

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
CAMPUS SÃO BORJA**

LEONARDO DICSON SANCHEZ BETIN

**A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS COMUNIDADES
RIBEIRINHAS EM ITAQUI/RS: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO**

**São Borja
2018**

LEONARDO DICSON SANCHEZ BETIN

**A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS COMUNIDADES
RIBEIRINHAS EM ITAQUI/RS: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO**

Dissertação de conclusão de curso apresentado ao Curso de Mestrado Profissional de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Pampa, campus São Borja, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Professor Dr. Muriel Pinto

São Borja

2018

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais).

S563p Sanchez Betin, Leonardo Dicson
A política pública de saúde da família nas comunidades ribeirinha em Itaqui/RS:
uma análise do processo de implementação / Leonardo Dicson Sanchez Betin.
95 p.

Dissertação(Mestrado) - Universidade Federal do Pampa, MESTRADO EM
POLÍTICAS PÚBLICAS, 2018.
"Orientação: Muriel Pinto".

1. Políticas Públicas de Saúde. 2. Comunidades Ribeirinhas. 3. Estratégia de
Saúde da família. I. Título.

LEONARDO DICSON SANCHEZ BETIN

**A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS COMUNIDADES
RIBEIRINHAS EM ITAQUI/RS: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE
IMPLEMENTAÇÃO**

Dissertação de conclusão de curso apresentado ao Curso de Mestrado Profissional de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Pampa, campus São Borja, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 03/12/2018.

Banca examinadora:



Prof. Dr. Muriel Pinto
Orientador
UNIPAMPA CAMPUS SÃO BORJA



Prof.ª. Dra. Carmen Regina Dorneles Nogueira
UNIPAMPA CAMPUS SÃO BORJA



Prof.ª. Dra. Rosilaine Coradini Guilherme
UNIPAMPA CAMPUS SÃO BORJA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho especialmente a minha esposa, que muito me auxiliou nesse processo.

Dedico também a comunidade ribeirinha de Itaqui, na esperança de que essa pesquisa possa contribuir positivamente para a valorização dessa comunidade e principalmente, que as ações e políticas públicas como a ESF possam atender aos anseios e necessidades da população ribeirinha.

AGRADECIMENTOS

Quero carinhosamente agradecer a minha esposa e parceira Renata Gavarone, não somente pelo apoio desde o processo de seleção do mestrado até a conclusão do mesmo, mas principalmente, por todos os momentos em que abdicou de compromissos pessoais, de momentos de lazer, até mesmo assumindo alguns compromissos meus para que, mesmo com minha pouca disponibilidade de tempo, pudesse me dedicar neste importante projeto pessoal.

A minha irmã Rosemere Betin por sempre me incentivar a estudar e me qualificar.

A banca de seleção do mestrado da UNIPAMPA pela confiança e oportunidade a mim concedida, na qual espero ter correspondido a altura. Também aos excelentes professores do curso pelos momentos especiais de muito aprendizado, em especial os professores Ronaldo Colvero e Carmem Nogueira pelos conselhos e críticas construtivas.

Aos colegas e companheiros de mestrado, na qual tive a honra de conhecer e compartilhar importantes trocas de conhecimento, proporcionando assim momentos ímpares nessa jornada.

A professora Dra. Judaiba Signoreti pela ajuda na revisão, conselhos e sugestões para a presente pesquisa.

Ao meu orientador, professor Dr. Muriel Pinto pela parceria, ajuda, dedicação e contribuições na execução desta pesquisa

“O que faz de alguém um vencedor não é apenas o cruzar da meta, mas também o caminho percorrido até à vitória”.

Autor Desconhecido

RESUMO

Dentro da perspectiva de mudança no sistema de saúde no país, em 1994 foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente sendo denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), política de saúde já consolidada e considerada prioritária dentro da atenção primária em saúde. Seu objetivo principal foi à mudança na forma de se fazer saúde, alterando o foco que até então era centralizado exclusivamente no modelo médico assistencial. A ESF passou a ser nacionalmente conhecida e caracterizada como modelo de reorganização do modelo assistencial no Brasil. As comunidades ribeirinhas possuem grande importância geográfica, política, social, econômica e cultural no contexto territorial. Compreender a dinâmica desses cenários que envolvem essas comunidades também faz parte da rotina da ESF, considerando as alterações geográficas e epidemiológicas impostas pela natureza. O conhecimento das suas particularidades, tais como suas crenças, culturas e hábitos de saúde, da mesma forma que investir em ações preventivas e na promoção da saúde surgem como importantes alternativas para a valorização dessas comunidades. Ao propor a presente pesquisa, partindo da sua problemática buscou-se perceber como a política de Estratégia de Saúde da Família vem interagindo e contemplando a comunidade ribeirinha no município de Itaqui. Considerando os princípios norteadores do SUS e principalmente a PNAB, objetivou-se identificar os aspectos positivos e negativos da implantação da política de Estratégia de Saúde da Família no espaço ribeirinho de Itaqui/RS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratória e descritiva. Tal estudo foi realizado na região ribeirinha de Itaqui, área está coberta pela ESF, com unidade de saúde e equipe implantadas. Os informantes atenderam ao requisito de residir na região ribeirinha de Itaqui. Os dados foram obtidos através do auto relato, por meio de entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada baseando-se na interpretação descritiva das informações coletadas, na procura pelo melhor entendimento das informações, associando-as, sempre que possível, com o referencial teórico relacionado ao tema. Os resultados desta pesquisa mostraram que a ESF, desde a sua implantação junto ao espaço ribeirinho de Itaqui trouxe muitas contribuições positivas para a comunidade. Recebem destaque a melhoria no acesso aos serviços de saúde e a reorganização da atenção primária. Outro importante aspecto positivo trazido pela ESF refere-se a forma diferenciada de se fazer saúde, através das transformações indicadas pela política. O atendimento mais humanizado e a melhoria na execução das práticas propostas que buscam a satisfação do usuário contribuem de forma significativa para a melhoria na assistência prestada aos ribeirinhos. Entretanto, a mesma ainda precisa avançar no município, com destaque para a necessidade de ampliação das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, expansão na formação de parcerias intersetoriais, valorização dos profissionais da equipe e investimentos estruturais. O fortalecimento da ESF e das políticas para comunidades tradicionais dependem principalmente de uma maior valorização tanto da política de saúde quanto dessas comunidades. Esse reconhecimento possibilitará a incorporação dessas temáticas na agenda de gestão municipal e certamente trará importantes avanços nessas políticas e nos indicadores de saúde da população.

Palavras-Chave: Estratégia de Saúde da família; Comunidades Ribeirinhas; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

Within the perspective of a change in the health system in the country, the Family Health Program (FHP) was implemented in 1994, later called the Family Health Strategy (FHS), a health policy already consolidated and considered a priority within primary health care. Its main objective was to change the way health care is performed, changing the focus that until then was centered exclusively on the medical care model. The FHS became nationally known and characterized as a model of reorganization of the care model in Brazil. The riverside communities have great geographical, political, social, economic and cultural importance in the territorial context. Understanding the dynamics of these scenarios involving these communities is also part of the FHS routine, considering the geographical and epidemiological changes imposed by nature. Knowledge of their particularities, such as their beliefs, cultures and health habits, as well as investing in preventive actions and health promotion, appear as important alternatives for the valorization of these communities. In proposing the present research, starting from its problematic, it was sought to understand how the Family Health Strategy policy has been interacting and contemplating the riverside community in the municipality of Itaquí. Considering the guiding principles of the SUS and especially the PNAB, the objective was to identify the positive and negative aspects of the implantation of the Family Health Strategy policy in the Itaquí / RS riverside area. This is a qualitative exploratory and descriptive research. This study was carried out in the riverside region of Itaquí, an area covered by the ESF, with a health unit and team implanted. The informants met the requirement to reside in the riverside region of Itaquí. Data were obtained through self-report, through a semi-structured interview. Data analysis was carried out based on the descriptive interpretation of the information collected, in the search for a better understanding of the information, associating them, whenever possible, with the theoretical reference related to the theme. The results of this research showed that the ESF, since its implantation along the riverside area of Itaquí has brought many positive contributions to the community. The improvement in access to health services and the reorganization of primary care are highlighted. Another important positive aspect brought by FHS refers to the differentiated way of performing health care, through the transformations indicated by the policy. The more humane service and the improvement in the execution of the proposed practices that seek the satisfaction of the user contribute significantly to the improvement in the assistance given to the riverside. However, it still needs to advance in the municipality, highlighting the need to expand health promotion and disease prevention actions, expansion in the formation of intersectoral partnerships, valuation of team professionals and structural investments. The strengthening of FHS and policies for traditional communities depends mainly on a greater appreciation of both health policy and these communities. This recognition will enable the incorporation of these themes in the municipal management agenda and will certainly bring important advances in these policies and in the health indicators of the population.

Keywords: Family Health Strategy; Riverside Communities; Public Health Policies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Vista aérea do município de Itaqui e região ribeirinha	18
Figura 2 – Número de municípios com ESF implantadas em 2016	34
Figura 3 – Número de equipes da ESF habilitadas em 2016	35
Figura 4 – Casas denominadas volantes de moradores da região ribeirinha em Itaqui	47
Figura 5 – Casas denominadas volantes de moradores da região ribeirinha em Itaqui sendo transferida de local devido a enchente	47
Figura 6 – Registro da última enchente que atingiu o município de Itaqui, inundando a região ribeirinha e parte da região central do município	49
Figura 7 – Práticas cotidianas da comunidade ribeirinha de Itaqui	50
Figura 8 – Criação de animais	50
Figura 9 – Criação de animais	50
Figura 10 – Cultivo de hortaliças	50
Figura 11 – Cultivo de hortaliças	50
Figura 12 – Comércio de peixe local	51
Figura 13 – Venda de produção pesqueira	51
Figura 14 – Fachada da Unidade Básica de Saúde Rio Uruguai	70
Figura 15 – Sala de espera da UBS	71
Figura 16 – Consultório da UBS	71
Figura 17 – Fachada da nova unidade de saúde Rio Uruguai em obras	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária a Saúde
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
CD – Compact Disk
CF88 – Constituição Federal de 1988
CNES - Cadastro nacional de estabelecimentos de Saúde
DAB – Departamento de Atenção Básica
EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF -Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica
PNAF - Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNSIPCF – Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PSF – Programa de Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 01: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: políticas públicas, comunidades ribeirinhas e estratégia da saúde da família	20
1.1 Revisão de literatura sobre políticas públicas	20
1.2 As especificidades da população ribeirinha, seus conceitos fundamentais e as políticas de saúde	25
1.3 A ESF e seu contexto histórico no Brasil	32
CAPÍTULO 02: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA	37
2.1 Tipo de Estudo	38
2.2 Local de Estudo	38
2.3 Informantes	39
2.4 Coleta de Dados.....	39
2.5 Análise dos Dados	40
2.6 Aspectos Éticos	41
CAPÍTULO 03: ANÁLISE E RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DA ESF PARA OS RIBEIRINHOS DE ITAQUI	42
3.1 Descrição da Estratégia de Saúde da Família no município de Itaqui e a estrutura de saúde local	42
3.2 Especificidades das Comunidades Ribeirinhas no município de Itaqui	46
3.3 Aspectos positivos e negativos acerca da implantação da Estratégia de Saúde da Família na região ribeirinha de Itaqui.....	52
3.3.1 A ESF como porta de entrada e garantia do acesso	52
3.3.2 Política reorganizadora da atenção básica	55
3.3.3 Um ator de destaque: O agente comunitário de saúde	57
3.3.4 Uma das principais virtudes da ESF: A formação do vínculo	59
3.3.5 A formação de parcerias entre o serviço e a comunidade	62
3.3.6 O NASF como importante ferramenta de trabalho junto a ESF	64
3.3.7 A promoção da saúde e a prevenção de doenças como ações prioritárias.....	65

3.3.8	A estrutura da UBS como aspecto negativo	69
3.3.9	Dificuldade de acesso a política dos medicamentos básicos na UBS	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS		78
LIMITAÇÕES DA PESQUISA		83
REFERÊNCIAS		84
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		94
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS		95

INTRODUÇÃO

O interesse em realizar a presente pesquisa partiu da experiência do pesquisador na atuação junto a Estratégia de Saúde da Família e na necessidade de realização de estudos acerca das políticas públicas para populações tradicionais. A produção de dados e informações através dessas pesquisas podem contribuir com trabalhadores, políticos, estudiosos da área e gestores na melhoria dos processos de gestão e trabalho em saúde junto à comunidade, fortalecendo e qualificando o processo de tomada de decisão e escolhas frente às políticas públicas de saúde.

Na atuação como burocrata de rua (Enfermeiro de uma equipe de ESF) e gestor local de saúde (Secretário Municipal da Saúde) em Itaqui/RS, foi possível perceber deficiências junto a execução das políticas locais de saúde, principalmente em relação as comunidades em situação de vulnerabilidade, neste caso, os ribeirinhos. A carência de profissionais melhor qualificados para atuação nessas políticas de saúde e a necessidade de evolução no processo de ensino e pesquisa na região, surgem como entraves. É importante destacar que a vinda dos polos universitários da Universidade Federal do Pampa e do Instituto Federal Farroupilha na região já conseguiram transformar a realidade local, entretanto, ainda há a necessidade de avançar no contexto científico local e regional, principalmente na temática das políticas públicas de saúde.

Observou-se, ainda, que a falta de pesquisas e dados referentes às políticas públicas, incluindo as da área da Saúde Pública, na região da fronteira oeste¹, em especial na cidade de Itaqui, dificultam o trabalho de gestores e trabalhadores dessas políticas. Devido esta falta de dados e pesquisas torna-se difícil aferir o quanto são efetivas e eficazes tais ações na região e ao mesmo tempo, dificultam ações de implementação e qualificação dessas políticas.

Segundo Souza (2006), as políticas públicas repercutem de forma significativa nas sociedades e na economia do país, por isso à importância de discuti-las de forma que tais teorias também possam explicar as relações entre política, Estado, sociedade e economia. Devido a sua relevância, a área de políticas públicas, ao longo dos anos vem atraindo pesquisadores das diversas áreas e disciplinas, como: Ciência Política, Economia, Geografia, Antropologia, Sociologia, Planejamento, Gestão, Ciências Sociais e de Saúde.

¹ Regionalizações fronteiriças: Região Fronteira Oeste é uma espacialidade de planejamento dos Coredes-RS. Itaqui-RS conforme a regionalização oficial (IBGE) ou Político-Administrativa brasileira encontra-se na Mesorregião do Sudoeste Rio-grandense.

Foi notório o avanço da avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais nas últimas décadas, assumindo papel de grande relevância nas funções de planejamento e gestão governamental. Esse progresso fora impulsionado pela modernização da Administração Pública, onde, em vários países esse movimento foi seguido pelos princípios da Gestão Pública empreendedora e as transformações das relações entre a sociedade e o Estado. Há um consenso na literatura sobre a existência de uma grande relação entre a transformação da administração pública com a mudança para uma administração mais eficiente e moderna devido à realização e o crescimento dos estudos de avaliação de políticas públicas e programas públicos (CUNHA, 2006).

O aumento no interesse por parte dos governos na utilização de estudos de avaliação está relacionado, principalmente, às questões de eficiência, efetividade, desempenho da gestão pública e a prestação de contas (*accountability*), já que tais estudos servem como importantes ferramentas de gestão, tanto para gestores, como para os formuladores e implementadores de políticas e programas públicos. Tais ferramentas possibilitam que gestores tomem decisões com maior conhecimento, otimizando os resultados do gasto público, identificando êxitos e falhas e superando pontos de dificuldades. Ou seja, refletem num aumento da preocupação do governo com a efetividade, seguindo da aferição dos resultados esperados e não esperados alcançados pelas implementações dos programas (CUNHA, 2006; SILVA, 1999).

No Brasil, conforme Garcia (1997), existem diversas razões para a grande demanda por avaliações de políticas públicas, tais como a crise financeira que diminui a capacidade de gastos dos governos, aumentando a pressão por ações de maior eficiência, a própria evolução da democracia que trouxe novos atores sociais e novas reivindicações por parte destes atores aos governos. As longas crises econômicas que contribuem para o aumento na desigualdade social e pela crescente busca de programas sociais do governo geram uma certa desestruturação da função de planejamento, que faz com que os governantes não tenham elementos de informação e avaliação.

As políticas públicas surgiram principalmente, como uma forma de diminuir as desigualdades e distorções existentes na sociedade. As primeiras leis de cunho social foram criadas no final do século XIX, já as primeiras políticas públicas no país surgiram a partir do processo de industrialização, através do movimento operário grevista, sendo tais políticas públicas voltadas para a área de proteção social (SOUZA E BATISTA, 2012).

Nesse contexto, a própria Constituição Federal de 1988 (CF88) foi considerada uma estimuladora para a criação e implantação de políticas públicas no país. A mesma fora denominada como Constituição cidadã, devido aos grandes avanços que ela trouxe na área

dos direitos sociais. A CF88 passou a garantir os direitos que a sociedade desejava há décadas, elevando assim o país a um nível mais alto nas questões de justiça social. Anteriormente, à criação da CF88, que estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado e a criação do SUS em 1990, o Estado brasileiro apresentava-se omissivo frente as questões de saúde da população de um modo geral. O Estado somente realizava intervenção nos casos considerados graves ou naqueles que pudessem colocar em risco a comunidade e a economia ou risco de epidemia de doenças (SOUZA E BATISTA, 2012; VAITSMAN et al., 2013; ESCOREL, 1998, BRASIL, 1988; SCATENA e TANAKA, 2001).

As políticas públicas são consideradas um conjunto de ações realizadas pelo Estado e seus agentes, com o objetivo de garantir os direitos de todos, com ou sem a participação da sociedade. Pode ser resumida como a área do conhecimento que busca por o governo em ação e ao mesmo tempo analisar essas ações e, se necessário, propor mudanças no curso das mesmas. As políticas públicas no país estão diretamente relacionadas às seguintes áreas: saúde, educação, transporte, habitação, segurança, segurança alimentar, transferência de renda, trabalhista, entre outras (SOUZA E BATISTA, 2012; SOUZA, 2006).

Já as políticas públicas de saúde surgiram de forma ampla no país a partir da promulgação da CF88 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse período, o país passava por várias e importantes mudanças na área da saúde, devido à criação de um conjunto de direitos estabelecidos pela CF88, como por exemplo, o direito universal, gratuito e integral a saúde para toda a população brasileira (SOUZA e BATISTA, 2012; SOUZA 2008; MEDICE et al, 2011).

No entanto, ao discutirmos políticas públicas, torna-se fundamental destacarmos a formulação de políticas públicas. É nesse momento em que os governos democráticos manifestam seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que causarão mudanças e resultados no mundo real (SOUZA, 2006).

Com os avanços das políticas de saúde no país e principalmente com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), através de um modelo inovador no trabalho, a mesma passa a ser reconhecida como uma política de reorganização das ações da atenção básica nos sistemas municipais de saúde. Parte com o fortalecimento do investimento nessas políticas, com destaque para a priorização das ações de promoção da saúde e da qualidade de vida, mudando o foco que sempre foi centrado no indivíduo, passando para as famílias e comunidades (SOUZA, 2008; BRASIL, 2006).

Nesse contexto da criação da ESF e a necessidade de implantação dessa política nos municípios, em 2006 foi implantado a primeira Equipe de Saúde da Família em Itaqui. Nesse

período, tal política ainda era denominada Programa de Saúde da Família. Em 2012, seis anos mais tarde, fora inaugurada a quarta equipe, denominada ESF Rio Uruguai, responsável pelo atendimento em saúde de alguns bairros do município, com destaque para as comunidades ribeirinhas, que passaram a partir de então a receber cobertura desta importante política de saúde.

A ESF, como nível primário de atenção à saúde, ganha maior relevância para as populações ribeirinhas como porta de entrada ao Sistema de Saúde, incluindo situações de urgência e emergência. Nesse cenário, a valorização e qualificação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), atuante nas diversas situações e contextos, surge como o primeiro contato da comunidade ribeirinha com o serviço de saúde local (ANDO et al., 2012).

Tradicionalmente, as comunidades ribeirinhas são compostas de diversos grupos familiares. Residem, em grande parte, a beira dos rios, geralmente em casas de madeiras, adaptadas ao sistema de cheias. O conceito de família e sociedade nas áreas ribeirinhas impacta em como a equipe de saúde da família aplica suas técnicas e instrumentos de trabalho. De um modo geral, tais comunidades costumam ter valores mais tradicionais que as comunidades nos centros urbanos. Todavia, faz-se necessário formas específicas de intervenção, que atendam as expectativas de acordo com as diferentes comunidades (ANDO, 2011; ANDO et al., 2012).

Em Itaqui a atenção básica é priorizada como política de saúde, tendo a Estratégia de Saúde da Família como ação/política prioritária na saúde. Atualmente existem 05 Unidades de Saúde da Família com equipes completas e atuantes, com propostas de ampliação do programa conforme o relatório anual de gestão de 2013 e o Plano Municipal de Saúde de 2014 a 2017 (ITAQUI, 2014).

O município de Itaqui/RS está situado na fronteira oeste do estado do Rio Grande do Sul, a 720 Km da capital do estado. Segundo dados Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2010), o município possui uma população estimada de 38.159 habitantes. Desde a sua concepção, que iniciou as margens do Rio Uruguai, o município mantém um forte vínculo com o rio, a exemplo disso, recebe destaque o fato dos limites urbanos e a própria região central estarem próximas da região ribeirinha. O rio faz divisa internacional entre Itaqui (Brasil) e Alvear (Argentina), onde ambos municípios são considerados localidades fronteiriças vinculadas².

² Decreto nº 8.636, de 13 de janeiro de 2016 promulga o acordo entre a República Federativa do Brasil e a República Argentina sobre localidades fronteiriças vinculadas.

Figura 01 – Vista aérea do município de Itaqui e da região ribeirinha.



Fonte: Prefeitura de Itaqui.

Percebe-se a necessidade da criação e ampliação de políticas de saúde para a população ribeirinha de Itaqui, população esta que vive em situação de risco e vulnerabilidade e que requerem uma atenção especial não somente no município de Itaqui, mas também na região como um todo. Objetiva-se através dos instrumentos deste projeto, propor ações para a implementação da ESF ribeirinha de Itaqui, para que essa política possa ampliar suas ações e consequentemente valorizar essa comunidade tradicional com grande importância histórica e social no município.

Como problema de pesquisa busca-se perceber como a política de Estratégia de Saúde da Família vem interagindo e contemplando a comunidade ribeirinha no município de Itaqui?

O desafio do Mestrado Profissional em Políticas Públicas nos remete a um provocação maior do que apenas concluir as disciplinas e a realização de uma dissertação, nos traz o compromisso com nossa região e em especial com as políticas públicas locais. Qualifica-nos para através dos instrumentos científicos, da profissionalização e da utilização das ferramentas adequadas, transformar a realidade das políticas em nossa região. Nesse contexto, merece uma atenção maior ações em prol das comunidades em situações de risco e vulnerabilidade. Portanto, identificar como as políticas públicas, em especial a da Estratégia de Saúde da Família, interagem com a sociedade, neste caso, a população ribeirinha, certamente contribui de forma significativa para que tais ações sejam implementadas e tais serviços possam ir ao encontro dos anseios da comunidade e suas reais necessidades.

Antes de prosseguirmos, descreveremos brevemente as próximas etapas desta pesquisa, onde a apresentação da mesma fora organizada e subdividida em três capítulos. No primeiro capítulo, denominado fundamentação teórica, foi abordado as especificidades da população ribeirinha, seus conceitos fundamentais e as políticas de saúde voltadas para essa comunidade. Além disso, foi apresentada a ESF e seu contexto histórico no Brasil.

No segundo capítulo foram descritos os procedimentos metodológicos adotados, sendo os mesmos subdivididos em tópicos para uma melhor descrição das etapas. Já no terceiro capítulo apresenta-se os resultados e análise dos dados obtidos na presente pesquisa, associando-os ao referencial teórico utilizado. Nessa etapa recebe destaque os aspectos positivos e negativos a partir da implantação da ESF junto à comunidade ribeirinha de Itaqui.

CAPÍTULO 01

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: Políticas públicas, comunidades ribeirinhas e estratégia da saúde da família

1.1 Revisão de literatura sobre políticas públicas

A Política Pública nasce nos Estados Unidos da América no início dos anos 50 como Área de Conhecimento e como disciplina acadêmica. Já na Europa, a área de política pública surge como, segundo Souza (2006, p.22) “um desdobramento dos trabalhos baseados em teorias explicativas sobre o papel do Estado e de uma das mais importantes instituições do Estado - o governo, produtor, por excelência, de políticas públicas”. No Brasil, os estudos sobre políticas públicas apareceram somente no início dos anos 90 e ainda são considerados recentes. Especificamente na área governamental, a inserção da Política Pública recebe destaque como instrumento de decisões do governo no período da Guerra Fria, com valorização da tecnocracia como objetivo de enfrentamento de suas consequências (SOUZA, 2006; FREI, 2009).

Ao falarmos sobre Política Pública, torna-se fundamental citarmos, conforme Souza (2006), os quatro grandes fundadores da área de políticas públicas: H. Laswell (1936) introduziu, ainda nos anos 30, a expressão análise de política pública; H. Simon (1957) inseriu o conceito de limite de racionalidade dos decisores públicos. C; Lindblom (1959-1979) surgiu como questionador da ênfase de racionalismo de Laswell e Simon, propondo a inserção de outras variáveis na formulação e análise de políticas públicas; enquanto D. Easton (1965) contribuiu para a definição da área de políticas públicas como um sistema, com relação entre formulação, resultados e o ambiente.

Segundo Barreto e Gonçalves (2013), quando falamos sobre políticas públicas é imprescindível definir além de política pública, a avaliação, sendo a mesma considerada importante elemento gerador de desafios, aprendizado e busca de soluções para problemas. A avaliação de políticas aprofunda o conhecimento acerca das estratégias, na realização dos objetivos e o fornecimento de dados verificáveis que aumentam a transparência e tornam públicos seus efeitos e impactos.

Mais detalhadamente, a avaliação versa sobre o exame sistemático e objetivo de um projeto ou programa, que esteja em curso ou finalizado, contemplando seu desempenho, implementação e resultados, visando à deliberação sobre eficiência, impacto, efetividade, sustentabilidade e relevância de seus objetivos. Portanto serve como propósito de orientar os tomadores de decisão, guiando-os acerca da continuidade, das necessidades de adequações e correções ou mesmo a cessação de uma determinada política ou programa público (COSTA e CASTANHAR, 2003).

No Brasil, até meados da década de 1980, não havia avaliação de políticas públicas. Tal prática é considerada recente e surge após o período de redemocratização do país e da explosão dos movimentos sociais em prol dos direitos igualitários, do controle social e de maior transparência. Nesse contexto, a avaliação de políticas públicas tornou-se um desafio, uma obrigação de governantes e dirigentes, uma ação estratégica e indispensável para captar a operacionalização dos recursos (BARRETO e GONÇALVEZ, 2013).

Especificamente na área da saúde, no contexto da saúde coletiva como campo do conhecimento, somente a partir do início da década de 70 a mesma ingressa como área intervencionista sobre as políticas públicas no Brasil. Seu começo ocorre devido as críticas para com a saúde pública realizadas pelos acadêmicos de esquerda nos departamentos de medicina social das diversas universidades públicas do país. Esse movimento, reconhecido pela sua força teórica, tornou-se um projeto técnico e político, baseado no materialismo histórico, com associação da democracia a uma mudança radical do sistema de saúde vigente até então. Fora, portanto, deste grandioso e importante movimento social democrático a proposição para um novo modelo de saúde no país nos anos 80, com indicação de um sistema público e universal de saúde (VAITSMAN et al, 2013; AROUCA, 2003; ESCOREL, 1998).

Essa mobilização em prol de um sistema universal de saúde representou um marco histórico das políticas públicas do país, especificamente na área das políticas de saúde, com destaque para a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Essa conferência significou o auge do movimento da Reforma Sanitária, por meio da criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária. O sucesso desse movimento efetivou-se com a inclusão de propostas junto a reforma da CF88 e, posteriormente, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (SCATENA e TANAKA, 2001; VAITSMAN et al, 2013).

A partir da sua criação, o SUS rompeu com o modo meritocrático característico da assistência em saúde no país até a criação da CF88. A partir de então, diversas características foram incorporadas à saúde, entre elas, a garantia do direito de todos, como princípio de cidadania e não do ponto de vista formal e político, mas como ideia de democracia substancial

e de direitos substantivos, envolvendo e garantindo certa igualdade de bem estar à população (MENICUCCI, 2014).

O SUS, criado em 1988, teve um início bastante tímido. Nos seus primeiros anos de implantação, diversas fragilidades surgiram e foram externadas nos múltiplos conflitos existentes entre os gestores estaduais e municipais acerca das responsabilidades de gestão dos prestadores de serviços. A falta de definições acerca das necessidades de cada ente federativo e as programações coletivas dos gastos municipais e estaduais também resultou em transtornos nas esferas de gestão do SUS, pois, havia certa dificuldade de definição dos papéis nos diferentes níveis de governo (MEDICE et al, 2011).

A criação do SUS foi alicerçada em cinco pilares, sendo três desses pilares considerados básicos e dois organizacionais. Como pilares básicos temos: a universalidade, princípio que garante a todos os brasileiros direito ao acesso aos serviços de saúde, sem quaisquer distinção; a cobertura integral, reconhecendo o ser humano não com necessidades parciais, mas integrais de saúde, e o acesso igualitário às ações e serviços de saúde. Já os organizacionais são: a descentralização, que estabelece a gestão e a prestação de serviços de forma descentralizada e hierarquizada e a participação social, assegurada pela lei 8142/1990, que garante a população a participação tanto na gestão como o controle das ações e serviços do SUS (MEDICE et al., 2011; USP, 2000; BRASIL, 1988).

No contexto dos pilares organizacionais, a descentralização ocorre através da unificação de gestão em cada uma das três esferas do governo (federal, estadual e municipal) enquanto a participação social é garantida através das conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde e dos Conselhos de Saúde, também nas três esferas. Essa participação efetiva-se por meio do envolvimento dos diversos segmentos da população, com atuação no controle e fiscalização das diversas ações e serviços de saúde no país, com ampla participação e deliberação dessas ações (MEDICE et al., 2011; USP, 2000; BRASIL, 1988).

Com a criação do Sistema Único de Saúde, houve uma melhora significativa na saúde do país, porém, a mesma ainda encontrava-se distante do esperado. Considerando as suas diretrizes (universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade) e sua recente criação, o que se concluía era um modelo ainda hospitalocêntrico, com uso irracional dos recursos tecnológicos e financeiros e baixa resolução dos problemas de saúde (USP, 2000).

Muitas pesquisas realizadas no passado, avaliando o antigo sistema de saúde vigente no país trouxeram como resultado a constatação da baixa resolutividade e o uso irracional de recursos praticados no período. Por outro lado, pesquisas de avaliação indicavam os bons

resultados obtidos e a efetividade dos serviços prestados nas unidades básicas de saúde, desde que as mesmas funcionem de forma adequada e organizada. Dentro de um contexto de organização e funcionamento adequado, tais estudos apontavam que essas unidades, através de suas equipes, podem resolver aproximadamente 85% dos problemas de saúde da população. Esse novo modelo inovador proposto pelo Ministério da Saúde, que valorizava a atenção básica resultou na reformulação do modelo assistencial no país (OLIVEIRA E SPIRI, 2006; BRASIL, 2000).

Dentro desta perspectiva de mudança, em 1994 foi implantado no país o Programa Saúde da Família (PSF), hoje já consolidado e reconhecido como política prioritária dentro da atenção básica de saúde, sendo posteriormente denominado como Estratégia de Saúde da Família (ESF). Seu objetivo principal a partir de sua implantação foi a mudança na forma de fazer saúde, alterando o foco que até então era voltado e centralizado única e exclusivamente no modelo médico assistencial. A ESF passou a ser nacionalmente conhecida e caracterizada como o modelo de reorganização do modelo assistencial no país (SOUZA, 2008; ROSA; LABATE, 2005; BRASIL, 2006).

A ESF tem sido reconhecida, no contexto das políticas de saúde como o modelo de reorientação e organização do modelo assistencial no Brasil. Esse modelo surgiu como uma nova forma de fazer saúde, iniciando a partir da valorização e organização das ações da atenção básica nos diversos municípios brasileiros. Esse reconhecimento como política reorganizadora da atenção básica parte do fortalecimento da mesma no âmbito do SUS, visando ações que valorizem a promoção da saúde e da qualidade de vida, trazendo como prioridade e centro das atenções as famílias e comunidades e não apenas o sujeito no sentido individual, que encontra-se doente (BRASIL, 2006; ROSA e LABATE, 2005; SOUZA 2008).

Como instrumento normatizador das ações da ESF e das atribuições da equipe destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica de 2012 (PNAB). A PNAB tem como objetivo o fortalecimento da atenção básica que no ano de 2012 atualizou conceitos na política de saúde no país, introduzindo elementos conectados ao papel desejado na atenção básica e na ordenação das redes de atenção. Pode avançar ainda no reconhecimento de uma gama maior de modelagens de equipes para as diversidades populacionais existentes no país. Além dos diversos formatos de ESF existentes, na PNAB de 2012, um dos destaques é a facilitação das condições para criação de novas equipes de saúde da família para as populações ribeirinhas, objetivando assim, fortalecer tais estratégias de atuação (BRASIL, 2012).

Além da PNAB de 2012, as comunidades tradicionais, mais especificamente as comunidades ribeirinhas, receberam atenção especial em outra política governamental, a

Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). A mesma foi criada em 2011 através da portaria 2.866 de 02 de dezembro de 2011, sendo aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde. Tal política representa um marco histórico na saúde dessas populações devido ao reconhecimento das condições e dos determinantes sociais das comunidades do campo e da floresta no processo saúde/doença (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta possui como objetivo principal melhorar as condições de saúde das populações do campo e da floresta, reconhecidas como populações tradicionais, através de ações e iniciativas que valorizem as especificidades dessas comunidades, priorizando o acesso aos serviços de saúde, a redução dos riscos à mesma decorrentes do processo de trabalho e a melhoria da qualidade de vida e dos indicadores de saúde (BRASIL, 2013).

Para atingir o objetivo dessa política, o Ministério da Saúde elaborou um plano operativo estruturado em quatro eixos estratégicos, onde cada um deles, propõe ações estratégicas para enfrentamento dos diferentes condicionantes e determinantes que sustentam a desigualdade social em saúde que acomete essas comunidades. O primeiro eixo refere-se ao acesso das populações do campo e da floresta na atenção à saúde. Já o segundo está relacionado às ações de promoção e vigilância em saúde às populações do campo e da floresta. O terceiro diz respeito à educação permanente e educação popular em saúde com foco nas populações do campo e da floresta, enquanto o quarto eixo refere-se ao monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde às populações do campo e da floresta (BRASIL, 2013).

Certamente a PNSIPCF é uma política de destaque e de grande relevância dentro do contexto das comunidades tradicionais, entretanto, o grande desafio por parte do governo, nos três níveis de esfera, consiste em materializar esses propósitos, concentrando esforços na promoção, atenção e no cuidado à saúde, priorizando a redução das desigualdades de acesso aos serviços e ações do SUS para as comunidades ribeirinhas (BRASIL, 2013).

Antes de prosseguirmos, torna-se importante subdividir a fundamentação teórica em duas linhas. A primeira versará sobre as políticas de saúde e especificidades da população ribeirinha, trazendo uma reflexão teórica acerca dos diversos conceitos relacionados às temáticas abordadas, tais como os conceitos de ribeirinho, território, comunidade, comunidades tradicionais, territorialidade e espaços sociais. Compreender tais conceitos é fundamental para um melhor reconhecimento das questões que envolvem a problemática em questão.

A segunda linha refere-se à ESF e seu contexto histórico no Brasil, com foco no entendimento da política já implantada há muitos anos no país e como essa política abrange as comunidades ribeirinhas.

1.2 As especificidades da população ribeirinha, seus conceitos fundamentais e as políticas de saúde.

Iniciamos essa reflexão teórica trazendo os principais conceitos relacionados ao tema aqui proposto. Antes de qualquer coisa, compreender tais conceitos torna-se fundamental para um melhor entendimento das especificidades da população ribeirinha.

Conforme Silva et al (2013, p.09)

O termo ribeirinho, não se refere ao simples fato de alguém morar às margens de um rio ou igarapé, mas se refere a uma população que possui um modo de vida peculiar, que a diferencia das demais populações do meio rural ou urbano, possuindo uma dinâmica marcada pela presença do rio, o qual não é apenas um elemento do cenário ou da paisagem, mas algo constitutivo do modo de ser e de viver (SILVA et al, 2013, p. 09).

De acordo com Coelho (2005), o termo ribeirinho pode ser atribuído a resistência dos índios dentro dos regimes do diretório. Na Amazônia brasileira, através do processo em que os índios aldeados tornaram-se ribeirinhos devido sua integração as sociedades coloniais, onde optaram por residir nessas povoações dominadas pelos índios. Portanto, tornar-se ribeirinho foi um ato contrário à autoridade colonial, libertos da sujeição dos diretores, objetivando a liberdade pela vida nas povoações. Essa deserção dos índios das povoações significou uma estratégia de resistência (COELHO, 2005).

Destaca-se ainda que, sob a perspectiva de formação dessas comunidades, é que o processo de territorialização está diretamente relacionado ao processo de resistência dos índios à integração as povoações pelo meio do diretório, lutando para manter certa autonomia. O diretório dos índios foi uma lei publicada em 1758, caracterizada por diversas diretrizes a serem seguidas nas colônias portuguesas, ou seja, servia para ordenar a vida das pessoas nessas colônias (COELHO, 2005).

As comunidades ribeirinhas possuem grande importância geográfica, política, social, econômica e cultural no contexto territorial. Historicamente, representam importantes agentes e territórios de resistência devido as suas lutas sociais ao longo da história das formações dessas populações. São considerados grupos sociais com formações territoriais que passaram

a ocupar as margens dos rios e que detinham posições de subordinação e resistência na sociedade nacional (PEREIRA, 2014).

Conforme Pereira (2014), quando se menciona os adjetivos ribeirinho ou ribeirinha, refere-se muito mais do que um modesto qualificativo de localização, pelo fato de residirem na beira de rios, considera-se um atributo de demonstração de territorialidade dos agentes, portanto, atribuindo à comunidade uma expressão territorial. Nesse contexto, pode-se destacar que, não existiriam comunidades ribeirinhas sem o agente que ousou se ribeirar, ou seja, tornar-se ribeirinho através da construção de um território.

As características territoriais das comunidades ribeirinhas são práticas, táticas e estratégicas de suas expressões de territorialidade. Os ribeirinhos utilizam diversos recursos e meios de mobilização para instituir, afirmar, construir, configurar e atuar na defesa de suas territorialidades comunitárias (SANTOS, 2011).

Moraes (2005), destaca que a formação territorial institui um movimento continuado e um processo acumulativo de territorialização de grupos sociais, havendo a possibilidade de indicação dos agentes responsáveis por esse processo, seus sujeitos visíveis, que sustentados por seus ideais e concepções, envolvem formas de ocupação desses espaços.

Como processo natural de vivências, as comunidades ribeirinhas reconstruem constantemente seu passado no presente, como forma de territorialização e de resistência territorial. Não podem ser consideradas apenas a formação de novos grupos sociais, mas sim formações territoriais específicas dentro de seu contexto histórico (PEREIRA, 2014).

Conforme Pinto (2015, p. 61), “os vínculos territoriais de uma comunidade estão diretamente relacionados com seus pertencimentos a trajetórias históricas que se passaram no espaço”. Nesse contexto, podemos observar que pensar o diagnóstico territorial como identificação sócio histórica das comunidades corrobora para a construção de seus espaços sociais, de acordo com a memória coletiva e das representações sociais do passado.

Em pesquisa recente realizada por Pinto (2015), na qual analisava como estão constituídas as fronteiras sociais, foi possível identificar e destacar a existência de modos de vida próprios nas áreas periféricas da região ribeirinha na fronteira oeste. Através desta realidade, torna-se possível pensar a relação das comunidades com os processos de segregação social, estabelecidos após o fim das Missões. Recebe ênfase acerca do modo de vida dessas comunidades suas relações de coletividade e socialização as margens do rio Uruguai (PINTO, 2015).

Analisando geograficamente, há a necessidade de compreensão acerca das diferenças territoriais da comunidade, ou seja, quanto esses agentes arquitetam seus espaços,

constituindo assim um território. Nesse contexto, é importante analisar como esses atores sociais ribeirinhos formam suas territorialidades enquanto comunidades ribeirinhas, como se gerem e qual o significado do seu espaço enquanto território comunitário (PEREIRA, 2014).

Segundo Loureiro (1995), os ribeirinhos, por residirem próximo às margens dos rios e florestas, possuem um aperfeiçoado conhecimento acerca de seu ambiente local. Os mesmos criam a partir desse ambiente e vivências, uma ampla diversidade de narrativas míticas relacionadas e centralizadas na relação entre homem e natureza.

Compreender adequadamente os processos históricos de transformação dos espaços sociais na fronteira permitem reflexões críticas acerca das vivências e das práticas sociais da região. Portanto, possibilitam uma visão sistemática acerca dos processos produtivos e suas interferências na idealização de identidades sociais das comunidades ribeirinhas (PINTO, 2015).

A organização do espaço territorial que dá início a formação de Itaqui surge a partir da antiga redução jesuítica de La Cruz ou Assunção de Nossa Senhora. Mais tarde, essa localidade passou a ser chamada de Rincão da Cruz, localizada à esquerda nas margens do Rio Uruguai, pertencente às chamadas missões ocidentais, nos trinta povos das missões. A denominação de Rincão da Cruz pode ser considerada como marco inicial para o povoamento, formação e desenvolvimento de Itaqui (COLVERO, 2012).

Além da colonização dos espaços urbanos, surgiram também agrupamentos nas chamadas estâncias de criação de gado e como destaque o surgimento das comunidades ribeirinhas em Itaqui. Nas margens do rio Uruguai, nos espaços colonizados emergiram as territorialidades ribeirinhas, a partir do processo de formação territorial da antiga redução jesuítica de La Cruz (PINTO, 2015; COLVERO, 2012).

Sack (2011) destaca que, na América, o processo de colonização gerou grandes mudanças na territorialidade, mesmo que tais mudanças territoriais tenham ocorrido por forças internas das sociedades. Destaca ainda que, a afirmação e utilização do território estão interligadas com o contexto sócio histórico.

De acordo com Pinto (2015), a região de Itaqui é constituída por espaços temporais relacionados ao Bioma Pampa, o rio Uruguai e às antigas reduções jesuítico-indígenas. No decorrer dos 380 anos, foram criados nesses espaços diversas relações, sendo elas culturais, econômicas e sociais. Tais interações contribuíram ao longo dos anos para a construção das diversidades nas formas de vida e práticas sociais fronteiriças, realidades essas constituídas a partir de vários momentos históricos na região.

É possível encontrar nas comunidades ribeirinhas alguns traços, de distintas matrizes históricas e culturais, como a localização nas margens dos rios, que servem como referências na organização de seus espaços. As práticas, linguagens, relações, hábitos e costumes dessas populações e suas diversas formas de sociabilidade também podem ser consideradas marcas históricas de sua formação territorial (PEREIRA, 2014).

Conforme Pinto (2015), uma prática bastante comum entre as comunidades ribeirinhas da região é a criação de animais, como cavalos, galinhas e porcos, assim como o cultivo de produtos alimentares. Portanto, essas práticas produtivas reforçam a existência de práticas agropecuárias urbanas junto a essas comunidades. Acerca das práticas produtivas das comunidades ribeirinhas, fica evidente ações tradicionais e não utilização de métodos modernos de organização do trabalho.

Outra prática cotidiana dos ribeirinhos que merece destaque na região é a pesca. É possível afirmar que a mesma expõe técnicas produtivas e sociais que podem identificá-la como pesca artesanal, com destaque, de acordo com as suas principais características, para a utilização da pesca em pequena escala e de forma manual (PINTO, 2015).

A pesca artesanal pode ser considerada mais que uma profissão, sendo reconhecida como um modo de vida pertencente a cultura dos pescadores artesanais. Nesse contexto, os pescadores são herdeiros e detentores de um precioso saber tradicional, saber este que pode ser reconhecido como conhecimento ecológico tradicional. Esse processo de conhecimento, acumulado ao longo dos anos acerca da prática pesqueira artesanal, reproduzido culturalmente de pai para filho, pode ser considerado como uma importante prática de sustentabilidade, possibilitando a manutenção dos recursos pesqueiros renováveis, considerando um baixo impacto nos estoques pesqueiros do rio Uruguai (MINISTÉRIO DA PESCA E AQUICULTURA, 2014).

De acordo com Pereira (2014), o ribeirinho compreende sua relação com a água, a terra, os animais, como uma extensão sua, ou até mesmo como um parente, ou seja, uma relação de zelo. Tradição essa que permaneceu forte nas relações atuais dos ribeirinhos para com seus espaços de utilização, espaços de utilização que caracterizam sua territorialidade no sentido do cuidar e não somente na questão do possuir aquela determinada propriedade territorial, mas sim, o cultivo, o cuidado para com o rio, a terra e os animais.

De acordo com as práticas diárias e cotidianas das comunidades ribeirinhas pode-se afirmar que o modo de vida dessas comunidades é centrado na subsistência da família, não existindo preocupação acerca da acumulação de riqueza. Historicamente, os moradores de

regiões ribeirinhas vivem para a sua subsistência, tendo no trabalho informal uma constante em suas vidas como alternativa de subsistência (PINTO, 2015).

Mendonça (2007) afirma que as comunidades ribeirinhas são caracterizadas como comunidades tradicionais, devido as suas especificidades. Destaca que geralmente, comunidade é um conceito associado a uma configuração espacial física, ou seja, povoado, bairro, moradores de um determinado local, neste caso, ribeirinhos. Reconhece ainda que o termo comunidade no Brasil foi difundido pela igreja católica onde, em muitos casos, como na Amazônia, por exemplo, substitui a noção de povoado e aldeia, atribuindo nova nomeação a quaisquer coletividade local.

Deste modo, o senso de pertencimento a um determinado local e o senso de comunidade é estabelecido através das múltiplas relações internas e locais com a vizinhança, e externas ou ampliadas através do comércio. Essa descrição do modo de viver e das relações comunitárias são fundamentais para os ribeirinhos, porém, não provocam limitações em escala local. Os ribeirinhos possuem claro para si o fato de pertencimento, de fazer parte de uma comunidade ribeirinha, que ultrapassa os limites específicos de comunidades religiosas, mesmo envolvendo-as. Como parte de concepção de comunidade ocorrem divergências, a união e também os diálogos na busca por melhorias para a comunidade (PEREIRA, 2014).

Já Arendt (2009), considera as comunidades ribeirinhas não apenas como singelas organizações religiosas e familiares. São consideradas importantes formações sócio espaciais e políticas, ou seja, composições políticas de organização espacial e homogeneização das diferenças nas relações de poder nos espaços das comunidades ribeirinhas.

Conforme Pereira (2014), a comunidade é considerada uma figura espaço temporal, porque é definida pela configuração espacial e temporal. É uma formação espacial de um determinado grupo, que mantém vínculos duradouros e afetivos, com estabilidade temporal, com definição e tradição histórica. Todavia, também pode ser considerada uma figura espaço temporal em razão do enunciado, da formação de um projeto, de algo possível de realização futura. Nesse contexto, a comunidade mesmo, como figura, pode ser considerada como uma formatação e ou forma, nem por isso fixa e imutável.

Portanto, a comunidade consiste numa figura espaço temporal, pertencendo ao sentido de espaço e figura do espaço da realidade da vivência das pessoas que ali habitam em comunidade. Sentem-se portanto, pertencentes àquela comunidade, possuindo identidade com a comunidade e ou sentindo-se parte dela (PEREIRA, 2014).

O método de construção dos espaços sociais regionais, neste caso o entorno do rio Uruguai, está diretamente relacionado à apropriação desses espaços e conseqüentemente

transformação e produção social e econômica desses territórios da população ribeirinha (PINTO, 2015).

De acordo com Santos (2011), recorrer estrategicamente a uma determinada identidade e ou forma de identificação, como a de pescador, por exemplo, possibilita acesso a recursos e também a permanência naquele determinado território. Santos (2011) defende ainda que o território pode ser constituído como um trunfo para determinados movimentos e grupos sociais.

Portanto, possuir uma identidade faz parte do cotidiano das comunidades ribeirinhas, como forma de constituição e conhecimento territorial. Conforme Pinto (2015, p. 66), o “conhecimento ecológico tradicional das comunidades ribeirinhas contribui para relações de pertencimento destas para com seus espaços sociais”. Cabe destacar que a natureza desperta sentimentos de imensidade no homem. Esse sentimento pode ser evidenciado na realidade pesqueira da região através de narrativas de pertencimento dos pescadores ao rio, bem como relações positivas dessa comunidade para com a biodiversidade local ribeirinha (FERNANDES, 1992; PINTO, 2015).

Os sentidos e usos da territorialidade foram alterados pelo capitalismo e a modernidade. O capitalismo fez da territorialidade uma forma de definição e controle das pessoas inseridas em uma sociedade e ou entre as sociedades. Já a modernidade, utilizou a territorialidade para criação de um sentido de espaço esvaziável, de arrolamentos impessoais e de camuflagem das fontes de poder (SACK, 2011).

Logo, destacar esses conceitos de território, associando-os as ações de saúde desempenhadas pelas equipes da saúde da família é fundamental no contexto dessa pesquisa. Silva (2013), reitera que compreender a dinâmica dos cenários que envolvem as comunidades ribeirinhas também faz parte da rotina da equipe de saúde da família, tendo em vista as alterações geográficas e epidemiológicas impostas pela natureza. Na atuação da ESF junto às comunidades ribeirinhas, é imprescindível o conhecimento da história, cultura, conceitos e identidades locais dessas comunidades. Tais saberes agregam grande valor ao processo de aprendizado, porém, os profissionais precisam estar abertos para receber esses conhecimentos e absorvê-los (SILVA, 2013; ANDO ET AL, 2012).

Discutindo acerca das ações das políticas públicas de saúde, o cenário nacional demonstra que a população ribeirinha tem enfrentado dificuldades no acesso a esses serviços considerados essenciais. Destaca-se, portanto, a necessidade dos profissionais de saúde, atuantes em áreas ribeirinhas, reconhecer as especificidades que distinguem essas

comunidades das urbanas, para, a partir de então, possibilitar que tais comunidades possam se tornar protagonistas de seu próprio rumo de vida em benefício de sua saúde (BRASIL, 2006).

Em estudo realizado por Cohen et al (2009), junto as comunidades ribeirinhas da Amazônia brasileira, foi constatado a precariedade de acesso das mesmas aos serviços de saúde, incluindo serviços de saúde bucal. Naquela região, a cobertura de saúde está em torno de 20%, representando a mais baixa cobertura do país. Todavia, destaca a necessidade de medidas amplas de promoção da saúde associada a disponibilidade de serviços adequados a realidade daquelas comunidades ribeirinhas, que encontram-se distantes dos espaços urbanos.

Na atuação junto às comunidades ribeirinhas, há a necessidade de que as equipes de saúde desenvolvam habilidades peculiares, como a realização de procedimentos específicos. Portanto, atuar no cuidado às populações ribeirinhas representa um desafio complexo, que requer criatividade e superação do vício do discurso científico tradicional, para que seja possível a construção de redes interdisciplinares de pensamento, centralizadas nos problemas reais e que requerem muita dedicação e despojamento por parte dos profissionais (ANDO et al., 2012).

Oliveira et al (2013), refere que muitos estudos demonstram, também como habilidades peculiares junto as equipes de saúde da família, a necessidade de ações educativas em saúde às comunidades ribeirinhas, para que tais ações possam oportunizar práticas preventivas para essas comunidades e conseqüentemente contribuir para a melhorias nas condições de saúde, alimentação, prevenção de doenças e saneamento básico nas áreas ribeirinhas. A implantação dessas medidas preventivas, focadas no controle dos principais problemas de saúde da população ribeirinha, possibilitam práticas de saúde que objetivem melhores condições de qualidade de vida para essas comunidades, práticas estas que estejam adequadas ao perfil dos ribeirinhos (AGUIAR, 2006, OLIVEIRA et al, 2013).

Ao longo dos anos, não somente o setor saúde surge como único e exclusivo setor responsável pela criação de estratégias e ações no enfrentamento dos problemas de saúde locais acerca das demandas das comunidades ribeirinhas. Diversos métodos alternativos, criados por agentes externos e internos desses grupos, auxiliam na propagação das informações de saúde, proporcionando capacitações aos moradores dessas comunidades e oportunizando a partir dessas ações melhores condições de saúde para os ribeirinhos (SANTOS et al, 2010).

O conhecimento das particularidades das comunidades ribeirinhas, tais como suas crenças, culturas e hábitos de saúde, da mesma forma que investir em ações preventivas e na promoção da saúde surgem como importantes alternativas para o cuidado dessas

comunidades. Portanto, a realização de estudos acerca da realidade ribeirinha é fundamental para as políticas de saúde, pois possibilita a compreensão dos diferentes fatores condicionantes e determinantes da saúde dessas comunidades.

1.3 A ESF e seu contexto histórico no Brasil

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF é considerada uma estratégia prioritária na reorganização da atenção básica em Saúde, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Destaca-se que na PNAB a atenção básica é compreendida como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde. [...] É realizada sob a forma de trabalho de equipe, dirigida a população de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária [...] Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes [...] e orienta-se pelos princípios de universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo de continuidade, da integralidade e responsabilização (BRASIL, 2006: p.10).

A ESF, considerada como política reorganizadora da atenção primária em saúde no país possibilitou diversas mudanças no padrão de saúde vigente, transformando a partir de então, a atenção básica como prioridade nas políticas públicas de saúde. Portanto, a ESF passa a ser considerada como uma forma inovadora de trabalho em saúde, fortalecendo as ações da atenção primária em saúde e organizando as ações da atenção básica nos sistemas de saúde dos municípios. Tais ações sempre priorizando a promoção da saúde, a qualidade de vida, com valorização das comunidades e famílias, com delimitação territorial e corresponsabilidade acerca das condições de saúde local (ROSA e LABATE, 2005; SOUZA, 2008).

As equipes multiprofissionais implantadas nas Unidades de Saúde da Família são compostas por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e mais agentes comunitários de saúde. De acordo com a PNAB, essas equipes atuam em áreas delimitadas e devem realizar o acompanhamento de no máximo 1.000 famílias, correspondendo em média a 4.500 habitantes, atuando como corresponsáveis pela saúde dessa população. As prioridades nas atuações das equipes de ESF estão centradas nas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação, reabilitação e os agravos mais frequentes (BRASIL, 2006; BRASIL 2000).

De acordo com Costa et al (2009), a ESF é o primeiro contato entre os usuários e os serviços de saúde, sendo considerada porta de entrada da população aos serviços. Pode resolver até 85% dos problemas de saúde da população local, se funcionar de forma adequada e bem articulada. Como política pública prioritária no país, a ESF possibilitou diversos avanços, tais como a melhoria no acesso aos serviços de saúde, implantação de práticas mais humanizadas e que contribuíram para uma melhor satisfação dos usuários. Esses avanços ocorreram devido ao aprimoramento nas relações entre profissionais de saúde e a população e contribuíram de forma significativa para o aumento na cobertura e assistência da mulher e gestantes, das crianças e adolescentes, dos adultos e idosos e na ampliação das coberturas vacinais (ROSA 2005; OLIVEIRA E SPIRI, 2006).

Segundo Shimizu e Rossales (2009), a ESF vem cumprindo seu papel como reorganizadora do modelo assistencial em saúde, através da efetivação de práticas inovadoras e dinâmicas dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Devido a esses fatores e dentro desta reorganização na assistência constituída pela ESF, torna-se possível perceber a importância dessa política, sendo a mesma considerada a mais importante mudança estrutural já realizada na saúde pública no país (BRASIL, 2006; SHIMIZU e ROSSALES, 2009).

A ESF reformulou o tipo de assistência prestada através da inversão da lógica anterior onde o foco prioritário era tratar as doenças nos hospitais, passando a priorizar ações multiprofissionais nas UBS, com ênfase para a promoção em saúde e prevenção de doenças. Recebe destaque nesta política a atuação conjunta da ESF com a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), colaborando para o sucesso desta iniciativa (BRASIL, 2006; SHIMIZU e ROSSALES, 2009).

A formação do vínculo seja ele entre profissionais e população e ou profissionais e profissionais fica evidenciada como uma das inúmeras contribuições para a atenção primária em saúde trazida pela ESF. Portanto, a formação do vínculo surge como consequência da proximidade de relações e contatos entre os profissionais de saúde e a população, ocorrendo pelo meio da assistência continuada disponibilizada pelos profissionais de saúde e também pelos atendimentos domiciliares, procedimento esse de grande importância dentro do serviço, denominado visita domiciliar (BRASIL, 1997; SHIMIZU E ROSALES, 2009).

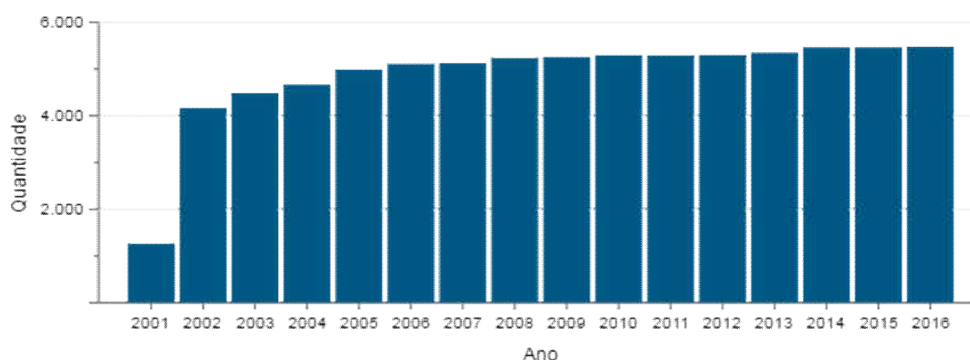
Tais particularidades facilitam a adesão da comunidade ao serviço e, sobretudo, estabelecem compromissos entre os trabalhadores com a saúde da comunidade, configurando a partir dessas relações a corresponsabilização dos profissionais para com a saúde da população residente no território de abrangência da equipe (BRASIL, 1997; SHIMIZU E ROSALES, 2009; OLIVEIRA E SPIRI, 2006).

A concepção do vínculo entre os profissionais de saúde e a população, assim como a corresponsabilidade para com a saúde da comunidade são importantes fatores a serem considerados para que a equipe de saúde da família tenha uma boa interação com a comunidade e a partir daí possa atender as necessidades das famílias e principalmente, o compromisso com a qualidade de vida da população pela qual tornou-se responsável (SHIMIZU E ROSALES, 2009).

Muitas são as contribuições positivas trazidas pela ESF junto à atenção primária em saúde. Dois aspectos importantes comprovam esses fatos significativos, são eles a significativa melhora nos indicadores de saúde, colaborando positivamente para o crescimento nas coberturas vacinais, na assistência a saúde da criança, da mulher, dos adultos e idosos. Também podemos citar a melhora no acesso ao serviço por meio de práticas humanizadas desempenhadas pelas equipes de saúde da família, sempre no aperfeiçoamento dos relacionamentos entre os trabalhadores e a população e também na busca pela satisfação dos usuários (OLIVEIRA E SPIRI, 2006; RIBEIRO, 2004; DALPIAZ e STEDILE, 2011).

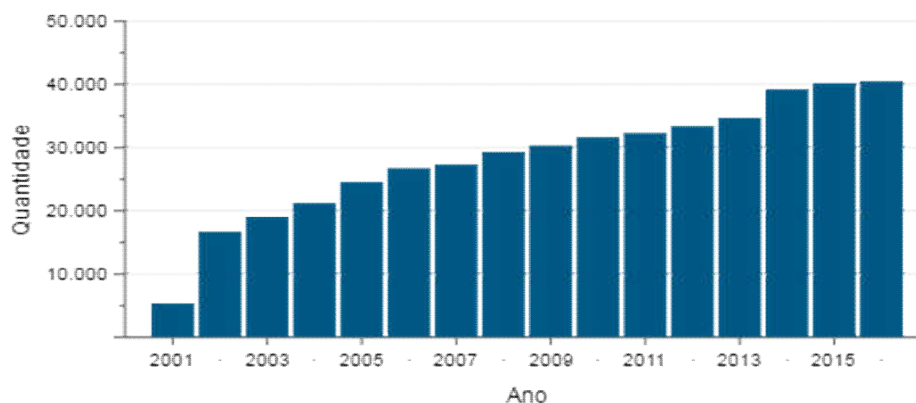
Ao longo dos mais de 22 anos de sua criação e de acordo com Indicadores do Ministério da Saúde, onde tais indicadores revelam que a ESF conseguiu uma importante expansão ao longo desses anos. A mesma já fora implantada em mais de 5.481 municípios do país, conforme demonstra o gráfico 01, contando atualmente com 40.510 equipes, de acordo com o gráfico 02. Portanto, torna-se importante destacar que, a ESF abrange atualmente 60,98% da população brasileira, totalizando 124.688.199 milhões de habitantes cobertos por esta política de saúde (BRASIL, 2016).

Figura 02 - Número de municípios com ESF implantadas em 2016.



Fonte: DAB/SAS/MS.

Figura 03: Número de equipes da ESF habilitadas em 2016.



Fonte: DAB/SAS/MS.

Sabe-se das importantes contribuições trazidas pela implantação da ESF, sendo a principal delas a reorganização do modelo assistência na saúde pública do país. Porém, ainda existem muitos desafios e dificuldades que podem ser observados desde a sua implantação. Tais dificuldades representam verdadeiras barreiras para a sua consolidação de fato, ou seja, para que a mesma possa ser considerada uma estratégia capaz de atender de forma integral as ações de saúde propostas pela política, garantindo assim a prevenção e promoção da saúde como práticas humanizadas e garantia de acesso equânime e universal (DALPIAZ e STEDILE, 2011).

Segundo Carneiro (2008), a maior parte dos desafios e dificuldades enfrentadas pela ESF na sua ampliação, implementação e aprimoramento se assemelham aos próprios problemas enfrentados pelo SUS. Recebem destaque como principais dificuldades enfrentadas no processo de consolidação da ESF a falta de compreensão dos gestores municipais acerca da ESF e seu reconhecimento e valorização como estratégia reorganizadora da assistência em saúde, os baixos investimentos em saúde, especificamente na ESF, a ampliação das equipes sem consequente ampliação dos serviços, a falta de materiais ambulatoriais, equipamentos e medicamentos nas UBS e as condições deficitárias em que os trabalhadores são submetidos.

De acordo Souza (2008), outra importante barreira a ser considerada e que dificulta o desenvolvimento desta excelente política de saúde são os diversos problemas estruturais existentes. Como problemas estruturais podemos destacar a fragilidade financeira, a infraestrutura da rede de saúde deficitária na maioria dos municípios brasileiros, com unidades de saúde em condições estruturais inadequadas, com equipamentos velhos e

sucateados. Outro fator importante e que dificulta o avanço desta política em muitos municípios brasileiros é a lei de responsabilidade fiscal, que limita as contratações de novos profissionais para atuar junto ao serviço.

Mesmo com todos os avanços descritos e os princípios diferenciados propostos pela ESF, em muitas UBS o modelo assistencial prestado ainda encontra-se centrado no modelo médico assistencial. No seu cotidiano, este modelo trabalha atendendo as demandas espontâneas através de ações curativas, diferentemente do que propõe a PNAB, que entende como ações prioritárias no serviço as ações multiprofissionais em saúde voltadas à promoção em saúde da população (COSTA et al, 2009; SHIMIZU E ROSALES, 2009; SOUZA, 2008; FREITAS E MANDÚ, 2010).

A falta quantitativa e qualitativa de profissionais qualificados e com perfil para atuar na ESF também pode ser considerado um importante ponto negativo dentro da política de saúde. Isto ocorre, de acordo com Araújo & Lima, (2009), porque muitos profissionais que atuam na estratégia possuem formação distanciada da saúde pública, evidenciando uma realidade com poucos profissionais especialistas nas áreas de saúde da família, saúde coletiva ou saúde pública, em alguns casos, alguns profissionais que sequer conhecem os princípios básicos do SUS e da ESF.

Podemos considerar ainda a política local como um importante fator de influência negativa para com a ESF, influência esta que contribuiu para dificultar a expansão da estratégia. Dois exemplos podem evidenciar essas influências negativas, o primeiro refere-se aos conflitos políticos, onde, em locais de gestão partidária contrária, observa-se uma maior resistência acerca da implantação desta estratégia. Outro exemplo que contribui para o desmantelamento da ESF está nas trocas frequentes dos profissionais e das equipes, onde, a cada troca de gestor municipal, ocorrem também substituições de profissionais e equipes (SOUZA, 2008; ROSA E LABATE, 2005).

Tais especificidades exemplificam o quanto a ESF pode servir apenas como forma de fortalecimento de campanhas eleitorais e com isso, causar sérios comprometimento nos atendimentos e conseqüentemente, interrupção de uma das principais virtudes da ESF, o vínculo. Esses exemplos demonstram o quanto ações políticas podem prejudicar as ações da ESF e nada contribuem para melhora na saúde e qualidade de vida da população (SOUZA, 2008; ROSA E LABATE, 2005).

CAPÍTULO 02

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

De acordo com Gil (1999), a pesquisa pode ser considerada um processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. Tem como objetivo fundamental encontrar respostas para os problemas mediante a utilização de procedimentos científicos. Nesse contexto Gil (1999, p 08) define o “método como caminho para se chegar a determinado fim, e método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento”.

O planejamento metodológico da presente pesquisa fora organizado para que seja possível compreender a realidade local da população ribeirinha de Itaqui, da mesma forma identificar quais aspectos positivos e negativos surgiram a partir da implantação da ESF. Esse projeto de pesquisa deu-se através da utilização de modelos não tradicionais, buscando a partir desse modelo ir além dos espaços e cotidianos locais e territoriais, partindo para uma análise profunda das subjetividades presentes nas narrativas dos colaboradores, acerca do tema proposto.

Segundo Colognesi e Kammer (2014), a realização de pesquisa com comunidades tradicionais, em especial com comunidades de fronteira, proporciona constantemente o diálogo entre os elementos da realidade e as diversas discussões teóricas presentes. Parte, portanto, da compreensão “de dentro” de acordo com as vivências e dentro do possível até no centro do problema.

Torna-se importante destacar que, para a realização do presente projeto, foi necessário, de forma constante revisar a metodologia a ser aplicada. De acordo com Pinto (2015), pesquisas em regiões ribeirinhas e fronteiriças envolvem diversas preocupações relacionadas com as espacialidades, preocupações essas que por vezes podem ser confundidas e até mesmo sobrepostas às questões territoriais, culturais e sociais. Portanto, no presente estudo, serão valorizadas abordagens metodológicas, neste caso uma abordagem qualitativa, exploratória descritiva, que priorize e aprofunde a dimensão territorial e as percepções da comunidade acerca das condições de saúde local.

Para uma melhor organização a metodologia está subdividida em: tipo do estudo, local do estudo, informantes, coleta de dados, análise dos dados e os aspectos éticos.

2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada com abordagem qualitativa. Do ponto de vista dos objetivos metodológicos, pode ser considerada de cunho exploratória e descritiva.

De acordo com Minayo et al. (2004), a pesquisa qualitativa inquieta-se com o universo dos significados, atitudes, motivos, crenças, valores e aspirações, sendo análogo ao espaço profundo dos fenômenos e das relações nas quais os seres humanos vivenciam.

De acordo com Gil (1999), a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema, objetivando torna-lo explícito e ou construir hipóteses. Conforme Pope e Mays (2005), ela está relacionada aos significados que as pessoas conferem aos seus conhecimentos no mundo social e como as mesmas compreendem esse universo, buscando explicar esses fenômenos sociais conforme os sentidos que as pessoas dão para tais fenômenos.

A pesquisa exploratória admite dar início com alguns fenômenos de interesse, indagando os fatores relacionados aos fenômenos. Portanto, “a pesquisa qualitativa exploratória destina-se desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta assim como os processos subjacentes” (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004, p.34).

Além de exploratória, a presente pesquisa também pode ser considerada descritiva, pois, de acordo com Gil (1999), visa descrever as características de determinada população ou fenômeno. Nesse contexto, mesmo com definição de seus objetivos como descritiva, servem mais para proporcionar uma nova visão acerca do problema, deste modo, aproximando-a das pesquisas exploratórias. Gil (1999, p.28) destaca ainda que “as pesquisas descritivas, juntamente com as exploratórias, são as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática”.

De forma complementar, o presente estudo também é considerado de revisão bibliográfica, uma vez que, partindo da problemática de pesquisa, torna-se fundamental a busca de materiais e documentos relacionados ao tema proposto.

2.2 Local de Estudo

Tal estudo foi realizado em uma região ribeirinha no município de Itaqui/RS, área esta com cobertura da ESF, com uma unidade de saúde da família e equipe de saúde da família implantada há mais de 05 anos (figura 01 – Delimitação da área ribeirinha e local da UBS).

2.3 Informantes

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), os informantes são indivíduos que cooperam com um determinado estudo, os mesmos participam de forma mais ativa que passiva. Para este estudo os informantes foram selecionados como amostras não probabilísticas, de forma intencional, onde todos atenderam o requisito de residir na região ribeirinha de Itaquí por mais de 05 anos e ter 18 anos ou mais. O critério de escolha pela forma intencional de seleção dos informantes se justifica por possibilitar coletar informações que representam o bom julgamento da população a ser pesquisada.

Quanto ao número de informantes, totalizaram 14 ao todo, sendo esse número considerado ideal a partir da utilização do instrumento de saturação como critério. A mesma determina quando as informações deixam de ser necessárias, ou seja, quando nenhum novo elemento permitir ampliar o número de propriedades do objeto investigado (CHERQUES, 2009; POLIT, BECK E HUNGLER, 2004).

Além dos requisitos de residir na região por mais de 05 anos e ter 18 anos ou mais, considerou-se ainda a disponibilidade e aceite de participar do estudo, onde todos os informantes assinaram de forma prévia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ainda foi-lhes questionado acerca das condições de saúde que lhe permitissem compreender as normas e responder ao questionário.

Com o objetivo de garantir o sigilo pessoal de cada informante, seu nome foi substituído pela palavra “Informante”, seguida por uma sequência numérica aleatória. Esse sequência não caracterizará a real sequência das entrevistas. Tal conduta foi utilizada objetivando preservar o anonimato dos informantes que colaboraram com esta pesquisa.

2.4 Coleta de Dados

Os dados foram obtidos através do auto relato, instrumento que permite aos informantes uma melhor abertura. Os mesmos responderam às perguntas do pesquisador através de uma entrevista semiestruturada³. As entrevistas foram gravadas por meio de dispositivo de gravação, transcritas posteriormente e gravadas em um Compact Disk (CD), sendo que as mesmas foram arquivadas e serão armazenadas pelo período de cinco anos.

³ Apêndice B (p. 95)

Foi elaborado ainda um breve diário de campo, para observar as especificidades e particularidades da comunidade ribeirinha, objetivando melhor descrever a mesma. De acordo com Gerhardt e Silveira (2009), o diário de campo é considerado um instrumento de coleta de dados, anotações, reflexões e comentários. De forma complementar, foram utilizados registros fotográficos para melhor exemplificar as particularidades dessas comunidades. Através do diário de campo e dos registros fotográficos objetivou-se relatar todas as observações feitas pelo pesquisador, as experiências vivenciadas, representações paisagísticas, reflexões e comentários.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a abordagem de auto relato versa sobre uma série de técnicas que variam de acordo com a estrutura estabelecida. De um lado encontram-se os métodos menos estruturados, sem envolvimento de questões extremas. Do outro lado, estão os métodos estruturados, onde envolvem-se os documentos formais, como por exemplo, os questionários.

A escolha pelo método do auto relato justifica-se, uma vez que o mesmo com frequência possibilita o alcance de informações difíceis, e em alguns casos impossíveis de obter-se com outros métodos (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004).

As entrevistas gravadas através de um gravador digital e também suas transcrições foram gravadas em um CD, sendo que tais arquivos serão armazenados por cinco anos, conforme recomenda a lei dos direitos autorais, Lei 9610/98. Após esse prazo, o material arquivado será destruído.

Foi utilizado ainda na coleta de dados, de forma complementar ao auto relato, a análise discursiva de diversos documentos públicos de suma relevância para a presente pesquisa. Tais como a Política Nacional da Atenção Básica, cadernos de atenção básica desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, CF88, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, planos e relatórios de gestão da saúde do município e bibliografias relacionadas ao contexto histórico da população ribeirinha de Itaqui e região.

2.5 Análise dos Dados

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a função da análise dos dados baseia-se na organização e fornecimento de estrutura para extração dos significados dos dados da pesquisa.

A análise dos dados foi realizada baseando-se na interpretação descritiva das informações coletadas, na procura pelo melhor entendimento/correlação das informações

coletadas. Sempre que possível, as informações coletadas serão associadas com o referencial teórico relacionado ao tema.

Objetivando um melhor entendimento e principalmente, a preservação dos informantes, algumas entrevistas foram editadas. É importante destacar que tais edições não alteraram o sentido das colocações, porém, visaram corrigir frases excessivamente coloquiais, interjeições, repetições, erros gramaticais e vícios de linguagem presentes nas entrevistas. De acordo com Duarte (2004), a edição de entrevistas podem e devem ser realizadas, mantendo sempre a ideia original da informação.

Foram utilizadas como fases da análise de dados neste estudo a observação, a análise, a interpretação e a descrição dos resultados.

2.6 Aspectos Éticos

Tal pesquisa foi realizada priorizando o respeito e a integridade de todos participantes envolvidos, seguindo as normas estabelecidas pela resolução 196/96 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde.

Foi utilizado ainda o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) como documento autorizativo de participação voluntária dos indivíduos na pesquisa. Todos os participantes terão direito assegurado de retirar o TCLE em qualquer momento da pesquisa sem nenhum prejuízo ou penalização. Da mesma forma terão garantidos o direito ao anonimato e privacidade acerca dos dados sigilosos da pesquisa. Será garantida aos autores a propriedade intelectual dos dados com resguardo na divulgação dos mesmos (CAMON, 1997).

CAPÍTULO 03

ANÁLISE E RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DA ESF PARA OS RIBEIRINHOS DE ITAQUI/RS

Neste capítulo apresentaremos as reflexões acerca do tema proposto, subdividindo o mesmo em três eixos de discussão para uma melhor organização. No primeiro eixo foi descrita a estrutura de saúde local no município de Itaquí, onde a ESF é considerada parte integrante da rede municipal de saúde. De um modo geral objetivou-se descrever de forma sucinta a distribuição das estruturas de saúde locais. No segundo eixo foram retratadas as particularidades e especificidades da comunidade ribeirinha de Itaquí. Já no terceiro eixo foram descritos os aspectos positivos e negativos acerca da implantação da Estratégia de Saúde da Família na região ribeirinha de Itaquí, dialogando tais resultados com a bibliografia relacionada ao tema.

3.1 Descrição da Estratégia de Saúde da Família no município de Itaquí e a estrutura de saúde local

Nesta sessão pretende-se descrever como estão distribuídas as estruturas de saúde do município de Itaquí, com destaque para a ESF e em especial a ESF Rio Uruguai, integrante da rede municipal de saúde. Mesmo que a presente pesquisa destaque a ESF como política de referência para o atendimento em saúde da comunidade ribeirinha de Itaquí, mencionar as demais estruturas de saúde do município torna-se importante, uma vez que, existem outros serviços de saúde que funcionam de forma articulada e em rede, atuando como referência em saúde para a ESF e que também prestam atendimentos especializados para essas comunidades.

Em Itaquí, a ESF e a EACS juntas são consideradas ações prioritárias dentro da atenção básica em saúde. A primeira ESF foi implantada no ano de 2006 e atualmente existem cinco ESF implantadas e atuantes no município, com uma cobertura de aproximadamente 42% da população total atendida por esta política de saúde (ITAQUI, 2017).

A primeira equipe de saúde da família implantada no município, a ESF 01 é

denominada ESF Promorar. A mesma é responsável pela cobertura e atendimento em saúde proposto pela política junto ao bairro Promorar, cobrindo uma média de 1.121 famílias e contando atualmente com 4.613 pessoas cadastradas. Atualmente, a equipe é composta por dois médicos de família, um cirurgião dentista, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e 7 agentes de saúde, todos com carga horária de 40h (ITAQUI, 2017).

A ESF 02, chamada de ESF Vila Nova, atende aos bairros Vila Nova, União e uma parte do bairro Chácara. Nesses bairros totalizam em média 894 famílias e 3.735 pessoas cadastradas e atendidas pela equipe. A mesma compreende 5 agentes de saúde, dois médicos, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal (ITAQUI, 2017).

Já a ESF 03, ESF José da Luz cobre os bairros José da Luz e uma parte dos bairros Cohab e Dr. Ayub. Nessa ESF em média 1.225 famílias e 4.810 pessoas encontram-se cadastradas. A equipe responsável pelo atendimento dessas famílias é composta por 5 agentes de saúde, um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal (ITAQUI, 2017).

Denominado ESF Rio Uruguai, o quarto ESF instalado no município é responsável pela cobertura e atendimento dos bairros Cerrinho Dois Umbus, Várzea e Ponte Seca, bairros esses que totalizam em média 786 famílias e 3.126 pessoas cadastradas junto a política de saúde da família. A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e cinco agentes de saúde, não dispondo de saúde bucal, portanto, não contando com cirurgião dentista e nem auxiliar de saúde bucal.

O ESF Rio Uruguai recebe destaque na presente pesquisa por ser a unidade de referência para atendimento em saúde para as comunidades ribeirinhas de Itaquí. Atualmente ela está instalada em um imóvel alugado que não apresenta as condições necessárias e exigidas pela Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 50, que dispõe sobre a regulamentação técnica para planejamento, programação e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Entretanto, nas proximidades está sendo construída uma nova unidade de saúde para abrigar essa ESF e que servirá para substituição de um imóvel alugado para um local definitivo e dentro do que a legislação estabelece (ITAQUI, 2017).

O ESF 05, ESF Central/Ênio, atende os bairros Centro e o bairro Ênio Sayago. Cobre uma média de 1.504 famílias que correspondem a 5.209 pessoas e conta com uma equipe composta por um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, quatro agentes de saúde, um odontólogo e um auxiliar em saúde bucal (ITAQUI, 2017).

Diversos programas de saúde são executados através da política de ESF em parceria com os demais setores da rede de saúde do município. Recebe destaque o Hiperdia, programa responsável pelo acompanhamento de pacientes portadores de Hipertensão e Diabetes, realização de exames periódicos, distribuição de medicamentos, ações preventivas e promoção da saúde. Outros programas como o de combate à tuberculose, hanseníase, redutores de danos, assim como os programas de Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Homem, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Saúde Prisional, Planejamento Familiar, Alimentação e Nutrição e o Programa Saúde na Escola também estão inseridos dentro da ESF e ampliam o leque de ações realizadas pela equipe junto a atenção básica no município de Itaqui.

Além das ESF, o município ainda dispõe de cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) no modelo tradicional. Posto de Saúde da Chácara, Posto de Saúde das Cafifas, Posto de Saúde 24 de Maio, Posto de Saúde da Vila Cohab e Centro de Saúde Atenção Básica. Muitas dessas unidades não possuem estruturas adequadas e serão substituídas por novas UBS que estão sendo construídas, objetivando adequá-las a legislação vigente que regulamenta e especifica acerca da estrutura básica das UBS. Após sua conclusão, tais unidades receberão equipe completa e tornar-se-ão ESF, possibilitando assim aumento na cobertura da população para a política de Saúde da Família, garantindo assim mais atendimentos básicos no perímetro urbano.

Ainda dentro das estruturas básicas da rede municipal de saúde, também recebe destaque o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Conforme a PNAB, o NASF é uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de diversas áreas de conhecimento com o compromisso de atuação integrada e de apoio junto aos profissionais das ESF e das equipes de atenção básica. Sua atuação parte do compartilhamento das diversas práticas e conhecimentos na área da saúde nos territórios de abrangência/cobertura dessas equipes (BRASIL, 2006).

O NASF surgiu com o objetivo de ampliar a abrangência e o propósito das ações na atenção básica, buscando contribuir para a integralidade do cuidado aos pacientes, através da ampliação do atendimento clínico, possibilitando o aumento na capacidade de análise e de intervenção acerca das necessidades e problemas de saúde da população nos territórios de cobertura das políticas de saúde. No município de Itaqui o NASF conta com os seguintes profissionais: Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo e Educador Físico (BRASIL, 2006; ITAQUI, 2017).

Na atenção secundária em saúde, a rede municipal conta com diversos serviços, tais

como: Serviço de Atendimento Especializado – SAE, DST/AIDS, Centro de Saúde, com atendimento de média complexidade, Administração de Medicamentos Especiais, Laboratório Municipal, Serviço de Fisioterapia Municipal, Sistema Municipal de Atenção Integral a Saúde Mental: Com duas unidades de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) modalidade I, Serviço de Fonoaudiologia, Tratamento Fora de Domicílio e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Ainda na atenção secundária, o município dispõe junto ao Centro de Saúde de uma unidade denominada Policlínica, com atendimento de média complexidade nas seguintes especialidades: médico cirurgia geral, cardiologia, ginecologia, obstetrícia, pediatria, nefrologia, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, atendimentos odontológicos e de enfermagem, farmácia básica, Serviço de Atendimento Especializado para pacientes Portadores de HIV/AIDS e a central de referência para atendimento especializado e de tratamento de pacientes com Hanseníase e Tuberculose.

Recebe destaque na atenção secundária em saúde os serviços de saúde mental. Atualmente o município de Itaqui conta com dois CAPS, sendo o primeiro denominado CAPS Mentas Brilhantes, fundado em 2006 e que atende em média 110 pacientes em regime não intensivo, 44 no regime semi-intensivo e 24 pacientes intensivos. O segundo, denominado CAPS Sentimentos foi fundado em 2012 e é direcionado ao atendimento de pacientes com transtornos leves e usuários de álcool e drogas.

Tais serviços são compostos por equipes multiprofissionais composta por: psicólogos, médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, pedagoga, cuidadores, cozinheira, e auxiliar de serviços gerais e desenvolvem diversas atividades, tais como: Oficinas terapêuticas, atendimento em grupo, atendimento individual, visitas domiciliares, grupos de combate ao tabagismo.

Já na atenção terciária o único serviço no município é o Hospital São Patrício de Itaqui, entidade filantrópica, conveniado com o SUS e prestador de serviços para o município. Possui atualmente 83 leitos ativos, sendo a grande maioria dos serviços prestados pela instituição destinados ao SUS, correspondendo a 80% das internações e 95% dos atendimentos ambulatoriais (ITAQUI, 2017).

3.2 Especificidades das comunidades ribeirinhas no município de Itaqui/RS

Localizada à esquerda das margens do rio Uruguai, a antiga localidade de Rincão da Cruz, que deu início a formação de Itaqui possui como espaços temporais correlação ao Rio Uruguai, as antigas reduções jesuítico-indígenas e o Bioma Pampa. Desde a sua formação territorial diversas relações foram criadas, sendo elas sociais, econômicas e principalmente, culturais (COLVERO, 2012).

A construção das diversidades nas formas de vida e práticas sociais fronteiriças das comunidades ribeirinhas foram constituídas a partir dos diversos momentos históricos da região. Alguns traços recebem destaque como referência na organização de seus espaços, o principal deles, a localização às margens do rio. Outras marcas históricas importantes na formação territorial da população ribeirinha de Itaqui estão relacionadas as práticas cotidianas, seus hábitos, costumes e suas diversas formas de sociabilidade (COLVERO, 2012).

Diferentemente da realidade das comunidades ribeirinhas da Amazônia brasileira, os ribeirinhos de Itaqui, além de residirem próximos ao rio, também residem na área urbana do município. Essas comunidades ribeirinhas historicamente sempre residiram naquele local, uma vez que o processo de formação territorial que deu origem a localidade de Itaqui iniciou nas proximidades do rio Uruguai, pela facilidade de acesso, pela via fluvial, em relação às demais localidades e de comércio existente na época.

Outra importante particularidade que merece destaque acerca da comunidade ribeirinha de Itaqui refere-se a proximidade dessa região com a região central do município. Diferentemente do que ocorre na maioria das regiões, onde os ribeirinhos residem em locais remotos e ou, de um modo geral mais afastados das regiões centrais dos município, em Itaqui, os ribeirinhos da cidade residem em bairros próximos ao bairro central e ao centro comercial do município.

Acerca do perfil de moradias há dois tipos predominantes de residências na região ribeirinha de Itaqui, de alvenaria e de madeira. Na sua maioria, os ribeirinho possuem casas de madeira, popularmente conhecidas como “volantes”, residências essas construídas sobre hastes de madeira.

Figura 04 – Casas denominadas volantes de moradores da região ribeirinha em Itaqui.



Fonte: Elaborada pela autor.

Esse perfil de moradia sempre foi valorizado e de destaque nessa região, não somente pelas condições econômicas da mesma, mas também por uma importante particularidade regional e que influencia significativamente na vida das comunidades ribeirinhas, as enchentes.

Inclusive muitos moradores que possuem residências de alvenaria também possuem casas de madeira que possibilitam o deslocamento dessas residências em situações de cheias do rio Uruguai, conforme demonstra a figura 03.

Figura 05 – Casas denominadas volantes de moradores da região ribeirinha em Itaqui, sendo transferida de local devido a enchente.



Fonte: Prefeitura Municipal de Itaqui.

De acordo com Sesco e Ceolin (2009), as enchentes são consideradas fenômenos de ordem natural, que com o passar dos anos associada a ações do homem em relação ao meio ambiente, tanto nas áreas urbanas quanto rurais nas margens do rio Uruguai, tem contribuído de forma significativa para uma maior frequência e extensão que tem impressionado cada vez mais os habitantes, mesmo os locais.

As enchentes causaram no passado e, causam até os dias atuais, diversas formas de destruição, sejam elas nas estruturas públicas, nas residências, alteram intensamente a paisagem, promovem uma grande transformação nos hábitos e costumes dos ribeirinhos, causando inclusive mudança na percepção dos moradores acerca da interdependência do rio.

Historicamente, os ribeirinhos são os que mais sofrem com os episódios de enchente. A mesma influencia de forma direta nos seus costumes e principalmente, prejudicam a sua forma de subsistência, seja ela através da pesca, do artesanato e ou do comércio. Inundam suas casas e estabelecimentos, deixam as residências tomadas de barro e lixo oriundo do rio, causam danos estruturais e forçam esses moradores na maioria das vezes e salvo os que possuem residências volantes, a recorrerem a abrigos públicos, amigos ou familiares. Como consequência desse processo, prejuízos quase que incalculáveis nos contextos social, ambiental e econômico (SESCO e CEOLIN, 2009).

Assim como ocorrera no município vizinho de São Borja, no município de Itaqui, no passado, também foram construídas moradias para abrigar pessoas que residissem em regiões de risco de enchente. Porém, igualmente como em São Borja, o objetivo não foi atingido e essas famílias acabaram retornando à zona ribeirinha, resultado esse que retrata a realidade da maioria dos municípios que passam por situações semelhantes (SESCO e CEOLIN, 2009).

Figura 06 – Registro da última enchente que atingiu o município de Itaqui, inundando a região ribeirinha e parte da região central do município.



Fonte: Prefeitura Municipal de Itaqui.

Os ribeirinhos do município possuem formas de vida humilde e suas práticas sociais, como a pesca, por exemplo, estão voltadas para sua subsistência. Além da pesca, outras práticas tradicionais também, foram encontradas nas comunidades ribeirinhas de Itaqui. A criação de animais como galinhas, vacas, ovelhas e cavalos e também a prática cotidiana da agricultura são atividades presentes nas rotinas das comunidades ribeirinhas, práticas essas que mesmo com a proximidade com a região central do município permanecem vivas.

Estudo realizado por Pinto (2015), já demonstra formas de vida humilde das comunidades ribeirinhas do município vizinho de São Borja, práticas essas semelhantes às vivenciadas neste estudo. Além da pesca, outras práticas cotidianas também podem ser exemplificados como práticas sociais dessas comunidades, tais como a coletividade, a religiosidade, suas crenças, seus meios de transporte, como a bicicleta, o cavalo e a carroça e a agricultura urbana.

As figuras 05, 06, 07, 08 e 09 demonstram um pouco a realidade das comunidades ribeirinhas de Itaqui e a manutenção das práticas cotidianas tradicionais.

Figura 07 – Práticas cotidianas da comunidade ribeirinha de Itaqui



Fonte: Elaborada pela autor.

Figura 08 – Criação de animais



Fonte: Elaborada pela autor.

Figura 09 – Criação de animais



Fonte: Elaborada pela autor.

Figura 10 – Cultivo de hortaliças



Fonte: Elaborada pela autor.

Figura 11 – Cultivo de hortaliças



Fonte: Elaborada pela autor.

De todas as práticas cotidianas na região ribeirinha de Itaqui certamente a que merece mais destaque é a pesca. A mesma é realizada em pequena escala e de forma manual, com a utilização de rede de pesca e pequenas embarcações que auxiliam no processo. De acordo com Pinto (2015), essa prática pode ser considerada pelas suas características como pesca artesanal, pelas técnicas produtivas e sociais expostas.

Para muitos, a pesca artesanal é considerada a única fonte de renda e faz parte da vida e da cultura dos pescadores. Muito mais que uma profissão, a pesca pode ser considerada uma forma de vida dessas comunidades, associada a sua cultura tradicional e seus saberes acerca da pesca. Tal conhecimento e forma de vida têm sobrevivido e se mantido forte com o passar dos anos, mesmo com a urbanização local, aproximação da região central e do comércio em relação à região ribeirinha. Essa reprodução cultural, tradição passada de pai para filho, é considerada uma importante prática de sustento, geração de renda e produção de recursos pesqueiros renováveis.

Na região é possível observar diversos locais que comercializam a produção pesqueira, conforme exemplificam as figuras 10 e 11.

Figura 12 – Comércio de peixe local



Fonte: Elaborada pelo autor

Figura 13 – Venda de produção pesqueira



Fonte: Elaborada pelo autor

Portanto, é possível afirmar que, mesmo com a expansão dos limites urbanos do município de Itaqui, a comunidade ribeirinha, na sua maioria, mantém viva a maioria das práticas tradicionais presentes desde o surgimento dessas comunidades tradicionais.

Essa tradição de pertencimento se manteve forte nas relações atuais dos ribeirinhos com seus espaços de utilização, uma vez que os mesmos caracterizam sua territorialidade no sentido de cuidar e zelar por esses espaços, como o rio, a terra e os animais. Na realidade das

comunidades ribeirinhas, o trabalho informal pode ser considerado uma constante, servindo como alternativa de vida. Já a manutenção dessas práticas tradicionais se justifica, principalmente, pela necessidade de subsistência da família, uma vez que, tal prática não esteja vinculada a acumulação de riquezas.

3.3 Aspectos positivos e negativos acerca da implantação da Estratégia de Saúde da Família na região ribeirinha de Itaqui/RS

Neste eixo discutiremos os aspectos positivos e negativos acerca da implantação da ESF na região ribeirinha de Itaqui, identificados a partir dos dados obtidos junto aos informantes desta pesquisa. Os dados e discussões foram organizados em nove sub eixos, objetivando assim melhor organizar os resultados coletados, associando-os sempre com o referencial teórico relacionado ao tema.

3.3.1 A ESF como porta de entrada e garantia do acesso

Ao discutirmos a ESF como uma importante e estratégica política de saúde no Brasil, é preciso evidenciar uma das principais conquistas resultantes do processo de implantação dessa política, o acesso. Afinal, de nada adianta a criação de políticas especiais que não estejam ao alcance da população, em se tratando de saúde, esse compromisso se redobra, uma vez que, o acesso também representa um importante princípio norteador do SUS.

A ESF tem uma função essencial no primeiro contato com o paciente, na coordenação do cuidado e na longitudinalidade, funcionando como base estrutural nas redes de atenção em saúde e de suporte aos serviços de apoio diagnóstico e assistência especializada na atenção secundária em saúde e também aos serviços hospitalares, pertencentes a atenção terciária (FAUSTO et al., 2014).

Como destacado anteriormente, a ESF é considerada a porta de entrada dos serviços de saúde para as comunidades, ou seja, representa o primeiro contato entre os usuários e o serviço. E para a comunidade ribeirinha de Itaqui, de acordo com seus relatos, fica mais evidente a importância da implantação desta política para a sociedade em geral e em especial, para as populações menos favorecidas e em condições de vulnerabilidade.

Eu acho uma maravilha a implantação dessas unidades na região ribeirinha e em toda cidade. Falando aqui da região ribeirinha onde residem muitos pescadores e essa unidade nossa atende a Ponte Seca, Várzea e o Cerrinho aqui é de suma importância. (Informante I)

Isso é muito importante porque isso ai vai ajudar muito quem precisa e necessita de atendimento em saúde. (Informante VII)

É o posto de saúde para nossa comunidade aqui, para não depender mais do postão [...] Muda bastante para nós. (Informante II)

Starfeld (2002), destaca que a acessibilidade, a localização geográfica da unidade de saúde, seus dias e horários de atendimento, a forma como a unidade de saúde é percebida dentro de seu território e como ocorre o processo de utilização dos serviços por parte da comunidade servem como subsídios para a afirmação da atenção primária, e neste contexto a ESF, como porta de entrada do sistema de saúde.

Portanto, a ESF se consolida como porta de entrada dos serviços de saúde no país, desde que funcione de forma adequada e articulada. A mesma possui as capacidades e condições necessárias de resolutividade da maioria dos problemas de saúde da população sob a sua abrangência. A implantação desta política pública de saúde proporcionou muitas contribuições ao sistema de saúde, sendo uma das principais delas, associada a consolidação como porta de entrada, a melhora no acesso aos serviços de saúde (ROSA e LABATE, 2005; COSTA et al., 2009).

A garantia do acesso tem sido uma das grandes preocupações desde a criação e implantação do SUS, ou seja, configura uma das maiores provocações aos gestores da saúde. Neste contexto, a ampliação e a eficaz ação da ESF concretizam-se como políticas prioritárias dentro do SUS, pois, reconhecidamente através dela é possível resolver os principais problemas de saúde de uma comunidade, promovendo e reorganizando a utilização dos demais níveis assistenciais (STARFELD, 2002).

Com o passar dos anos, muitos estudos apontam evidências e comprovam que o acesso aos serviços de atenção primária em saúde tem contribuído de maneira significativa para a melhoria nos indicadores de saúde de população, com ênfase para a redução nas taxas de internação hospitalar. Além dessas contribuições, Starfeld (2002), destaca outras contribuições, tais como a redução das desigualdades sociais e econômicas, melhora na equidade e na qualidade de vida da população. Ou seja, a ESF como estratégia prioritária da atenção primária em saúde se efetiva como ordenadora do cuidado, sendo considerada importante na promoção da saúde e garantia do acesso.

Nesta perspectiva é possível afirmar que a própria comunidade reconhece a melhoria no acesso como importante contribuição resultante da implantação da ESF na região ribeirinha de Itaquí. Recebe destaque essa valorização e a importância atribuída por parte dos usuários desse serviço, que em seus manifestos expuseram as dificuldades encontradas para acessar os serviços de saúde disponíveis anteriormente da implantação dessa política.

No postão é uma coisa meio difícil porque a gente tem que ir 2 horas da madrugada para conseguir uma ficha e às vezes não consegue. E ali eu vou de manhã às 7 horas e consigo. (Informante VI)

É bom né porque ali no posto grande a gente tinha que ir 02 horas da manhã para poder pegar uma ficha, às vezes pegava e às vezes não pegava e ali qualquer hora pode ir ali e eles dão a ficha; tem ficha ali eles dão. (Informante V)

É ótimo porque precisamos muito, não precisa ir no postão madrugar nem nada, vai ali e já consulta. (Informante IX)

Porque eu aqui como pescadora pego uma chuva hoje, amanhã amanheço de cama numa gripe bárbara e daí tu vai ali e já consulta. (Informante III)

As referências anteriores demonstram as dificuldades encontradas pela comunidade ribeirinha de Itaquí e o quanto careciam de atendimento em saúde. Precisavam madrugar em filas junto ao centro de saúde, conhecida popularmente no município e também através dos relatos dos informantes como “postão”. Até a implantação do serviço de referência local, o centro de saúde era a unidade de referência para essas comunidades, mesmo sem ter a aproximação adequada e principalmente, as especificidades propostas pela ESF.

De acordo com Carneiro Jr. et al. (2010), uma das principais características da ESF, característica essa que lhe confere a singularidade e força como modelo tecnoassistencial na atenção básica é a capacidade de organização dos processos de trabalho para a garantia do acesso aos usuários. Entretanto, acesso na saúde não deve somente ser visto com uma condição geográfica e econômica, mas também sociocultural e organizacional. Ele constitui uma categoria importante para o diagnóstico do sistema de saúde, pois, revela dimensões de cunho político e social, ambas essencialmente presentes na formulação e implementação de políticas públicas. Portanto, o acesso pode descrever a capacidade de um determinado serviço de garantir a cobertura necessária para a população adstrita e até mesmo, os obstáculos da sua utilização, apresentando ainda, as características das interações que ocorrem no processo de produção de serviços (HORTALE et al., 2000).

Além de melhorar o acesso, a implantação da ESF possibilita a inserção dessa política no território, favorecendo o estabelecimento mais efetivo do cuidado, permitindo ainda a identificação de problemas e priorização das intervenções através da criação de vínculos contínuos com a comunidade. Possibilita ainda a individualização das necessidades da população e a partir daí organizar melhor os processos individuais de cuidado (CARNEIRO JR et al., 2010).

Uma atenção primária resolutive implica na ampliação do acesso ao serviço e o atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde. Estar à disposição da comunidade através de um horário adequado de funcionamento do serviço, um acolhimento especializado e atendimento das diversas demandas que surgem dos usuários influenciam na capacidade resolutive da política, destacando ainda mais a importância da sua implantação nos municípios. A integração dos serviços de atenção básica com outros níveis de assistência do sistema de saúde qualificam e ampliam a capacidade de resposta da ESF diante dos anseios da população (GIOVANELLA et al., 2009).

Portanto, a ampliação no número de equipes com conseqüente aumento da cobertura da ESF, associada a uma adequada distribuição geográfica das unidades básicas de saúde possibilitam e garantem o aumento no acesso da população usuária do SUS, ampliando a capacidade de responder as demandas de saúde da comunidade sob a responsabilidade do serviço (MALTA et al, 2016).

Além da implantação da ESF, outros fatores são considerados importantes para garantia e qualidade do acesso a essa política de saúde. Começamos pela disponibilidade, que está relacionada a atenção indispensável ao usuário e sua família, ao tempo de espera para o atendimento, a disponibilidade de horários, a acessibilidade aos agendamentos, aos profissionais e ao aconchego dos ambientes de atendimento. Recebe destaque ainda a aceitabilidade do serviço por parte da população, a estrutura física e localização da unidade de saúde, o tipo de atendimento prestado e os profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2010).

3.3.2 Política reorganizadora da atenção básica

Além da importância e valorização da ESF como porta de entrada dos serviços de saúde e melhoria do acesso, outras contribuições positivas também merecem destaque a partir da implantação da ESF. O reconhecimento como estratégia reestruturante e reorganizadora

dos sistemas de saúde nos municípios do país, provocando um importante movimento com o objetivo de reordenar o modelo de atenção à saúde dentro do SUS. Busca através de sua atuação com maior racionalidade na utilização dos diversos níveis de assistência, trazendo através de ações diferenciadas na atenção básica resultados positivos na saúde local.

A consolidação da ESF como política de destaque no município fica evidenciada pela execução de ações diferenciadas propostas pela mesma. Ações que são consideradas cotidianas dentro da estratégia, como por exemplo, a visita domiciliar, o trabalho dos agentes de saúde, a realização de ações preventivas, como o Hiperdia, por exemplo, e principalmente a capacidade de cuidar melhor da comunidade residente nos bairros sob a cobertura da ESF destacam a importância da implantação da ESF para comunidades ribeirinhas. Através dos relatos dos informantes é possível constatar a realização dessas ações diferenciadas propostas pela política, reafirmando seu papel importante na reorganização do sistema de saúde.

Sempre tem atendimento e então isso ai tem condições de cuidar melhor das pessoas, sabe, porque eu acho assim, que ai não precisa todo mundo enche o posto de saúde em outro lugar e cada um vai no seu bairro e consulta. (Informante I)

Ali eles dão assistência pra comunidade em tudo, não tem problema nenhum, se precisar eles vem e assim pra nós é bem melhor. O pessoal que não pode se locomover, assim como minha mulher que tem problema de coluna, eles vem aqui e fazem o que precisa, o doutor vem aqui também sem problema nenhum. (Informante II)

O Hiperdia, a agente de saúde que o postão não tem, não precisa ir de madrugada tirar ficha, é outra coisa porque lá no postão tem que ir de madrugada tirar ficha e aqui não precisa. (Informante VIII)

Olha isso ai é tudo pra nós. Mudou, nos consideramos hoje como gente, porque antigamente a gente não era considerado como gente [...] hoje a gente se orgulha do SUS, o SUS que funciona, [...] antigamente era muito difícil mesmo. (Informante XI)

De acordo com a PNAB de 2006 a ESF é considerada uma política de saúde de destaque e prioridade dentro do processo de organização da atenção primária em saúde no Brasil. Ela propôs uma mudança na forma de trabalho na saúde do país, através da reorganização das ações da atenção básica através do fortalecimento nos sistemas municipais de saúde, com foco e prioridade para ações preventivas objetivando a melhoria na qualidade de vida da população, com foco prioritário nas famílias e não somente no indivíduo (BRASIL, 2006; SOUZA, 2008).

A mudança na forma de se fazer saúde configura uma importante bandeira da ESF, com mudança no foco do antigo modelo e valorização de seus princípios norteadores, como a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular. Partindo de seus princípios e suas ações diferenciadas, é possível afirmar que essa política de saúde vem cumprindo seu principal objetivo, reorganizando o modelo de assistência à saúde através da realização de novas dinâmicas e práticas em saúde dentro das UBS (ROSA; LABATE, 2005; BRASIL, 2006).

Uma de suas principais características dentro do contexto da saúde e da reorganização do modelo assistencial é a assistência integral prestada pela ESF, através de ações de promoção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento das doenças, a reabilitação e a manutenção da saúde da população adstrita. A implantação dessa política pode ser considerada a principal e mais importante mudança estrutural que ocorreu desde a criação do SUS no Brasil, pois, essa reorganização alterou o tipo de assistência prestada a comunidade, invertendo a prioridade que centrava-se no tratamento dos doenças nos hospitais (BRASIL, 2006; COSTA et al, 2009).

3.3.3 Um ator de destaque: O agente comunitário de saúde

No processo de reformulação da atenção básica proposto pela ESF, um ator considerado importante e de destaque certamente é o Agente Comunitário de Saúde (ACS). O mesmo contribui de maneira significativa para o sucesso dessa política de saúde através da sua atuação conjunta com a ESF. Foi possível através dos relatos perceber a importância atribuída ao trabalho desses profissionais junto à população ribeirinha de Itaquí.

A ação da agente de saúde é muito importante, porque ela faz visitas periodicamente no bairro, está a par da situação de cada família. (Informante VII)

[...] isso ai nós não tínhamos antes, não tinha nem a visita dos agentes comunitários da saúde [...] Nós temos uma agente que não passa na rua sem chegar aqui. Eu tenho problema de coração, tenho problema de pressão, tive AVC e sempre ela está me visitando para ver se eu não estou precisando verificar a pressão [...] essa nossa agente de saúde aqui é uma maravilha de pessoa. (Informante III)

Tem a nossa agente de saúde que está sempre por aqui, se a gente precisar dela não tem problema é só atacar ela. (Informante II)

É muito bom porque qualquer novidade fora do que a gente já conhece da saúde ela está sempre ali avisando, ela está sempre batendo na minha casa, até para o meu filho quando eu preciso eu ligo para ela. É muito bom esse projeto que implantaram, as agentes de saúde no bairro. Muito Bom. (Informante XII)

No contexto multiprofissional proposto pela ESF, o agente comunitário de saúde possui papel de destaque, pois, atua como elo entre a equipe profissional e os usuários do sistema. Sua atuação é fundamental para qualificar a assistência de saúde uma vez que, tem a importante função de integrar a comunidade ao serviço de saúde e vice versa. O processo de trabalho fica facilitado devido a um pré-requisito existente na seleção destes profissionais, o fato do agente ter que residir na comunidade onde atua. Tal condicionalidade faz com que ele mantenha um contato permanente com a população, fazendo parte dela e ao mesmo tempo integrante da equipe, com o privilégio do saber técnico e popular em saúde (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

O ACS possui diversas atribuições na atuação junto a saúde, sinteticamente destacam-se as atividades de identificação de situações de risco, orientação das famílias e população, levantamento de demandas da comunidade e encaminhamento de casos e condições de risco identificadas para os demais integrantes da equipe de saúde, conforme as atribuições e competências de cada um. Através de sua atuação auxilia no planejamento e implementação das ações de saúde no nível local e também no âmbito nacional, por meio do encaminhamento de informações territoriais de abrangência, produtividade e demais informações associadas ao trabalho do agente, alimentando dados referente ao trabalho nos sistemas de informação do Ministério da Saúde (RODRIGUES et al., 2010; TOMAZ, 2002).

A principal ferramenta de trabalho no cotidiano do ACS está associada ao uso predominante de tecnologias leves, tais como a comunicação, o acolhimento e formação do vínculo, a escuta e o diálogo com a população sob a sua cobertura de atendimento. De acordo como Vilela et al (2010), a visita domiciliar é considerada uma das principais atribuições do agente, sendo vista como primordial na construção das relações e interações entre ele e a comunidade. Muito mais que uma mera atribuição, a visita domiciliar é valorizada como procedimento e também soma-se na produção mensal do trabalhador de saúde.

Tais características destacadas anteriormente são consideradas importantes no processo de trabalho do ACS, comprovando sua complexidade. Pelo seu contato cotidiano com a comunidade, as queixas comumente são recebidas diretamente por este profissional, tendo o mesmo que se comprometer de maneira direta em garantir o retorno frente a essas

queixas. Contudo, o agente de saúde ainda que responsável pelo elo entre a comunidade e os demais profissionais, ele também faz parte da comunidade e ao mesmo tempo é membro da equipe de saúde, onde tais relações, muitas vezes podem gerar confrontos, fazendo com que o agente tenha que agir de acordo com suas possibilidades e limitações frente ao sistema de saúde (PERES et al., 2011).

3.3.4 Uma das principais virtudes da ESF: A formação do vínculo

Além do ACS, a ESF trouxe outras contribuições positivas para a atenção primária em saúde no país, sendo um dos principais benefícios a possibilidade de formação do vínculo entre profissionais/profissionais e entre profissionais/comunidade. Esse processo fica evidenciado nos relatos dos informantes, que os expõem através de confissões como convívio, bom atendimento, atenção e confiança.

Eu acho uma ótima a implantação desse tipo de atendimento da saúde com a família entende, tem que tá mais perto das famílias né porque existe um convívio entre todos e aí centraliza ali. (Informante I)

[...] houve uma grande melhora porque o próprio profissional que atende na unidade, ele consegue conhecer o paciente através das visitas domiciliares, das agentes de saúde. Então os pacientes ficam amparados porque é conhecido seu problema de saúde e isso acho muito importante para nós da comunidade chegarmos ali e o profissional já saber qual são os sintomas que tu tens, quais as doenças que tu tens, fica bem mais fácil o profissional trabalhar com o paciente. (Informante XIII)

Acho que aqui para nós que somos ribeirinhos sempre que precisamos deles fomos bem atendidos, a gente não tem nada mais a pedir para eles porque eles fazem tudo para a gente. (Informante VI)

Na conjuntura da política de saúde da família, a multiprofissionalidade pode ser considerada como componente importante no processo de formação do vínculo. É possível destacar como principais atores nesse processo de trabalho junto à comunidade o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde. Os diversos saberes, associados às relações cotidianas e a atuação de maneira conjunta e organizada possibilitam a formação do vínculo entre os profissionais pertencentes a equipe (BERNARDES et al., 2013).

Nesse contexto, o vínculo pode ser reconhecido como umas das mais importantes ações dentro da ESF, pois, através do processo de trabalho proposto por essa política de

saúde, a equipe e a comunidade formam vínculos de corresponsabilidade, processos esses que facilitam as relações, a identificação, atendimento e acompanhamento das doenças e agravos à saúde da população (BERNARDES et al., 2013).

O vínculo pode ser manifestado como uma consequência das relações próximas entre os profissionais de saúde e a população, através da assistência contínua prestada pela ESF e pelas visitas domiciliares. Essas particularidades facilitam a adesão da população para com o serviço e principalmente, formam um maior compromisso por parte dos profissionais com corresponsabilização para com os principais agravos a saúde dos usuários (SHIMIZU E ROSALES, 2009; OLIVEIRA E SPIRI, 2006).

É difícil conceituar vínculo com apenas uma palavra, pois, o mesmo possui mais de um significado. Está diretamente relacionado aos conceitos de humanização, integralidade e responsabilização e como consequência aproxima e permite o envolvimento mútuo entre os sujeitos. Manter o vínculo fortalecido entre o usuário e a equipe de saúde é extremamente importante, pois, beneficia a comunidade no cuidado prestado devido a relação de confiança e de compromisso existente entre as partes. Possui uma relação direta com a prática do cuidado, uma vez que ambos promovem sintonia e convivência, ações potenciais na construção de autonomia. Desse modo, ele pode ser pensado como um acontecimento, uma vez que cria novas modalidades de relação entre a comunidade e a área da saúde (BERNARDES et al., 2013).

A ESF tem como finalidade possibilitar a formação do vínculo entre os profissionais e os usuários do serviço, sendo o ACS um importante meio de integração desse processo, devido a sua capacidade de intermediar as relações entre a equipe e a comunidade. A atuação do agente, inserida no contexto familiar serve como um meio para a formação desse vínculo, possibilitando uma mediação articulada e mais próxima as necessidades da comunidade (GALAVOTE et al., 2011).

De acordo com Ilha et al. (2014) é no momento em que o profissional de saúde se interessa pelo usuário do serviço que se estabelece a formação do vínculo entre o profissional/usuário, conhecendo assim a sua realidade e forma de vida na qual está inserido, constituindo conversas com conteúdo. Tais especificidades desafiam os profissionais a compreender a comunidade além da sua doença, conhecendo suas necessidades mais íntimas, possibilitando assim condições para a promoção da saúde de forma integral. Portanto, formar o vínculo dentro da atuação junto a ESF significa afinar relações com o próximo e ao mesmo tempo, um processo de aprendizagem através da solidariedade e sensibilidade vivenciadas através dos acontecimentos cotidianos das relações.

Mesmo o vínculo sendo considerado uma grande virtude trazida pela ESF, algumas ações a nível local podem comprometer essa importante especificidade. Recebe evidência nesse contexto as frequentes trocas de profissionais integrantes da equipe, o que afeta não somente a rotina e organização do trabalho, mas também as relações já existentes e vínculos já estabelecidos entre esses profissionais e a comunidade. Alguns relatos dos informantes descrevem a importância da manutenção da equipe como medida de valorização e fortalecimento da ESF.

Há muita troca de profissionais, o que acaba dificultando porque quando um profissional fica conhecendo o problema daquela família, daquele paciente, há muita troca e essa troca acaba prejudicando os pacientes. Porque o paciente fica às vezes tímido diante de uma pessoa que ele não conhece, porque a pessoa que ele estava acostumado, e que sabia de seus problemas não está mais ali, então tem que começar tudo do zero de novo para poder chegar. Quando acostuma é trocado novamente, então essa mudança de profissional prejudica um pouco os pacientes da zona ribeirinha. (Informante XIII)

[...] não trocar muito os profissionais [...] (Informante XIV)

De acordo com Souza (2008), as frequentes trocas dos profissionais e das equipes atuantes na ESF contribuem para o desmantelamento dessa importante política de saúde. Em muitos municípios, a influência política traz reflexos negativos para as equipes, pois, a cada troca de governo e mudanças na gestão local de saúde, resultam também em substituições de profissionais já instalados e adaptados à realidade local onde atuam, dificultando assim o crescimento dessa estratégia.

Destaca-se que a ESF é uma política já consolidada no cenário nacional e não pode ser vista pelos gestores como fortalecimento de campanhas e compromissos eleitorais, pois, ações importantes podem ser comprometidas, sendo a formação do vínculo uma das principais. Portanto, as interferências políticas que, muitas vezes influenciam nas trocas de profissionais e das equipes confirmam o quanto as ações políticas podem prejudicar as ações da ESF, lesando assim aqueles que necessitam dos atendimentos e esperam bons resultados a partir da implantação desta política (SOUZA, 2008; ROSA E LABATE, 2005).

3.3.5 A formação de parcerias entre o serviço e a comunidade

Uma característica especial e diferenciada dentro da ESF é a possibilidade de criação de parcerias entre o serviço e os demais setores e segmentos da comunidade em geral. Essas parcerias objetivam melhorar a qualidade da assistência prestada e uma proposta diferenciada de se fazer saúde, fortalecendo a participação social. Para tanto os profissionais utilizam as diversas parcerias comunitárias, sejam as escolas, os centros comunitários, as igrejas entre outros, para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, possibilitando através dessas ações a criação de ferramentas para enfrentamento desses problemas, resultando assim na diminuição dos problemas que acometem aquela determinada região, melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2006; SHIMIZU E ROSALES, 2009).

Por mais que a possibilidade de formação dessas parcerias seja considerada uma característica diferenciada dessa política, no município observa-se pouca valorização dessa iniciativa. A mesma pode ser encontrada através da parceria entre o serviço e as escolas próximas, através do programa saúde na escola, referenciado no Plano Municipal de Saúde (2018-2021), de acordo com Itaquí, (2017). Entretanto, numa região repleta de especificidades e necessidades, tais parcerias certamente qualificariam a assistência prestada e possibilitaria uma melhor prestação do serviço público, não somente e especificamente na área da saúde, mas com consequências positivas para a saúde ribeirinha.

Através de alguns relatos de informantes foi possível constatar a necessidade de ampliação das parcerias entre o serviço e a gestão local da saúde com as demais secretarias municipais e os diversos segmentos sociais. Recebe destaque nos relatos questões relacionadas ao saneamento básico, meio ambiente e serviços urbanos.

Essa situação da zona ribeirinha, além da saúde acho que seria aquela prevenção de saneamento básico [...] porque isso ai é muito importante, isso ai traz uma grande preocupação, uma criança vai para um valo ai pega uma infecção, ou sei lá, qualquer coisa que aconteça, o mosquito e tal. Então além da saúde uma preocupação é a respeito dessa situação, isso ai está muito carente na nossa zona ribeirinha. (Informante VII)

Assim a limpeza urbana e aqui é um local muito aberto, nós temos muita mata, mato em volta, animais nas ruas aqui eles criam muitos animais,

ovelha, vaca, cavalo, galinha, sabe e até mesmo nos seus quintais [...] acho que teriam que sair, olharem nas ruas, tem boeiro aberto, tem sujeira, tem lixo [...] tu segues mais para baixo tu vais sair lá na beira do rio, tu vai para lá é muito mato, é muita sujeira, é muito lixo, as pessoas descartam muito lixo nessas sacolas plásticas com lixo caseiro, trazem do centro da cidade para cá. (Informante X)

Mas olha, a saúde do bairro é brabo, tem muito lixo, muita coisa por ai [...] a verdade é essa, é muito relaxamento, um relaxamento muito grande por parte de nós mesmos aqui, é isso ai, é muito atirado. Os companheiros que convivem por aqui atiram muita sujeira por ai. (Informante II)

A necessidade de desenvolvimento de projetos e ações diferenciadas na ESF junto à comunidade poderá demandar a intersetorialidade, sendo a própria equipe de trabalho responsável pela percepção no dia-a-dia, a partir do surgimento de demandas que requerem e necessitam uma intervenção. Estar atento ao território e as especificidades da comunidade são importantes para que a equipe desenvolva um trabalho centrado nas reais necessidades do usuário, possibilitando assim a articulação com outros setores, ampliando e qualificando o escopo dessas ações (BARRA et al., 2013).

A intersetorialidade figura uma nova forma de trabalho, de gestão e de construção de políticas públicas que possibilitam a superação da fragmentação do conhecimento e das estruturas responsáveis pela prestação de serviços. Nesse contexto os profissionais entendem e sabem o que a intersetorialidade propõe e acima de tudo, reconhecem que somente o setor saúde, nesse contexto ESF, não consegue promover suas ações da saúde sem a formação desse trabalho conjunto. Com frequência muitos trabalhadores se desanimam, pois, a fragmentação das políticas públicas e a dificuldade de promover o diálogo entre os diversos órgãos da administração pública são, reconhecidamente, barreiras a serem superadas (COMERLATTO et al., 2007).

Para o enfrentamento dessas barreiras, a formação de parcerias intersetoriais consiste numa importante ferramenta de trabalho da ESF, instrumento esse que deve ser valorizado por parte da equipe integrante dessa política. O leque de ações possíveis dentro dessa política é considerado vasto, porém, muitas ações, em especial as de caráter preventivo, podem ser complementadas e até mesmo ampliadas através dessas parcerias. A própria comunidade tem reivindicado por ações específicas, tais como o depósito e acúmulo irregular de lixo na região

ribeirinha da cidade e até mesmo, questões de saneamento básico como áreas que merecem atenção. Por mais que a ESF não seja responsável direta pela resolução de tais problemáticas públicas, ela pode servir como provocadora dos demais segmentos em prol da busca por soluções e também realizar ações de caráter educativo e preventivo frente a esses problemas, uma vez que saneamento básico e lixo impactam de forma direta nas condições de saúde daquela população.

3.3.6 O NASF como importante ferramenta de trabalho junto a ESF

Ao falarmos de intersetorialidade como importante ferramenta de trabalho junto a ESF não podemos deixar de citar as importantes contribuições trazidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nos últimos anos ela vem sendo apontada como política de destaque e mecanismo de indução e fortalecimento da intersetorialidade na ESF. A sua implantação certamente traz contribuições positivas na saúde da população, que percebe o resultado dessa implantação na prática.

*Nutricionista que agora tem, não tinha e agora tem. Ai para mim está bom.
(Informante IX)*

*A academia que vai ser implantada aqui. A gente tem um professor de ginástica [...] nossa academia vai ser montada já com o professor.
(Informante VI)*

Tem pessoas que precisam de exercícios físicos, precisam do fisioterapeuta [...] isso não se encontrava em postos de saúde locais [...] é a ampliação da rede de saúde da localidade, dar mais suporte [...] porque nem todo mundo sofre a mesma doença [...] (Informante X)

Mesmo passados 10 anos de seu lançamento, o NASF ainda pode ser considerada uma política recente de saúde no país. Seu funcionamento ocorre através da criação de núcleos de apoio para a estratégia de saúde, formados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações na atenção básica. Visa ainda aperfeiçoar o poder de resolubilidade da ESF, melhorando a inserção dessa política na rede de serviços e no processo de regionalização e territorialização (BRASIL, 2008).

Tal política possui um potencial diferenciado para o fortalecimento da articulação intersetorial, uma vez que agrega os diferentes saberes dos diversas áreas de conhecimento,

tais como o esporte, a nutrição, a assistência social entre outros, compreendendo o exercício permanente da intersetorialidade e da interdisciplinaridade. É possível destacar como importante atribuição da equipe do NASF o desenvolvimento coletivo, com prioridade para a intersetorialidade e a realização de ações que possam estar integradas as demais políticas sociais (BRASIL, 2009).

Diferentemente de outras políticas de saúde, os NASF não são constituídos de unidades físicas independentes, muito pelo contrário, utilizam as estruturas das unidades de saúde e as parcerias locais e intersetoriais para desempenho de suas atividades. Não possuem livre acesso para atendimento individual e coletivo, pois, seu perfil de atendimento deve ser regulado pela equipe atuante na atenção primária. Partindo das demandas identificadas no trabalho cotidiano e conjunto com as equipes, os profissionais devem atuar de forma articulada e integrada há rede municipal de saúde e suas diversas áreas de atuação (BRASIL, 2008; BRASIL, 2006).

A equipe do NASF é composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, e que atuam em parceria com os profissionais da ESF. Sua atuação está centrada no desenvolvimento de um trabalho complementar dos demais profissionais, com ênfase no apoio e supervisão das equipes de ESF, constituindo um compromisso de responsabilidade compartilhada e coordenada. No município de Itaquí a equipe do NASF é composta por uma nutricionista, um assistente social, um educador físico e uma fisioterapeuta.

Através da sua atuação integrada é possível ampliar o processo de avaliação e discussão de casos clínicos, possibilitando assim o atendimento compartilhado entre os profissionais, tanto nas UBS quanto nas visitas domiciliares. Esse perfil de atuação permite a construção coletiva de projetos terapêuticos que ampliem e qualifiquem as intervenções de saúde no território de abrangência. Mesmo com atuação de forma complementar, a equipe do NASF, assim como a equipe de saúde da família, podem realizar ações e parcerias intersetoriais, mantendo o foco prioritário em ações que valorizem a promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2009).

3.3.7 A promoção da saúde e a prevenção de doenças como ações prioritárias

Ações que necessitem da intersetorialidade devem estar mais presentes no cotidiano dessa política, pois, seus impactos e resultados positivos são de grande valia para a comunidade coberta pela política de saúde da família. A intersetorialidade também foi

encontrada na formação de parcerias com entidades próximas a UBS, através da cedência de espaços para realização de atividades preventivas, tais como palestras sobre saúde e atividades de grupo. Como exemplo é possível destacar a realização do Hiperdia, ação está realizada pela equipe de saúde com o objetivo de acompanhar os pacientes do bairro portadores de hipertensão e diabetes.

Neste contexto, a intersetorialidade serve como estímulo para o adequado trabalho da equipe, possibilitando que a mesma possa realizar ações de suma importância sob a perspectiva de reorganização da atenção básica, que são as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. A comunidade tem reconhecido e valorizado através de seus depoimentos a realização de tais ações.

Eu acho todas elas importantes, quando tem dia da mulher, quando tem uma atividade que é sobre a saúde elas estão sempre nos chamando, nos comunicando [...] eles vem uma vez por mês eles no bairro e dão toda a atenção e as pessoas idosas eles vão nas casas medir pressão, fazer o teste, eles vem e são sempre bem atenciosos com nós. (Informante VI)

Hiperdia, é no Hiperdia que eu vou quando tem. (Informante VIII)

Todos os meses eles fazem, tem a capelinha ali, que todos os meses ela convida a gente para quem tem diabetes, que tem a pressão alta, isso ai nós não tínhamos antes, não sei se foi o posto grande que mandou, mas todos os meses tem isso ai para nós. (Informante III)

[...] tem ginástica, tem aquele controle da diabetes [...] o pessoal que vai procurar o médico com problema de diabetes, só se não se cuidar. Eles estão ali para verificar todo mês, se aumentou, se diminuiu, como é que está esse controle. Então assim se a população abraçar esse método de trabalho que está ali as pessoas vão viver melhor. (Informante XI)

De acordo com a PAHO (2007), as doenças crônicas não transmissíveis são consideradas as principais causas de morbimortalidade no mundo. Especificamente nos países da América Latina, cerca de 72% do total dos óbitos são causados por esses tipos de doenças. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em termos globais, tais doenças corresponderão a 73% do total de óbitos, representando um impacto crescente nos custos dos sistemas de saúde. No Brasil não é diferente, pois, o país viveu uma transição epidemiológica marcada pela diminuição da mortalidade causadas por doenças infecciosas e um aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (PAHO, 2007; BRASIL, 2002).

Mesmo considerando a gravidade da maioria das doenças crônicas não transmissíveis e o aumento de sua incidência, grande parte dessas doenças pode ser prevenida. A OMS

propõe abordagens preventivas e de controle integrado no enfrentamento dessas doenças crônicas, consideradas um dos principais problemas de saúde no país. Mesmo com a possibilidade de prevenção, tal enfrentamento ainda consiste um dos maiores desafios do SUS, pois, se não forem adequadamente administradas, tornar-se-ão a primeira causa de incapacidade no mundo até 2020 e representarão um problema cada vez mais oneroso para o sistema de saúde (PAHO, 2007; OMS, 2003).

Nesse processo, o envolvimento de organizações não governamentais e, também, a participação da comunidade merecem destaque. Um exemplo de sucesso que pode ser citado ocorreu na Finlândia, através da participação e colaboração da indústria de alimentos, apoiada por decisões políticas, resultando numa drástica redução nos níveis de colesterol da população. Portanto, proporcionar as respostas adequadas para o enfrentamento dessas doenças pode ser considerado um dos desafios mais importantes do século na área da saúde (PAHO, 2007; OMS, 2003).

Para esse enfrentamento, a OMS recomenda algumas ações voltadas para o redirecionamento dos atuais sistemas de saúde, com medidas que integrem a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com foco prioritário nos principais fatores de risco dessas doenças crônicas não transmissíveis. Baseado em experiências exitosas, as principais recomendações para o desenvolvimento de futuros projetos destacam a necessidade e a importância da participação ativa da comunidade nesse processo, através do envolvimento dos líderes e organizações comunitárias, buscando a colaboração desses indivíduos, possibilitando assim uma melhor compreensão acerca das suas necessidades e prioridades. Esse envolvimento da comunidade junto aos serviços de saúde viabilizam a implementação de políticas públicas de saúde que auxiliem as comunidades para escolhas e estilos de vida saudáveis (RIBEIRO, et al., 2012).

De acordo com Santos Et Al. (2011), a realização de encontros frequentes com grupos de pacientes portadores de doenças crônicas, especialmente hipertensos e diabéticos, denominado Hiperdia, consiste numa importante ação para prevenção e promoção da saúde. Esse tipo de ação possibilita a ampliação do conhecimento e facilita o processo de convívio com tais doenças, contribuindo assim, para a melhora da qualidade de vida da população. O envolvimento da equipe e dos diversos profissionais convidados a participar do processo traz resultados positivos no trabalho, conforme estudo realizado pela mesma autora, possibilitando um trabalho continuado, com atuação no território, partindo de um enfoque familiar e em parceria com os usuários e outros setores.

A efetivação dessa prática assistencial no cotidiano da ESF evidencia o fortalecimento da equipe no desenvolvimento de ações de promoção da saúde aos portadores de doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes. Tais ações desenvolvidas devem ser estimuladas na rotina do trabalho da equipe de ESF, fazendo assim parte das atividades de destaque proposto pela política de saúde na qual prioriza ações de promoção da saúde e prevenção de doenças (SANTOS et al., 2011).

Entretanto, mesmo que o serviço ofereça diversas ações desse tipo e a comunidade reconheça algumas atividades preventivas realizadas pela equipe, há ainda a percepção de alguns usuários acerca da importância de ampliação de tais ações. Há portanto a necessidade de abordagem de outras doenças e problemas de saúde, da mesma forma que restabelecer ações preventivas que eram realizadas no passado, conforme relatos a seguir.

Eu acho que aqui tem que sempre buscar um trabalho de conscientização em relação as doenças, que talvez essa região por estar perto do rio, por estar perto do mato e tenha mais perigo vamos dizer assim de essas pessoas pegarem doenças. (Informante I)

[...] maior conscientização vai ser vacinar contra a gripe, sobre a febre amarela [...] sobre a dengue, por que existe muito lixo ainda por ai, latas e os próprios moradores, vamos falar bem a verdade que não são conscientizadas para ter esse cuidado e a gente tem vários focos na cidade de dengue, então tem muito mosquito [...]. (Informante X)

Nós gostaríamos que tivesse o ônibus como tinha antigamente, tinha aqui que vinha aqui na frente com dentista, doutor, agora não tem mais. Isso nós gostaríamos que voltasse. (Informante IX)

Eu acho que deveria ter mais palestras e ações preventivas para orientar a comunidade. (Informante XIV)

Evidências comprovam que a saúde possui mais relação com o modo de viver das pessoas do que uma percepção hegemônica de sua resolução biológica. Fatores de risco como o consumo de álcool, drogas, falta de uma alimentação saudável, o sedentarismo entre outros fatores estão diretamente relacionados e são considerados condicionantes à produção de doenças ditas modernas. Merece destaque a falta de esperança presente no cotidiano das populações mais carentes e que igualmente está associada aos riscos presentes nessas enfermidades (BRASIL, 2006).

A construção da política de saúde brasileira, a partir do esforço da sociedade no processo de redemocratização e que atingiu seu ponto mais alto com a CF88 possui, desde a

sua criação, subsídios para o desenvolvimento de estratégias e ações voltadas a promoção da saúde. Partindo de seus princípios norteadores como a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a hierarquização, é possível destacá-los também como potencializadores do processo de construção e execução de ações de promoção da saúde. Os resultados desse processo contribuem para a qualificação do SUS, possibilitando a construção de uma grande aliança em todo o território nacional tendo como foco central a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Pensando na ESF como uma política prioritária no contexto da saúde do país, a estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças mostram-se como importantes ações junto a ESF, pois possibilitam potencializar e ampliar as formas de intervenção na saúde, com foco prioritário em aspectos determinantes no processo de saúde/doença (BRASIL, 2006).

3.3.8 A estrutura da UBS como aspecto negativo

A estrutura física é um importante aspecto a ser considerado na execução da política de saúde da família. No caso da ESF Rio Uruguai a questão estrutural consiste num importante entrave, uma vez que, há falta de espaço físico adequado e amplo para realização das ações propostas pela política, espaço este ausente na atual estrutura física da UBS⁴. Portanto, a estrutura da unidade pode ser considerada um aspecto negativo acerca dessa política, pois, além de ser um imóvel alugado, não possui as condições necessárias para a adequada prestação dos serviços e também não atende a legislação que regulamenta as estruturas físicas de saúde.

Mesmo com os muitos avanços e melhorias trazidas pela implantação dessa política de saúde no município, um importante limitação desta política, destacado pela comunidade em seus relatos foi referente as questões estruturais, pois, a UBS não possui um espaço físico apropriado.

Eu acho que poderia melhorar a estrutura do posto que poderia ser maior, mais aconchegante pro povo, para a comunidade. (Informante XIV)

[...] elas estão precisando ir para uma estrutura melhor, elas também precisam de ajuda, estão mal ali, tem que terminar a obra (Informante VI)

⁴ Na presente pesquisa consideramos a estrutura física da ESF Rio Uruguai como UBS, pois, a mesma não possui estrutura física adequada estabelecida pela política. Após a conclusão das novas instalações a mesma passará a ser denominada unidade de saúde da família (USF), atendendo assim aos requisitos estruturais.

[...] é muito importante e precisamos melhorar, já temos saúde da família [...] temos que ter essa contra partida e tender a melhorar mais, ter mais infraestrutura [...] (Informante X)

[...] A falta de estrutura da unidade básica que já esta pequena, é uma casa simples, com espaço pequeno. Como já está em andamento o prédio para a nova unidade de saúde da família eu acredito que o atendimento será bem melhor porque vai ser bem maior o prédio, em condições de atender mais pessoas e dar um trabalho de mais qualidade do que o prédio que estamos, temos um bom trabalho, mas um prédio novo, um prédio próprio, com certeza o trabalho será bem mais especificado. (Informante XIII)

Além dos relatos que mencionam essa deficiência estrutural existente na UBS Rio Uruguai, através de visitas, registros no diário de campo e registros fotográficos, conforme as figuras 09, 10 e 11, ficam evidenciados tais deficiências estruturais.

O fato de ser uma antiga residência adaptada e transformada em unidade de saúde certamente contribui para a existência dessas deficiências estruturais, uma vez que, imóveis na maioria da vezes não são construídos levando em conta questões importantes para estabelecimentos de saúde, como por exemplo, a acessibilidade. Tal problema já é identificado na entrada principal da unidade, no deslocamento interno da unidade até as salas de atendimento e também nos próprios ambientes de atendimento.

Figura 14 – Fachada da Unidade Básica de Saúde Rio Uruguai.



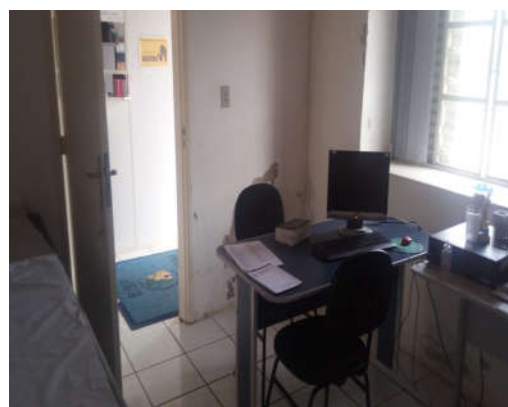
Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 15 – Sala de Espera da UBS.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Figura 16 – Consultório da UBS.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Os resultados obtidos através da implantação da ESF são positivos, demonstrados através da melhora significativa na qualidade e eficiência dos serviços prestados na atenção básica dos diversos municípios onde está política fora implantada. Mesmo com esses resultados positivos, é possível constatar que muitas UBS apresentam estrutura física inadequada e em alguns casos até mesmo improvisadas (BRASIL, 2008).

De acordo com Souza (2008), os problemas estruturais existentes nas UBS consistem numa importante barreira a ser superada no processo de desenvolvimento da ESF. Dentre os problemas estruturais existentes na maioria dos municípios brasileiros, destacam-se as dificuldades financeiras e principalmente, a infraestrutura da rede de saúde, com presença de equipamentos velhos e unidades de saúde em condições estruturais impróprias.

Em estudo realizado por Neves et al. (2018), acerca da estrutura das UBS no país, foi constatado que, entre 2012 e 2014 houve um aumento na prevalência de unidades com estrutura física adequada. Porém, mesmo com esse aumento positivo no cenário estrutural das UBS, a situação ainda é preocupante, pois, apenas cerca de 23% do total de unidades pode ser considerada adequadas para a adequada prestação do serviço e garantir a qualidade da atenção aos usuários da ESF. Dependendo da região, especialmente nas regiões norte e nordeste, tais índices são ainda menores.

De acordo com o mesmo estudo, municípios com maiores densidades populacionais apresentaram melhores números acerca de UBS adequadas, possivelmente por contarem com uma maior rede de abrangência e de assistência o que conseqüentemente se traduzem em mais recursos para investimento e manutenção, conforme as grandes demandas por atendimento. O Brasil é considerado um país muito vasto em dimensões territoriais, tais dimensões

constituem um importante desafio para a abrangência de serviços de saúde de qualidade, independentemente do porte populacional de cada município. De acordo com Tomasi et al. (2015), em estudo realizado foi evidenciado que quanto maior o porte do município, melhores condições estruturais e serviços na atenção básica tais serviços possuem (NEVES et al., 2018; TOMASI, 2015).

Em 2008 o Ministério da Saúde lançou o manual de estrutura física das unidades básicas de saúde, objetivando contribuir para a estruturação e fortalecimento da ESF no processo de mudança do modelo assistencial no país, partindo da premissa de que uma UBS com estrutura adequada seja facilitadora na mudança das práticas e ações das políticas de saúde. De forma complementar tal manual também aponta que a UBS bem estruturada consegue ser compatível tanto com as ações da equipe de saúde quanto as demandas dos usuários, melhor acolhendo suas necessidades de saúde e conseqüentemente proporcionando as respostas esperadas pela comunidade (BRASIL, 2008).

Cientes desses problemas estruturais existentes em muitos estabelecimentos de saúde no Brasil, o Ministério da Saúde criou em 2011 um programa denominado Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Tal política foi criada objetivando provocar e estimular a ampliação do acesso e da melhoria das UBS no país, promovendo o aumento dos investimentos na atenção primária com foco nas estruturas de saúde (NEVES et al., 2018).

O Ministério da Saúde entende que os municípios precisam ter uma grande capacidade de organização para que a ESF possa avançar, principalmente para disponibilizar instalações adequadas e também profissionais qualificados e em número suficientes. Os municípios devem ainda dispor de recursos financeiros para garantia e manutenção dos serviços prestados, visando assegurar a acessibilidade e acompanhamento das condições de saúde da comunidade, independente das necessidades de cada um. Devem ainda garantir acessibilidade a todos os usuários e famílias, independentemente da idade, deficiência ou mobilidade de cada um, assegurando um ambiente e mobiliários adequadas para a prestação e execução das ações de saúde (BRASIL, 2008).

Considerando as responsabilidades de cada ente acerca da saúde e também a necessidade de investimentos na atenção básica em saúde relacionado a estrutura física é possível afirmar que os municípios sozinhos não conseguem manter e adequar as estruturas físicas das UBS sem o aporte de recursos dos demais entes. Nesse contexto, a comunidade ribeirinha de Itaqui pode se considerar privilegiada, pois, foi uma das 04 UBS do município contempladas pelo programa Requalifica UBS, programa esse que disponibiliza recursos

federais com contra partida dos municípios para construção, ampliação e reforma das unidades de saúde.

As novas instalações da UBS Rio Uruguai ainda estão em fase de construção e após a conclusão dessa importante obra, certamente será possível qualificar ainda mais a assistência prestada para a comunidade através de uma estrutura ampla, que contempla a legislação vigente e que estará adequada as necessidades da população, conforme demonstra a figura 12.

Figura 17 – Fachada da nova unidade de saúde Rio Uruguai em obras.



Fonte: Elaborada pelo autor.

3.3.9 Dificuldade de acesso à política dos medicamentos básicos na UBS

Já destacado no início deste capítulo como um dos principais aspectos positivos a partir da implantação da ESF, o acesso, quando vinculado a ações específicas também pode gerar reações negativas no atendimento integral dos usuários. Quando falamos em acesso, certamente o acesso ao atendimento recebe destaque no contexto da atenção básica em saúde. Entretanto, a não disponibilidade de serviços essenciais, como neste caso a ausência de farmácia básica junto a ESF Rio Uruguai pode ser considerado um aspecto negativo a ser melhorado dentro da política local.

A comunidade ribeirinha, reconhecadora da melhoria do acesso aos serviços de saúde após implantação dessa política, também identifica ações complementares que devem estar à disposição da comunidade para um melhor atendimento das demandas dos usuários. Como caso específico, podemos destacar a necessidade de implantação de farmácia básica junto a

ESF, que conforme relatos, reiteram a necessidade de após atendimento receberem o medicamento já na unidade de saúde, reconhecendo e valorizando a política de saúde da família como política de integralidade e resolutividade frente aos problemas de saúde da população ribeirinha.

A única coisa que é um problema é a medicação que não tem ali, mas eu acredito que seja algum probleminha que pode ser solucionado através da administração que é ter o farmacêutico ali para poder ter o remédio [...] tu vai ali e consulta e tem que ir até o postão para ti pegar o medicamento na farmácia do postão porque ali não tem. (Informante XI)

Antes tinha medicação no Rio Uruguai, agora não sei porque terminaram, ai tem que pegar lá no postão [...]. Antes tinha ali, a gente já consultava e saia com a medicação dali e agora não, agora tem que ir no postão [...] Mas seria bom ter a medicação ali no posto, porque tu sai dali já com o remédio na mão [...]. (Informante III)

Olha, às vezes o medicamento que falta muito, medicamento que falta bastante, de primeiro quando abriu o postinho tinha, depois tiraram, ai é só lá no postão. (Informante II)

Através da PNAB, o MS inclui no conceito de atenção básica ações que abrangem o exercício de práticas sanitárias e gerenciais, de forma democrática e participativa, estimulando a participação e contato direto da população usuária do SUS. Alguns itens são considerados indispensáveis para execução dessas ações junto a atenção básica, com destaque para a existência das UBS e também de forma prioritária equipes de saúde da família implantadas e atuantes. Tais unidades devem estar cadastradas no Cadastro nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) e além disso, possuir estrutura completa que contemple equipe multiprofissional, consultórios para atendimentos médico, de enfermagem e odontológico, estrutura adequada e completa para o atendimento da comunidade, incluindo farmácia básica, equipamentos e insumos que possibilitem aos profissionais garantir a resolutividade proposta pela atenção básica (BRASIL, 2006).

O processo de mudança na estrutura populacional que tem ocorrido nos últimos anos no país tem refletido no aumento da expectativa de vida da população brasileira. O aumento da expectativa de vida e conseqüentemente o envelhecimento da população aumenta a necessidade e demanda por serviços públicos de saúde, principalmente acerca da necessidade de medicamentos que auxiliem no tratamento e controle de doenças crônicas. Portanto, garantir o acesso ao tratamento medicamentoso, considerando os medicamentos como insumos essenciais dentro da atenção básica em saúde, torna-se fundamental para o

reconhecimento da mesma como política de resolutividade e de integralidade no atendimento das demandas da população (BRASIL, 2004).

O direito ao acesso aos medicamentos no país foi mencionado pela primeira vez em 1923, através do decreto nº 4.682/1923. Porém, somente os trabalhadores ferroviários que possuíam vínculo com as caixas de aposentaria e pensão estavam contemplados nesse direito. Para a população em geral, somente na década de 1990, a partir da Lei Orgânica nº 8.080/1990 que o direito universal à assistência farmacêutica passou a ser previsto. Passados oito anos da criação desses direitos acerca dos medicamentos, tal tema novamente recebe destaque no cenário nacional e nas políticas públicas de saúde através da implantação da Política Nacional de Medicamentos, em 1998. A partir dessa época, o acesso aos medicamentos têm recebido atenção no cenário das políticas públicas no Brasil e, novas legislações foram sendo formuladas, com destaque para a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 1990; BRASIL, 2004).

O Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 esclarece que o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica no âmbito do SUS esteja vinculado aos usuários assistidos pelas ações e serviços do próprio sistema. O mesmo decreto recomenda ainda que as dispensas ocorram em unidades indicadas pela direção local do sistema de saúde, que estejam organizadas e que favoreçam o acesso, o processo de assistência farmacêutica e o racionamento de recursos da saúde (ALENCAR & NASCIMENTO, 2011).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) faz parte integrante da Política Nacional de Saúde, pois a mesma possui dentre os seus princípios, ações relacionadas ao medicamento, reconhecendo o mesmo como parte fundamental no processo de prevenção, promoção e recuperação da saúde. A PNAF possibilita e orienta que as práticas relacionadas à assistência farmacêutica devem ocorrer de maneira integrada à equipe de saúde, com atuação recíproca entre o profissional farmacêutico e a população usuária do serviço de saúde. Um dos principais princípios desta política possui relação com as práticas de políticas setoriais, com destaque para a política dos medicamentos, insumo este indispensável no contexto da atenção básica em saúde, com necessidade de valorização do acesso aos medicamentos e também a sua utilização de forma racional (BRASIL, 2004).

No contexto da PNAF, a atenção farmacêutica pode ser conceituada como o fornecimento responsável do tratamento farmacológico objetivando melhorar a qualidade de vida da população. Já a assistência farmacêutica pode ser definida como um conjunto de ações que envolvem além da pesquisa a avaliação do uso de medicamentos e produtos que busquem

promover e recuperar a saúde da população. Através da ampliação das ações com foco prioritário na ESF, busca-se uma atuação da assistência farmacêutica mais abrangente e que contemple toda a comunidade (BRASIL, 2014).

Na necessidade de formação de apoio interdisciplinar para complementar as ações individuais e coletivas junto a ESF, a inclusão do farmacêutico, especialmente como integrante da equipe multiprofissional do NASF consiste numa importante iniciativa dos gestores do sistema de saúde local. A assistência farmacêutica prevista no NASF visa incluir ações que vão além da atividade farmacêutica, mas principalmente incluir o farmacêutico nas ações da atenção básica, possibilitando assim a garantia do acesso aos medicamentos e também a utilização racional e segura dos mesmos (BRASIL, 2008).

Vieira (2007) destaca ainda que, a incorporação do farmacêutico junto a equipe de saúde da família qualifica a atenção farmacológica prestada, garantindo assim o uso racional de medicamentos, com redução de riscos e dos custos da farmacoterapia. Como ações complementares destaca-se a conscientização e a orientação acerca dos medicamentos, sendo as mesmas consideradas fatores determinantes para o estado de saúde do indivíduo.

Muitas dificuldades podem ser encontradas na execução das atividades da assistência farmacêutica, com destaque para a programação, aquisição e distribuição dos medicamentos. A indisponibilidade de farmácias nas UBS e ou problemas de desabastecimento influenciam de forma negativa na assistência à saúde da população, gerando implicações no acesso por questões econômicas, considerando que, não havendo a disponibilidade dos mesmos muitos usuários terão que comprá-los, desde que a sua condição financeira permita (ALENCAR & NASCIMENTO, 2011).

Alencar & Nascimento (2011) destacam em estudo realizado que há facilidades e dificuldades para o acesso da população a assistência farmacêutica nas diversas dimensões, sejam eles econômicas, geográficas, comunicacional e disponibilidade. Garantir o acesso aos medicamentos, todavia, consiste um grande desafio para os gestores dos sistemas de saúde, sendo necessário superar a percepção simplificada do acesso enquanto disponibilidade de medicamentos e reavaliar ações que possibilitem novas condutas para a garantia do acesso aos medicamentos.

A ausência de uniformização nas práticas da atenção básica pode ser considerado um dos grandes entraves enfrentados pela ESF. Ronzani e Van Stralen (2003) destacam como causa desse entrave alguns fatores como: a falta de planejamento de políticas públicas de saúde, de conexão das ações de saúde com os diversos setores existentes e de homogeneidade dos profissionais que atuam junto a ESF. Os profissionais de saúde e também os gestores

envolvidos na ESF devem ter consciência de que as práticas de saúde vão além da doença, abrangendo ainda o contexto histórico, social e cultural, exigindo assim a intersetorialidade nas ações de saúde.

Portanto, a assistência farmacêutica precisa ser melhor planejada no âmbito dos municípios, sendo que a mesma deve ser discutida de forma coletiva, envolvendo os diversos sujeitos envolvidos no processo de gestão e trabalho, objetivando efetivar as práticas integrantes na PNAB, possibilitando a partir dessas práticas garantir os direitos previstos aos usuários, neste caso, o acesso aos medicamentos (ALENCAR & NASCIMENTO, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao propor o presente estudo, a partir da sua problemática buscou-se perceber como a política de Estratégia de Saúde da Família vem interagindo e contemplando a comunidade ribeirinha no município de Itaqui/RS. Partindo dos princípios norteadores do SUS e principalmente da PNAB como referência para implantação da ESF, objetivou-se identificar os aspectos positivos e negativos a partir da implantação da política de Estratégia de Saúde da Família no espaço ribeirinho de Itaqui/RS.

A ESF, desde a sua implantação junto ao espaço ribeirinho de Itaqui, trouxe muitas contribuições positivas para atenção primária em saúde e principalmente para a comunidade contemplada por essa importante política de saúde. Como principais aspectos a serem considerados, recebem destaque a melhoria no acesso aos serviços de saúde e também a reorganização da atenção primária.

O avanço no acesso fica evidenciado pelos diversos relatos dos informantes, participantes do presente estudo, descrevendo inclusive as dificuldades enfrentadas pelos mesmos anteriormente à implantação desta política. Mesmo com o acesso a saúde previsto na CF88 e sendo reconhecido como um dos principais princípios do SUS, o que observou-se é que a comunidade ribeirinha de Itaqui tinha dificuldades para acessar os serviços de saúde local, mesmo que para atendimentos básicos.

A melhora no acesso a partir da implantação da ESF e execução de práticas mais humanizadas trouxe importantes resultados na atenção primária em saúde no país, com destaque para o progresso em diversos indicadores de saúde. Dentre os resultados positivos recebem destaque a redução no número de internações hospitalares potencialmente evitáveis, maior equidade, aumento na cobertura vacinal, na assistência à saúde da criança, da mulher e gestantes, dos adultos e também dos idosos e principalmente, a possibilidade de continuidade do cuidado. Como resultado desses avanços podemos destacar a melhoria na qualidade de vida da população ribeirinha de Itaqui.

Outro importante aspecto positivo trazido pela ESF certamente é a forma diferenciada de fazer-se saúde, através das transformações indicadas pela política. O atendimento mais humanizado e a melhoria na execução das práticas propostas e que busquem a satisfação do usuário contribuem de forma significativa para a melhoria na assistência prestada aos usuários beneficiados por esta excelente política de saúde.

Através de uma proposta de mudança nas práticas desempenhadas junto a saúde pública, principalmente em termos organizacionais, destaca-se a forma de trabalho em equipe implementada pela política de saúde da família. Ela ocorre através da implantação de equipes multiprofissionais que atuam de forma interdisciplinar, unindo diferentes formações, experiências e saberes. Tal metodologia de trabalho possibilita a realização de ações diferenciadas em saúde, garantindo uma melhor assistência e prestação de serviço à população pela qual tal equipe tornou-se responsável.

É importante salientar que, mesmo com todos os aspectos positivos decorrentes do trabalho coletivo proposto pela ESF, torna-se imprescindível o investimento em duas questões. A primeira refere-se a necessidade de aumento nas capacitações da equipe, possibilitando assim uma melhor formação profissional e de educação continuada, servindo também como estímulo profissional. A segunda questão está relacionada a falta de projetos de pesquisa nessa área no município, projetos que poderiam ser realizados pelos profissionais atuantes na política, gestores e também pelas diversas instituições de ensino da região. Tais questões, se atendidas, certamente trariam retornos positivos junto a equipe e comunidade ribeirinha de Itaqui.

Na atual conjuntura é possível afirmar que valorizar os profissionais, com o objetivo de fornecer condições para que os mesmos possam desempenhar com prazer e satisfação suas atividades, pode ser uma excelente alternativa no processo de consolidação da ESF na região ribeirinha. Investir ainda na alocação ou contratação de profissionais com perfil adequado para atuar junto a ESF e acima de tudo, na permanência dos profissionais instalados e adaptados a equipe configura também uma importante alternativa na constituição de equipes sólidas, com comprometimento e potencial para formação e manutenção do vínculo com os usuários.

A possibilidade de formação de parcerias também configura uma ação diferenciada e de destaque dentro da ESF. A intersetorialidade traz importantes benefícios para a equipe de saúde e também comunidade ribeirinha de Itaqui, e ela dá-se através de parcerias que ampliam os locais de atuação dos profissionais, possibilitando assim desempenhar ações preventivas em locais estratégicos na comunidade, saindo dos limites de atuação internos da UBS. Entretanto, é possível observar que, a intersetorialidade, como ferramenta de expansão das ações, não está sendo valorizada na sua integralidade como poderia, sendo assim sugerida sua expansão como mecanismo propulsor para a ampliação das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Ao expandirmos essas relações intersetoriais e melhorarmos as relações, o serviço de saúde se fortalece, usufruindo dessa importante e específica característica da ESF, que é a formação de parcerias entre a política, demais serviços públicos e a comunidade. Essas parcerias certamente contribuem de diversas formas, mas principalmente no fortalecimento do trabalho para o enfrentamento de diversos problemas específicos e que acometem as comunidades ribeirinhas, como por exemplo, as enchentes. Tal problema acomete a mesma de diversas formas trazendo grandes prejuízos econômicos, sociais e também de saúde e que somente podem ser amenizados e enfrentados se houver um trabalho conjunto e intersetorial.

Mesmo com todas essas contribuições já elencadas anteriormente, a política de saúde da família ainda necessita avançar no município. Como primeiro passo o reconhecimento e valorização da ESF como política prioritária no contexto da atenção primária. A valorização e estímulo da participação social também consiste numa importante iniciativa, pois, considera e reconhece as especificidades que envolvem as comunidades tradicionais, em especial suas questões culturais, sociais, crenças, costumes e valores. Destaca-se que a participação social é considerada um dos princípios norteadores do SUS, conforme a lei 8.142/1990, na qual dispõe sobre a participação da comunidade no controle e fiscalização do sistema. Além de ser um princípio norteador, investir na participação social contribuiria para uma assistência em saúde mais qualificada e conseqüentemente, voltada as necessidades específicas da população.

Valorizar a comunidade ribeirinha de Itaquí não significa desvalorizar ou deixar de garantir acesso as boas políticas de saúde para as demais regiões e comunidades. Todavia, reconhece tal comunidade tradicional com importante contribuição histórica e social na formação do município e acima de tudo, possibilita que a mesma possa usufruir das ações específicas propostas pela ESF, trazendo assim importantes resultados no enfrentamento dos principais problemas de saúde local.

Um importante aspecto negativo identificado na presente pesquisa refere-se a infraestrutura física precária da UBS. O atual local, mesmo que tenha recebido adaptações, era uma moradia antes de tornar-se um estabelecimento de saúde e portanto, não dispõe das condições necessárias para o adequado atendimento das demandas. Deste modo, a unidade não possui o número de salas ideal, difícil acessibilidade aos usuários e sala de espera pequena, entre outras dificuldades estruturais que certamente dificultam a prestação de assistência para a comunidade ribeirinha e região.

Contudo, mesmo sendo a questão estrutural um grave entrave para a ampliação das ações e prestação de serviços de saúde, tal estrutura física é temporária, uma vez que, já está em fase avançada as obras da nova sede do ESF Rio Uruguai, conforme demonstrado na

figura 12. Após a conclusão dessa importante obra, a comunidade ribeirinha de Itaqui poderá orgulhar-se em ter uma UBS com estrutura física adequada e que não atenda somente o que a legislação exige, mas que possa acolher de maneira digna os usuários dessa importante política de saúde.

Foi possível observar ainda que a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta não vem sendo utilizada no município como forma de referência no atendimento e valorização das especificidades da comunidade ribeirinha de Itaqui. Nesse contexto, questões culturais e modos de vida são aspectos que precisam ser considerados no processo de construção de políticas de saúde e principalmente valorizados na implementação das políticas já existentes. Tais ferramentas, como a PNSIPCF possibilitam um maior entendimento das singularidades das comunidades tradicionais e servem como auxílio para a garantia dos direitos da população e qualificação na prestação de serviços tão essenciais como os de saúde.

A partir das reflexões teóricas e dos resultados do presente estudo acerca da comunidade ribeirinha de Itaqui/RS foi possível identificar que a ESF Rio Uruguai ainda encontra-se em processo de construção e expansão no município. Dentre as fragilidades expostas, conforme relato dos usuários desta política, recebe destaque a necessidade de ampliação nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Mesmo que algumas ações deste perfil sejam desenvolvidas, é fundamental a ampliação de tais ações através da expansão dos locais de atuação, introdução de novas abordagens e temáticas e principalmente, formando novas parcerias intersetoriais que possibilitem uma inversão no processo de saúde/doença existente, com prioridade e ênfase na qualidade de vida da população.

O fortalecimento da ESF e das políticas para comunidades tradicionais, neste caso a comunidade ribeirinha de Itaqui depende principalmente, de uma maior valorização tanto da política de saúde quanto dessas comunidades. Esse reconhecimento possibilitará a incorporação de tais temáticas na agenda de gestão municipal e certamente, trará importantes resultados nos índices de saúde dessa população.

Como forma de auxiliar nesse processo de valorização da comunidade ribeirinha de Itaqui, através da associação do trabalho do pesquisador como vereador municipal, associado aos dados aqui levantados, foi proposto junto ao Legislativo itaquense projeto de lei que versa sobre a criação da “Semana de promoção da saúde e prevenção de doenças para comunidades ribeirinhas de Itaqui”. O referido projeto já foi protocolado e tramita internamente na Câmara de Vereadores de Itaqui/RS, sendo a sua elaboração motivada justamente por ir ao encontro das necessidades da comunidade ora estudada, na qual carece de

mais ações e intervenções públicas. Portanto, busca-se contribuir com a ampliação das políticas públicas e estimular ações de promoção da saúde e prevenção de doenças para a comunidade ribeirinha.

Outra importante sugestão proposta pelo presente estudo refere-se a possibilidade de ampliação das atribuições da assessoria de políticas de gênero. Esse departamento já existe no executivo municipal e poderia, após essa ampliação de atribuições, também desenvolver ações e políticas públicas em prol da comunidade ribeirinha de Itaqui.

O presente estudo não apresenta conclusões finais acerca do tema proposto, considerando a saúde e as comunidades ribeirinhas áreas amplas e que necessitam de mais abordagens científicas. Outras questões, como por exemplo os sistemas de proteção, num contexto socioeconômico e também questões culturais da comunidade ribeirinha, o processo de trabalho da equipe atuante na ESF e os instrumentos de gestão utilizados pelos gestores da rede de saúde do município, além do processo de participação social no contexto ribeirinho são alguns exemplos das áreas que requerem atenção e pesquisa para melhor aprofundar esta temática. Tais inquietações servem como provocação acerca da necessidade de pesquisar-se esses temas posteriormente e estimulam projetos futuros.

LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Durante a realização deste estudo foram evidenciadas algumas limitações, dentre elas podemos destacar a dificuldade de se obter dados de relevância acerca da Estratégia de Saúde da Família no município de Itaquí e também acerca da comunidade ribeirinha.

Outra importante limitação está relacionada ao tempo, considerando que o pesquisador atua como legislador (vereador) e servidor público municipal (enfermeiro). A indisponibilidade de tempo em um contexto geral certamente dificultou uma melhor abordagem dos informantes e também uma melhor avaliação de campo das comunidades ribeirinhas, uma vez que, o espaço ribeirinho pode ser considerado amplo no município de Itaquí, o que demandaria tempo superior ao disponível na presente pesquisa.

O pouco número de informantes também poderia ser considerado como um fator limitador dentro do estudo, entretanto, as regras metodológicas, principalmente acerca do instrumento de saturação, determinaram um número reduzido de informantes em virtude do não surgimento de nenhum novo elemento relevante para a presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, G. F. S. **Nutrição e adaptação humana em áreas de pesca na Amazônia:** sugestões para políticas em saúde, Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciên. hum, 1(2), 129-138. 2006.

ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. **A Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família:** encontros e desencontros do processo de organização. Ciênc. saúde coletiva vol.16 n.9. Rio de Janeiro, setembro de 2011.

ANDO, N. M.; AMARAL, F.; GARCIA, R. C. Medicina de Família e Comunidade em Cenários Específicos: População Ribeirinha. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade.** 1ed. Porto Alegre: Artmed, v.1, p.469-474, 2012.

ANDO, N. M. **Atuação da Medicina de Família e Comunidade em Populações Ribeirinhas.** Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade (PROMEF), v.6, p.49-80, 2011.

ARAÚJO, M. F. S.; LIMA, G. D. A estratégia saúde da família dentro do sistema único de saúde. **CAOS – Rev. Eletrônica de Ciências Sociais.** Paraíba, v.1,n.14,p.30-49, Set.2009

ARENDT, H. A promessa da política. 2ª edição. Trad. Pedro Jorgensen Jr. Rio de Janeiro: DIFEL, 2009.

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista:** contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP, 2003.

BARRA, S. A. R. **Gestão da Estratégia de Saúde da Família:** o desafio de consolidar a intersetorialidade. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Faculdade de Serviço Social. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013.

BARRETO, A. C.; GONÇALVES, R. G. Avaliação de Políticas Públicas: uma análise do Programa de Volta para Casa; **Rev. Políticas Públicas.** São Luís, V. 17, n 2, p: 402-413, 2013.

BERNARDES, A. G.; PELLICCIOLI, E. C.; MARQUES, C. F. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. **Rev. Ciênc. saúde colet.** 18(8):2339-46. 2013;. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/18.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1990.

_____. Ministério da Pesca e Aquicultura. **Pesca artesanal**. Brasília. MPA, 2014.
Disponível em: <<https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/108691/1/bpd3.pdf>>.
Acesso em: 05 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Núcleos de Apoio a Saúde da Família. **Portaria nº 154** de 24 de jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Disponível em:
<<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>>.
Acesso em: 24 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. **A implantação da unidade de saúde da família**. Caderno 1. Brasília, Departamento da Atenção Básica, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: ministério da saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. 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. **Editora do Ministério da Saúde**, 48p. Brasília, 2013.

_____. **Portaria GM 154, de 24 de janeiro de 2008**: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acessado em: 30 mai. 2012.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 24 ago. 2018.

_____. **Resolução 338 do Conselho Nacional de Saúde, de 06 de Maio de 2004**: aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf. Acessado em: 29 dez. 2011.

_____. Sala de situação: Saúde da Família. 2016 Disponível em: http://sage.saude.gov.br/paineis/psf/corpao.php?uf_origem=BR-5570-204482459&cidade_origem=&uf_cidade=BR%20-%20%C2%A0&no_estado=BRASIL&idPagina=31#grafico1. Acesso em: 11 set. 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica**: diretrizes NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARNEIRO JR. N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.709-716, 2010.

CAMON, V. A. **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1509-20, 2010.

CARNEIRO, T. S. **Discutindo a Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB**: “neo-psf às avessas”? 2008. TCC- trabalho de conclusão de curso – UEPB.

CESCO, S.; CEOLIN, L. P. S. Políticas públicas e inundações do rio Uruguai no município de São Borja: o olhar dos atingidos e a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, n. 22. Brasília, janeiro - abril de 2017, pp 285-328 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220172208>>. Acesso em: 08 mai. 2018.

CHERQUES, H. R. T. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Af-Revista PMKT**, 03 Completa, 2009.

COELHO, M. C. **Do sertão para o mar: um estudo sobre a experiência portuguesa na América, a partir da colônia**: o caso do Diretório dos Índios (1751-1798). 2005. 433 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em História Social. São Paulo, 2005.

COHEN C. F.; SOUZA, S. R.; PONTES, D. G.; SALINO, A. V.; REBELO, M. A. B. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cad. Saúde Pública**, 25(8), 1827-1838, 2009.

COLVERO, R. B. **Itaqui nas fronteiras Ibero-americanas: 1801-1889**. São Borja: Faith, 2012.

COMERLATTO, D.; MATIELLO, A.; COLLISELLI, L.; RENK, E. C.; KLEBA, M. E. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Rev Katálysis**, 2007.

COSTA; G. D.; et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.1, p.113-118, jan-fev.2009.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de Programas Públicos: desafios conceituais e metodológicos. Rio de Janeiro, **Revista de Administração Pública**, 37. 2003.

CUNHA, C. G. S. **Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais**: tendências recentes e experiências no Brasil. Trabalho elaborado durante o curso “The Theory and Operation of a Modern National Economy”, ministrado na George Washington University, no âmbito do Programa Minerva, em 2006.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R.; **Estratégia Saúde da Família**: reflexão sobre algumas de suas premissas. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/jornada_eixo_2011/impasses_e_desafios_das_politicas_da_seguridade_social/estrategia_saude_da_familia_reflexao_sobre_algumas_de_suas_premissas.pdf>. Acesso em: 09 set. 2017.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisa qualitativas. Curitiba, **Rev. Educar**, n. 24, p 213-225, 2004.

SCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 1998.

FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SEIDL, H.; GAGNO, J. A. Posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate** n. 38 (n. esp.):13-33, 2014.

FREITAS, M. L. A.; MANDÚ, E. N. T. Promoção da saúde na estratégia de saúde da família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Rev. ACTA Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.23, n.2, p.200-205, jan.2010.

FREY, K., **Políticas públicas**: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e políticas públicas, n. 21, 2009.

GALAVOTE, H. S.; PRADO, T. N.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Rev. Ciência e saúde coletiva**, 2011. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=6>>. Acesso em: 31 ago. 2018.

GARCIA, R. C. **Avaliação de Ações Governamentais**: pontos para um começo de conversa. Brasília, IPEA/CENDEC, out., 1997.

GERHADT, T.; SILVEIRA, D. **Métodos de Pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão Para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. UFRGS, Porto Alegre, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas,1999.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P.F.; SCOREL, S.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R.; DELGADO, M. M.; ANDRADE, C. L. T.; CUNHA, M. S.; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev. Ciência e saúde coletiva**, 14(3):783-794, 2009.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-39, jan./mar. 2000.

ILHA, S.; DIAS, M. V.; BACKES, D. S.; BACKES, M. T. S. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Cienc. Cuid. Saúde**, 2014; Jul/Set; 13(3):556-562, Rio Grande, 2014.

ITAQUI. **Relatório anual de gestão de 2013**. Secretaria Municipal da Saúde. Itaquí, 2014.

ITAQUI. **Plano municipal de saúde 2018-2021**. Itaquí, 2017.

LOUREIRO, J. J. P. **Cultura Amazônica**: uma poética do imaginário. Belém, CEJUP, 1995.

MALTA, D. C.; SANTOS, M. A. S.; STOPA, S. R.; VIEIRA J E. B.; MELO, E. A.; REIS, A. A. C. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(2):327-338, 2016.

MEDICE, A. C. et al. **Brasil**: a nova agenda social. Rio de Janeiro: LTC, 2011.

MENDONÇA, M. S. et. al. Etnobotânica e o saber tradicional. In: FRAXE; Therezinha de Jesus Pinto; WITKOSKI, Antônio Carlos; PEREIRA, Henrique dos Santos (Orgs.). **Comunidades ribeirinhas amazônicas**: modos de vida e uso dos recursos naturais. Manaus: EDUA, 2007. p. 91-105.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 7ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MORAES, A. C. R. **Bases da Formação Territorial do Brasil**: o Território colonial brasileiro no “longo” século XVI. 2ª ed. São Paulo: Annablume, 2011.

NEVES, R. G.; DURO, S. M. S; MUÑIZ, J.; CASTRO, T. R. P.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cad. Saúde Pública**, vol.34, n.4, Mar 29, 2018.

OLIVEIRA, B. F. A.; MOURÃO, D. S.; GOMES, N.; COSTA, J. M. C.; SOUZA, A. V.; BASTOS, W. R. Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**, 29(8), 1617-1630. 2013.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa saúde da família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. Saúde Pública**, Botucatu, v.40, n.4, p.727-733, fev.2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. **Organização Mundial da Saúde**: Brasília; 2003. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas. Washington: **PAHO**; 2007. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/reg-strat-cncdspt.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2018.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Rev. Saúde Pública**. v.35,n.1,p.303-311. Fev.2001.

PEREIRA, E. A. D. **As encruzilhadas das territorialidades ribeirinhas**: transformações no exercício espacial do poder em comunidades ribeirinhas da Amazônia tocantina paraense. Niterói, 2014.

PERES, C. R. F. B. et al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 905-11, 2011.

PINTO, M. **A Identidade socioterritorial Missioneira na cidade histórica de São Borja-RS**: As hegemonias de poder sobre uma identidade tradicional enraizada entre antigas reduções Jesuítico-Guarani. Tese de doutorado, UFRGS, Instituto de Geociências, Programa de Pós Graduação em Geografia, Porto Alegre, 2015.

POLIT, D.; BECK, C.; T.; HUNGLER, B.; **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RIBEIRO, A. G.; COTTA, R. M. M.; RIBEIRO, S. M. R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Rev. Cienc. Saúde Colet**;17(1):7-17, 2012.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens de família do programa saúde da família (PSF). **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto. V.12, n.4, p.658-664, Jul-Ago.2004.

RODRIGUES, A. A. A. O.; SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia. **Cienc Saude Coletiva**;15(3):907-15, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000300034&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 ago. 2018.

RONZANI, T. M.; VAN STRALEN, C. J. Dificuldade de implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro. **Revista APS**, v. 6, n.2, p.99-107, Jul/Dez. 2003.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, p.1027-1034, nov-dez. 2005.

SACK, R. O significado de territorialidade. In: DIAS, Leila Christina e FERRARI, Maristela. (orgs.). **Territorialidades humanas e redes sociais**. Florianópolis: Insular, pp. 63-89, 2011.

SANTOS, E. M.; POHL, L. T.; BARRIONUEVO, V.; VENDRUSCOLO, C.; FERRAZ, L. Promoção da saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus: relato de uma prática assistencial de enfermagem. **Rev. Saúde Públ.**; Florianópolis, v. 4, n. 1, jul./dez. 2011.

SANTOS, E. **Nascimento dos. Movimentos Sociais e Geografia**: sobre a(s) espacialidade(s) da ação social. Rio de Janeiro: Consequência, 2011.

SANTOS, F. S.; GAMA, A. S. M.; FERNANDES, A. B.; JUNIOR, J. D. D. R.; GUIMARÃES, J. Prevalência de enteroparasitismo em crianças de comunidades ribeirinhas do Município de Coari, no médio Solimões, Amazonas, Brasil, **Rev. Pan Americana de Saúde**, 1(4), 23-28, 2010.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74 , dec. 2001. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7061/8530>>. Acesso em: 02 set. 2017.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no programa saúde da família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62,n.3,p.424-429, maio-jun. 2009.

SILVA, P. C. C.; DALAMA, L. A.; MORAES, M. A. Q.; GUEDES, D. C.; SOUZA, P. E.; GOMES, W. G.; ANDO, N. M. **Organização do Cuidado à Saúde em Populações Ribeirinhas**: experiência de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão Em Saúde. Belo horizonte, 2013.

SILVA, P. L. B. **Modelo de Avaliação de Programas Sociais Prioritários**: relatório final. Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil. Campinas, NEPP-UNICAMP, 1999.

SOUZA, C. et al. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 24 set 2017.

SOUZA, M. F. O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n2, p.153-158, mar-abr.2008.

SOUZA, R. C.; BATISTA, E. B. **Política Pública de Saúde No Brasil**: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. 2012. São Paulo.

STARFELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

TOMASI, E.; OLIVEIRA, T. F.; FERNANDES, P. A. A.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA F. V. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200171>. Acesso em: 08 set. 2018.

TOMAZ, J. B. C. **O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”**. Interface (Botucatu). 2002;6(10):84-7. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1801/180114097008.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Programa saúde da família. **Rev. de Saúde Pública**, v.34, n.3, p.316-319, Jun.2000.

VAITSMAN, J.; RIBEIRO J. M.; LOBATO, L. V. C. Análise de políticas, políticas de saúde e a Saúde Coletiva. Physis - **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23: 589-611. 2013.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.

VILELA, R. A. G.; SILVA, R. C.; JACKSON FILHO, J. M. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre agentes comunitários de saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**35(122):289-302, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572010000200011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 ago. 2018.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Através deste termo gostaríamos de convidá-lo (a) a participar de nosso estudo denominado:

A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS EM ITAQUI/RS: UMA ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO.

O objetivo do mesmo é analisar como a política de Estratégia de Saúde da Família vem executando suas ações no espaço ribeirinho de Itaqui/RS.

Assinando o presente termo, concordo em participar de forma voluntária deste estudo e que fui devidamente informado(a) de forma clara e detalhada sobre as questões relacionadas ao estudo e ao objetivo do mesmo.

Tenho ciência de que os dados serão coletados através de gravação digital com posterior transcrição, e que os mesmos serão destruídos em 5 anos. Tais dados obtidos através deste estudo poderão ser divulgados para publicação, entretanto, o anonimato de meus dados de identificação serão preservados. A minha desistência da pesquisa pode ocorrer em qualquer momento sem acarretar qualquer dano, prejuízo ou penalidade.

Eu _____, ao assinar este documento, declaro ter lido, ou me foi lido, ter entendido as informações citadas acima e concordo em participar da pesquisa acima descrita, de autoria do Mestrando Enfermeiro Leonardo Dicson Sanchez Betin, sob a orientação do Professor Muriel Pinto.

Confirmo o recebimento de uma das duas cópias do termo de consentimento, sendo a outra arquivada pelo pesquisador.

Assinatura do Informante: _____

Leonardo Dicson Sanchez Betin – Aluno/Pesquisador – Assinatura: _____

Telefone para contato: (55)999112977

Muriel Pinto – Professor Orientador

São Borja, ____ de _____ de 2018.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados – Informantes Ribeirinhos

Nome: _____

Endereço: _____

Tempo de residência no bairro: _____

Data da Coleta: ___/___/_____ Hora: ___:_____.

QUESTÕES

1 – Com que frequência você costuma frequentar a unidade de saúde da família implantada em seu bairro? E em que circunstâncias?

2 – Antes da implantação da unidade de saúde da família no bairro, que serviço você buscava em necessidade de atendimento de saúde?

3 – Em sua opinião, qual a importância da implantação de uma unidade de saúde da família específica para a comunidade ribeirinha e região?

4 – Que ações você considera importantes e fundamentais a partir da implantação dessa política de saúde?

5 – Você percebe alguma ação específica realizada para as comunidades ribeirinhas de Itaqui?

6 - Que ações de saúde você acha que poderiam ser desenvolvidas em prol da comunidade ribeirinha de Itaqui?

7 – Em sua opinião, houve melhora nas condições de saúde e qualidade de vida da população ribeirinha após a implantação dessa política de saúde? Justifique sua resposta?