso - Oceanografia). Universidade Federal da Bahia.
- BORGES, Aurélio Ferreira et al. Desempenho ambiental da piscicultura na Amazônia Ocidental brasileira. **Global Science and Technology**, v. 6, n. 1, 2013.
- BORJA, Patrícia Campos. Política pública de saneamento básico: uma análise da recente experiência brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 432-447, 2014.

BORTH, Luana Cristina et al. Red de enfrentamiento a la violencia contra las mujeres rurales: articulación y comunicación de los servicios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1212-1219, 2018.

BRASIL, Política de Humanização. **Humaniza SUS: A humanização como eixo norteador das práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Pesca e Aquicultura (MPA). **Boletim estatístico da pesca e aquicultura**. 2011. Disponível em: <http://www.mpa.gov.br/index.php/informacoes-e-estatisticas/estatistica-da-pesca-e-aquicultura> Acesso em: 30 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Pesca e Aquicultura (MPA). **O diagnóstico da Pesca Extrativa no Brasil**. 22 de Fevereiro 2012. Disponível em: <http://www.mpa.gov.br/index.php/component/content/article/101-apresentacao/250-o-diagnostico-da-pesca-extrativa-no-brasil> Acesso em: 13 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília (DF); 2015(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Políticas de promoção da equidade em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013(b). 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 216 p.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

BURILLE, Andreia; GERHARDT, Tatiana Engel. Experienci(a)ções de reconhecimento e de cuidado no cotidiano de homens idosos rurais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280307, 2018.

CAPETTI, Pedro; COUTO, Marlen. Mais Médicos: Após saída de cubanos, 42% das cidades têm vagas abertas. **O Globo Brasil**. 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/mais-medicos-apos-saida-de-cubanos-42-das-cidades-tem-vagas-abertas-23694511> Acesso em: 10 jan. 2020.

CARNEIRO FF, PESSOA VM, TEIXEIRA ACA. **Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2017.

CARVALHO, Bruna Ré et al. Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 462-469, dez. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000400462&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 27 mai 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800040471>.

CARVALHO, Claudio; RODRIGUES, Raoni. **O direito à cidade**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2016.

CARVALHO, Ingrid Gil Sales et al. Por um diálogo de saberes entre pescadores artesanais, marisqueiras e o direito ambiental do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4011-4022, Out. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mai. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.09432014>.

CARVALHO, Ingrid Gil Sales et al. Towards a dialogue of knowledge between subsistence fishermen, shellfish gatherers and environmental labor law. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4011, 2014.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2893-2902, 2012.

CEZAR-VAZ, Marta Regina et al. Rural workload and factors associated with the use of medication by elderly people. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

COHEN, Simone Cynamon et al. Habitação saudável como determinante social da saúde: experiências internacional e nacional. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 169-179, 2012.

CONAQ, Coordenação Nacional de Comunidades Quilombolas. **Quilombos? Quem somos nós!** 2019. Disponível em: <http://conaq.org.br/quem-somos/> Acesso em: 10 jan. 2020.

CONOVER, W. J. **Practical Nonparametrics Statistics** John Wiley & Sons. **New York**, v. 493, 1980.

COSTA, Angra Larissa Durans et al. Osteoporosis in primary care: an opportunity to approach risk factors. **Revista brasileira de reumatologia**, v. 56, n. 2, p. 111-116, 2016.

COSTA, Danilo et al. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 11-21, 2013.

COSTA, Marta Cocco da et al. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, 2017.

DA SILVA, Girley Vieira; ANDRADE, Patrícia Gomes Rufino Andrade. FORA DE CENA: A INVISIBILIDADE DOS TERRITÓRIOS QUILOMBOLAS CAPIXABAS

NA IMPRENSA CAPIXABA. **CSONline-REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**, n. 23, 2017.

DE SOUSA, Diego Neves; KATO, HC de A.; MILAGRES, Cleiton Silva Ferreira. Perfil socioeconômico e tecnológico dos pescadores de Xambioá, Estado de Tocantins. **Embrapa Pesca e Aquicultura-Artigo em periódico indexado (ALICE)**, 2017.

DEL DUCA, Giovâni Firpo; THUMÉ, Elaine; HALLAL, Pedro Curi. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 113-120, 2010.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, n. SPE, p. 131-139, 2013.

FAO. Securing sustainable small-scale fisheries: sharing good practices from around the world. FAO Fisheries and Aquaculture Technical Paper. Nº 644. Roma. FAO; 2019. 184pp.

FERREIRA, Marcelo José Monteiro; RIGOTTO, Raquel Maria. Epistemological/methodological contributions to the fortification of an emancipatory con (science). **Ciencia & saude coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4103, 2014.

FIOCRUZ. Fundação Instituto Oswaldo Cruz. **Pesquisa nacional de saúde**. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Questionario%20PNS.pdf> Acesso em: 4 mai. 2019.

FRANCO CM, ALMEIDA PF, GIOVANELLA L. A perspectiva dos supervisores sobre a integralidade nas práticas dos médicos cubanos do Programa Mais Médicos. **Saúde em Debate**. 2019 May 6;43:15-29.

GAMA AS, FERNANDES TG, PARENTE RC, SECOLI SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2018 Feb 19;34:e00002817.

GARNELO, Luiza et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1 pp. 81-99. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>>. Acesso em: 29 mai 2019. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106>.

GUSSO G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1, p. 159-166.

HARVEY, David. O direito à cidade. **Lutas sociais**, n. 29, p. 73-89, 2012.

HERKRATH, F. J. **Fatores contextuais e individuais associados com a utilização dos serviços de saúde bucal por adultos no Brasil**. Tese de Doutorado. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2018.

IBAMA, Instituto Brasileiro de Meio Ambiente. Manchas de óleo no litoral brasileiro. 2019. Disponível em: <https://www.ibama.gov.br/notas/2047-manchas-de-oleo-no-litoral-do-nordeste> Acesso em: 10 jan. 2020.

IBGE, Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Censo demográfico: Fortaleza-CE**. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias-novoportal/por-cidade-estado-geociencias.html> Acesso em: 20 de julho de 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação** / IBGE, Coordenação de Geografia. – Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INCA, Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer. 2019. [Acessado em: 15 jan 2020] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/leucemia>

KASSIM Said Abasse, ALOLGA Raphael Nammahime, KASSIM Said Mohamed, ASSANHOU Assogba Gabin, HONGCHAO Li, AIXIA Ma. Socioeconomic Disparities in Health Outcomes and Access to Health Care across Three Islands in Comoros. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2017, v. 28, n.3, p.1116 – 1140. ISSN 1548-6869.

KESSLER M, BERTASI LM, TRINDADE LL, ERDTMANN BK, SOARES RSA, LIMA SBS. Morbidades da população rural e a utilização de serviços de saúde. *Rev Enferm UFPI*. 2016 Jul-Set;5(3):24-29.

KREFTA, Noemi Margarida. A mulher camponesa e suas lutas pelo direito à saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 8, n. 2, p. Pág. 295-296, jun. 2014.

LAPA, Ademir. **Programa Mais Médicos: uma contribuição à análise da oferta de ações e serviços de saúde** / Ademir Lapa. -- Brasília, 2018. 79 f. il Orientador: Gerson Oliveira Penna. Co-orientadores: Luiz Felipe da Silva Pinto; Alysson Feliciano Lemos. Dissertação (Mestrado - Políticas Públicas em Saúde) -- Escola Fiocruz de Governo, 2018.

LASTE, Gabriela et al. Análise de prescrições médicas dispensadas em farmácia no Sistema Único de Saúde. *Clinical & Biomedical Research*, v. 33, n. 1, 2013.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 20, n. 1, p. 85-100, 2011.

LEÃO, M. M. **Saúde e qualidade de vida de adolescentes de um assentamento rural no Pontal do Paranapanema-SP**. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2015.

LIMA, Cássio et al. Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 14, n. 41, p. 1900, 2019.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 29 Maio 2019], pp. 18-37. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.

MEDEIROS, Márcia Maria de; ESPÍNDOLA FONTOURA JUNIOR, Eduardo; APARECIDA PICCOLI FONTOURA, Flaviany. Saúde, ética no cuidado e a política nacional de atenção integral à saúde do homem. **TraHs-Trayectorias Humanas Trascontinentales**, n. 4, 2018.

MENDES, EV. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MIRANDA, Sérgio Vinícius Cardoso De et al. Necessidades e reivindicações de homens trabalhadores rurais frente à atenção primária à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 1, 2020.

MOLINA-SALAZAR, Raúl E.; AGUILAR-BUSTAMANTE, Francisco; AMOZURRUTIA-JIMENEZ, José A.. Acceso con equidad en los servicios de salud en México un enfoque institucional. **Horiz. sanitario**, Villahermosa, v. 17, n. 3, p. 197-207, dic. 2018. Disponível em <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000300197&lng=es&nrm=iso>. acessado em 27 mayo 2019. <http://dx.doi.org/10.19136/hs.a17n3.2089>.

MOREIRA, Jessica Pronestino de Lima et al. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1698-1708, 2015.

MOTTA, Luís Claudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia saúde da família: clínica e crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 196-207, 2015.

NASCIMENTO, Marília Noronha Costa do; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. Ações das equipes volantes de CRAS no interior do Rio Grande do Norte. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 23, n. 2, p. 122-132, 2018.

OLIVEIRA, Maria Amélia; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013.

OMS, Organização Mundial de Saúde. 2,1 bilhões de pessoas não têm água potável em casa e mais do dobro não dispõem de saneamento seguro. **PAHO Brasil**. 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5458:oms-2-1-bilhoes-de-pessoas-nao-tem-agua-potavel-em-casa-e-mais-do-dobro-nao-dispoem-de-saneamento-seguro&Itemid=839 Acesso em: 05 nov. 2019.

- OMS, Organização Mundial de Saúde. **Folha Informativa: Atenção Primária à Saúde**. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843 Acesso em: 30 jan. 2019.
- PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira (RSB): expressão ou reprodução da revolução passiva?. **Planejamento e políticas públicas**, n. 49, 2017.
- PENA, P. G. L.; GOMEZ, C. M. Saúde dos pescadores artesanais e desafios para a Vigilância em Saúde do Trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4689–4698, 2014.
- PENA, Paulo Gilvane Lopes; FREITAS, Maria do Carmo Soares de; CARDIM, Adryanna. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de marisqueiras na Ilha de Maré, Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 3383-3392, 2011.
- PENA, Paulo Gilvane Lopes; MARTINS, Vera; REGO, Rita Franco. Por uma política para a saúde do trabalhador não assalariado: o caso dos pescadores artesanais e das marisqueiras. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 57-68, 2013.
- PESSOA, Vanira Matos et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2253-2262, 2013.
- PESSOA, Vanira Matos; ALMEIDA, Magda Moura; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 302-314, 2018.
- PNUD. **Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil**. Ilha de Maré Salvador BA RM Salvador. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_udh/25711 Acesso em 17 de maio. de 2019.
- PONNET, Liz et al. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde para crianças: reflexões sobre a viabilidade do uso rotineiro do Primary Care Assessment Tool-Brazil. **Einstein (São Paulo)**, v. 17, n. 1, 2019.
- PROSENEWICZ, Ivania; LIPPI, Umberto Gazi. Acesso aos serviços de saúde, condições de saúde e exposição aos fatores de risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 219-231, Mar. 2012.
- RÊGO, RF; MÜLLER, JS; FALCÃO, IR; PENA, PGL. Vigilância em saúde do trabalhador da pesca artesanal na Baía de Todos os Santos: da invisibilidade à proposição de políticas públicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, n. 1, 2018.
- RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. The crisis of cooperative federalism in the health policies in Brazil. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 14-24, 2016.
- RIBEIRO, Renata Perfeito et al. Padecimiento por el trabajo en la enfermería: una revisión integral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 495-504, 2012.

ROCHA, T. A. H. et al. Access to emergency care services: a transversal ecological study about Brazilian emergency health care network. **Public health**, v. 153, p. 9-15, 2017.

RTID, Relatório Técnico de Identificação e Delimitação. Identificação e delimitação territorial. Superintendência Regional na Bahia. **Diário Oficial da União** 13 de março de 2017. Brasília, DF. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=13/03/2017&jornal=3&pagina=1&totalArquivos=220> Acesso em: 20 jan. 2020.

RÜCKERT, Bianca; CUNHA, Daisy Moreira; MODENA, Celina Maria. Healthcare knowledge and practices of the rural population: an integrative literature review. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 66, p. 903-914, 2018.

RUIZ, Eliziane NF; SANTOS, Vilma Fioravante dos; GERHARDT, Tatiana Engel. Mediações na atenção à saúde sob a ótica da Teoria da Dádiva: a saúde da população rural em destaque. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 829-852, 2016.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, p. 260-268, 2012.

SANTANA, Claudiana Mangabeira et al. Occupational exposure of rural workers to pesticides. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 301-307, 2016.

SANTANA, José Paranaguá de. Um olhar sobre a cooperação sul-sul em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2993-3002, 2011.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, educação e saúde**, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SANTOS, Kelly Polyana Pereira. Atividade pesqueira e construção de embarcações na colônia de pescadores Z-18 do município de União/PI, Brasil. **Holos**, v. 6, p. 90-106, 2015.

SHIMIZU, Helena Eri et al. Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03316-e03316, 2018.

SILVA, Camila Ribeiro et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, abr. 2017.

SIM. Sistema de Informações Municipais de Salvador. **Dados do Censo do IBGE de 2010**. Disponível em: <http://www.sim.salvador.ba.gov.br/indicadores/> Acesso em: 28 de mai. de 2019.

STEINER, Philippe. **A sociologia de Durkheim**. Editora Vozes Limitada, 2016.

STOPA, Sheila Rizzato et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.

51, supl. 1, 3s, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200308&lng=en&nrm=iso>. access on 29 May 2019. Epub June 01, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074>.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do sistema único de saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**. Salvador, Bahia, 2011.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 1751-1762, 2018.

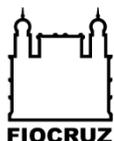
WANDERLEY, Maria de Nazareth Baudel. O campesinato brasileiro: uma história de resistência. **Revista de economia e sociologia rural**, v. 52, p. 25-44, 2014.

WINNICK, Terri A. Delivery: Gender and the language of birth. **Advances in Gender Research**, v. 8, p. 51-85, 2004.

WORLD BANK. **Middle East and North Africa Economic Developments and Prospects, October 2012: Looking Ahead After a Year in Transition**. World Bank Publications, 2012.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário



PROMOÇÃO DE TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS E SUSTENTÁVEIS - ILHA DE MARÉ/SALVADOR-BAHIA

ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
NO CONTEXTO INDIVIDUAL E DOMICILIAR

Entrevistador:				
Nome da Comunidade:				
Data da Entrevista: / /				
BLOCO 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS				
Características Socioeconômicas do Entrevistado				
1.1 Nome:				
1.2 Quantas pessoas moram neste domicílio?			Quantidade	
1.3 Sexo do entrevistado			Masculino	
			Feminino	
1.4 Data de nascimento		Dia	Mês	Ano
1.5 Idade do entrevistado			Anos	
1.6 Cor ou raça do entrevistado			Branca	
			Preta	
			Amarela	
			Parda	
			Indígena	
1.7 Você se identifica como população tradicional			Sim	
			Não	

		Qual?
1.8 Vive com cônjuge ou companheiro?		Sim
		Não
1.9 Estado civil do entrevistado		Casado(a) ou união estável
		Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente
		Divorciado(a)
		Viúvo(a)
		Solteiro(a)
		Outros
1.10 Há quanto tempo mora neste local?		Ano
		Mês
1.11 Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas		Sim
		Não
1.12 Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra		Sim
		Não
1.13 Você conhece a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e trabalhadora?		Sim
		Não

BLOCO 5 – CARACTERÍSTICA DA MORADIA E SANEAMENTO

BLOCO 5 – CARACTERÍSTICA DA MORADIA E SANEAMENTO												
5.1.O Domicílio é:		Próprio	5.2.Qual seu tipo de moradia?		Casa	5.3 O domicílio é construído com?		Tijolo	5.4 Qual acesso ao local onde mora? Pode marcar mais de uma opção		Calçamento	
		Alugado			Apartamento			Taipa/Barro			Chão batido	
		Financiado			Comodo			Madeira			Barco	
		Arrendado			Outro (especificar)			Material reutilizado			Outros	
		Cedido								Outro		
		Ocupado										
		Familiar										
5.5 O domicílio tem energia?		SIM	5.6 O domicílio tem abastecimento de água?		Rede encanada	5.7 Como a água de consumo é tratada?		Filtrada	5.8 Qual o destino das fezes e urina do banheiro? Pode marcar mais de uma		Rede de esgoto	
		Não			Cisterna			Fervida			Fossa rudimentar	
					Poço			Clorada			Direto no rio,	
					Carro pipa			Mineral				

								opção	mar, mangue
				Outros			Sem tratamento		Outro
5.9 Qual o destino do lixo?		Coletado	5.10 Possui animais no domicílio? Quantos?	Gato	5.11 Qual o destino das águas da pia e tanque?		Rede enterrada.	5.12 Qual o destino do resíduo da pesca /mariscagem?	Céu aberto
		Queimado		Cachorro		Fossa	Reaproveitado		
		Céu aberto		Porco		Céu aberto	Armazenado em lugar específico		
		Seletivo		Galinha		Reaproveitada	Outros		
		Outros		Outros		Outros			

BLOCO 6 – TRABALHO DOS MORADORES DO DOMICÍLIO

Responde o entrevistado

6.1 Qual sua atividade principal?		Pescador	6.2. Atualmente está trabalhando?		Sim	6.3. Quanto tempo trabalha nesta atividade?		1 a 5 anos
		Marisqueira						6 a 10 anos
		Outro. Qual			Não			Mais de 11 anos
6.4 Nos últimos seis meses, trabalhou ou estagiou, em alguma		Sim	6.5 Nos últimos seis meses, tinha algum trabalho		Sim	6.6 Em sendo afirmativa a resposta anterior,		Férias.
								Afastamento por motivo de gestação.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

6.13 Quanto recebia pelos outros trabalhos?	Até R\$ 499,00	6.14 Quanto tempo trabalha nesta atividade?	Horas por dia	6.15 Quanto tempo trabalhava normalmente neste(s) outros trabalhos	Horas por dia
	R\$ 500 a R\$ 999,00		Dias na semana		Dias no mês
	Acima de R\$ 1.000,00		Semana no mês		Quinzenal
			Mês no ano		Mensal
6.16 Neste ano, recebeu pensão alimentícia ou doação em dinheiro de pessoa que não morava no domicílio?	Sim	6.17 Neste ano recebeu algum benefício/ aposentadoria e/ou pensão de Instituto de previdência federal (INSS), estadual ou municipal ou de governos?	Sim	6.18 Quanto tempo estava sem qualquer trabalho e tentando conseguir trabalho?	Menos de 1 mês
	Não		Não		De 1 mês a menos de 1 ano
	Valor recebido em reais		Valor recebido em reais		De 1 ano a menos de 2 anos
6.19 Em alguns dos seus trabalhos o horário é noturno?	Sim	ben_gov			2 anos ou mais
	Não				
6.20 Com que	Menos de 1 vez por mês				Até 4 horas

frequência, trabalha em horário noturno em alguns dos seus trabalhos?		1 a 3 vezes ao mês			6.22 Quantas horas trabalha por dia?		De 4 a 6 horas	
		1 vez por semana					Até 8 horas	
		De 2 a 3 vezes por semana					4 De 8 a 12 horas	
		5 4 vezes por semana						
		5 vezes ou mais por semana						
6.21 Quantos dias por semana você trabalha?		Até 2 dias				Mais de 12 horas		
		De 3 a 5 dias						
		Mais de 5 dias						
6.23 Normalmente trabalha em ambientes?		Aberto	6.24 Pensando em todos os seus trabalhos está exposto a manuseio de substâncias químicas que podem afetar sua saúde?		Sim	6.25 Pensando em todos os seus trabalhos está em exposição a ruídos que podem afetar sua saúde?		Sim
		Fechado			Não			Não

6.26 Pensando em seu trabalho, está em exposição longa ao sol que pode afetar sua saúde?	Sim	6.27 Pensando em seu trabalho está exposto a resíduos urbanos (lixo) que podem afetar sua saúde?	Sim	6.28 Pensando em seu trabalho está em exposição a poeira industrial (pó) que podem afetar sua saúde?	Sim
	Não		Não		Não
6.29 Pensando em seu trabalho está exposto a situações que levam ao nervosismo que podem afetar sua saúde?	Sim	6.30 Pensando em seu trabalho está exposto a situação de violência?	Sim	6.31 Pensando em seu trabalho está exposto a situação de violência sexual?	Sim
	Não		Não		Não
6.32 No final de sua jornada de trabalho se sente cansada?	Sim	6.33 Você gosta do seu trabalho?	Sim	6.34 No final de sua jornada de trabalho você sente dores?	Sim
	Não		Não		Não
6.35 Você sente prazer com o resultado do seu trabalho?	Sim	6.36 Você trocaria de trabalho se tivesse oportunidade?	Sim	6.37 Utiliza álcool ou outras drogas durante o seu trabalho?	Sim
	Não		Não		Não

BLOCO 7 - CARACTERÍSTICAS DE ESCOLARIDADE DO ENTREVISTADO	
7.1 Sabe ler e escrever?	Sim
	Não
7.2 Você se acha?	Completamente alfabetizado
	Parcialmente alfabetizado
	Somente capaz de assinar seu nome
7.3 Frequenta a escola atualmente? Se a resposta for não pule para a nº 7.6	Sim
	Não
7.4 Qual o curso que frequenta?	Pré-escolar (maternal e jardim de infância)
	Alfabetização de jovens e adultos
	Regular do ensino fundamental
	Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino fundamental
	Regular do ensino médio
	Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino médio
	Superior – graduação
	Mestrado
	Doutorado
7.5 Qual é a série / ano que frequenta?	Primeira (o)
	Segunda (o)
	Terceira (o)
	Quarta (o)
	Quinta (o)
	Sexta (o)
	Sétima (o)
	Oitava (o)
	Nona(o)
7.6 Já concluiu algum curso superior de graduação?	Sim
	Não
7.7 Você estudou até que série?	Classe de alfabetização – CA
	Alfabetização de jovens e adultos
	Antigo primário (elementar)

	Antigo ginásio (médio 1º ciclo)
	Regular do ensino fundamental ou do 1º grau
	Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino fundamental
	Antigo científico, clássico etc. (médio 2º ciclo)
	Regular do ensino médio ou do 2º grau
	Educação de jovens e adultos (EJA) ou supletivo do ensino médio
	Curso técnico
	Superior – graduação
	Mestrado
	Doutorado

BLOCO 9 - COBERTURA DE PLANO DE SAÚDE	
9.1 Tem algum plano de saúde, médico ou odontológico particular ?	Sim
Se a resposta for não pule para o bloco 10	Não
9.2 Quantas pessoas na casa têm planos de saúde (médico ou odontológico) particular?	Número de planos de saúde (médico ou odontológico)
9.3 Tem algum plano de saúde apenas para assistência odontológica?	Sim
	Não
9.4 O plano de saúde que possui é de servidor público (municipal, estadual ou militar)?	Sim
	Não
9.5 Há quanto tempo sem interrupção possui esse plano de saúde?	Até 6 meses
	Mais de 6 meses até 1 ano
	Mais de 1 ano até 2 anos
	Mais de 2 anos
9.6 Considera este plano de saúde.	Muito bom

	Bom
	Regular
	Ruim
	Muito ruim
	Nunca usou o plano de saúde
9.7 Quem é o titular do plano de saúde?	O próprio entrevistado
	Parente que não mora na casa
9.8 Quantas pessoas que não moram neste domicílio têm como dependentes ou agregados no plano de saúde?	Número de pessoas
9.10 Quem paga a mensalidade deste plano de saúde?	Somente o empregador do titular
	O titular, por meio do trabalho atual
	O titular, por meio do trabalho anterior
	O titular, diretamente ao plano
	Outro morador do domicílio
	Pessoa não moradora do domicílio
9.11 Qual é o valor da mensalidade deste plano de saúde?	Outro
	Menos de R\$50,00
	De R\$50,00 a menos de R\$100,00
	De R\$100,00 a menos de R\$200,00
	De R\$200,00 a menos de R\$300,00
	De R\$300,00 a menos de R\$500,00
De R\$500,00 a menos de R\$1000,00	

BLOCO 10 – UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE		
10.1 Nas duas últimas semanas, deixou de realizar quaisquer de suas atividades diárias (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos etc.) por motivo de saúde?		Sim
		Não
Se a resposta for não pule para o nº 10.4		
10.2 Nas duas últimas semanas, quantos dias deixou de realizar suas atividades diárias, por motivo de saúde?		Número de dias
10.3 Qual foi o principal motivo de saúde que impediu de realizar suas atividades habituais nas duas últimas semanas? (Pode responder mais de uma questão)		Não sente nada
		Dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca
		Dor nas articulações (juntas)
		Dor nos braços
		Artrite ou reumatismo
		Dores nos ossos e músculos relacionada ao trabalho
		Dor de cabeça ou enxaqueca
		Problemas menstruais
		Problemas da gravidez
		Parto
		Problema odontológico
		Resfriado / gripe
		Asma / bronquite / pneumonia
		Diarreia / vômito / náusea / enjoo
	Dengue	
	Pressão alta ou outra doença do coração	
	Diabetes	
	AVC ou derrame	

		Câncer
		Depressão
		Outro problema de saúde mental
		Lesão provocada por acidente de trânsito
		Lesão provocada por outro tipo de acidente
		Lesão provocada por agressão ou outra violência
		Falta de ar, dor no peito, febre, etc
		Outra doença
		Qual?
10.4 Já tem diagnóstico de alguma doença?		Sim
		Não
10.5 Nas duas últimas semanas esteve acamado (a)?		Sim
		Não
10.6 Nas duas últimas semanas, quantos dias esteve acamado (a)?		Número de dias
10.7 Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)		Sim
		Não
10.8 Em sendo positivo, esta doença limita de alguma forma suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, afazeres domésticos, etc.)?		Sim
		Não
10.9 Costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de		Sim
		Não

atendimento de saúde?		
10.10 Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde costuma procurar frequentemente?		Farmácia
		Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
		Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
		UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
		Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
		Pronto-socorro ou emergência de hospital público
		Hospital público/ambulatório
		Consultório particular ou clínica privada
		Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
		Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
		No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família
		No domicílio, com médico particular
10.11 Onde está localizado o serviço que procura/procurou (em qual município)?		
10.12 Aproximadamente, qual o tempo que precisa percorrer da sua casa até o serviço de saúde?		<p>Tempo em horas</p> <p>1 - Até uma hora</p> <p>2- De 2 a 3 horas</p> <p>3 - Mais de 3 horas</p> <p>4- De 1 a 2 horas</p> <p>5- de 8 a 12 horas</p>

10.13 Quando consultou um médico pela última vez?		Nos doze últimos meses
		De 1 ano a menos de 2 anos
		De 2 anos a menos de 3 anos
		3 anos ou mais
		Nunca foi ao médico
10.14 Quantas vezes consultou o médico nos últimos 12 meses?		Número de vezes
10.15 Quando consultou um dentista pela última vez?		Nos doze últimos meses
		De 1 ano a menos de 2 anos
		De 2 anos a menos de 3 anos
		3 anos ou mais
		Nunca foi ao dentista
10.16 Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?		Sim
		Não
Se a resposta for NÃO pule para 10.30		
10.17 Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?		Acidente ou lesão
		Doença
		Problema odontológico
		Reabilitação ou terapia
		Continuação de tratamento
		Pré-natal
		Cuidados com recém-nascido
		Parto
	Exame complementar de diagnóstico	

		Vacinação
		Outro atendimento preventivo
		Solicitação de atestado de saúde
		Outro
10.18 Onde procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?		Farmácia
		Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
		Centro de Especialidades, Policlínica pública ou Posto de Assistência Médica
		UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
		Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
		Pronto-socorro ou emergência de hospital público
		Hospital público/ambulatório
		Consultório particular ou Clínica privada
		Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
		Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
		No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família
		No domicílio, com médico particular
	Outro serviço	
10.19 Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido(a)?		Sim
		Não
10.20 Se não, por que motivo não foi atendido (a) na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?		Não conseguiu vaga ou pegar senha
		Não tinha médico atendendo
		Não tinha dentista atendendo
		Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender
		Esperou muito e desistiu

		O serviço de saúde não estava funcionando
		Os equipamentos do serviço de saúde não estavam funcionando ou disponíveis para uso
		Não podia pagar pela consulta
		Outro
10.21 Nas duas últimas semanas, quantas vezes voltou a procurar atendimento de saúde por este motivo?		Nenhuma
		Número de vezes
10.22 Onde procurou o último atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?		Farmácia
		Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
		Centro de Especialidades, Policlínica pública ou Posto de Assistência Médica
		UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
		Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
		Pronto-socorro ou emergência de hospital público
		Hospital público/ambulatório
		Consultório particular ou Clínica privada
		Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
		Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
		No domicílio, com profissional da equipe de saúde da família
	No domicílio, com médico particular	
	Outro serviço	
10.23 Nessa última vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, foi atendido (a)?		Sim
		Não

10.24 Por que motivo não foi atendido (a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas?		Não conseguiu vaga ou pegar senha
		Não tinha médico atendendo
		Não tinha dentista atendendo
		Não havia serviço ou profissional de saúde especializado para atender
10.25 Este serviço de saúde onde foi atendido nas últimas duas semanas era?		Público
		Privado
		Não sabe
10.26 Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde particular?		Sim
		Não
10.27 Pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?		Sim
		Não
10.28 O atendimento foi feito pelo SUS?		Sim
		Não
		Não sabe
10.29 Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?		Consulta médica
		Consulta odontológica
		Consulta com outro profissional de saúde (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, enfermeiro, Educador Físico, etc.)
		Atendimento com agente comunitário de saúde
		Atendimento com parteira
		Atendimento na farmácia
		Vacinação
		Injeção, curativo ou medição de pressão arterial
	Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia	
	Exames laboratoriais ou de	

		imagem ou exames complementares de diagnóstico
		Gesso ou imobilização
		Pequena cirurgia em ambulatório
		Internação hospitalar
		Marcação de consulta
		Práticas complementares como acupuntura, homeopatia e fitoterapia
		Outro atendimento
10.30 No último atendimento, foi receitado algum medicamento?		Sim
		Não
10.31 Conseguiu obter os medicamentos receitados?		Todos
		Alguns
		Nenhum
10.32 Qual o principal motivo de não ter conseguido obter todos os medicamentos receitados?		Não conseguiu obter no serviço público de saúde, pois a farmácia estava fechada
		Os medicamentos não estavam disponíveis no serviço de saúde
		Não conseguiu o(s) medicamento(s) no programa farmácia popular (PFP)
		Não tinha farmácia próxima ou teve dificuldade de transporte
		Não conseguiu encontrar todos os medicamentos na farmácia
		Não tinha dinheiro para comprar
		Não achou necessário
		Desistiu de procurar, pois melhorou
	Outro	
10.33 Algum dos medicamentos foi coberto por plano de saúde?		Sim, todos
		Sim, alguns
		Não, nenhum

10.34 Algum dos medicamentos foi obtido no programa farmácia popular (PFP)?		Sim, todos
		Sim, alguns
		Não, nenhum
10.35 Algum dos medicamentos foi obtido em serviço público de saúde?		Sim, todos
		Sim, alguns
		Não, nenhum
10.36 Pagou algum valor pelos medicamentos?		Sim
		Não
10.37 Nas duas últimas semanas, por que motivo não procurou serviço de saúde?		Não houve necessidade
		Não tinha dinheiro
		O local de atendimento era distante ou de difícil acesso
		Horário incompatível
		O atendimento é muito demorado
		O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades
		Achou que não tinha direito
		Não tinha quem o(a) acompanhasse
		Não gostava dos profissionais do estabelecimento
		Greve nos serviços de saúde
	Dificuldade de transporte	
	Outro motivo	
10.38 Nos últimos 12 meses, você ou algum morador desta casa, ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?		Sim
		Não

Se a resposta for NÃO pule para 10.48		
10.39 Nos últimos 12 meses, quantas vezes você ou algum morador desta casa esteve internado(a)?		Número de vezes
10.41 Por quanto tempo você ou algum morador desta casa, ficou internado(a) na última vez?		Nenhum
		Dia
		Mês
		Ano
10.42 Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu quando você ou algum morador desta casa, esteve internado(a) (pela última vez) nos doze últimos meses?		Parto normal
		Parto cesáreo
		Tratamento clínico
		Tratamento psiquiátrico
		Cirurgia
		Exames complementares de diagnóstico
10.43 O estabelecimento de saúde em que você ou algum morador desta casa esteve internado(a) pela última vez nos últimos 12 meses?		Público
		Privado
		Não sabe
10.44 A última internação, sua ou de algum morador desta casa nos últimos 12 meses foi coberta por algum plano de saúde?		Sim
		Não

10.45 Pagou algum valor por esta última internação?		Sim
		Não
10.46 Esta última internação de foi feita através do Sistema Único de Saúde (SUS)?		Sim
		Não
		Não sabe
10.47 Na última vez em que você ou algum morador desta casa foi internado(a), como foi o atendimento recebido?		Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
10.48 Nos últimos 12 meses, ocorreu algum atendimento de emergência na casa (alguém precisou ir na casa para o atendimento)?		Sim
		Não
10.49 Para quem foi o atendimento?		
10.50 Este atendimento foi coberto por algum plano de saúde?		Sim
		Não
10.51 Pagou algum valor por		Sim

este atendimento?		Não
10.52 Este atendimento foi feito por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)?		Sim
		Não
		Não sabe
10.53 Na última vez que teve atendimento de urgência nesta casa, como foi o atendimento recebido?		Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
10.54 Neste atendimento, foi transportado por ambulância para um serviço de saúde?		Sim
		Não
10.55 O transporte foi feito por?		SAMU
		Ambulância de serviço público de saúde
		Ambulância de serviço de saúde privado/plano de saúde
		Corpo de Bombeiros
		Outro
10.56 Nos últimos 12 meses, utilizou tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais, rezadeiras, benzedadeiras e fitoterapia, etc?		Sim
		Não
10.57 Qual tratamento fez uso?		Acupuntura
		Homeopatia

		Plantas medicinais e fitoterapia
		Rezadeiras
		Benzedeiras
		Outro
10.58 Este tratamento foi coberto por algum plano de saúde?		Sim
		Não
10.59 Este tratamento foi feito por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)?		Sim
		Não
		Não sabe
10.60 Já teve dengue, chikungunya ou zika?		Sim
		Não
10.61 Se mulher, estava grávida quando teve alguma das doenças acima?		Sim
		Não
10.62 Se sim, de quantos meses?		Número de meses
10.63 O diagnóstico foi dado por médico?		Sim
		Não
BLOCO 12 - PRÁTICAS POPULARES DE CUIDADO		
12.1 Qual sistema de saúde você utiliza?		Sistema único de Saúde (SUS)
		Sistema particular
		Outros
12.2 Você acredita na		Sim

eficácia de métodos populares de cuidados em saúde?		Não
12.3 Você utiliza saberes populares para tratar suas doenças?		Sim
		Não
12.4 Você costuma procurar benzedeadas antes de buscar ajuda médica especializada?		Sim
		Não
12.5 Você utiliza chás caseiros para tratar suas doenças?		Sim
		Não
12.6 Você utiliza banhos de ervas para tratar suas doenças?		Sim
		Não
12.7 Você utiliza raízes medicinais para tratar suas doenças?		Sim
		Não
12.8 Você utiliza plantas medicinais para tratar suas doenças? juntar num item. Botar coisas da diversidade de uso. Banho, lambedor, xarope?		Sim
		Não
12.9 Se as respostas anteriores foram "sim". Quem indicou a utilização dessas práticas medicinais?		Amigos/vizinhos
		Parentes
		Benzedeadas
		Chefes religiosos
		Outros
12.10 Outras práticas de cuidado?		

12.11 Algum profissional da saúde já falou para você não usar esses métodos populares?		Sim
		Não