

Acesso aos serviços públicos de saúde por mulheres rurais nordestinas organizadas em movimento social

Access to public health services by rural northeastern women organized in a social movement

Acceso a los servicios de salud pública de mujeres rurales del noreste organizadas en un movimiento social

Claudia Suely Barreto Ferreira¹, Fernanda Araújo Valle Matheus², Selton Diniz dos Santos³, Elionara Teixeira Boa Sorte Fernandes⁴, Gabriela Cardoso Moreira Marques⁵, Andrey Ferreira da Silva⁶, Aline Moreira Santana⁷, Rosângela Ribeiro de Souza⁸

Como citar: Ferreira CSB, Matheus FAV, Santos SD, Fernandes ETBS, Marques GCM, Silva AF, et al. Acesso aos serviços públicos de saúde por mulheres rurais nordestinas organizadas em movimento social. 2024; 13(2): 562-77. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v13.n2.p562a577>

REVISA

1. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9801-9169>

2. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7501-6187>

3. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-3992-4353>

4. Universidade do Estado da Bahia. Guanambi, Bahia, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8302-6887>

5. Universidade do Estado da Bahia. Guanambi, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8605-3370>

6. Universidade Federal de Alagoas. Arapiraca, Alagoas, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-1038-7443>

7. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- HUPES, Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0009-0001-1985-3439>

8. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- HUPES, Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0009-0002-4952-5329>

Recebido: 13/01/2023
Aprovado: 23/03/2023

RESUMO

Objetivo: analisar como se dá o acesso aos serviços públicos de saúde por mulheres que residem e trabalham na zona rural do estado do Nordeste e integram o Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Nordeste. **Método:** Realizou-se entrevistas com 31 participantes, técnica de análise de conteúdo, software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq) e as técnicas de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise Fatorial Correspondente (AFC) e Árvore de Similitude. **Resultados:** encontraram-se 691 segmentos, 32.354 Co ocorrências e 77,73% de aproveitamento. Os aspectos geracionais traduzem diferenças de significado no acesso aos serviços. Diante dessas, a desestruturação tem ocorrido como método de coerção, benefício eleitoral e de serviços privados. **Conclusão:** As mulheres organizadas em movimento social demonstram capacidade de resistir para efetivação desses direitos. **Descritores:** Acesso; Serviços Públicos de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Mulheres Trabalhadoras; Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze how access to public health services is given by women who live and work in the rural area of the Northeast state and are part of the Northeast Rural Workers' Movement. **Method:** Interviews were carried out with 31 participants, content analysis technique, software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq) and the techniques of Descending Hierarchical Classification (CHD), Corresponding Factor Analysis (CFA) and Tree of Similarity. **Results:** we found 691 segments, 32,354 co-occurrences and 77.73% success rate. Generational aspects translate differences in meaning in access to services. Given these, destructuring has occurred as a method of coercion, electoral benefit and private services. **Conclusion:** Women organized in social movements demonstrate the ability to resist to realize these rights. **Descriptors:** Access; Public Health Services; Primary Health Care; Working Women; Vulnerability in Health.

RESUMEN

Objetivo: analizar cómo el acceso a los servicios públicos de salud lo dan las mujeres que viven y trabajan en el área rural del estado Nordeste y forman parte del Movimiento de Trabajadores Rurales del Noreste. **Método:** Se realizaron entrevistas a 31 participantes, técnica de análisis de contenido, software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq) y las técnicas de Clasificación Jerárquica Descendente (CHD), Análisis Fatorial Correspondiente (CFA) y Árbol de Similitud. **Resultados:** fue encontrado 691 segmentos, 32.354 coocurrencias y una tasa de éxito del 77,73%. Los aspectos generacionales traducen diferencias de significado en el acceso a los servicios. Ante estos, la desestructuración se ha dado como método de coerción, beneficio electoral y servicios privados. **Conclusión:** Las mujeres organizadas en movimientos sociales demuestran la capacidad de resistir para hacer realidad estos derechos. **Descritores:** Acceso; Servicios Públicos de Salud; Atención Primaria de Salud; Mujeres Trabajadoras; Vulnerabilidad en Salud.

Introdução

O acesso aos serviços de saúde, comumente é abordado como elemento de organização do serviço que é traduzido em entrada nos serviços de saúde e continuidade dos cuidados relativos à saúde do usuário¹. Entendemos que quando se refere aos serviços de saúde o acesso universal e equitativo tem o propósito de satisfazer as necessidades de saúde humana, priorizando a justiça social e o respeito aos direitos iguais de todas as pessoas. As desigualdades de acesso ao serviço de saúde tem sido um dos maiores obstáculos a ser superado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os limites para o acesso aos serviços de saúde, em geral associam-se a fatores socioeconômicos, barreiras geográficas e raciais. No que tange aos fatores econômicos entendemos que as condições de vida, poder aquisitivo e educação, possuem relação com o acesso aos serviços de saúde, o mesmo ocorre com as demais barreiras.

Residir em zona rural revelou ser importante barreira geográfica para acesso aos serviços de saúde pública, reforçando as iniquidades. Isso ocorre devido a maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública, mesmo entre os indivíduos com características socioeconômicas semelhantes que residem em áreas urbanas².

Diante das dificuldades de acesso aos serviços de saúde por mulheres residentes na zona rural do Nordeste é preciso se destacar a importância das populações organizadas em movimentos sociais, no que tange às reivindicações de efetivo acesso aos serviços de saúde, pois esta politização dos sujeitos sociais tende a romper com a lógica médico-assistencial, que prioriza interesses individuais. Diante desta constatação nos questionamos como se dá o acesso aos serviços públicos de saúde por mulheres atuantes no Movimento de Mulheres Trabalhadoras do Nordeste-MMTR-NE, que vivem e trabalham na zona rural do Brasil?

Uma construção de sujeitos políticos, politizados e militantes desalienados, que possuem autonomia para deliberar acerca de seu destino é essencial para a efetivação de acesso ao serviço de saúde universal e equânime³. As barreiras enfrentadas por mulheres que são membros de movimentos sociais, são politizadas e residentes na zona rural, vão para além das barreiras geográficas e econômicas, alcançando também barreiras raciais e políticas, sobretudo diante de um contexto político desestruturante, o que justifica a realização de estudos, como o nosso, que objetiva analisar como se dá o acesso aos serviços públicos de saúde por mulheres que residem e trabalham na zona rural do estado do Nordeste e integram o Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais do Nordeste.

Método

Trata-se de estudo exploratório, com abordagem qualitativa, cujos dados foram gerados de forma primária por meio de entrevistas semiestruturadas. Foram realizados contatos com as coordenadoras regionais do movimento, a partir dos quais, obtivemos consentimento das integrantes do movimento, para prosseguirmos com a pesquisa. A primeira entrevista foi realizada com uma das coordenadoras regionais do movimento, que atendeu aos critérios de

elegibilidade. Foi utilizado método Snowball⁴ para continuidade das entrevistas, que ocorreram sem desistências das participantes indicadas subsequentemente.

Devido a emergência em saúde pública ocasionada pela pandemia com disseminação do vírus SARS/COV2 (Covid-19), o cenário desse estudo foi virtual, com uso do aplicativo Google Meet.

A coleta foi realizada entre janeiro e março de 2021. As entrevistas possuíam duração média de 90 minutos, foram gravadas, armazenadas em repositório digital, e transcritas. Participaram do estudo 31 mulheres, atenderam aos critérios de inclusão: Estar associada ao MMTR-NE há, pelo menos, dois (2) anos, trabalhar e residir na zona rural de um dos estados do Nordeste brasileiro, ser usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), ter idade entre 18 e 65 anos. Foram excluídas do estudo todas àquelas possuíam plano de saúde privado.

As informações oriundas das falas começaram a ser analisadas em abril de 2021. O conteúdo das falas foi transcrito em documento no programa Microsoft Word (versão 2013), de modo que também foram feitas notas no texto, para que todas as informações, inclusive as da comunicação não verbal, fossem captadas, permitindo, assim, o enriquecimento e a preservação da essência dos relatos das participantes.

Os dados foram analisados pela técnica de interpretação das falas, intitulada de análise de conteúdo⁵, seguindo as etapas de pré-análise, exploração de material e exploração de resultados. Devido à complexidade do corpus empírico utilizamos como suporte para análise o software Iramuteq (Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

O Iramuteq possibilitou o agrupamento das palavras por ordem de relevância a partir de frequência de termos lexicais e caracterização desses termos de acordo com a frequência das palavras, que apareceram nas entrevistas. As ferramentas de análise utilizadas foram: Classificação Hierárquica Descendente, Análise Fatorial Correspondente e da Árvore de Similitude.

A pesquisa foi desenvolvida atendendo as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/16, ambas do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA. Protocolo nº 37002720.1.0000.5531. Todas as participantes assentiram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Os resultados estatísticos textuais referentes à categorização do corpus textual, foram constituídos a partir de 31 textos, que conformaram 691 segmentos, 32.354 co-ocorrências e 77,73% de aproveitamento. O estudo apresentou um valor de significância p maior ou igual 0,0001 e Qui quadrado (χ^2), o que denota mais de 99,99% de certeza na análise.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD), possibilitou as divisões no corpus textual, gerando as categorias que dizem respeito às dimensões: simbólica, organizacional e técnica apresentadas por meio do dendrograma (Figura1).

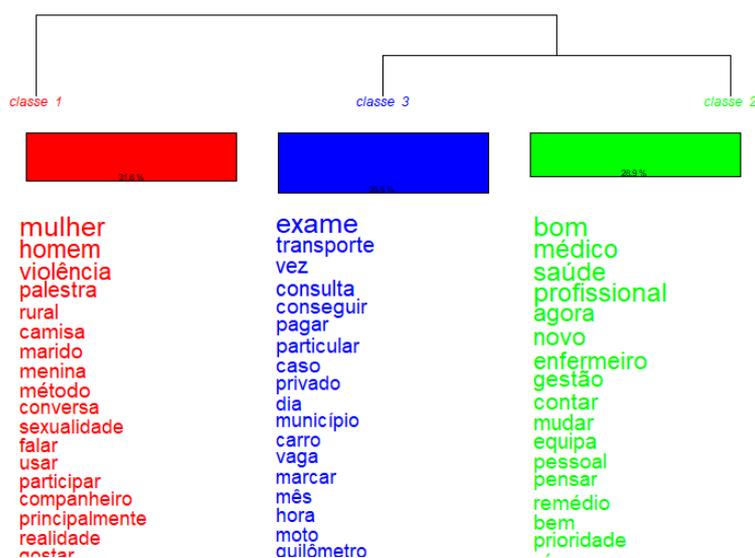
A categoria que versa sobre a dimensão simbólica do acesso corresponde a 31,6% do corpus textual e foi intitulada nesse estudo como: “Barreiras sociais, econômicas e raciais: Uma superação necessária para acessar os serviços públicos

de saúde”. As palavras mais frequentes dessa categoria foram: mulher, homem, violência, palestra, rural, marido, menina, método, conversa, sexualidade, falar, participar e companheiro, que ao serem analisadas, no contexto em que se inserem nas entrevistas, denotam as dificuldades a que mulheres participantes do estudo enfrentam, nos âmbitos social, econômico, racial e etário para acessar aos serviços públicos de saúde.

A categoria que aborda as dimensões técnica e organizacional do acesso corresponde a 68,4% do corpus textual e foi denominada: “A difícil caminhada de mulheres rurais para acessar os encaminhamentos no serviço público de saúde”

As palavras que aparecem com maior frequência nessa categoria, que reflete a junção das classes 3 e 2 são: bom, médico, saúde, profissional, novo, enfermeiro, gestão, mudar, pensar, remédio, prioridade, equipe; e, na classe dois, são exame, transporte, vez, consulta, conseguir, pagar, particular, privado, município, carro e vaga.

Figura 1. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) com a classificação do Corpus textual, referente a acesso aos serviços públicos de saúde.



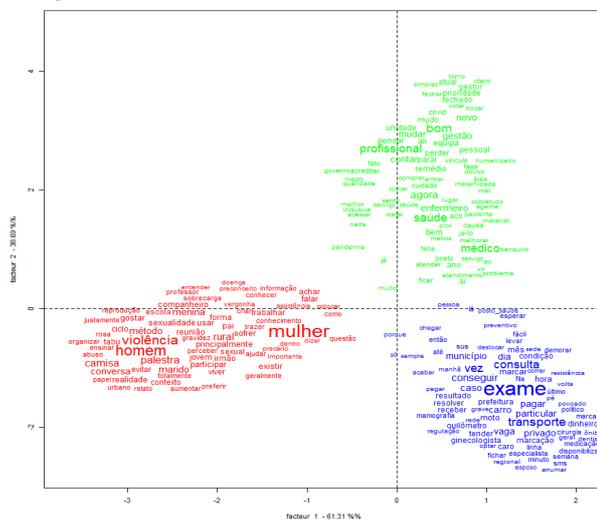
Fonte: Dados empíricos da pesquisa, Nordeste – Brasil, 2021.

A análise Fatorial correspondente (AFC)(Figura 2), resultou em dois fatores que correspondem a 61,31% distribuídos no eixo X e 38,69 % no eixo Y, cujo acumulado, é representado nos dois eixos do plano cartesiano e equivalem a 100% do corpus textual. Observa-se que o eixo X negativo, é representado pela classe lexical um, e se opõe aos eixos X positivo, composto pela classe lexical três e Y positivo, composto pela classe lexical dois. Há maior predomínio de posicionamento central das classes três e dois nesse eixo. No eixo X, representando 61,31% de distribuição no corpus textual, as classes um e três, o compõem, do lado positivo e negativo e estão claramente posicionadas em quadrantes opostos. Já as classes dois e três que estão posicionadas nos eixos X e Y positivos estão interligadas. Não há posicionamento de palavras no cruzamento dos eixos X e Y.

A combinação dos eixos X e Y que oferecem uma visão bidimensional distingue o corpus textual em três universos lexicais. O primeiro composto por X (quadrante inferior esquerdo negativo) representado pela categoria denominada: “Barreiras sociais, econômicas e raciais: Uma lacuna do acesso aos serviços públicos de saúde” o segundo abrangendo a coordenadas X (quadrante inferior direito positivo) e o terceiro Y positivo (quadrante superior direito) interconectando as classes foram inseridas na categoria denominada: “A difícil caminhada de mulheres rurais para acessar os encaminhamentos no serviço público de saúde”.

A organização das três categorias, nos possibilitou inferir que as impressões das participantes desse estudo, relacionadas com a dimensão simbólica estão em oposição com as questões técnicas e organizacionais do serviço público de saúde.

Figura 2. Análise Fatorial correspondente (AFC)



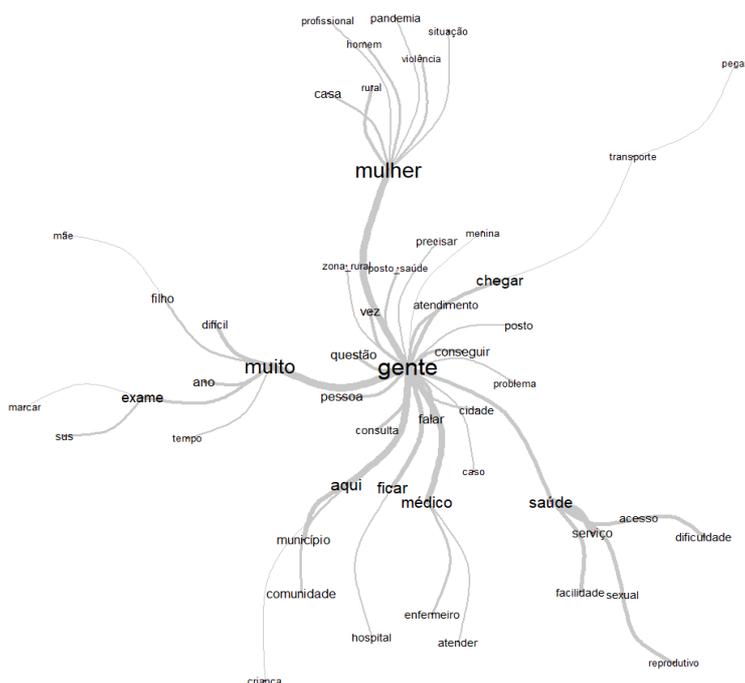
Fonte: Dados empíricos da pesquisa, Nordeste – Brasil, 2021.

A partir da Árvore de Similitude (Figura3), foi possível observar a organização de três elementos lexicais centrais: Gente, Mulher, Muito. O elemento lexical Gente é uma autorreferência feita pelas participantes da pesquisa e está fortemente vinculado aos termos: Mulher e Muito, havendo ainda interconexão elevada com os elementos lexicais saúde, médico e chegar, o que no contexto das entrevistas denota que para essas mulheres a superação das barreiras impostas pelas dificuldades de acesso ao serviço público é uma questão central e evidencia as dificuldades em conseguir marcar consultas para além de viabilizar as formas de transporte para chegar até o local em que se realiza os atendimentos.

Quando analisamos o elemento lexical ‘Mulher’ há associação com os termos casa, rural, violência, homem, pandemia, profissional e situação. A interconexão desses termos lexicais no contexto das entrevistas evidencia que o papel socialmente designado a essas mulheres, tem sido um fator sobrecarga e que apesar disso há uma naturalização dessas responsabilidades como se as mesmas, fossem atribuições inerentes ao sexo feminino.

Ao analisarmos o elemento lexical 'Muito', é possível identificar a co-ocorrência dos termos difícil, exame, anos, tempo, sós, mãe e filho. Nota-se que há nas falas dessas mulheres uma forte crítica ao sistema de saúde público, elas relatam o sentimento de solidão em termos de atendimento das necessidades de maior complexidade para seus familiares, aqui evidenciado nos termos lexicais 'filho e mãe'.

Figura 3. Árvore de Similitude com a classificação do Corpus referente à acesso aos serviços públicos de saúde.



Fonte: Dados empíricos da pesquisa, Nordeste - Brasil, 2021.

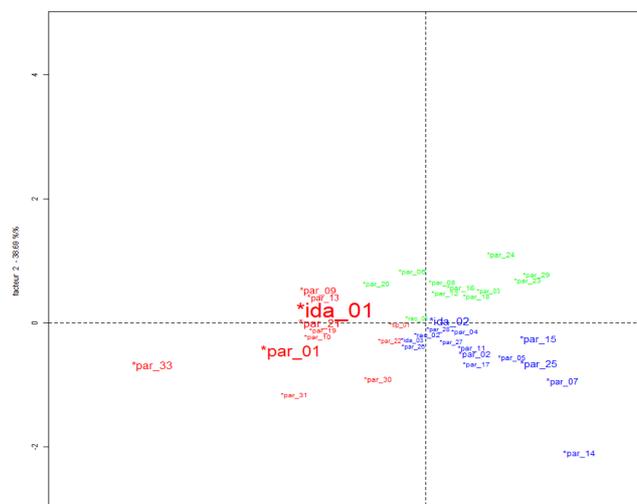
Por meio da Análise Fatorial correspondente (AFC)(Figura 4), foi possível compreender os fatores de maior impacto para as participantes do estudo de acordo com suas respectivas distribuições etárias.

Para 59% das participantes, com idade entre 25-40 anos (*ida_01) as questões que configuram a dimensão simbólica do acesso ao serviço público de saúde, são mais expressivas para às suas vivências, pois são passíveis de produzir barreiras, sociais, econômicas e raciais.

Já para as participantes com idade entre 41-56 anos (*ida_02) e 57-65 anos (*ida_03) as questões relacionadas às barreiras de cunho técnico, organizacional e geográfica, são mais importantes. 55% das mulheres com essa faixa etária referem que essas questões interferem bastante no atendimento às suas necessidades correlacionadas à saúde.

Diante dessa observação entendemos que os significados atribuídos às dificuldades de acessos aos serviços públicos de saúde, são imputados de formas diferentes de acordo com as vivências femininas em faixas etárias distintas.

Figura 4. Relação de proximidade lexical das entrevistas por meio de Análise Fatorial Correspondente (AFC).



Fonte: Dados empíricos da pesquisa, Nordeste – Brasil, 2021.

Discussão

“Barreiras sociais, econômicas e raciais: Uma superação necessária para acessar aos serviços públicos de saúde”

A dimensão simbólica do acesso relaciona-se a cultura, crenças, valores e subjetividade. Sendo assim, é perceptível nessa categoria as interferências de questões relacionadas a barreiras sociais, econômicas e raciais.

As participantes do estudo apontam para uma realidade desalentadora do acesso aos serviços de saúde pública, que muitas vezes se dá pela interferência político-partidária, possibilitando um viés privatista a um direito público conquistado há algumas décadas.

O termo “situação” nesse estudo, possui elevada co-ocorrência, e está associado ao elemento lexical mulher, para além disso, diz respeito à conjuntura social e política a que estas mulheres estão expostas.

Muitas mulheres, aqui na comunidade, acabam ficando presas a políticos que vão facilitar o atendimento no serviço público de saúde, assim a saúde pública do município não muda por estar atrelada a política partidária. (Participante 01, BA)

Vieira⁶ nomeia de clientelismo, “às ações realizadas por políticos no intuito de conceder benefícios, à algumas pessoas para acessar os serviços públicos de saúde, essas ações são vinculadas à retribuição dos favores por meio de voto em período eleitoral”. A constituição Cidadã, prevê o acesso ao serviço público de saúde de forma gratuita, e garante a universalidade dele. Entretanto a prática do clientelismo que se opõe a universalidade, continua sendo disseminada pelo país, sobretudo nos estados onde o sistema público de saúde apresenta limitações para ser acessado.

A existência do clientelismo na assistência à saúde, tem sido associado com a barganha política, fazendo referência às “necessidades de apadrinhamento/clientelismo presente na sociedade brasileira para aquisição de

privilegiamentos para acesso aos serviços de saúde”⁷, sendo que “há associação direta desses privilégios a um sujeito, seja ele profissional de saúde ou político que se torna mediador do processo, e não à estrutura de organização do sistema em si”⁸.

Outra questão latente é a naturalização do clientelismo nas relações interpessoais, para o auto favorecimento, em situações em que a equidade de direitos deveria ser preservada.

Não existe uma assistência de verdade no município. Você tem que buscar caminhos e contar com a ajuda de profissionais ou de pessoas que tem a força política para que você tenha o acesso ao serviço de saúde. (Participante 10, PB)

O acesso seletivo no sistema público de saúde, ancorado no clientelismo político, também é um fator motivante para a exclusão de pessoas que são contrárias partidariamente, aos políticos que se encontram na gestão municipal e que detém poder administrativo.

Os remédios da prefeitura ficavam na casa da mãe do prefeito e ela era responsável por distribuí-los, mas ela só distribuía para quem votou no filho e chegou ao ponto de pomadas vaginais serem entregues em pedaços de plástico. (Participante 31, AL)

Há consciência por parte das entrevistadas sobre a conjuntura política nacional, em que a precarização do sistema público de saúde está em curso, por escolhas políticas da gestão nacional, o que é evidenciado a partir de medidas de austeridade sobretudo fiscais que fragilizaram o SUS.

Eu vejo que a gente vive uma conjuntura bastante difícil, de violência, de opressão. O SUS é essencial e recursos são cortados, ele está sendo precarizado o que repercute na vida das mulheres. Há muitos aspectos que precisam ser fortalecidos que não serão priorizados pelo governo que aí está. (Participante 24, PB).

O desconforto das mulheres que compõem este estudo, quando relataram a conjuntura política municipal e nacional a que estão submetidas para acessar o sistema público de saúde, foi perceptível nos encontros em salas virtuais, seja por alteração do tom de voz de algumas ou mudança na expressão facial que deixava aparente a angústia diante dos fatos narrados.

Diante da co-ocorrência lexical dos termos: casa, rural, violência, homem e pandemia, que estão associados ao termo lexical mulher, evidencia-se que os termos ‘casa’ e ‘rural’ fazem referência direta há um sentimento de privado, que resguarda sentimentos e acontecimentos particulares e íntimos que estão protegidos no lugar de pertencimento das participantes.

Veras⁹ ressalta que é imprescindível considerar:

“(…) a existência de uma teia de relações e tensões que envolvem as condições de saúde sexual de mulheres rurais, abrangendo suas relações sociais, sua diversidade cultural e a interconexão das desigualdades que as marcam”.

A luta pela garantia de liberdade sexual resvala na efetivação de garantias dos direitos femininos a partir da reconstrução de políticas públicas de saúde,

eficazes e que auxiliem na desconstrução social, dos tabus correlacionados a gênero.

A co-ocorrência dos termos lexicais homem, violência, profissionais e pandemia na categoria analítica de acesso simbólico corrobora para que façamos a associação das falas das participantes da pesquisa, com situações vivenciadas na pandemia de Sars/Cov2 (Covid 19).

Sabemos que a medida de proteção de maior eficácia e, portanto, adotada pelos governantes e protocolos dos serviços de saúde, diz respeito ao isolamento e/ou distanciamento social, isso colaborou para o aumento da violência de gênero, visto que as mulheres passaram a ser obrigadas a conviver de forma mais intensa com o possível agressor quando ambos estavam em casa confinados.

A violência contra as mulheres na pandemia, tem aumentado bastante, não só a violência física, mas também a violência psicológica. Nós ficamos em casa e ainda tem a questão de muitos homens terem ficado desempregados e isso gera aquela explosão de violência, o que afetou muito a vida das mulheres e das jovens meninas. No meio rural nós ainda somos ensinadas a naturalizar isso, o que é estarrecedor. (Participante 09, PE)

O convívio prolongado acrescido das dificuldades financeiras, da interrupção de atividades de trabalho e lazer criam tensões que podem escalar para agressões que se diversifica, conforme diferentes condicionantes a que as famílias estão submetidas¹⁰.

Aqui está acontecendo de mulher apanhar de marido e chamarem a polícia para prender e ela dizer “é melhor eu apanhando todo dia e meus filhos tendo comida porque ele na cadeia a gente não tem dinheiro nem para comer”. (Participante 22, PI)

A violência domiciliar sofrida por mulheres no período pandêmico torna-se ainda mais preocupante diante da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sobretudo da Atenção Primária, que segundo relatos obtidos nesse estudo, sofreram interrupção temporária de atendimento durante esse período, o que impossibilitou ações de saúde relacionadas a prevenção de gestações indesejadas e contaminação com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).

A co-ocorrência do termo profissionais, nesse estudo é uma referência direta a profissionais de saúde e relaciona-os a predominância de violência institucional, associadas a práticas preconceituosas.

Existe muito preconceito e discriminação nos serviços de saúde, com a mulher da zona rural, que é chamada de matuta, não tem estudo, não sabe reivindicar, não sabe denunciar e eu creio que seja pensando nisso que o atendimento à saúde da mulher na zona rural seja pior. (Participante 22, PI).

Corroboramos com a definição de Zaluar¹¹, de que a violência estrutural é sinônimo da desigualdade, da exploração, da dominação e da exclusão de algumas classes da população geralmente associada ao poder econômico, ou a discriminação de cor e gênero. Essa acepção converge para as circunstâncias em que mulheres rurais relataram ter sofrido os diversos tipos de violência no serviço público de saúde, inclusive violência obstétrica.

Sobre a violência obstétrica, não há definição única para esse tipo de prática, entretanto, na concepção de Diniz¹² envolve ações como negligência, ofensas, ameaças, humilhação e assédio sexual.

A violência obstétrica é sofrida por mulheres das mais variadas classes econômicas, entretanto a falta de informação sobre os direitos femininos durante o parto é um fator agravante para que esse tipo de violência se repita em determinadas regiões, do país, onde sobretudo onde há predominância de baixa escolaridade, fator predominante em mulheres oriundas da zona rural.

Eu presenciei uma mulher urrando de dor na horar de parir e nenhum profissional com ela, aí eu fui ao repouso médico e praticamente arrastei o médico de lá, e quando ele chegou no local que a gestante estava ele disse, “isso é normal”. Para eles é normal a mulher sofrer até parir sem assistência. (Participante 22, 62 anos, PI).

Os médicos que atendiam a gente pelo SUS, eles nos olhavam, e nos deixam em trabalho de parto, se der certo bem, caso contrário você vai sofrer até umas horas. (Participante 12, 64 anos, CE).

Zanardo et all¹³ inferem que:

“(…) no final do século XIX, o parto passar a ser compreendido como um evento médico e masculino, tira o protagonismo da mulher, cabendo ao médico a condução do processo, e aumentando o número de atendimento com abusos de diversas ordens.”

Sobre esses acontecimentos que naturalizaram a violência obstétrica, entendemos que o conhecimento dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres é uma poderosa ferramenta de defesa feminina diante de situações de abusos por profissionais e não deve ser negada a nenhuma mulher, independente da região do país em que residam, da classe social e tempo de estudo que elas possuam.

“A difícil caminhada de mulheres rurais para acessar os encaminhamentos no serviço público de saúde”.

A Categoria analítica denominada: “A difícil caminhada de mulheres rurais para acessar os encaminhamentos no serviço público de saúde” abarca as dimensões de acesso técnica e organizacional. É perceptível nessa categoria as interferências de questões relacionadas ao acolhimento, vínculo e qualidade da atenção dispensada que representam e de barreiras geográficas que pode ser explicitada pelo tempo de deslocamento, a distância entre a residência da usuária e o serviço de saúde.

Questões relacionadas ao acolhimento e vínculo com profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde, que são mais frequentadas por essas mulheres, foram relevantes nesse estudo.

O acolhimento, sobrepõe-se a ações isoladas e pontuais, que em geral referem-se a uma recepção adequada em sua estrutura física, encaminhamentos para atenção secundária e terciária, devendo englobar os processos de responsabilização, e criação de vínculo, e ser pautado na escuta sensível de problemas, troca de informações, e respeito à autonomia dos usuários para que tomem suas decisões¹⁴.

As participantes desse estudo, enfatizaram que as unidades da Estratégia de Saúde

“A difícil caminhada de mulheres rurais para acessar os encaminhamentos no serviço público de saúde”.

A Categoria analítica denominada: “A difícil caminhada de mulheres rurais para acessar os encaminhamentos no serviço público de saúde” abarca as dimensões de acesso técnica e organizacional. É perceptível nessa categoria as interferências de questões relacionadas ao acolhimento, vínculo e qualidade da atenção dispensada que representam e de barreiras geográficas que pode ser explicitada pelo tempo de deslocamento, a distância entre a residência da usuária e o serviço de saúde.

Questões relacionadas ao acolhimento e vínculo com profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde, que são mais frequentadas por essas mulheres, foram relevantes nesse estudo.

O acolhimento, sobrepõe-se a ações isoladas e pontuais, que em geral referem-se a uma recepção adequada em sua estrutura física, encaminhamentos para atenção secundária e terciária, devendo englobar os processos de responsabilização, e criação de vínculo, e ser pautado na escuta sensível de problemas, troca de informações, e respeito à autonomia dos usuários para que tomem suas decisões¹⁴.

As participantes desse estudo, enfatizaram que as unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são os principais serviços de saúde frequentados por elas, e que, portanto, uma das questões prioritárias para o atendimento de suas demandas seria a vinculação com a equipe.

Para essas mulheres o fato das equipes de saúde não se manterem permanentemente nesse serviço, sendo que essas alterações são associadas às mudanças na gestão pública municipal, traz muitos transtornos sobretudo no que concerne a confiança nos profissionais vindouros.

Relatos apontam que quando muda a gestão municipal, logo muda a equipe de saúde, e recomeça um novo elo, entretanto, a comunidade já entende que esse elo também é temporário. Essas constantes mudanças são motivadas por falta de concursos públicos, que seria uma forma de garantir a fixação desses profissionais no território de abrangência dessas comunidades rurais.

Tem equipes que a gente se sente muito bem, tem vínculo, mas é aquela estória, quando muda a gestão, muda a equipe, aí acaba cortando os laços com a equipe que a gente já conhecia, que era boa. (Participante 14, CE)

O vínculo é uma ferramenta que agencia trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo convergindo-os para a realização de atos terapêuticos¹⁵, e por ser um dos princípios que orienta as relações nas Atenção Primária de Saúde pública, também é definido, como “a construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde”¹⁶.

Quando há estabelecimento de vínculo entre usuários e equipe de saúde, há maior responsabilização no que tange aos cuidados dispensados à

comunidade, bem como probabilidade de longevidade e qualidade na promoção de cuidados dispensados às pessoas.

Apesar de parecer algo simples, a formação do vínculo requer do profissional de saúde, momentos de conversação, escuta, acolhimento, trocas, responsabilização em torno do problema que será enfrentado¹⁷. Quando não há conformação desses momentos, essa vinculação não ocorre.

A gente não tem confiança de dizer assim, como o povo da classe média, ou rico, tem de dizer eu tenho um médico. Pobre não tem um médico. Tem um médico ou enfermeiro que chega no posto de saúde. Que não tem vínculo nenhum. (Participante 11, PE)

Outro aspecto importante a ser abordado, diz respeito ao acolhimento, definido como “ações comunicacionais, desenvolvidas pelo ato de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso”¹⁸.

As barreiras de acessibilidade geográfica e de infraestrutura, que são características da dimensão organizacional, foram caracterizadas nesse estudo pela co-ocorrência dos termos lexicais: exame, transporte, consulta, conseguir, pagar, particular, privado, município, carro e vaga.

Esses achados denotam as dificuldades que as participantes desse estudo enfrentam para conseguir transporte, por conta das barreiras geográficas, para acessar às consultas e exames, nos serviços públicos de saúde, e que quando conseguem realizá-los, periodicamente recebem resultados de exames e diagnósticos de forma tardia. Elas demarcam que todo esse processo gera um sentimento de solidão, associado a ausências de garantias da efetividade do serviço de saúde pública.

O fator geográfico é fundamental na origem da iniquidade em serviços de saúde, especialmente no que se refere a áreas rurais ou regiões periféricas de grandes cidades^{19a}. Silva Júnior et al²⁰ reafirmam que o fator geográfico, reflete a distância percorrida pelos usuários até a obtenção dos cuidados de saúde, englobando a distância linear, tempo de locomoção e os custos relacionados ao deslocamento.

O conceito de barreira geográfica deriva de obstáculos naturais ou gerados pela implantação urbana que orientam a organização desses fluxos numa dada estrutura de circulação, e que criam distâncias relativas^{19b}.

Difícil é a questão de locomoção, porque na nossa Comunidade não tem PSF, mesmo a comunidade sendo grande, a gente tem que se deslocar, para um Distrito, e é um deslocamento de mais ou menos 40 min, e para quem não tem moto ou carro fica mais difícil ainda porque precisa de um transporte pago. (Participante 09, PE)

Questões relacionadas às barreiras geográficas estão presentes nos diversos estados do Nordeste, e diante das dificuldades econômicas e de organização das demandas na Unidades de Saúde Pública, as mulheres oriundas da zona rural acabam enfrentando dificuldades, para estabelecer uma rotina de cuidado à saúde, fazendo tratamentos de forma pontual e na perspectiva médico-centrado.

As dificuldades de transporte público nessas regiões também é uma vertente negativa, visto que a alternativa encontrada por essas mulheres diz respeito aos favores muitas vezes prestados por políticos, que demandam um aprisionamento partidário, e transporte pagos, que geram uma despesa nem

sempre possível de ser realizada. Os sacrifícios relatados com relação a horários e incerteza sobre o atendimento necessário, também são passíveis de ocasionar o distanciamento dessas mulheres dos serviços de saúde público.

As barreiras que são impostas para acessar os serviços de saúde, tornam esse acesso limitado, excludente e focalizado²¹. O princípio da equidade, inerente ao SUS, deve ser norteado pelo atendimento igualitário a todas as pessoas, sendo que as mais necessitadas deveriam ser priorizadas para reduzir as iniquidades presentes no sistema público de saúde.

A busca pela complementação da assistência à saúde pública na zona rural tem ocorrido a partir de atendimentos privados suplementares.

Tem muitas mulheres que apelam e tiram dinheiro da alimentação para pagar consulta particular, pois os exames feitos pelo SUS não chegam a tempo para levar os resultados para a consulta médica (Participante 18, PE)

Conclusão

O acesso aos serviços de saúde para mulheres trabalhadoras rurais e oriundas da região Nordeste do país, apresenta problemas similares, independente do estado nordestino em que elas vivem. Porém as vivências e significações diante das necessidades de acessar os serviços de saúde apresentam representações diferentes quando relacionadas a aspectos geracionais. Para mulheres mais jovens as questões relacionadas às dimensões simbólicas são de maior relevância; já para aquelas com idade superior as interferências, relacionadas ao acesso técnico, organizacional e geográfico possui maior ênfase.

Evidenciamos a elevada carga emocional a que mulheres rurais estão expostas, diante da auto-responsabilização no que tange à superação de empecilhos para acessar aos serviços de saúde, pois elas entendem que o devem fazer não apenas em benefício próprio, mas também englobando as demais pessoas com as quais possuem parentalidade.

O reconhecimento da violência a que estão expostas em relacionamentos conjugais, também é ressaltado nesse estudo, sobretudo diante do contexto da pandemia mundial do vírus Sars/Cov2 (Covid-19). Os relatos convergem também para ocorrência de violência institucional, em sua maioria no âmbito dos serviços de saúde, e praticada por profissionais de saúde que o fazem por preconceito de classe, social, raça e idade.

Há relatos relacionados a dificuldade de acessibilidade geográfica, bem como de infraestrutura inadequada, e operacionalização inadequada dos serviços de saúde ofertados no setor público.

Entendemos que a desestruturação dos serviços públicos de saúde, nesse estudo abarcando o Nordeste, têm ocorrido como método de coerção para benefício eleitoral e de serviços privados, que atendem aos interesses do capital. Ressaltamos que as participantes desse estudo, por serem mulheres politizadas e integrantes de movimento social, reivindicam seus direitos e buscam justiça social. Sentem de formas diversas, o desmantelamento do setor saúde dessa região, entretanto demonstram a capacidade de resistir e persistir na busca efetivação desses direitos.

Agradecimento

Esse estudo foi financiado pelos próprios autores

Referências

1. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
2. 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. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n6/1678-4464-csp-34-06-e00213816.pdf> . Acesso em: 10 nov. 2019.
3. Jesus de Abreu, WLA, Assis, MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022> . Acesso em 10 de março de 2020.
4. Vinuto, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, SP, v. 22, n. 44, p. 200, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250>. Acesso em: 05/01/2019.
5. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a. São Paulo: HUCITEC; 2014.
6. Vieira, IA. “A Estrada da Sabedoria”: a produção de conhecimento no interior do movimento da mulher trabalhadora rural do Nordeste (MMTR/NE). Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, p.197, 2017. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330845/1/Vieira_IasmimDeAraujo_M.pdf. Acesso em: 21 de julho de 2020.
7. Cohn, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W.S. et al. (ORG.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, São Paulo: Hucitec, 2009. P.219-46.
8. Pontes, AP.M, Cesso, RGD, Oliveira, DC, Gomes, AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Escola Anna Nery* [online]. 2009, v. 13, n. 3. p. 500-507. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000300007> . Epub 11 Jun 2010. ISSN 2177-9465. Acesso em 28/06/2022.
9. Veras, RS. Aprendizagens e desaprendizagens sobre direitos sexuais e reprodutivos perante as experiências de saúde das mulheres negras rurais maranhenses. *Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade*. V.

05, ed. especial, maio.2019, artigo nº 1594 .10 p. Disponível em | <https://periodicos.claec.org/index.php/relacult/article/download/1594/1044> . Acesso em: 19 de julho de 2022.

10. Reigada CL de L, Smiderle C de ASL. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. Rev. Bras. Med. Família e Comunidade. 2021;16(43):2535. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2535](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2535)

11. Zaluar, A. Um debate disperso: violência e crime no Brasil da redemocratização. São Paulo em Perspectiva [online]. 1999, v. 13, n. 3, pp. 3-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/YtDsTzWVBr8g3KRP5bCy3gs/?lang=pt#> . Acesso em 21 de Julho de 2022.

12. Diniz, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, p.313-32. 2009. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2018/05/genero_saude_materna.pdf . Acesso em: 22 de julho de 2022.

14. Zanardo, G. L. de P, Uribe, MC, Nadal, AHR de, Habigzang, LF. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. Psicologia & Sociedade [online]. 2017, v. 29 e155043. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em 26 de outubro de 2022.

15. Franco, TB, Bueno, WS, Merhy, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online]. 1999, v. 15, n. 2, p. 345-353. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019> >. Acesso em: 27 de junho de 2022.

16. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAO, Nascimento, MAA, Jorge Bessa, MA. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa de Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia. Caderno de Saúde Pública 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Z3MQCvLkGt73DstZtXyLk4b/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 de outubro de 2022.

17. Brasil, AS, Trad, LAB. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o estado brasileiro in: Saúde da População Negra, 2ª edição, Luís Batista, Jurema Werneck, Fernanda Lopes, Tânia Müller (org.)2012Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros 328 p.

18. Santos, RC de A, Miranda, FAN de. Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da Família. Revista de Enfermagem. UFSM Jul/Set. p. 350-359. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/17313/pdf> . Acesso em: 22 de julho de 2022.

19. Santos, AM. dos; Assis, MM.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2006, vol.11, n.1, pp.53-61. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100012> . Acesso em 26 de junho de 2022.

20. Unglert, CV de S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Revista de Saúde pública, São. Paulo,1990, p. 445-52. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101990000600002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 25 de junho de 2022

21. Silva Júnior, ES da, Medina, MG, Aquino, R, Fonseca, ACFF, Vilasbôas, ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2010, v. 10 pp. 549-560. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500005> .Acesso em 24 de julho de 2022.

22. Assis, MMA, Villa, TCS, Nascimento, M AA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5kbYLTjqkhzGqQgYnn3VwYC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 22 de julho de 2022.

23. Corrêa, S. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações, In: Giffin, K, Costa, S. H. (Org.). Questões da saúde reprodutiva [on-line]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468p. ISBN 85-85676-61-2. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916-03.pdf> . Acesso em: 31 de agosto de 2019.

24. Moura, ERF, Da Silva, RM, Gomes, AMA, Almeida, PC. Evangelista, D.R. Perfil demográfico, socioeconômico e de saúde reprodutiva de mulheres atendidas em planejamento familiar no interior do Ceará. Revista Baiana de Saúde Pública. v.34, n.1, 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1459> .Acesso em 06 de novembro de 2021. p.119-133.

25. FacchinI, LA, Piccini RX, Tomasi E,Thumé, E, Silveira DS, Siqueira FV. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção à Saúde. Ciências e Saúde Coletiva. 2006. p. 669-81. Disponível em: Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015> >. Acesso em 26 de julho 2022.