

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERCEPÇÃO DA COMUNIDADE RIBEIRINHA DE CALAMA - RO

Nataniele Branco da SILVA¹; Johaina GOMES²; Camila Monique S. de Oliveira ARAMAIO^{3*}

1. Faculdade Interamericana de Porto Velho – UNIRON, Brasil.

* Autor Correspondente: camilamonique@yahoo.com.br

Recebido em: 2 de maio de 2018 – **Aceito em:** 29 de agosto de 2018

RESUMO: A estratégia em saúde da família é um exemplo marcante dos últimos tempos nessa evolução e implementação de políticas de saúde na atenção primária. A pesquisa teve como objetivo descrever a percepção e satisfação que os usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) tem em relação ao acesso e serviços de saúde oferecidos à comunidade Ribeirinha de Calama – RO. Foi realizada uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória com abordagem qualitativa, no período de janeiro de 2018. O estudo foi realizado com 30 usuários da Unidade Básica de Saúde, onde em sua maioria, mostraram insatisfação em relação ao atendimento dos agendamentos de consultas; falta de infraestrutura, falta de recursos humanos e materiais, apontaram ainda o número reduzido relacionado ao quantitativo de profissionais na equipe da ESF, como ausência de enfermeiro e dentista, falta de medicamentos, dentre outros obstáculos para o atendimento. Portanto, se faz necessário avançar nas ações da Saúde Coletiva e dos serviços de saúde oferecidos na Atenção primária na comunidade pesquisada, buscando soluções que tragam mudanças positivas no contexto do cuidado desta população.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação. Comunidade ribeirinha. Estratégia saúde da família.

INTRODUÇÃO

A saúde da família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operante com equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). A equipe acompanha um número definido de famílias, em área delimitada. A estratégia em saúde da família é pautada na reorganização do modelo assistencialista mediante atuação de equipes multiprofissionais, lotados em Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011). Equipes essas, que se responsabilizam pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizado em áreas limitadas, essas equipes irão atuar com ações de promoções prevenções e recuperações de doenças (OLIVEIRA JUNIOR, 2013).

A estratégia de saúde da família veio como projeto para dinamizar a doutrina do SUS condenada pela evolução do sistema de saúde no Brasil. Seu início se deu em 1994 apresentando um avanço inovador na saúde com resultados positivos nos indicadores sociais da saúde das populações coberta pelo programa (MAGALHÃES,

2011). É dever dos profissionais da atenção básica planejar, organizar e desenvolver métodos de assistência de saúde, que respondam às necessidades da comunidade cooperando junto com outros setores envolvidos na promoção da saúde. Sabemos que há um crescente consenso entre gestores e trabalhadores do SUS, nas esferas de governo em geral, pois o desempenho e a gestão dos recursos humanos podem comprometer a qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2016).

Como futuras profissionais da área de saúde, encontra-se no tema um grande potencial para pesquisas que visam aprofundar mais a respeito dos desafios encontrados para o acesso e o conhecimento do usuário a respeito da abrangência dos serviços de saúde da atenção básica. Nesse contexto, insere-se o cenário da comunidade Ribeirinha de Calama- RO, por ser uma população que reside às margens do rio com difícil acesso, estando isolados não apenas da cultura geral, como do acesso à mídia escrita, televisiva e radiofônica. Em termos interacionais, o rio atua como construtor, fonte de contato, barreira e ponte ambiental,

criando e restringindo as possibilidades de interação (FRANCO et al., 2015).

Nesses termos, a pesquisa oportuniza investigar sob a ótica dos usuários e entender o que a comunidade espera ou necessita de verdade. O estudo oferece ainda, uma grande oportunidade de tirar do anonimato a saúde pública oferecida na comunidade de Calama e, deste modo, tende a contribuir para a ESF e maior desempenho e evolução desse estudo.

Diante de tal cenário indaga-se: A Estratégia da Saúde da Família é inserida de forma satisfatória e humanizada no distrito de Calama na percepção dos usuários, em relação ao atendimento da equipe de saúde, infraestrutura, recursos humanos, materiais e assistência adequada na promoção de saúde?

Portanto, o objetivo desse estudo é descrever a percepção e satisfação que os usuários da Estratégia Saúde (ESF) têm em relação ao acesso e serviços de saúde oferecidos à comunidade ribeirinha de Calama – RO.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa. Esta pesquisa se deu mediante a apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Aparício Carvalho-FIMCA, número do parecer 2.420.247, no dia 06 de dezembro de 2017.

O estudo foi realizado em janeiro de 2018, na Unidade de Saúde Benjamin Silva, localizado, no distrito de Calama, há 300 km da capital Porto Velho-RO. O acesso a Unidade de Saúde é realizado de barco, com duração média de 12 horas de viagem, ou via terrestre pela BR-319 até o município de Humaitá-AM, seguindo desta cidade, novamente via fluvial. A duração dessa segunda rota tem duração média de 3 horas e 30 minutos.

A população desta pesquisa foi composta por moradores que são usuários dos serviços de saúde oferecidos pelo PSF, e que, segundo os dados da Unidade Básica de

Saúde são em média 1400 usuários.

Após incessantes tentativas e disponibilidade dos moradores, a pesquisa foi realizada com 30 usuários, em torno de 2% da população total de quatro bairros distintos, convidados a participar de forma voluntária, considerando os critérios de inclusão que foram: incluso os residentes na área de abrangência da USF por período igual ou superior a dois anos, usuários dos serviços de saúde e ter no mínimo 18 anos de idade. Apesar de um número pequeno de participantes a pesquisa em questão, não visou quantidade, mas a qualidade das informações para a construção dos debates.

A coleta de dados durou três dias, e seguiram-se mediante Orientação, Leitura detalhada do TCLE, relatando os objetivos da pesquisa e formalizando-se o convite para participar da mesma, foi realizada uma entrevista estruturada com um roteiro pré-estabelecido, que conteve 11 questões abertas, ordenadas e respondidas com a presença do entrevistador. As entrevistas foram gravadas com o consentimento do participante.

Todas as informações coletadas foram transcritas na íntegra e analisadas de acordo com a técnica análise de conteúdo proposta por Minayo (2007): “1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação”. Respeitando as frases descritas, as falas de todos dos participantes foram transcritas na íntegra, para garantir também a identidade dos pesquisados, bem como, para identificar e registrar os depoimentos usuários, preservando-se o anonimato, foram utilizadas as denominações “U1, U2 ... U30.

RESULTADOS

Na Tabela 1 está à apresentação dos resultados, Perfil dos usuários, onde foi descrito as características como idade, sexo, estado civil e escolaridade.

Tabela 1 - Características dos usuários dos serviços de saúde oferecidos pelo PSF- Distrito de Calama, Porto Velho- RO, 2018.

Características		Frequência =30	(%)
Sexo	Masculino	5	17
	Feminino	25	83
Estado Civil	Casada	19	64
	Solteiro	2	6
	União estável	6	20
	Viúva	3	10
Escolaridade	Até ensino fundamental	18	60
	Até ensino médio	9	30
	Até ensino superior	0	0
	Não estudou/ alfabetização	3	10

Fonte: Próprio autor.

A idade média dos entrevistados foi de 45 anos. A faixa etária se manteve entre 29 e 72 anos. Neste estudo, constatou-se, quanto à distribuição por sexo, onde é possível verificar que a maior parcela dos entrevistados foi representada pelo sexo feminino, correspondendo 83% dos respondentes, enquanto que, apenas 17%, foram do sexo masculino, fato que se iguala aos resultados do estudo de Felchilcher, Araújo, Duran Traverso (2015) realizado em uma unidade básica de saúde no meio oeste catarinense, onde as mulheres representaram 70% dos 145 entrevistados, assim como em outra pesquisa realizada em um município da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, onde as mulheres predominaram com 63% do total de 38 entrevistados (VIEGAS; CARMO; LUZ; 2015).

A mulher é, dentro do círculo familiar, muitas vezes o membro que mais se preocupa pelas questões de saúde de seus familiares, e assim, são figuras mais assíduas para a busca de serviços de saúde (TAHAN-SANTOS, 2011). No caso do presente

estudo, a justificativa por tal percentual, foi que possivelmente devido as visitas domiciliares terem ocorrido no período diurno, certamente colaborou para tal resultado, já que boa parcela das mulheres ribeirinhas são donas do lar, enquanto o marido se ausenta devido o trabalho fora de casa na agricultura ou pesca.

Em relação ao estado civil, os dados apontaram que 64% dos entrevistados são casados. Resultados semelhantes foram encontrados em duas pesquisas em São Paulo, onde o predomínio de casados correspondeu respectivamente, a 61,1% e 50,8% das amostras (AGOSTINHO, 2010; CABRAL, 2012).

Relacionado à escolaridade, 60% dos entrevistados referiram ter estudado até o Ensino Fundamental. A baixa escolaridade nas comunidades ribeirinhas pode ser explicada pela precariedade de acesso aos serviços públicos essenciais, entre eles, a educação, e a saúde, além do fator socioeconômico dessas famílias (VILAS BÔAS; OLIVEIRA, 2016).

DISCUSSÃO

Muitos países do mundo vêm investindo em crescentes ações primárias, inclusive o Brasil, dando prioridade no formato da família (contexto social, econômico e cultural), como forma de reverter o modelo hegemônico focado no sujeito, que possibilitou o desenvolvimento de programas e estratégias que procuram estabelecer critérios a serem analisados, a fim de modificar para um atendimento mais amplo, baseado na realidade da família como um conjunto (PINTO, 2016). Dentro desses programas, destaca-se a Estratégia da Saúde da Família (ESF), com vista a reorganizar essa atenção primária, identificando territórios delimitados e preferenciais de usuários no sistema, garantindo e organizando o trabalho voltado para a vigilância da saúde (RAMIRES, 2013).

Nesse cenário, foi sondado sobre o conhecimento que os usuários tinham a respeito da finalidade da ESF. Algumas respostas obtidas, não deixaram claro, já que, eles não responderam bem aos objetivos da questão. Outra parcela bem significativa deixou dito, que não sabiam sobre os objetivos do tal programa, conforme as narrativas a seguir: *“Não, nunca nos orientaram em relação ao programa”* (U21). *“Eles nunca fizeram reunião a esse respeito, podiam nos convidar”* (U2).

Pelas narrativas apresentadas, os usuários deixam explícito, que nunca houve, ou de que há alguma informação de como funciona o programa realizado pela equipe de saúde, deixando a entender ainda, que há interesse desses indivíduos de serem mais bem informados de tais finalidades. Esse cenário traz um ponto negativo para a superação nos entraves a universalização do acesso ao serviço de saúde promovido pela unidade básica de saúde.

Considerada um ponto chave na comunicação e troca de experiência no conhecimento da realidade atendida, o trabalho da equipe de saúde do ESF, deve ser pautada nos vínculos de compromisso, estimulando a população a exercer o controle

social das ações e dos serviços de saúde (PINTO, 2016; RAMIRES, 2013). Essa explicação ratifica que na comunidade de Calama, não há uma relação bem estabelecida entre a Unidade Básica de Saúde e a comunidade local, já que maior parte dos entrevistados não tem noção de como acontece e por que acontece esse cuidado de atenção primária oferecida à população.

Assim, pode se afirmar, que há uma lacuna muito extensa, pois se a população usuária da Unidade Básica de Saúde de Calama não compreende claramente as finalidades da ESF, logo, não conhecem todas as ações voltadas ao atendimento à família, reafirmando o grande desafio e dificuldade a expansão do programa em construir práticas inovadoras.

Em relação à percepção dos usuários na qualidade do atendimento da equipe multidisciplinar da ESF da comunidade de Calama, houve um consenso que o atendimento na visão de alguns atende as expectativas, mas para outros, o serviço e qualidade no atendimento é falho.

No atendimento médico, foi bastante negativo para alguns usuários, pois surgiram muitas insatisfações no atendimento, como falta de compromisso no atendimento, pouca disponibilidade já que ele (médico) reside na capital e retorna ao Distrito alguns dias no mês: *“(...) o médico tá aqui, ele vai, aí passa uma semana, aí volta, a gente fica sem médico (...)”*. (U1). *“É porque aqui, marca um dia pra você ir, chega lá o médico está viajando, aí volta para casa sem ser atendida”* (U20). Como observa, por não ser o local onde o médico reside, aliada a distância da comunidade em relação a Porto Velho, o deslocamento desse profissional da comunidade para a capital e vice-versa, deixa à comunidade alguns dias sem atendimento, o que sobre cai no número de usuários a ser atendido, já que, acumulam atendimento quando o mesmo retorna.

A opção de não residir em comunidades isoladas, ou distantes das grandes cidades, pode ser explicada pela própria formação e do ensino médico. A formação de profissionais nos últimos anos

deixa muito a desejar em relação à habilidade desse profissional de questionar, compreender, além de refletir nas necessidades reais de sua comunidade. Formado na primazia das grandes tecnologias, muitos se adaptam ou preferem trabalhar e morar somente em instituições de saúde, onde possam contar com o auxílio de ferramentas tecnológicas de última geração na realização dos procedimentos médicos, ou ainda, manter mais vínculos empregatícios, usufruindo assim, melhor dessas facilidades (SANTOS et al., 2016).

Em um estudo realizado em localidades ribeirinhas do município de Manâncio Mâncio Lima, no estado do Acre, a situação em relação à falta de profissionais ainda é bem mais precária, onde não há qualquer forma de atendimento médico, odontológico, deixando a população dessas comunidades totalmente dependente dos serviços de saúde da zona urbana (MARTINS et al., 2013).

Esse deslocamento foi outro problema relatado em relação ao atendimento médico e os encaminhados para zona urbana mais próxima: *“Nem sempre, às vezes adocece alguém e não tem aquele atendimento, e tem que vir para Humaitá, às vezes não tem gasolina, o paciente tem que comprar porque sempre falta”* (U2). *“A maioria das vezes não está, o atendimento é falho, (...) a maioria das vezes quando o caso é grave tem que vir para Humaitá e Porto Velho”* (U21). Esse caso reafirma a primeira situação, quando não há atendimento médico imediato, principalmente para os casos mais graves, todos os pacientes são encaminhados para outro local. Nesses casos, o município do Estado vizinho, que é Humaitá, assim como a capital, Porto Velho.

Esse tipo de conduta, muitas vezes pode colocar em risco a vida do paciente, caso necessite de atendimento imediato, ou até mesmo incidir em custos extras, já que, a viagem até a cidade, pode ser um local isolado, é cara e demorada, conforme afirmou o “U2”, que explica que quase sempre a despesa com combustível tem que ser arcada pelo próprio paciente (MARTINS

et al., 2013).

Na visão de alguns usuários o atendimento médico é limitado, uma que vez, há uma demora no agendamento da consulta médica e como há apenas um médico para atender a população existem muitas dificuldades: *“Nunca fui me consultar com ele (médico atual) devido à concorrência, ele só atende marcando algumas pessoas, eu queria ir lá, mas a gente marcar é difícil vaga”*. (U29). Assim, como se observa existe pouca disponibilidade de horário para agendamento médico. Como já ressaltado, o médico se intercala entre a comunidade e capital e passa poucos dias para atender uma demanda grande na Unidade. Essa é uma realidade comum para regiões isoladas, que não tem médico fixo durante todo mês.

Em torno da comunicação, observaram-se algumas queixas em relação à linguagem e grafia nas receitas médicas, por justificar o médico ser estrangeiro: *“Com esse não me dei muito bem, por que às vezes fala o que a gente não entende, (...) passa um remédio e você não entende, muito difícil para conversar com a gente”* (U27). *“Uma vez ninguém entendeu o remédio porque ele é cubano, ele passou uma receita, nem aqui, nem Porto Velho entenderam”* (U1). Nesse caso, a grande dificuldade está por problemas na comunicação da fala e da escrita, ou barreira cultural, mas não se restringem somente pelo fato dele ser estrangeiro, já que, esse problema sempre é polêmica também entre os médicos brasileiros, quando a questão são as receitas com grafias ilegíveis.

Em estudo realizado no município do Sul do Brasil, com 300 usuários do Sistema Único de Saúde, somente um pouco da metade dessa amostra (59%) conseguiam ler a prescrição e o nome do medicamento. Desta forma, não é um problema isolado apenas por ser estrangeiro. Contudo, a linguagem, por sua vez, pode ser um grande empecilho, uma vez que muitos estrangeiros ainda não dominam bem o idioma português (CRUZETA, 2013).

Situação contrária aconteceu em uma comunidade do Ceará, onde foi

verificado as impressões dos gestores e usuários atendidos quanto ao desempenho profissional dos médicos estrangeiros. Os resultados demonstram que a questão da linguagem também a princípio foi uma das grandes dúvidas em relação à inserção desse profissional na ESF, mas segundo os gestores, sua vinda foi muito boa para unidade, pois o atendimento foi realizado de forma competente e humanizado, melhorando a qualidade dos serviços oferecidos. Já na opinião dos usuários, os médicos cubanos são competentes, experientes e as barreiras de língua não chega a ser um problema (SANTOS et al., 2016).

O Programa Mais Médico é parte de uma ampla estratégia do Ministério da Saúde o Mais Médico, que visa suprir a falta desses profissionais, em regiões isoladas como de Calama, ou que ainda tem déficit de atendimento de médico. A intenção é fortalecer a saúde primária, e ainda possibilitar a troca de experiência entre os profissionais (SANTOS et al., 2016).

Quanto ao atendimento do dentista, ficou claro, que não há esse tipo de serviço constante na comunidade. “Não tem, isso daí e outra coisa, tem material, tem tudo mais não tem dentista” (U15). “Não tem dentista, tem a sala, mas não tem profissional” (U28). Fica explícito que na Unidade Básica de saúde há instalações, materiais e estrutura para atender a demanda local. O problema mesmo é a falta de profissional conforme relatos de boa parte dos entrevistados, essa é uma das sugestões mais citadas dos usuários, por acreditar que o serviço odontológico é primordial para a comunidade. Assim como o atendimento médico, a saúde bucal, ainda é um desafio para Sistema Único de Saúde na Estratégia da Saúde da Família. Muitos dos profissionais formados, ao concluírem os cursos abrem sua própria clínica, uma vez que, nem sempre os salários pagos pelas prefeituras são atrativos, principalmente em cidades pequenas. Além disso, há de mencionar a falta de materiais e equipamentos adequados (MELO et al., 2016).

Muitos atendimentos de urgência

são encaminhados para outros locais, conforme relatos colhidos, e outros afirmaram que mesmo havendo os mutirões, não são suficientes. A questão deixa em pauta que, os serviços de mutirão realizados de uma ou duas vezes não são suficientes, pois a demanda e as vagas mal conseguem atender os usuários de um único bairro.

Em relação ao atendimento do enfermeiro, deve se deixar claro, que não há um profissional contratado para a comunidade no momento, assim como dentista. Segundo os relatos colhidos durante a visita ao posto de saúde e após conversar com a direção responsável, o atendimento de enfermagem, é realizada por um técnico de enfermagem, que inclusive, é o responsável pela unidade de saúde nesse momento. Assim muitas falas, algumas por falta de conhecimento em relação esse profissional creem que o mesmo, é enfermeiro, e assim descrevem o seu atendimento: “No caso o diretor né ele é o enfermeiro, ele atende direitinho”(U12). “O enfermeiro (...), quando o médico demora a voltar ele atende a gente”(U14). “Ele diretor do posto, o enfermeiro, (...) tem mostrado empenho de ajudar as pessoas” (U18).

Todas essas falas fazem referência ao técnico de enfermagem que exerce cargo de diretor. Mas todos os relatos colhidos, em sua maioria mostram uma situação relacional satisfatória, onde o profissional ajuda a comunidade como pode. Contudo, observa-se uma situação muito controversa, uma vez que, o profissional de enfermagem formado deveria está atuante principalmente na gestão da unidade, já que boa parte as atribuições do técnico de enfermagem, seriam nesse caso, supervisionados pelo enfermeiro chefe.

O técnico de enfermagem, por conta de sua experiência, desempenha esse papel num um ambiente complexo, cheio de limitações. De um lado está a população com suas necessidades de saúde e, de outro, gestor com recursos limitados que não suprem a demanda em quantidade e qualidade de atendimento.

Em relação aos agentes comunitários de saúde, como explicado pelos

entrevistados, esses ACS atuam por Bairros, mas percebe em algumas falas, e também de acordo com a análise de outros relatos, que há bairros onde existem mais profissionais e mais visitas durante o mês. *“A minha umas três vezes por mês” (...)* (U20). *“Senão me engano a minha passa umas três vezes ao mês (...)* (U11). *“Elas vêm duas a três vezes huhum...vem sim”* (U23).

Outras falas também confirmam esse cenário, mas algumas também relatam que as ACS, não passaram recentemente, ou só passam, uma vez no mês. *“Uma vez ao mês, às vezes, eu moro aqui faz tempo, ela vem quando quer”* (U22). *“Nenhuma, quando vem, vem de surpresa, raramente eles vêm”* (U15). O que se observa é que está havendo assim, uma falta de distribuição mais equilibrada, já que, ou seja, por problemas de falta de ACS, ou por organização para ampliar e atender a demanda corretamente. *“Tá todo mundo reclamando, porque é só um agente lá no Alto (Lugar da Comunidade mais alta, como é conhecido pelos moradores). Só se for preventivo e pesar criança”* (U29).

Na verdade, as atribuições do ACS não se limitam somente a esses atendimentos, uma vez que seu atendimento engloba toda a família. A distância que existe entre a prática do ACS e o papel profissional que se espera que ele desenvolva em relação à equipe da ESF e a comunidade, tem se agravado pela recusa do ACS em desenvolver tarefas, como por exemplo: a vigilância da dengue, vigilância ambiental, pois os mesmos alegam que é de competência de outros profissionais, dificultando ainda mais a comunicação e o trabalho em equipe (SILVA; ANDRADE, 2013). Fica evidenciado assim, que a falta de organização e respaldo da ESF ao ACS pode ser um problema de gestão, organização e de comunicação no processo de trabalho entre a equipe da ESF e a UBS para a inclusão das demandas do ACS oriundas das necessidades da comunidade, na qual o ACS atua diretamente por meio das visitas familiares.

Assim observa-se a que a equipe tem grande dificuldade de organizar uma prática educativa com a comunidade,

justamente por não ter um dos profissionais, o enfermeiro, peça muito importante na ESF. O PSF foi implantando para reorientar a prática dos profissionais de saúde na garantia o acesso aos serviços de saúde e otimizar a qualidade assistencial. Nesse cenário, como parte do ESF, o enfermeiro, é um profissional eixo na promoção, na prevenção e na recuperação da saúde da população, assim como, pode atuar gerenciando o funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF). Então a falta desse profissional na equipe de saúde pode impactar (BRASIL, 2011).

De forma geral, foi perguntado aos entrevistados sobre a competência do ESF em resolver o problema da população. Mesmo com alguns problemas relacionais, a maioria dos entrevistados acredita que a equipe, dentro do que é disposto atende a população com competência: *“Sim, eles atendem, quando precisei de atendimento, eu recebi oxigênio e melhorei, depois me encaminharam para Porto Velho”* (U1). *“Eles resolvem, eu estava é fazendo tratamento para mioma, eles marcaram tudo direitinho. Não tenho o que dizer”* (U14). *“Todos são qualificados, cada um no seu setor (...)”* (U24). Apesar de alguns percalços apresentados até o momento, outros relatos apontam satisfação com o atendimento, mesmo com a infraestrutura e falta de profissional para atender toda a demanda.

Esses profissionais dentro da percepção dos usuários também atendem pautados em alguns princípios de humanização: *“Sim, trata a gente com respeito (...)”* (U12). *“Como usuário, nunca fui atendido mal quando precisei fui bem atendido”* (U28). Mas por outro lado, teve relatos, cujos princípios de humanização nem sempre são levados à risca: *“Olha às vezes sim, às vezes não, o médico é meio ignorante”* (U3). *“(...) quem atendem mal é o pessoal que fica lá na frente! É os atendentes (...)”* (U8). A percepção desses usuários pode ser fato isolado. Isso porque humanizar não é tarefa fácil e que possa ser colocada em papel, para ser seguida à risca. As ações de humanização, muitas vezes, acontecem por

iniciativas individuais, que terminam por não atingir toda a equipe e os pacientes assistidos (TAKEMOTO; CORSO, 2013).

Na percepção dos usuários outro problema organizacional verificado e de grande reclamação foi a falta de medicação pontuada por muitos: *“Medicação vai lá, nunca tem!” (U11). “Às vezes remédio, às vezes tem, às vezes não tem!” (U16)*. Esse também não é um problema isolado dessa UBS de Calama, pois muitos estudos comprovam em UBS do Brasil baixa a disponibilidade de medicamentos a falta de recursos humanos, em conjunto aliada à falta de equipamentos, materiais e medicamentos, inviabilizam os trabalhos dos profissionais nas UBS (MENDES, et al., 2014; OLIVEIRA JUNIOR, 2013).

Para alguns usuários, o posto em relação à estrutura está organizado, pois tem o básico, salas para os funcionários, curativos, vacinas, mas alguns pontos na visão de outros usuários a infraestrutura do prédio, deixa a desejar: *“(...) tem mofo, tá descascado, tá caindo (...)” (U17). “(...) tem goteiras e tem bastante, de vez em quando o forro cai, não são todas (...)” (U12). “(...) Tem mofo na parede por causa da enchente, e ficou danificada a pintura” (U23)*. O conhecimento das relações entre a infraestrutura das UBS aponta que no índice geral no Brasil, apenas 5,8% delas têm infraestrutura de qualidade (SOARES NETO, 2016).

A estrutura do prédio é ampla, sendo 485,51 m² de área construída em 2013, e conta com equipamentos básicos, montada em parceria a Prefeitura de Porto Velho e Santo Antônio Energia, orçada em mais de quinhentos mil reais. Mas em 2014, com cheia histórica do Rio Madeira, assim como muitas casas dessa região, sua estrutura foi abalada, e como se observa, problemas como mofo, banheiro pintura entre outros são observáveis no prédio.

Alguns relatos pontuaram a falta de equipamentos: *“Só falta aparelhos de ultrassom na unidade” (U14). “A central de ar está quebrada, as pessoas ficam naquele calorão, só tem umas cadeiras...muita gente*

né?” (U11). Aliadas algumas defasagens na estrutura física, há falta de uma estrutura completa no PSF, não há enfermeiro como já abordado, e alguns profissionais como médico, e bioquímico vem a cidade apenas 3 semanas por mês intercalados, contudo, conforme o relato da própria direção, esses profissionais não atendem há pelo menos três meses nas unidades. No total, são 36 funcionários contando com os agentes, e mesmo com um número médio de agente de comunitário, a má distribuição desses nos setores, acarreta na falta de cobertura em alguns bairros.

De maneira geral, há déficit de funcionários para os serviços prestados, por isso, um funcionário acumula várias atividades, o que contribui para a má qualidade do serviço prestado. Porém, há outras variáveis em relação a recursos humanos que comprometem o atendimento. Somados a comprometimento nas barreiras relacionais e organizacionais, a falta de estrutura na opinião de alguns, também compromete a qualidade e insatisfação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto potencial esta pesquisa alcançou o objetivo originalmente proposto. Entrevistar os usuários do Distrito de Calama permitiu identificar nas entrelinhas as possíveis barreiras existentes nessa comunidade. Além da localização e aspectos geográficos como os morros, rios e transporte, que dificultam o acesso ao serviço, as barreiras organizacionais são os principais obstáculos da unidade na demora em o atendimento; demora em marcação de consultas; horário do atendimento não compatível para o cliente; demora em marcação de exames entre muitos outros problemas apresentados.

Observou-se ainda, barreiras culturais como vocabulário utilizado pelos médicos; comunicação verticalizada; levando os clientes a distúrbios de interpretação. Em relação às barreiras de recursos, ficou evidenciada a falta de disponibilidade de medicamentos, não oferecidos pelo serviço;

custo do transporte para a população que muitas vezes tem que se deslocar por conta própria, quando não médico e atendimento necessários para seu atendimento; e outros atendimentos ao cliente.

Ao discutir e analisar os dados, simultaneamente foi possível verificar que falta para USB pesquisada o planejamento de saúde observando a prática da saúde coletiva, o que exige mudanças estruturais no funcionamento do serviço. As narrativas remetem a problemas com infraestrutura, recursos financeiros e materiais, para exercer um bom trabalho. Mas como ressaltado, não é um caso isolado e comprova os resultados de outras USB em todo Brasil.

Desta forma, muitos relatos clamam principalmente pelos pontos negativos apresentados, que é uma equipe de saúde completa, com atendimento médico, odontológico mais constante, uma vez que, com mais atendimento, menos será a demanda a ser atendida, melhorando a organização em relação à entrega e agendamento de atendimento. Sem deixar de mencionar, a presença de um enfermeiro, que pela falta do médico, poderia melhorar ainda mais o atendimento, segundo a percepção dos entrevistados.

Este estudo tem limitações em sua realização relacionado com o número limitado de usuários, uma vez que, se teve recusas, dificuldades de acesso ao cliente, e

até mesmo respostas mais completas que respondessem ao teor dos objetivos das perguntas elaboradas e aplicadas. Essas limitações podem levar ao desenvolvimento do novo caráter multicêntrico de pesquisa que refuta ou reitera as informações aqui contidas.

De modo geral a percepção dos usuários da USB do distrito de Calama relacionado aos serviços de saúde da Estratégia da saúde da família, não é satisfatória. De todos os relatos colhidos, houve diversas reclamações, indignação, pelas falhas na própria formação da equipe, pois não há enfermeiro residente na comunidade, serviços odontológicos, faltam medicamentos, querem uma unidade com melhores instalações, maior capacidade de atender a demanda que muitas vezes tem que se deslocar para as cidades vizinhas.

Portanto, é necessário continuar a avançar na geração de evidências empíricas, o que contribui para verificar a eficácia das ações da Saúde Coletiva e dos serviços de saúde oferecidos da Atenção primária principalmente em áreas isoladas e avançar na construção da base conceitual e alerta para soluções que tragam mais mudanças positivas no contexto do cuidado dessa população.

ACCESS TO HEALTH SERVICES AND THE IMPORTANCE OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE PERCEPTION OF THE RIVERSIDE COMMUNITY OF CALAMA - RO

ABSTRACT: The Family health strategy is a striking example of recent times in this evolution and implementation of health policies in primary care. The objective of the research was to describe the perception and satisfaction that the users of the Health Strategy (ESF) in relation to the access and health services offered to the riverside community of Calama – RO. A field survey was carried out, descriptive, exploratory with Qualitative approach in the period of January 2018. The study was carried out with 30 users of the basic health unit, where most of them showed dissatisfaction with regard to the attendance of appointment schedules; Lack of infrastructure, lack of human resources and materials, also pointed to the reduced number of professionals in the ESF team, such as absence of nurses and dentists, lack of medications, among other obstacles to the Service. Therefore, it is necessary to move forward in the actions of the collective health and health services offered in primary attention in the research community, seeking solutions that bring positive changes in the context of the care of this population.

KEYWORDS: Satisfaction. Riverine community. Strategy Health of the Family.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. R. et al. Auto percepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 9-15, jan./dez. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Revista e ampliada, São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL, **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).disponível e:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em jul. de 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartilha para Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde**. Editora MS/CGDI Brasília-DF, 2016, p. 07. Disponível em <http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/cartilha.pdf>. Acesso em 09 de Setembro de 2016.

CABRAL, D. M. C.et al. Estudo do acolhimento de uma Unidade Básica de Saúde na cidade de São Paulo. **Revista Atenção Primária à Saúde, São Paulo**, v. 15, n. 3, p. 238-244, jul./set. 2012.

CRUZETA, A. P. S. Fatores associados à compreensão da prescrição médica no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(12):3731-3737, 2013.

FRANCO, E. C.et al. Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. **Rev. CEFAC**. 2015 Set-Out; 17(5):1521-1530.

FELCHILCHER, E. ARAÚJO, G.; DURAN TRAVERSO, M. Perfil dos usuários de uma unidade básica de saúde do meio-oeste catarinense. **Unoesc & Ciência - ACBS**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 223-230, nov. 2015. ISSN 2178-3411.

MAGALHÃES, P. L.. **Programa Saúde Da Família: Uma estratégia Em Construção**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais) Corinto, 2011. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3011.pdf>> Acesso em jul. de 2017.

MARTINS, A. C. et al. Ensino Médico e Extensão em Áreas Ribeirinhas da Amazônia. **Revista Brasileira De Educação Médica**, 37 (4): 566-572; 2013.

MELO, L. M. L. L. de et al . Avaliação da saúde bucal na ótica do gestor municipal. **RGO, Rev. Gaúch. Odontol**. Campinas , v. 64, n. 4, p. 402-410, Dez. 2016.

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 109-123, out 2014.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: **Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

OLIVEIRA JUNIOR, R. G. de. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2013;37(4):433-438.

PINTO, S. N. **Estratégia as Saúde da Família**. Editora e Distribuidora S.A, londrina, 2016.

RAMIRES, C.de L. **Dinâmica Socioespacial e saúde coletiva em cidade de Minas Gerais**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013.

SANTOS, J. B.F.dos. Et al. Médicos estrangeiros no Brasil: a arte do saber olhar, escutar e tocar. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.4, p.1003-1016, 2016.

SILVA, N. C.; ANDRADE, C. S.. Agente comunitário de saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, p. 113-128, Abr. 2013.

SOARES NETO, J. J.. O Programa Mais Médicos, a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2709-2718, 2016.

TAKEMOTO, A. Y.; CORSO, M. R. Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 17, n. 2, p. 117-127, maio/ago. 2013.

TAHAN-SANTOS, E. **Estratégia Saúde da Família**: satisfação de usuários. 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em:< www.ffclrp.usp.br/imagens_defesas/16_01_2012__16_27_34__61.pdf> Acesso em jul. de 2017.

VILAS BÔAS, L.M. da S.; OLIVEIRA, D. C. de. **A Saúde nas Comunidades Ribeirinhas da Região Norte Brasileira**: Revisão Sistemática da Literatura. Atas, 2016. Disponível em:< <https://proceedings.ciai.org/index.php/ciai2016/article/viewFile/896/880>> Acesso em jul. de 2017.

VIEGAS, A. P. B; CARMO, R.F.; LUZ. Z. M. Profeta dos Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.