



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

ANA PAULA GULARTE MACEDO

**ATENÇÃO BÁSICA, INTEGRALIDADE E DIVERSIDADE LOCAL: ANÁLISE DA
PRODUÇÃO DO CUIDADO EM EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA RURAL EM ASSENTAMENTO DO MST**

**PORTO ALEGRE
OUTUBRO 2018**

ANA PAULA GULARTE MACEDO

**ATENÇÃO BÁSICA, INTEGRALIDADE E DIVERSIDADE LOCAL: ANÁLISE DA
PRODUÇÃO DO CUIDADO EM EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA RURAL EMASSENTAMENTO DO MST**

Dissertação apresentada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, sob a orientação do Professor Dr. Alcindo Antônio Ferla.

Outubro de 2018.

CIP - Catalogação na Publicação

MACEDO, ANA PAULA GULARTE
ATENÇÃO BÁSICA, INTEGRALIDADE E DIVERSIDADE LOCAL:
ANÁLISE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM EQUIPE DE ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL EM ASSENTAMENTO DO MST / ANA
PAULA GULARTE MACEDO. -- 2018.
87 f.
Orientador: ALCINDO ANTÔNIO FERLA.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2018.

1. ATENÇÃO BÁSICA . 2. INTEGRALIDADE. 3.
DIVERSIDADE LOCAL. 4. USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES. 5. ESF RURAL E MST. I. FERLA, ALCINDO
ANTÔNIO, orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico essa dissertação especialmente aos meus pais por sempre me incentivaram e apoiaram, e sem os quais não teria chegado até aqui.

Aos meus filhos que tiveram paciência nas muitas horas de ausência, e que estão sempre ao meu lado.

Aos integrantes do Movimento Sem Terra e a Gestão do Município de Nova Santa Rita, que me oportunizaram essa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente à Deus e aos protetores que me acompanham, por me guiarem até aqui e me permitirem essa conquista.

Aos meus pais Iolanda e Juvelino Macedo, que foram sempre meu porto seguro e apoio em todos os momentos de minha vida.

AOS MEUS FILHOS Júlio, Júlia e Matheus pela compreensão nas longas horas em que tive que me dedicar aos estudos, e foram fundamentais para me incentivar com gestos de carinho e amor. Agradeço especialmente a minha filha Júlia, a qual muitas vezes fez o papel de mãe para seus irmãos, quando estive ausente.

AO MEU COMPANHEIRO Oscar Rosenhaim, que conheci durante esta caminhada e que se tornou meu parceiro incansável incentivador, auxiliando com os afazeres, e compalavras e atitudes de encorajamento e amor.

AOS DEMAIS FAMILIARES, principalmente ao meu irmão que mesmo à distância está sempre me incentivando e torcendo por mim.

AO MEU ORIENTADOR Alcindo Ferla, o qual considero muito mais que um professor, mas um amigo e profissional incomparável em sua competência. Obrigada por todos os ensinamentos, pela compreensão, atenção e correção em todos os momentos necessários.

AOS DEMAIS MESTRES, especialmente as Professoras Erica Rosalba Malmann Duarte e Stela Meneghel, que me ensinaram e auxiliaram tanto durante este período.

AOS AMIGOS de Mestrado, que compartilharam comigo as angústias e aprendizados nesta trajetória. Especialmente a amiga Magda Maria GasparyBertoncello, a qual certamente nos reencontrou neste plano para nossa felicidade.

AOS AMIGOS de Nova Santa Rita, especialmente a equipe da ESF Rural que me recebeu de braços abertos. E aqueles que tornaram possível essa pesquisa, na pessoa da Prefeita Margarete Simon Ferretti e da Secretária de Saúde Maria Eliane lensen, além dos médicos MoisésKochamm, Jonas Pretto e Marcos Tiarajú, fundamentais na construção desta dissertação.

AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, representado pela Prof.^aDr^a Stela Meneghel, pelos momentos partilhados, e a todos os profissionais envolvidos do Programa que fizeram parte deste caminhar. Enfim, a todos aqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído.

RESUMO

As Equipes de Estratégia de Saúde da Família Rurais (ESF) em Assentamento representam menos de 3% do total de Equipes de ESF de todo o Brasil. A pesquisa foi realizada em uma ESF Rural no Assentamento Santa Rita de Cássia II, no Município de Nova Santa Rita/RS. Pretendeu utilizar a relação existente entre a Atenção Básica e Integralidade para responder ao questionamento de como é possível realizar o cuidado integral em uma ESF Rural em Assentamento, utilizando o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), e qual a sua importância dentro do SUS. Foram realizadas análises de dados secundários do IBGE, INCRA e DAB para possibilitar o embasamento da pesquisa. No campo empírico, foram realizadas observação direta e entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave. A categorização dos dados embasou a produção de três eixos de análise: Conexões com o Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra (MST), Integralidade como princípio do SUS e como práticas de saúde e O sistema local de saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Verificou-se a importância da ESF Rural em Assentamento para a manutenção, não somente como assistência de saúde local, mas como espaços de formação continuada, através do uso da mesma para realização capacitações sobre uso de fitoterápicos como alternativa de tratamento e cuidado por exemplo. Importante ressaltar que durante a construção desta dissertação, a Política Nacional de Atenção Básica foi reformulada e alterada de forma a reduzir o número de profissionais das equipes de ESF e tipificação das mesmas, reduzindo a possibilidade de incentivo a implantação destas Equipes que representam à oportunidade de acesso a saúde com dignidade.

ABSTRACT

The Rural Family Health Strategy Teams (ESF) in settlement represent less than 3% of the total ESF teams across Brazil. The research was carried out in a Rural ESF in the Santa Rita de Cassia II settlement, in the Municipality of Nova Santa Rita / RS. It aimed to use the relationship between Basic Attention and Integrality to answer the question of how it is possible to perform integral care in a Rural ESF in Settlement, using the Program of Improvement of Access and Quality in Primary Care (PMAQ-AB), and what is its importance within SUS. Secondary data analyzes of the IBGE, INCRA and DAB were carried out to make possible the basis of the research. In the empirical field, direct observation and semi-structured interviews with key informants were performed. The categorization of the data was based on the production of three axes of analysis: Connections with the Movement of Workers and Landless Workers (MST), Integrality as SUS principle and as health practices and The local health system and the National Improvement Program Access and Quality of Primary Care (PMAQ). The importance of ESF Rural in Settlement was verified for the maintenance, not only as local health care, but as spaces of continuous training, through the use of the same for conducting training on the use of herbal medicines as an alternative treatment and care for example. It is important to emphasize that during the construction of this dissertation, the National Policy on Basic Attention was formulated and modified in order to reduce the number of professionals in the FHS teams and their classification, reducing the possibility of encouraging the deployment of these Teams that represent the opportunity to access health with dignity

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Município de Nova Santa Rita	32
Figura 2 - Vista aérea de Nova Santa Rita e assentamentos.....	32
Figura 3 - População residente, por situação do domicílio e sexo - 2010.	33
Figura 4 - População residente, por grupos de idade - 2010.....	34
Figura 5 Pirâmide etária ano 1991 - Distribuição por sexo, segundo grupos de idade.	35
Figura 6 - Pirâmide etária ano 2000 - Distribuição por sexo, segundo grupos de idade.	35
Figura 7- Pirâmide etária ano 2010 - Distribuição por sexo, grupos de idade.....	36
Figura 8 - Evolução do IDH de Nova Santa Rita.....	38
Figura 9 - Formas de destinação de esgoto sanitário no município	40
Figura 10 - Composição gravimétrica dos resíduos domiciliares de Nova Santa Rita.	41
Figura 11 - Proporção de nascimentos e consulta de pré-natal	43
Figura 12 - Organograma da SMS	52
Figura 13 - Escravos trabalhando nas lavouras de café	59
Figura 14 – Assentamento Nova Santa Rita	64
Figura 15 - Caminho para o Assentamento Capela, onde são realizados semanalmente atendimentos pela ESF.....	70
Figura 16 - Entrada da COOPAM, com alusão ao território onde são produzidos alimentos orgânicos em forma de Cooperativa	70
Figura 17 - Local onde são realizados os atendimentos pela UBS	71
Figura 18 - Lançamento do Livro Campo Floresta e Águas em março/2018.	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Análise das características dos entrevistados e respostas	30
Quadro 2 - Relação entre nascimentos, baixo peso ao nascer e prematuridade	44
Quadro 3 - Relação entre nascimentos, baixo peso ao nascer e prematuridade RS	45
Quadro 4 - Relação entre nascimentos, baixo peso ao nascer e prematuridade RS	46
Quadro 5 - Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar	46
Quadro 6 - Série histórica nº óbitos Fetais em Nova Santa Rita	47
Quadro 7 - Série histórica da Mortalidade Infantil taxa/1000 hab.....	47
Quadro 8- Perfil de mortalidade segundo causa específica CID 10	48
Quadro 9 - Internações por condições sensíveis à atenção Básica	50
Quadro 10 - Situação da implantação das equipes.....	54
Quadro 11 - Unidades de Saúde cadastradas no SCNES	54
Quadro 12 - Políticas Públicas x Práticas da Equipe e dos Usuários.....	63
Quadro 13 - Resultados obtidos na última auto avaliação do PMAQ-AB.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População residente segundo sexo e faixa etária	33
Tabela 2 - Estrutura etária da população de Nova Santa Rita	34
Tabela 3 - Dinâmica populacional: análise da pirâmide e crescimento populacional	36
Tabela 4 - Longevidade, mortalidade e fecundidade.....	37
Tabela 5 - Dados do Serviço de Abastecimento de Água	Erro! Indicador não definido.
Tabela 6 - Esgotamento sanitário.....	40

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	19
2.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, INTEGRALIDADE E ATENÇÃO BÁSICA	19
2.2. EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DAS FAMILIAS RURAIS.....	21
2.3. IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS AVALIATIVOS NA SAÚDE E O PMAQ-AB	23
2.4. CONFIGURAÇÃO TECNOLÓGICA DO TRABALHO EM SAÚDE E A AVALIAÇÃO	25
3. METODOLOGIA.....	28
4. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA.....	32
4.1. LOCALIZAÇÃO	32
4.2. PANORAMA DEMOGRÁFICO	33
4.3. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE	37
4.1. ECONOMIA.....	38
4.2. SANEAMENTO BÁSICO	39
4.3. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	43
4.3.1. PERFIL DE NASCIMENTOS	43
4.3.2. PERFIL DA MORTALIDADE INFANTIL.....	47
4.3.3. PERFIL DA MORBIDADE HOSPITALAR E AMBULATORIAL	47
5. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DE ATENÇÃO À SAÚDE	51
5.1. ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DA SMS	51
5.2. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	53
5.2.1. ATENÇÃO BÁSICA.....	53
5.2.2. SAÚDE BUCAL	55
6. O MOVIMENTO SEM TERRA (MST):	56
6.2 O ASSENTAMENTO SANTA RITA DE CÁSSIA	60

6.2. ESFMARIZALOURENÇO DA SILVA.....	61
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
7.1. CONEXÕES COM O MOVIMENTO SEM TERRA:.....	62
7.2. A INTEGRALIDADE COMO PRÁTICA EM SAÚDE	64
7.2.1. INTEGRALIDADE E ATENÇÃO NOS CICLOS DE VIDA.....	67
7.2.2. INTEGRALIDADE E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	71
7.3. PMAQ-AB E A ESF RURAL	74
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	86
ANEXO II – MODELO DE ENTREVISTA.....	87

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), que completa 29 anos em 2017, é considerado um dos maiores Sistemas de saúde pública do mundo e durante este período conquistou grandes avanços para a da população brasileira. Apesar das dificuldades apresentadas nos últimos dois anos, através do desfinanciamento das ações e serviços de saúde, principalmente com a vigência da Emenda Constitucional nº 95/2016, o Sistema está presente em praticamente todas as ações de saúde que podemos dimensionar. O SUS abrange desde o atendimento nas unidades básicas de saúde, passando pela vacinação, fornecimento de medicamentos gratuitos e internações de média e alta complexidade, até o trabalho em setores tais como restaurantes e cosméticos, através da vigilância sanitária (BRASIL, 1990). Se parte da população consome produtos e serviços assistenciais por desembolso direto ou planos e seguros privados de saúde, a totalidade dos brasileiros e brasileiras é usuária de ações de promoção e vigilância em saúde, realizadas pelo SUS, inclusive para garantir a qualidade dos serviços de assistência à saúde privados não vinculados ao sistema público de saúde.

No Brasil, o trabalho realizado pelas equipes de atenção básica como porta de entrada para o atendimento à população, é fundamental para a implementação de processos de trabalho que visem não somente o tratamento curativo, mas também o preventivo. Essa abordagem está amplamente fundamentada na Política Nacional de Atenção Básica, a qual apresenta como estratégia principal a Saúde da Família (SF) (BRASIL, 2007), que deve ser organizada em uma equipe multiprofissional, com definição territorial e adscrição da clientela, além do cadastramento e acompanhamento da população residente na área (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A atenção básica e, mais especificamente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem o desafio, no SUS e na PNAB, de mudar o modelo de práticas vigente, da lógica queixa-conduta para processos de atenção integral. (FERLA, 2007). Portanto, a designação de “porta de entrada” tem aqui um duplo sentido: o ponto de acesso prioritário ao sistema de saúde para toda a população, independente das condições do território que habita ou circula, e o ponto de mudança das práticas e dos processos de trabalho.

A necessidade de institucionalizar os processos avaliativos como forma de aprimoramento técnico, qualificação das equipes, planejamento prévio na tomada de decisões e capacitação de gestores e profissionais para atender a população através da formulação de políticas públicas adequadas, nos leva a refletir sobre a importância destes processos dentro do cotidiano dos serviços de saúde. A reflexão entre o uso destes processos avaliativos e a tomada de decisão para qualificação dos serviços é de fundamental importância para que tanto gestores quanto profissionais de saúde utilizem de forma a se beneficiar dos indicadores produzidos pelas avaliações. (CONTADRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO, 2004). No caso da temática em estudo, a integralidade e os processos de trabalho no interior dos pontos de atenção, particularmente quando se tratar de serviços de atenção básica em saúde, a avaliação significa monitoramento das ações que se desenvolvem e produção de rumos para a mudança de práticas e da lógica dos processos de trabalho.

O Ministério da Saúde vem implementando ao longo dos últimos dez anos vários processos que realizem a avaliação frequente das políticas de saúde implementadas no Brasil, o que demonstra a necessidade cada vez maior da realização de pesquisas sobre este tema. (BRASIL, 2011; CONTANDRIOPOULOS, 2006)

As dificuldades para atender a todas as necessidades da população são inúmeras, principalmente se levarmos em conta que o Sistema Único de Saúde é em um sistema de saúde que preconiza o atendimento em saúde forma integral, universal e gratuitamente, num país onde as diversidades de clima, culturais, epidemiológicas, populacionais e de cuidado são imensas. Importante destacar aqui o encontro entre a diretriz do sistema de saúde, no registro constitucional, de integralidade da atenção, e a diretriz operacional da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB1), de porta de entrada prioritária do sistema de saúde. Essa condição

¹Importante registrar que, no momento em que se constrói o projeto de pesquisa, o governo federal lança ofensiva de mudanças relevantes na PNAB onde, ao que tudo indica, a relevância da atenção básica e o papel da mesma na reorientação de práticas estão em questão. Há movimentos de resistência de todo lado, mas essa iniciativa torna visível uma posição ideológica em relação à saúde e à atenção básica que não havia sido manifesta pelo governo federal ao longo dos últimos 30 anos.

aloca para a atenção básica um perfil de complexidade maior do que os demais serviços, na medida em que a diversidade das condições que interferem na produção de saúde tem uma variação muito maior nesses serviços. Por conta dessa diversidade, progressivamente há o reconhecimento de singularidades de grupos populacionais, gerando novos “adendos” à política de atenção básica. Visando o atendimento de parte destas singularidades foram criadas propostas como as Estratégias de Saúde da Família Pluviais e Estratégias de Saúde Família rurais, as quais atendem populações ribeirinhas e estas últimas áreas rurais e com territórios muito extensos (BRASIL, 2011).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado em 2011 através da estratégia do Ministério da Saúde “Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade”, trouxe a proposta de avaliar em um mesmo processo os serviços de atenção básica do país, de forma a contemplar os grandes e pequenos municípios, dentro do universo dos 5.561 municípios do Brasil (IBGE, 2016). O PMAQ-AB desencadeou um processo de avaliação que, ao mesmo tempo, colocou em circulação uma estratégia de valorização financeira de desempenho para a atenção básica, um processo de coleta de dados in loco inédito para a atenção básica e desencadeou uma agenda de pesquisas avaliativas da atenção básica inédita até então.

A proposta desta dissertação foi impulsionada pela minha trajetória de mais de dez anos como gestora pública de saúde e também pela história de vida pessoal, onde ainda na adolescência participei de movimentos como Diretas Já em 1983 e do Diretório Acadêmico durante o período universitário. Durante a Graduação em Nutrição pelo IMEC/POA (Instituto Metodista de Educação e Cultura – Porto Alegre), concluída em 1994 pude vivenciar as primeiras experiências com o SUS (Sistema Único de Saúde), através do atendimento de pacientes nos ambulatórios da Santa Casa de Porto Alegre e Hospital de Clínicas, que são instituições onde o atendimento realizado é prioritariamente pelo Sistema Único de Saúde. A partir da finalização de minha graduação fixei residência no Município de Dois Irmãos em 1995, onde resido até hoje.

Nos quatro anos que se seguiram após a formatura, atuei em refeitórios e indústrias de alimentos na região do Vale dos Sinos, dentro da área metropolitana de Porto Alegre, onde vivenciei várias experiências na área de administração de Unidades de Negócios. Mas existiam marcas que foram construídas em

minha personalidade que mesmo trabalhando durante seis anos em outras áreas da nutrição, me levaram a retornar a área da saúde pública no ano de 1998, quando iniciei os trabalhos de nutricionista clínica no Hospital São José de Dois Irmãos, que até aquela data não contava com este profissional.

Durante atuação por dez anos como Nutricionista Clínica e a partir de 2002 como Coordenadora Administrativa do Hospital, desenvolvi alguns projetos em Dois Irmãos e região, como “Amamenta 24h”, onde todas as puérperas que ganhavam seus bebês no Hospital São José recebiam uma visita de uma equipe multidisciplinar na primeira semana após o parto, e o Projeto “Sábado com saúde”, no qual o Hospital em parceria com o Município encaminhava equipes de saúde para os bairros da cidade aos sábados e prestava atendimento à população. A partir de 2008 passei a compor a equipe da gestão municipal de saúde de Dois Irmãos, onde atuei até 2011, quando então assumi a 1.^a Coordenadoria Regional de Saúde que na época era responsável por vinte e quatro municípios da região metropolitana, incluindo Porto Alegre.

A atuação como Coordenadora Regional de Saúde me proporcionou além de um conhecimento sobre todas as estruturas administrativas da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, a vivência da divisão territorial do Estado que ocorreu em 2012 em consonância com o Decreto 7508/2011, e onde juntamente com a equipe de gestão estadual de saúde pude compor a proposta de configuração das Regiões de Saúde, onde foram alteradas as configurações das regiões de saúde existentes e subdivido o Estado do Rio Grande do Sul em trinta novas Regiões de Saúde.

Retornando a Gestão Municipal em 2013, iniciei algumas assessorias de gestão em saúde pública, dentre as quais tive a oportunidade de desenvolver o projeto e acompanhar a implantação da equipe de Estratégia de Saúde da Família Rural, localizada dentro do Assentamento Santa Rita de Cássia II em Nova Santa Rita.

Durante estes anos de experiência, realizei vários cursos de aperfeiçoamento em na área de gestão em saúde pública, e conclui mais uma especialização de gestão em Políticas Públicas pela Unicamp em 2017 onde além de obter mais conhecimento sobre a Gestão do SUS, ampliou-se o desejo de desenvolver um projeto que pudesse dar visibilidade à populações que fazem parte do nosso universo de atendimento, porém não tem estratégias diferenciadas de

acordo com as características das mesmas. Foi este desejo que trouxe a proposição desta dissertação.

A proposição desta dissertação é além de demonstrar como é estruturada uma equipe de estratégia de saúde da família rural dentro de um assentamento, visualizar como foi avaliada esta equipe pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, que foi pensada para que pudesse servir futuramente de exemplo a outros locais de como pode ser estruturada uma ESF Rural em Assentamento e como dentro das suas especificidades são atendidos os trabalhadores os conceitos de atenção básica e integralidade.

As especificidades existentes na ESF Rural Mariza Lourenço são inúmeras, pois além de ser constituída de forma rural, está localizada dentro de um assentamento e atende comunidades dentro e fora deste assentamento. A condição de grupo social residente em área de assentamento coloca as pessoas e coletivos assim caracterizados numa inserção muito singular no contexto dos condicionantes e determinantes da saúde, seja na ordem da cultura, da relação com o trabalho e o consumo, com as lógicas de produção e com as condições sanitárias de organização de serviços e indicadores da situação de saúde. Tais especificidades geraram em mim questionamentos que foram desenvolvidos através deste estudo:

* Qual a interface existe na ESF Rural e Assentamento em Relação ao Conceito de Atenção Básica?

* Como são interpretados a partir do debate sobre a diversidade local e a integralidade da atenção?

* Que impactos o PMAQ-AB produziu nesta equipe e quais exerce a ESF Rural dentro de um Assentamento, na comunidade, nos trabalhadores e na gestão municipal?

Essas questões norteiam o estudo que foi desenvolvido, onde não se pretendia em absoluto se localizar no segmento dos estudos avaliativos que constata a situação objeto de análise. Aqui se pretendeu dar uma resposta às condições de acesso e que reflexos produzem na saúde das pessoas, portanto, compreender as condições de singularidade deste seguimento, a partir da análise

das reflexões produzidas pelo PMAQ-AB, que não esgotam o objetivo ético do trabalho acadêmico, senão de construir intervenções que auxiliem a produzir avanços em relação à integralidade produzida na atenção básica para a saúde de pessoas e coletividades com a condição de residir em áreas de assentamento.

2. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

2.1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, INTEGRALIDADE E ATENÇÃO BÁSICA

Durante o movimento de Reforma Sanitária nas décadas de 1970 e 1980, foram estruturadas diversas atividades que buscavam o atendimento à saúde de forma integral e igualitária a todos os que necessitassem. O movimento não foi somente uma das principais sementes do SUS, mas os participantes almejavam desde seus primórdios a consolidação da cidadania no País (BAPTISTA 2007).

A realidade social, na década de oitenta, era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, pois era prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social, sendo restrita somente aos trabalhadores que contribuía. A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada no em 1986 foi um marco fundamental, quando então a saúde passou a ser definida como forma também de redução das desigualdades sociais, além de incluir a de promoção e prevenção de doenças como parte fundamental na prestação de serviços de saúde, iniciando uma nova era do fornecimento do cuidado multiprofissional e não somente medico-centrado (PAIM, 1999).

Antes da Conferência, existia um “duplo comando” na área da saúde, pois o Ministério da Previdência Social cuidava da prestação de serviços médicos curativos e o Ministério da Saúde das ações preventivas, tais como vacinação. O acesso aos serviços médicos curativos, porém só era fornecido aos trabalhadores com carteira assinada, o que causava inúmeros agravamentos de doenças e morte prematura de muitos adultos jovens.

A partir do início da implantação do Sistema Único de Saúde, inicia-se uma nova era, com atendimento dentro de três princípios doutrinários que embasaram e

norteiam o atendimento até os dias atuais, sendo considerados os três fundamentos principais do SUS: a integralidade, equidade e universalidade (BAPTISTA, 2007).

No que tange especialmente a integralidade, como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender a operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade. (Pinheiro, 2009).

Atendendo este princípio da integralidade, podemos refletir sobre como é prestada assistência à saúde em comunidades rurais, principalmente em áreas de assentamento, ressaltando importância do acesso a saúde em uma área rural de assentamento, onde as condições de são muito mais difíceis e a população tem as mesmas necessidades de uma área urbana.

O conceito de Atenção Básica é definido pela Política Nacional de Atenção Básica, e nos remete a uma importante reflexão sobre os processos de trabalho necessários para o atendimento integral da população em todos os territórios (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica caracteriza-se por um. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Ainda, utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Port. GM 648, 2006).

Considerando que a saúde é definida como o bem-estar do indivíduo nas dimensões biológica, social e psicológica (BRASIL, 2010), é preciso refletir sobre como promover saúde nas mais diversas comunidades, sendo que o atendimento dentro do conceito de integralidade aos povos do campo, no que se refere à atenção desenvolvida por equipes de ESF Rurais, especialmente localizada em um

assentamento é um desafio que diariamente é enfrentado pelas equipes de saúde destes locais.

2.2. EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS RURAIS

Os trabalhos realizados pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família são fundamentais para a manutenção da saúde e qualidade de vida da população, sendo que as mesmas devem ser a principal porta de entrada do usuário para os serviços de saúde, atuando como ordenadoras do cuidado (BRASIL, 2011). Como se registrou anteriormente, a ESF é a porta de entrada prioritária do sistema de saúde e o ponto de virada da lógica de atenção nos serviços e sistemas de saúde, segundo as determinações da política atual. Atualmente o Brasil conta com 40.187 Equipes de Saúde da Família implantadas (DAB, 2017).

Apenas 6% (seis por cento) das equipes de saúde da família estão localizadas em áreas rurais, sendo que as especificidades das mesmas são muitas e a realidade da grande maioria dos trabalhadores em saúde é de despreparo para este mercado de trabalho. Esse despreparo reafirma que o modelo vigente de práticas e compreensões, mesmo diante dos desafios epistemológicos e operacionais produzidos com o advento do SUS, ainda é aquele da queixa-conduta, ou seja, que se estrutura a partir da compreensão biomédica, inicialmente descrita por Foucault no final do Século XVII e início do Século XVIII. (FERLA, 2007).

Michel Foucault (1989) descreve nesse período da história, o nascimento da medicina moderna e sua articulação com o estado moderno, inaugurando uma nova perspectiva para as políticas de saúde. Essa perspectiva é atualizada por Madel Luz (2013) que, ao estudar as políticas de saúde do Brasil nas décadas de 1960 e 1970, identificou na mesma o predomínio do discurso biomédico já descrito por Foucault, talhando o conceito de “instituições médicas” para designar a sincronia do conteúdo biomédico no discurso das instituições estatais verificado nas políticas do setor.

A proposta de analisar como se aplicam os conceitos de atenção básica e integralidade, em conjunto com a aplicabilidade do PMAQ-AB em uma equipe de estratégia de saúde da família rural dentro de um assentamento do MST, foi gerada sob a minha percepção como gestora de saúde há mais de dez anos, onde temos a necessidade de lidar com as mais diversas realidades. Mais do que isso,

pela perspectiva de um conceito ampliado de saúde registrado na Constituição Federal, que define um conjunto de condicionantes e determinantes que devem ser objeto dos processos de trabalho no interior do SUS e que tenciona a lógica vigente no interior dos serviços, e também na formação, para uma sustentação diversa das práticas realizadas no seu interior.

As relações produzidas a partir dos encontros de construção desta análise, utilizando como base as tecnologias leves de Mehry (2002), além da verificação do sistema local de saúde em relação a utilização do PMAQ em uma equipe de estratégia de saúde da família rural, se existe a viabilidade do uso das mesmas como estratégias de educação permanente em saúde. A associação dos termos “tecnologias leves” e “educação permanente em saúde” se ocupa, nesse estudo, de constituir o plano epistemológico da pesquisa e da produção de modelagens tecnoassistenciais para o trabalho a partir da realidade do trabalho, no seu cotidiano.

Nesta pesquisa, o olhar e a organização do trabalho se voltam para o cotidiano, identificando e analisando questões que, colocadas em análise, desenvolvem conhecimentos e tecnologias. Assim, a pesquisa se torna pesquisa de intervenção e o trabalho se organiza a partir de conhecimentos significativos, na medida em que “servem” para produzir mudanças no modelo vigente e, assim, abrem-se à complexidade que existe no cotidiano, mas que não compõem a estética da relação entre conhecimentos e práticas vigentes. (CECCIM; FERLA, 2008)

A dificuldade de estruturação das equipes de Estratégia de Saúde da Família Rural é multifatorial, devido a extensa área territorial o trabalho árduo do campo e a cultura existente de assistência curativa e não preventiva. O processo de implantação destas equipes tem que levar em consideração as especificidades de cada local, pois o êxito do trabalho está intimamente relacionado a este processo. A estratégia de saúde da família rural deve atender de 100 a 150 famílias na área rural, atendendo integralmente suas necessidades (BRASIL, 2011; DOMINGUES, 1998).

Vários estudos apontam que a população residente em áreas rurais tem condições de saúde piores que a população urbana, principalmente em relação ao acesso aos serviços de saúde e deficiências no saneamento ambiental. (UNASUS, 2017).

De acordo com o IBGE, 15,6% da população brasileira reside em áreas rurais.

A ocorrência destes fatores é comum a outras populações que têm seus modos de vida e produção relacionados com a terra, como extrativistas, ribeirinhos, pescadores e raizeiros. (UNASUS, 2017). As adversidades apontadas pelos estudos têm, em grande medida, relação com a diversidade das condições de vida dessas populações, que são pouco conhecidas e consideradas pelos formuladores de políticas, particularmente em seus aspectos culturais e organizativos.

Além das questões sanitárias e ambientais, é preciso considerar outros aspectos na compreensão da saúde da população do campo, seja relativa às características do trabalho que desenvolvem e suas relações com a saúde, seja relativamente ao acesso a bens e produtos de consumo de forma mais geral ou mesmo em relação às configurações culturais e em particular em relação à saúde.

Conforme Madel Luz (2009), esse registro é relevante na medida em que as políticas públicas e de saúde, tendem a ser ocupado pelos discursos vigentes da ciência e, no caso da saúde, o discurso biomédico. Desse registro abre-se um campo de análise que não é somente da demanda por acesso aos serviços de saúde como estão constituídos de forma predominante no sistema de saúde existente, mas também de uma tensão importante com os modos de organizar o cuidado e a articulação do trabalho em saúde realizado no seu interior com o ambiente e com o território.

As ESF Rurais em assentamento tencionam para a realidade do povo residente em áreas de difícil acesso, com a particularidade de serem oriundos de um movimento que historicamente busca melhores condições de vida para os seus descendentes, que serão demonstradas no decorrer desta dissertação.

2.3. IMPLANTAÇÃO DOS PROCESSOS AVALIATIVOS NA SAÚDE E O PMAQ-AB

O conceito de avaliação refere-se à exposição de um valor que é embasado em um julgamento, com critérios pré-definidos. Destacam-se como estratégia de solução e enfrentamento de problemas o uso de instrumentos de juízo de valor que possam mensurar os critérios (TANAKA; MELLO, 2001).

A avaliação de políticas e programas de saúde foi firmada como prática inicialmente na década de 1970, vinculando-se prioritariamente na alocação de recursos (SANCHO: DAIN, 2012).

A institucionalização da avaliação na Atenção Básica é apontada como fundamental para a qualificação da mesma, pois através dela é possível a construção de processos organizados e sistemáticos, envolvendo gestão, assistência e todos os processos de cuidado e dimensionar o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004). As ações do Ministério da Saúde vêm sendo direcionadas no sentido de atender esta demanda, acentuando-se a partir da década de 1990, quando da efetivação do Sistema Único de Saúde.

Diante da necessidade crescente de processos que realizassem a avaliação dos serviços de saúde, foram instituídos ao longo dos últimos vinte anos diversos mecanismos avaliativos pelo Ministério da Saúde dentre os quais podemos citar (PROESF – Programa de Avaliação da Estratégia de Saúde da Família, PNASS – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde) e mais recentemente o PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), o qual utilizará como base para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é fundamentado na proposta de avaliação e certificação do trabalho de gestores e equipes de Atenção Básica. Foi instituído pela Portaria 1.654 de 19 de julho de 2011, estabelecendo a pactuação de compromissos entre as equipes de Atenção Básica, Municípios e Ministério da Saúde, além do controle social, apoio institucional e a educação permanente para o fortalecimento das práticas em saúde (BRASIL, 2011).

Na Portaria é agregado um valor financeiro disponibilizado a cada equipe, de acordo com o resultado da avaliação das metas pactuadas e alcançadas do PMAQ-AB. Esse valor é denominado componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), o qual é repassado mensalmente e fixado de acordo com cada avaliação efetivamente realizada nos Municípios. Existe uma indicação por parte do Ministério da Saúde de que este valor seja utilizado para melhoria estrutural das Unidades de Saúde ou agregado ao valor dos salários dos servidores, porém a Portaria não estabelece critérios desta distribuição. Através da análise e reflexão sobre indicadores do PMAQ-AB constantes na Avaliação Externa do Programa, esta pesquisa se propõe a construir um diagnóstico que possa subsidiar outras equipes e

gestões municipais sobre o processo de avaliação de equipe de Estratégia de Saúde da Família Rural.

O uso do Programa justificado por ser o único Programa de Avaliação das Equipes de Atenção Básica e Gestão que através de indicadores previamente definidos que possibilitam uma análise evolutiva com uma proposta de intervenção, que como resultado final visam a qualificação das equipes e melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A necessidade de desenvolvimento de estratégias de avaliação das políticas públicas e programas de saúde são reafirmados por diversos autores, que nos remetem a uma importância cada vez maior da realização de pesquisas sobre a qualificação dos serviços de saúde ofertados a população.

2.4. CONFIGURAÇÃO TECNOLÓGICA DO TRABALHO EM SAÚDE E A AVALIAÇÃO

Através da pesquisa realizada podemos observar que a equipe utiliza em vários momentos as descrições em torno das tecnologias de trabalho em saúde, de acordo com as definições adotadas por Emerson Mehry, que considera que as tecnologias que estão presentes no trabalho são conexões entre conhecimentos e o cotidiano, destacando uma tipologia que destaca aquelas diretamente ligadas às relações, ocorrendo nos encontros entre os sujeitos, ou seja, trabalhador e usuário, trabalhador e trabalhador, usuário e usuário.

Mehry tipifica o tecnológico trabalho em saúde em três categorias: “tecnologias duras”, que se referem aos equipamentos, normas e programações. As “Tecnologias leve-duras”, que são as do conhecimento técnico, onde os trabalhadores em saúde realizam a aplicabilidade do seu conhecimento técnico com o jeito próprio de atuar. E as “Tecnologias leves”, que se referem às relações interpessoais, independente do conhecimento técnico ou equipamentos que possam ser utilizados (Mehry,2002).

É de fundamental importância a elaboração de novas estratégias potentes e com visão estratégica para manter o trabalho “vivo”: (...) Na micropolítica do processo de trabalho, não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, e porque ele pode

ser sempre “atravessado” por distintas lógicas que o trabalho vivo pode apresentar (Mehry, 2002).

Utilizando as tecnologias do cuidado de Mehry e o trabalho “vivo” como dispositivos fundamentais de potência, é possível a construção conjunta com a equipe e gestão local, de uma reflexão de como atuar de forma integral num trabalho que perpassa o cotidiano da Equipe de Estratégia de Saúde da Família Tradicional e para atender a ESF Rural, desenvolvendo novas estratégias que constituam a micropolítica do trabalho em ato.

A utilização dos indicadores do PMAQ-AB estratégia de educação em saúde e qualificação da gestão são inúmeras, podendo servir de instrumentos na tomada de decisões sobre a percepção das equipes de Unidades Básicas de Saúde sobre o seu trabalho e o desenvolvimento de ações que beneficiem a comunidade (Práticas de Avaliação em Saúde – Rede Unida, 2017). Durante a realização da pesquisa pudemos observar que esse dispositivo foi utilizado de forma muito adequada, como veremos em seguida.

Para situar o questionamento no modelo lógico da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, é necessário colocar a aquisição de novos conhecimentos e a melhoria do desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) como suas principais finalidades. Não basta institucionalizar a avaliação. É preciso questionar a capacidade da avaliação de produzir informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS (CONTRADIOPOULOS, 2006). A avaliação realizada pelo PMAQ-AB na Estratégia de Saúde da Família Rural, segue com os mesmos padrões e indicadores das demais equipes convencionais. Através desta pesquisa, foi visualizado um dos objetivos do Programa pode ser atingido na ESF Rural, como estratégia de educação permanente, servindo como potencial estruturação de novas formas de pensamento e construção reflexiva, constituindo uma alternativa de processos educativos transformadores, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003).

A Educação Permanente em Saúde é uma estética pedagógica para a experiência da problematização e da invenção de problemas. Para o setor da saúde, esta estética é condição para o desenvolvimento de uma inteligência da escuta, do cuidado, do tratamento, isto é, uma produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/interferência no andar da vida individual e coletiva. (CECCIM, 2005).

Seguindo esta linha de pensamento proposta por Ceccim, a realização de estudos e pesquisas que comprovem a aprendizagem através do trabalho realizado é imprescindível para a construção de novos saberes e qualificação das equipes em seus processos de trabalho.

A análise de diversos autores comprova a necessidade de desenvolver novas estratégias de aproximação entre trabalhadores, usuários e gestão visando a qualificação dos processos de trabalho nas equipes de atenção básica.

Acreditando que o uso das tecnologias leves de Mehry aliado aos conceitos de educação permanente e uso do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ) possam ser utilizados como estratégia de aproximação entre os atores envolvidos nesta temática (gestão, usuários e trabalhadores), temos diversos elementos que conversam entre si de maneira a retroalimentar um sistema singular, caracterizado por uma comunidade que trabalha de forma coletiva, que cultiva alimentos de forma orgânica e em cooperativa, mas que acima de tudo tem na sabedoria popular a forma mais presente de produção do cuidado em saúde.

Dentro da perspectiva apresentada pelos mesmos, temos um campo de pesquisa ainda pouco explorado e com inúmeras especificidades, principalmente quando pensamos em uma equipe de estratégia de saúde da família rural, onde os trabalhadores em saúde experimentam o atendimento das necessidades integrais da comunidade com recursos tecnológicos limitados, sendo necessário o uso constante das tecnologias leves e leve duras em vários momentos, além da distância física em um centro de atendimento com maiores recursos.

3. METODOLOGIA

O objetivo principal do estudo foi analisar o que contribui para o debate da integralidade a atenção de uma Equipe de ESF Rural em Assentamento, utilizando os dados do PMAQ como indutor do processo.

Tratou-se de um Estudo de Caso que foi realizado com uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, de análise temática que foi desenvolvida através da triangulação de métodos, onde foi utilizada análise documental, estudo de campo e entrevistas semiestruturadas, utilizando o PMAQ-AB como indutor do processo de reflexão, através da análise das matrizes de indicadores obtidos pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família do Assentamento Santa Rita de Cássia II.

O Estudo de Caso é um procedimento utilizado habitualmente na intervenção clínica com o objetivo de compreensão e planejamento da intervenção, destacando-se pela possibilidade de integração de diferentes técnicas e campos do conhecimento. Nessa condição o conhecimento teórico é dirigido ao individual e ao particular, em um autêntico ato de “debruçar-se sobre o leito”, o que, etimologicamente encontra-se presente na palavra clínica, conforme Barbier (1985).

O Estudo de Caso é caracterizado como o estudo profundo de um objeto, de maneira a permitir amplo e detalhado conhecimento sobre o mesmo, o que seria praticamente impossível através de outros métodos de investigação segundo Hatt (1973).

A partir da década de 30 nos Estados Unidos, iniciaram as primeiras pesquisas intervenção, inaugurando uma possibilidade de articulação entre teoria e prática, sujeito e objeto nas investigações sociológicas, psicológicas, educacionais, organizacionais (Saidon, 1983, Barbier, 1985).

Minayo (2007, p.44) define a metodologia como:

- a) Discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema ou objeto de investigação requer;
- b) Apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e dos instrumentos operativos que devem ser utilizados para buscar relativas às indagações da investigação;

- c) “Criatividade do pesquisador”, ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais ou de qualquer outro tipo específico de resposta às indagações específicas;

A Pesquisa foi iniciada com a verificação pela pesquisadora dos indicadores e metas atingidas no PMAQ-AB pela equipe nas avaliações externas que já foram realizadas nos anos de 2013 e 2015. Foi constatado que não houve adesão do Município em 2013, pois não havia a ESF ainda implantada e em 2015 optou-se por não aderir devido a Equipe ter iniciado seus trabalhos somente em setembro de 2014. Após esta análise, foi necessária uma revisão com a equipe juntamente com a gestão municipal em outubro de 2017, para avaliar como havia sido desenvolvido o processo do PMAQ nesta ESF.

Após esse momento inicial, foi realizada imersão e observacional no cotidiano da equipe entre os meses de janeiro e março de 2018, que resultou em um diário de campo onde foram registradas as principais percepções e a construção de um desenho cartográfico qualitativo, que possibilitou uma reflexão sobre os processos de trabalho em relação a integralidade as adversidades oriundas do atendimento por uma equipe de ESF Rural. A afirmação do desenho qualitativo é, sem demérito dos estudos quantitativos, para afirmar que não se pretende qualquer diagnóstico avaliativo, mas, exatamente, desenvolver o trabalho no cotidiano, considerando a complexidade e a singularidade desse território que está em estudo.

A partir do mês de abril de 2018, foram realizadas cinco entrevistas semiestruturadas, de acordo com o roteiro apresentado no Anexo II deste trabalho. Os participantes foram escolhidos para que fosse possível representar a triangulação necessária ao desenvolvimento das políticas de saúde (gestão, trabalhadores e usuários).

As entrevistas foram realizadas com o Gestor local, e a Enfermeira responsável pela ESF, o médico assistente e a Presidente do Conselho Municipal de Saúde, onde foi possível verificar a percepção dos mesmos sobre como está estruturada a equipe e dentro do conceito de atenção básica e integralidade e qual contribuição do PMAQ dentro da equipe Mariza Lourenço da Silva em Nova Santa Rita. A categorização das entrevistas está descrita no quadro 01:

Quadro 1- Análise das características dos entrevistados e respostas

GESTOR (E1)	MÉDICO (E2)	ENFERMEIRO (E3)	TÉCNICO ENFERMAGEM (E4)	USUÁRIO (E5)
SECRETÁRIA DE SAÚDE HÁ TRÊS ANOS TRABALHADOR DA SAÚDE MUNICIPAL HÁ 18 ANOS FORMAÇÃO: TÉCNICO DE ENFERMAGEM CONCURSADA MORADORA DO MUNICÍPIO	MÉDICO BRASILEIRO FORMADO EM CUBA EM 2016 VALIDAÇÃO EM 2017 NO BRASIL ORIUNDO DE ASSENTAMENTO MÉDICO ASSISTENTE DA EQUIPE HÁ UM ANO	ENFERMEIRA COM ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA CONCURSADA ATUA NO SERVIÇO DESDE A INAUGURAÇÃO DA UBS MORADORA DE PORTO ALEGRE	FORMAÇÃO HÁ DOIS ANOS COMO TÉCNICA TRABALHADOR DO SERVIÇO HÁ UM ANO MORADORA DO ASSENTAMENTO SANTA RITA DE CÁSSIA II	LÍDER FEMININA DE ASSENTAMENTO HÁ MAIS DE VINTE ANOS MORADORA DO ASSENTAMENTO ITAPUÍ USUÁRIO REGULAR DO SERVIÇO PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
Integralidade como eixo prioritário no atendimento – atenção ao indivíduo; ESF diferenciada pelo acolhimento e participação da comunidade PMAQ como disparador de processos e apoio da gestão. Para ESF ser implantada em outros assentamentos deveria seguir o fluxo de como foi feita em Nova Santa Rita, com participação ampla da comunidade e descentralização dos atendimentos.	Integralidade como atenção a todos os ciclos de vida Organização política e formatação do MST como fundamental para o processo diferenciada de ESF Rural; Práticas integrativas Atenção Básica resolutiva, evitando o uso de exames desnecessários e ida ao Pronto Atendimento PAMQ importante para a qualificação da equipe como processo de melhoria do serviço.	Integralidade nos ciclos de vida; Utilização de práticas integrativas como forma de atenção, respeitando as características e cultura locais. Uso de plantas medicinais e alimentação orgânica. Atenção básica organizada para que a AB seja a porta de entrada principal do usuário dentro do sistema de saúde Relação do PMAQ como qualificação do serviço, exemplo de organização dos CPs após análise dos indicadores de cobertura; ESF Rural em assentamento pode e dever ser reproduzida em outros territórios;	Integralidade como imprescindível para o trabalho na ESF Rural. Indivíduo assentado visto como diferenciado em termos de acesso, por isso a importância da ESF mais próxima dos assentados; Uso das práticas integrativas como trabalho cotidiano. Atenção Básica feita de forma real, com acolhimento aberto e atendimento a todas as demandas da comunidade, inclusive urgências; Considera a UBS uma porta de entrada do sistema; PMAQ construído coletivamente, auxiliou na estrutura física da UBS, qualificando o trabalho.	O atendimento integral DEVE ser fundamentação da ESF Rural no assentamento. Acolhimento aberto, visitas domiciliares e olhar aos pacientes, cuidadores e trabalhadores da terra, pois todos necessitam da ESF. Local de troca de saberes (oficinas terapêuticas de práticas integrativas: uso de fitoterápicos, alimentação alternativa, grupo de artesanato); Considera esta ESF o retrato da Atenção Básica mais próximo do ideal, pois atende o território em praticamente todas as necessidades. PMAQ como avaliação: Considera importante para analisar como está o serviço e melhorar o mesmo.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Através da análise das entrevistas e realizadas após o período de observação entre os meses de janeiro a março de 2018, foi possível obter uma

compreensão ampliada de como é realizado o atendimento cotidiano de uma ESF Rural em Assentamento, como foi implantada e qual a importância desta UBS dentro do contexto do Movimento e a construção do processo de avaliação do PMAQ-AB nesta ESF.

A pesquisa foi desenvolvida dentro das de ética em pesquisa definidas pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e Conselho Nacional de Saúde (CNS) através das Resoluções 466/2012 e 510/2016.

4. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

4.1. LOCALIZAÇÃO

Município de Nova Santa Rita está localizado na Região Metropolitana de Porto Alegre, estando distante da Capital em apenas 21Km, e com uma extensão territorial de 217,87Km (IBGE, 2017). O Município foi emancipado de Canoas em 1992, através da Lei Estadual 9.585, tendo como Municípios Limítrofes Canoas, Capela de Santana, Montenegro, Triunfo, Esteio, Portão, Porto Alegre e Sapucaia do Sul. Localização de Nova Santa Rita dentro do Estado do Rio Grande do Sul:

Figura 1–Município de Nova Santa Rita



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2017

Figura 2 - Vista aérea de Nova Santa Rita e assentamentos



Fonte: Arquivo Prefeitura Municipal

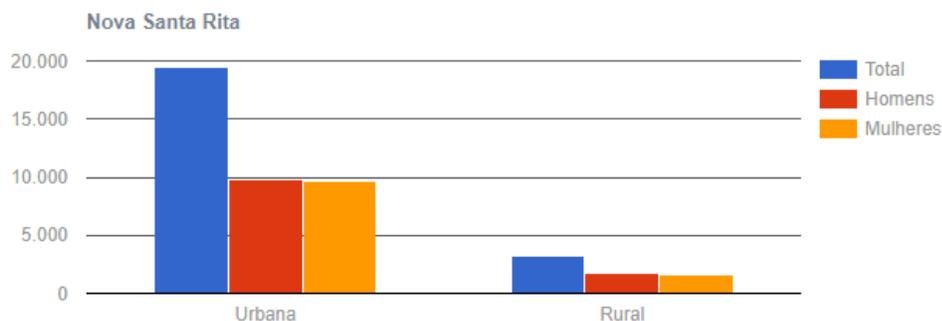
4.2. PANORAMA DEMOGRÁFICO

A população de Nova Santa Rita, estimada pelo IBGE para o ano de 2017, é de 26.450 habitantes. Em relação ao censo de 2010, o número de habitantes correspondia a 22.716 pessoas, indicando um aumento populacional de 16,44 %.

A densidade demográfica do município é de 119,73 hab./km²

A figura 3 representa a população residente de acordo com o domicílio e sexo, sendo que na área urbana, residem 19.475 pessoas e na área rural 3.241 pessoas. Destas, 9.759 homens e 9.716 mulheres são moradoras em área urbana e 1.682 homens e 1.559 mulheres em área rural.

Figura 3 - População residente, por situação do domicílio e sexo - 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

De acordo com o levantamento censitário de 2010 a tabela 1 apresenta a população residente segundo sexo e faixa etária.

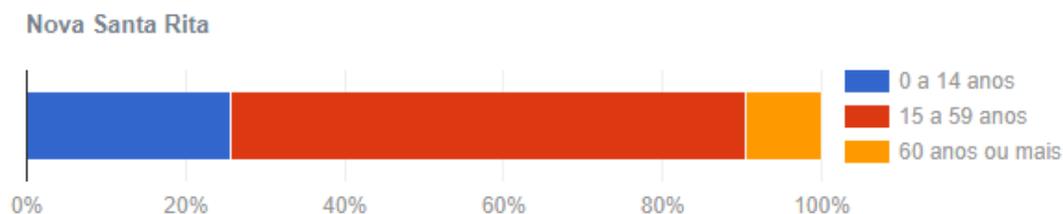
Tabela 1 - População residente segundo sexo e faixa etária

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
00-04	940	878	1.818
05-09	1.032	992	2.024
10-14	1.143	1.097	2.240
15-19	1.107	1.015	2.122
20-29	2.005	1.968	3.973
30-39	1.788	1.863	3.651
40-49	1.611	1.627	3.238
50-59	1.273	1.165	2.438
60-69	679	685	1.364
70-79	299	345	644
80+	91	165	256
Total	11.98	11.800	23.768

Fonte: IBGE, 2010.

A figura 4 apresenta a população por faixa etária, sendo que de 0 a 14 anos correspondem a 5.800 pessoas, 15 a 59 anos 14.738 pessoas, de 60 anos ou mais 2.178 pessoas. Observa-se que 70% da população são economicamente ativa e 10% corresponde à população acima de 60 anos.

Figura 4 - População residente, por grupos de idade - 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Na análise da estrutura etária entre 2000 e 2010, a razão de dependência no município passou de 53,28% para 46,39% e a taxa de envelhecimento, de 5,13% para 6,10%.

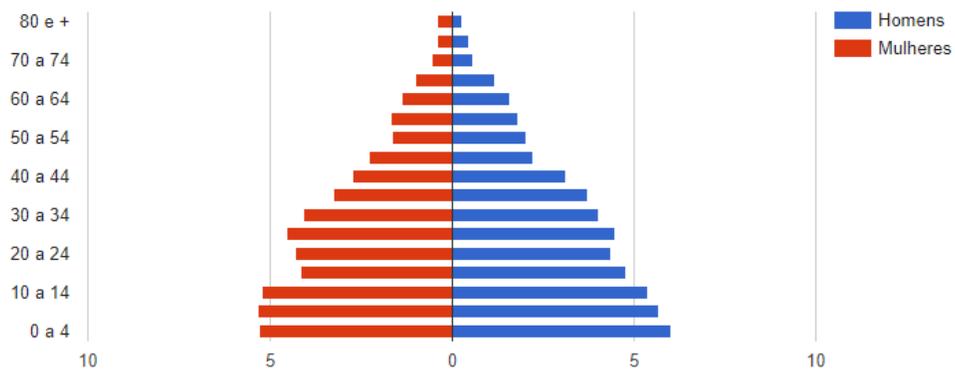
Em 1991, esses dois indicadores eram, respectivamente, 60,52% e 4,89%. Já na UF, a razão de dependência passou de 65,43% em 1991, para 54,88% em 2000 e 45,87% em 2010; enquanto a taxa de envelhecimento passou de 4,83%, para 5,83% e para 7,36%, respectivamente.

Tabela 2 - Estrutura etária da população de Nova Santa Rita

Estrutura etária	População 1991	%do total 1991	População 2000	%do total 2000	População 2010	%do total 2010
Menos de 15 anos	3.238	32,81	4.667	29,63	5.814	25,59
15 a 64 anos	6.148	62,30	10.275	65,24	15.517	68,31
Razão de dependência	60,52	-	53,28	-	46,39	-
Taxade envelhecimento	4,89	-	5,13	-	6,10	-

Fonte: PNUD, IPEA e FJP.

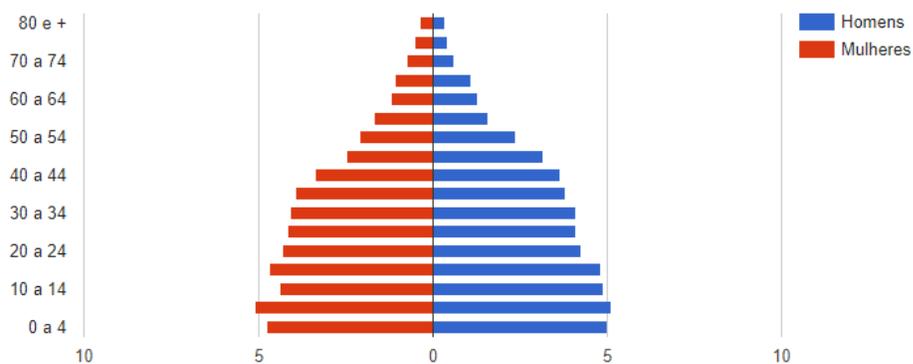
Figura 5 Pirâmide etária ano 1991 - Distribuição por sexo, segundo grupos de idade



Atlas

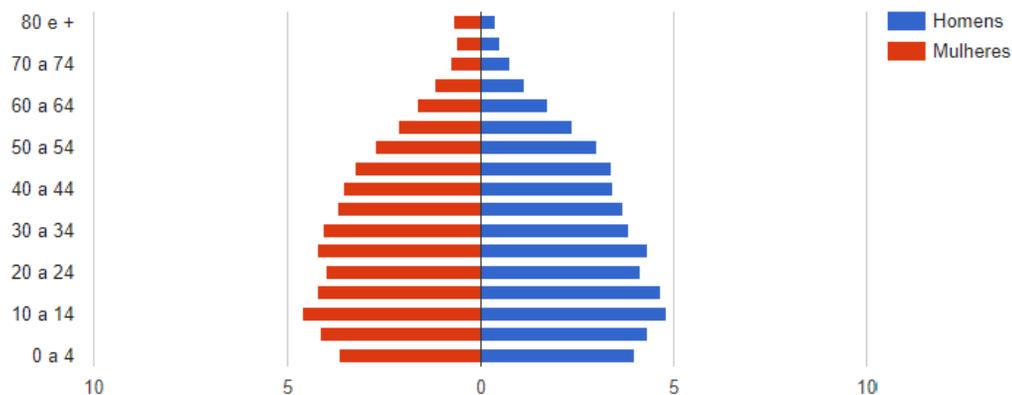
do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2017.

Figura 6 - Pirâmide etária ano 2000 - Distribuição por sexo, segundo grupos de idade.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2017.

Figura 7- Pirâmide etária ano 2010 - Distribuição por sexo, segundo grupos de idade.



Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2017.

Tabela 3 - Dinâmica populacional: análise da pirâmide e crescimento populacional

Ano	Nova Santa Rita	Rio Grande do Sul	Brasil
1991	-	9.138.670	146.825.475
1996	12.437	9.568.523	156.032.944
2000	15.750	10.187.798	169.799.170
2007	20.591	10.582.840	183.987.291
2010	22.716	10.693.929	190.755.799
2016	26.086	-	-

Fonte: IBGE, 2017.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 5,4 anos na última década, passando de 70,8 anos, em 2000, para 76,2 anos, em 2010. Em 1991, era de 67,1 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991.

Tabela 4 - Longevidade, mortalidade e fecundidade

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	67,1	70,8	6,2
Mortalidade infantil	26,0	21,2	1,2
Mortalidade até 5 anos	30,4	24,6	3,1
Taxa de fecundidade total	3,1	2,8	2,1

Fonte: PNUD, IPEA, FJP.

4.3. DETERMINANTES E CONDICIONANTES DE SAÚDE

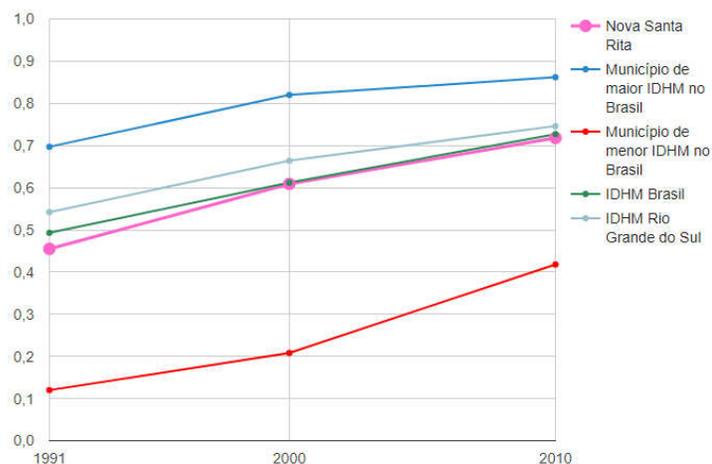
Os determinantes e condicionantes do processo saúde e doença estão relacionados às condições de vida e trabalho e a forma que esta relação influencia no estado de saúde da população.

A análise dessas condições envolve a produção de agrícola e de alimentos, a educação, os ambientes de trabalho, o desemprego, saneamento básico, serviços sociais e de saúde e habitação.

O IDH significa Índice de Desenvolvimento Humano, uma medida importante concebida pela ONU (Organização das Nações Unidas) para avaliar a qualidade de vida e o desenvolvimento econômico de uma população. O IDHM de Nova Santa Rita é 0,718, em 2010, o que situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799).

A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,853, seguida de Renda, com índice de 0,716, e de Educação, com índice de 0,606. A figura apresenta o IDH municipal e seus componentes (Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, 2017).

Figura 8 - Evolução do IDH de Nova Santa Rita



Fonte: PNUD, IPEA e FJP

4.1. ECONOMIA

Segundo o IBGE 2017, o município conta com 788 empresas atuantes e 797 unidades locais. Seus principais produtos industriais são cimento, alto-falantes, móveis vergados e tecidos.

O município conta com algumas sedes de empresas, sendo as maiores, segundo o valor adicionado de ICMS, a Cimpor Cimentos do Brasil Ltda., Harman (antiga Eletrônica Selenium S.A.), Thonart Móveis Vergados S.A., Fiação e Tecelagem Gaúcha Ltda. e Artefatos de Cimento Tabai. No município, também está localizado o Velopark, sendo um dos maiores autódromos da América Latina, levando o nome da cidade para o mundo, abrigando competições de nível internacional.

Desde 2010, a cidade vem atraindo novos e grandes empreendimentos, tais como a Reiterlog e a Scapini. Em abril de 2011, foi anunciada a transferência da sede da Stamac Grupos Geradores, empresa líder na fabricação de grupos geradores no Brasil, de Porto Alegre para Nova Santa Rita, o que gerou mais de 2000 empregos. Em junho, foi a vez da Paraná Equipamentos S/A (PESA),

representante autorizada dos produtos Caterpillar no sul do Brasil com a promessa de mais de R\$ 1,6 milhão em investimentos no prazo de cinco anos no município.

Na pecuária destacam-se os bovinos, suínos e frangos. Os produtos agrícolas mais importantes são o melão (maior produtor do RS), arroz, melancia, mandioca e verduras.

Na agricultura, o destaque é o cultivo orgânico, através da agricultura familiar, organizados de maneira individual, em associações de produtores e cooperativas, principalmente no Assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Inúmeras famílias de agricultores são responsáveis pela produção de orgânicos e comercializam seus produtos em feiras, com vendas diretas ao consumidor, em supermercados e exportações, estima-se que apenas a produção de arroz orgânico, movimenta R\$ 7,0 milhões de reais por ano. A prefeitura municipal estimula a produção de alimentos orgânicos através de programas de apoio às famílias para a produção e venda dos produtos, realiza aquisição de produtos orgânicos para alimentação escolar e distribuição para famílias em situação de vulnerabilidade social, atualmente os 4.000 alunos da rede básica municipal consomem produtos saudáveis na merenda escolar. Nova Santa Rita está na rota de produção orgânica no estado e busca o título de maior produtor de orgânicos do Estado do RS.

4.2. SANEAMENTO BÁSICO

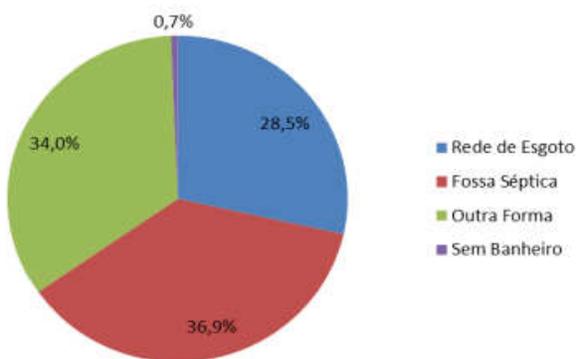
Em relação ao saneamento básico, a Companhia Rio-grandense de Saneamento (CORSAN) é responsável pela prestação de serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário, através da Lei Municipal nº 913 de 05/06/2009. Os dados disponibilizados pelo prestador do serviço através do SNIS 2011 foram sintetizados na tabela 5.

Tabela 5		
Abastecimento de água	Unidade	Valor
População atendida total	Habitante	20.176
População atendida urbana	Habitante	7.982
Extensão de rede	Km	85,6
Consumo médio per capita de água	L/aguadia	90,8

Fonte: Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS)

Segundo as informações censitárias de 2010 (IBGE) o município de Nova Santa Rita tem 28,5% dos seus domicílios com acesso à rede de coleta de esgoto sanitário, conforme visto na Figura 09.

Figura 9 - Formas de destinação de esgoto sanitário no município



Fonte: Censo IBGE, 2010

A maioria dos domicílios possui fossa séptica ou rudimentar, como forma de tratamento de esgoto. A tabela 6 demonstra a situação do esgotamento sanitário do município em relação ao Rio Grande do Sul.

Tabela 5 - Esgotamento sanitário

Tipo de esgotamento Sanitário	Rio Grande do Sul		Nova Santa Rita	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Total (número de domicílios)	2.512.558	529.481	3.334	1.210
Rede geral de esgoto ou pluvial	32,94	1,26	11,40	0,08
Fossa séptica	44,94	22,05	76,24	40,33
Fossa rudimentar	17,14	55,36	8,88	43,22
Vala	2,54	8,87	1,65	6,12
Rio, lago ou mar	0,72	1,30	0,27	0,25
Outro escoadouro	0,57	2,59	0,06	0,41
Não tinham banheiro nem sanitário	1,15	8,56	1,50	9,59

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Consta no Plano Municipal de saneamento Básico a delimitação das áreas de risco. Os cursos d'água que apresentam problemas de alagamentos são: Rio Caí, Rio dos Sinos, e os afluentes Arroio Berto Círio, Arroio Caju e Arroio Califórnia.

Destaca-se como região mais crítica em termos de inundações, o bairro Berto Círio, especificamente na confluência do arroio de mesmo nome com a curva do Rio dos Sinos. O ponto crítico em questão compreende a região entre a Avenida Getúlio Vargas e a Rua da Igreja até o Rio dos Sinos. Outra região, neste mesmo

bairro, compreende o trecho Sul da Avenida Getúlio Vargas até a Rua D com limite no Rio dos Sinos. Há um ponto crítico de alagamento no bairro Centro na região que compreende as ruas, Das Laranjeiras, Cerejeiras, Limoeiros, Goiabeiras, Butiás e Araçás. Os bairros Floresta, Califórnia, Morretes e Pedreira também apresentam pequenos pontos isolados de inundações frequentes.

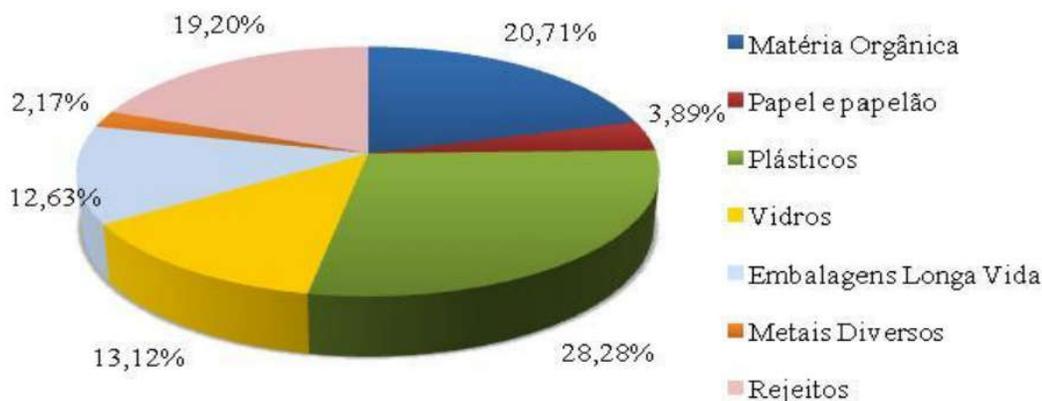
Nova Santa Rita apresenta alguns pontos de risco de deslizamentos como na BR – 386 - próximo ao trevo de acesso ao centro do município e quatro pontos no bairro Berto Círio.

A Limpeza Urbana e Coleta de resíduos sólidos, no município de Nova Santa Rita, são de responsabilidade da Secretaria de Mobilidade Urbana e Secretaria de Meio Ambiente. A essas entidades compete a gestão, fiscalização e administração dos serviços públicos de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos.

Os habitantes de Nova Santa Rita geram uma média de 20 toneladas de resíduos domésticos diariamente. A produção per capita é de 0,88 kg/dia e cerca do total de 87,5% dos habitantes constituintes da população registrada do município é coberta pela coleta de resíduos sólidos urbanos domésticos.

De acordo com levantamento realizado na Unidade de Triagem e Compostagem de Nova Santa Rita, a figura 10 apresenta a composição gravimétrica dos resíduos domiciliares:

Figura 10 - Composição gravimétrica dos resíduos domiciliares de Nova Santa Rita



A coleta dos resíduos sólidos é realizada através de coleta porta a porta, atualmente o serviço é terceirizado. Existe a presença de catadores que utilizam veículos com tração animal para a coleta. O município lançou programa de coleta seletiva no mês de novembro de 2017.

A coleta de lixo atinge 87,5% da população e a área urbana é totalmente atendida. Conforme roteiro abaixo, a coleta é feita 2 vezes por semana nos bairros da cidade e diariamente no centro. A coleta domiciliar na Zona Rural atinge em torno de 25% da população.

No município há uma Associação de Trabalhadores Prestadores de Serviços Catadores e Reciclagem – ATPSCR, que segrega parte dos resíduos coletados. Nova Santa Rita possui catadores informais, não ligados à cooperativa, que utilizam carroças para realizar a coleta porta a porta, depositando o material em suas residências.

O município não possui dados concretos sobre a reciclagem. Sabe-se, de forma aproximada, que o percentual de papel e papelão é 8%, de vidro 2%, plástico 3%, metais 4% e outros 5%.

O resíduo gerado pelos moradores do município é destinado para o Aterro Sanitário da SIL Soluções Ambientais, na cidade de Minas do Leão-RS. A limpeza pública é realizada pela Secretaria Municipal de Obras, Transportes e Serviços Públicos (SMOSP), que realiza a varrição, capina, roçada e poda, com o auxílio dos funcionários, além de ser responsável pela fiscalização da coleta, transporte e destinação final. A Secretaria da Agricultura e Meio Ambiente também auxilia no controle.

São coletados aproximadamente 2 a 3 caminhões por semana. Os resíduos de capina e varrição são coletados por empresa terceirizada, que dá o destino final. Os resíduos de poda são encaminhados para empresa SAPOTEC que dá o destino final.

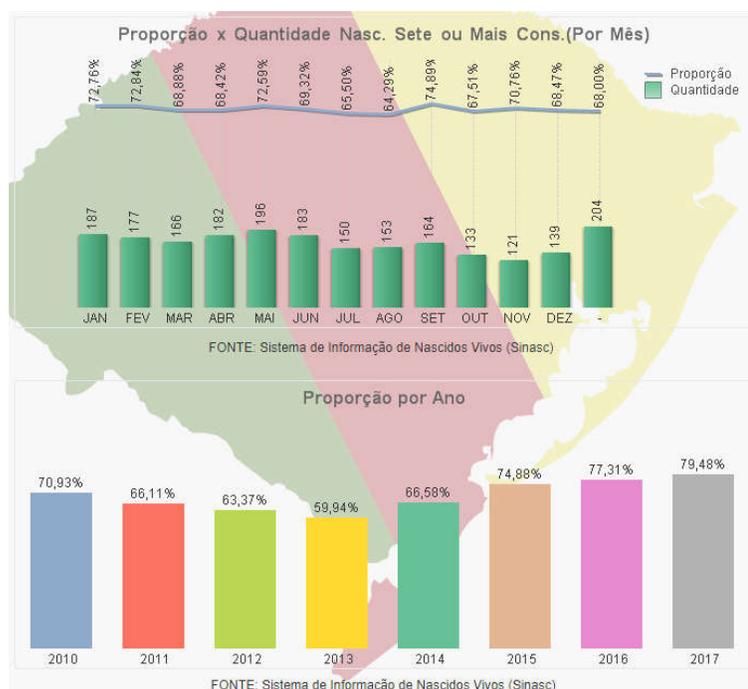
4.3. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

4.3.1. Perfil de Nascimento

O Ministério da Saúde considera que a assistência ao pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, pois além de contribuir para o bom andamento das gestações de baixo risco identifica adequada e precocemente quais as pacientes com mais chance de apresentar uma evolução desfavorável. Diante disso, a captação precoce das gestantes e realização de, no mínimo, 6 (seis) consultas de pré-natal é fundamental.

Em Nova Santa Rita, no ano de 2017, o número de nascimentos correspondeu a 3.098 dos quais 2.155 foram de mães que tiveram sete ou mais consultas de pré-natal, com o percentual representado na figura 11.

Figura 11 - Proporção de nascimentos e consulta de pré-natal



Um importante indicador de sobrevivência de recém-nascidos de risco é o peso ao nascer que ainda é considerado, segundo Magalhães e Carvalho (2003),

como o principal problema para a saúde pública. É um indicador global de saúde que traduz a eficiência do sistema de saúde local por ser um dos principais fatores preditivos da mortalidade neonatal.

Em Nova Santa Rita, o pré-natal de risco habitual é realizado em todas as Unidades Básicas de Saúde por médico comunitário, sendo que apenas os considerados de risco são encaminhados para ginecologista que atua no Centro de Especialidades do Município.

No ano de 2018 se iniciou a implantação do Protocolo de pré-natal no Município, onde as enfermeiras também realizarão consultas de pré-natal, sendo que até a finalização deste trabalho estavam em fase de ajustes para efetivação do Protocolo.

O quadro 2 apresenta o perfil de Nascimentos no município de Nova Santa Rita entre os anos de 2011 a 2015.

Quadro 2 - Relação entre nascimentos, baixo peso ao nascer e prematuridade - Nova Santa Rita

Ano	Nº de nascimentos	Nº de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	Percentual nascidos vivos com baixo peso	Nº de nascimentos prematuros	Percentual de prematuridade
2011	298	24	8,05	31	10,40
2012	374	26	6,95	46	12,30
2013	362	38	10,50	33	9,12
2014	381	29	7,61	33	8,66
2015	426	35	8,22	44	10,33
2016	435	39	8,96	52	11,96
2017	413	31	7,50	47	11,38

Fonte: SINASC, 2018

Quadro 3 - Relação entre nascimentos, baixo peso ao nascer e prematuridade - RS

Ano	Nº de nascimentos	Número de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	Percentual nascidos vivos com baixo peso	Nº de nascimentos prematuros	Percentual de prematuridade
2011	137.710	13.040	9,47	16.160	11,73
2012	138.941	13.016	9,37	16.765	12,07
2013	141.350	13.062	9,24	16.420	11,62
2014	143.315	13.279	9,27	16.513	11,52
2015	148.359	13.752	9,27	16.903	11,39

Fonte: DATASUS.

Ao analisar o comportamento do percentual de nascidos vivos com baixo peso e de prematuridade, podemos observar que no município de Nova Santa Rita apresentou-se uma tendência de estável, sem variações significativas no período de 2011 a 2015 e, quando comparado com os indicadores do Rio Grande do Sul, nota-se um percentual discretamente inferior ao estadual no mesmo período.

Dentre as principais causas de mortalidade infantil, destaca-se o baixo peso ao nascer (BPN), definido como o nascimento de uma criança com peso inferior a 2.500 gramas. A prematuridade e a restrição do crescimento fetal (retardo de crescimento intrauterino – CIUR) são os fatores, que isolados ou associados, resultam em nascimentos com baixo peso. Anualmente nascem cerca de 20 milhões de crianças com BPN em todo mundo, representando cerca de 20% de todos nascimentos. As prevalências do BPN variam em cada país atingindo valores que vão de 7,0% nos países desenvolvidos a 16,5% nos países em desenvolvimento. Destacam-se como fatores desencadeantes do BPN, entre outros, as condições socioeconômicas, o peso da mãe antes e durante a gestação, a idade e escolaridade materna, a duração da gestação, o tipo de parto, a paridade, a história obstétrica anterior, os cuidados pré-natais, a morbidade materna durante a gravidez e o tabagismo.

Destacamos aqui a importância de trabalhar na qualificação da atenção Pré Natal no território municipal, visando garantia de acesso, acompanhamento e realização de exames complementares indicados em cada período da gestação, individualizando condutas de acordo com a estratificação de risco.

Outro fator é a relação entre parto normal e parto cesáreo, considerando partos ocorridos no SUS e na saúde suplementar. O tipo de parto permite caracterizar a prática obstétrica nos hospitais. Observamos que o número de parto normal tem diminuído em relação ao parto cesáreo nos últimos anos.

Por maior que sejam as ações voltadas à promoção do parto normal, este é um indicador que o município não tem gerência uma vez que os partos são realizados em instituições de saúde fora do município, no caso, a referência municipal para obstetrícia é o Hospital da Ulbra.

Outros fatores também estão diretamente relacionados ao este indicador, incluindo a opção da mulher pelo parto cesáreo, o que indica a necessidade de estratégias de sensibilização e incentivo, durante o pré-natal, para elevar o número de partos normais.

Quadro 4 - Relação entre nascimentos, baixo peso ao nascer e prematuridade - Rio Grande do Sul

ANO	PERCENTUAL
2013	16,30%
2014	15,26%
2015	13,38%
2016	17,71%
2017	14,92%

Fonte: bi.saúde.rs.gov.br. Acesso em 2017.

Quadro 5 - Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar

ANO	2014	2015	2016	2017
PERCENTUAL	51,32	51,17	49,13	44,35

Fonte: bi.saúde.rs.gov.br. Acesso em 2017.

Quadro 5 apresenta a série histórica do número de óbitos fetais ocorridos no município, onde podemos observar um aumento de ocorrências nos anos de 2010 a

2014, sendo que a partir do final de 2013 foi implantada uma política de ampliação da cobertura de ESF e busca ativa de gestantes, que reduziu significativa o número de óbitos fetais, zerando esse valor em 2017.

Quadro 6 - Série histórica nº óbitos Fetais em Nova Santa Rita

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	1	3	2	3	1	1	0

Fonte: Departamento Vigilância epidemiológica/SMS Nova Santa Rita, 2017.

4.3.2. Perfil da mortalidade infantil

O coeficiente de mortalidade infantil é utilizado por todos os países como um dos mais sensíveis indicadores de saúde, pois a morte de crianças menores de um ano é influenciada direta ou indiretamente por condições de história e idade materna, consanguinidade, procedimentos perinatais, condições e tipo de parto, pré-natal, prematuridade, baixo peso ao nascerem, malformações congênitas, mães portadoras de doenças infectocontagiosas, condições socioeconômicas, entre outros fatores de risco. Reflete a qualidade dos cuidados pré e pós-natal das crianças, além de demonstrar a eficácia das políticas públicas em relação às ações de prevenção com a saúde materna.

No quadro 7 observa-se que a taxa de mortalidade infantil no município tem aumentado entre o ano de 2013 e 2015, entretanto, comparada com o RS está estável. Em 2017 não houve óbito infantil.

Quadro 7 - Série histórica da Mortalidade Infantil taxa/1000 hab.

2013		2014		2015		2016		2017	
RS	Mun.	RS	Mun.	RS	Mun.	RS	Mun.	RS	Mun.
10,52	8,29	10,63	10,53	10,09	11,74	0,15	0	0,14	0

Fonte: Departamento Vigilância epidemiológica/SMS Nova Santa Rita, 2017.

4.3.3. Perfil da morbidade hospitalar e ambulatorial

A partir da base de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS, analisaram-se as tendências das hospitalizações por grupos de doenças que tiveram destaque como causa de morbidade e mortalidade, em relação ao total de

hospitalizações no município. Relação em ordem crescente das 4 principais causas de morbimortalidade segundo grupo de causas – CID 10 no município:

Mortalidade:

- 1º. Neoplasias;
- 2º. Doenças do Aparelho Circulatório;
- 3º. Causas Externas de Morbidade e Mortalidade;
- 4º. Doenças do Aparelho Respiratório.

Morbidade:

- 1º. Lesões, envenenamento e algumas consequências de causas externas;
- 2º. Doenças do aparelho circulatório;
- 3º. Doenças do aparelho respiratório;
- 4º. Doenças do aparelho digestivo.

Quadro 8- Perfil de mortalidade segundo causa específica CID 10

Cap. CID 10	Causa de mortalidade	Nº de óbitos				
		2013	2014	2015	2016	2017
I	Doenças Infecciosas e parasitárias	6	6	1	9	8
II	Neoplasias	22	23	30	33	38
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	1	1	1	0	1
IV	Endócrinas, nutricionais e metabólicas	9	9	6	3	3
V	Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	1
VI	Sistema Nervoso	2	2	3	0	4
IX	Aparelho circulatório	3	3	7	9	31
X	Aparelho Respiratório	1	1	3	4	19
XI	Aparelho Digestivo	1	1	1	9	3
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1	1	0	0	0
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	2	2	1	2	2
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	4	6
XVI	Afecções originadas no período perinatal	0	0	2	1	3
XX	Causas externas	0	0	3	7	31

Fonte: SARGSUS: consulta 2017

Ao comparar o perfil de mortalidade com o perfil de morbidade, observam-se como mortalidade as causas externas estão equivalentes com as doenças do aparelho circulatório, entretanto como morbidade as causas externas foram responsáveis por 183 internações, sendo classificada como a 1º causa de morbidade.

Ao analisar o perfil de mortalidade do município, no ano de 2017, as neoplasias foram primeira causa de mortalidade com 33 mortes, acometendo principalmente a população a partir do 60anos. As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 31 óbitos, atingindo as faixas etárias a partir do 50 anos. A mortalidade por causas externas é equivalente ao número de óbitos por doenças do aparelho circulatório, entretanto a incidência acomete as faixas etárias a partir dos 20 anos. As internações por doenças do aparelho respiratório acometeram principalmente a faixa etária dos 50 aos 59 e 70 aos 79 anos.

A série histórica, apresentada no quadro oito, demonstra ascendência no perfil de morbidade por causas externas. As faixas etárias mais afetadas são entre 15 e 69 anos, porém a maior incidência está entre 20 e 49 anos. É importante salientar que esta é uma faixa etária em que o indivíduo está em pleno período produtivo de sua vida, ocasionando muitas vezes incapacidades laborais, sendo um problema de grande relevância para a saúde pública.

Entre as principais causas estão os acidentes de transporte, principalmente envolvendo o sexo masculino, seguidos das agressões também com maior frequência relacionada ao sexo masculino. A maior ocorrência de óbitos por causas externas é na faixa etária dos 30 aos 39 anos. A proporção de ocorrências de internações por causas externas é de 31% para o sexo feminino e 69% para o sexo masculino.

Segundo dados do DATASUS, as principais causas de internações no SUS em 2017 foram por causas externas, por local de residência segundo grande grupo de causas foram: Eventos cuja intenção é indeterminada;Esses eventos são amplamente extensos, ressaltando ingestão medicamentosa, traumas e outros tipos de violência que sabidamente são subnotificados.

1. Outras causas externas de lesões acidentais;
2. Acidentes de transporte;
3. Sequelas de causas externas;
4. Agressões;
5. Complicações de assistência médica e cirúrgica.

Chama a atenção às doenças do aparelho digestivo, classificado como 4º causa de morbidade, com grande incidência na faixa etária de 20 a 29 anos e 50 a 69 anos.

Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica

As Condições Sensíveis à Atenção Básica em Saúde - CSAB são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidades podem ser reduzidas através de uma atenção primária oportuna e eficaz.

De acordo com o número de AIH, no ano de 2016, das 3.421 internações ocorridas de pessoas residentes no município de Nova Santa Rita, 769 internações foram por condições sensíveis à atenção básica representando 22,48 % das internações.

Enquanto reduções nas proporções ou taxas de ICSAB sugerem possíveis melhorias na atenção primária à saúde, valores altos para estes indicadores não são necessariamente indicativos de deficiências na atenção básica, mas um sinal de alerta para uma investigação mais profunda nos locais onde elas ocorrem. No ano de 2014 iniciou o processo de implantação de equipes de saúde da família, em relação aos anos anteriores é possível constatar a redução do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica.

O quadro 09 demonstra as ICSAB nos últimos cinco anos.

Quadro 9 - Internações por condições sensíveis à atenção Básica

ANO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PERCENTUAL	23,90	23,20	25,06	20,11	20,36	20,91	20,77

Fonte: SES RS/bi.saúde, 2017.

5. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DE ATENÇÃO À SAÚDE

5.1. ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DA SMS

A municipalização da saúde no município de Nova Santa Rita ocorre em janeiro de 1993, através da Lei 001/93 com a criação da Secretaria Municipal de saúde e Assistência Social. Mais tarde, em janeiro de 2005 esta Lei foi alterada, passando a vigorar a Lei 727/2005 que desvinculou a Secretaria de Saúde da Assistência Social. Por conseguinte, data de setembro de 1993, a Lei 039/93 de criação do Conselho Municipal de Saúde, revogada posteriormente pela Lei 904/08. O Fundo Municipal de Saúde foi criado em dezembro de 2008 através da Lei 081/93.

Através da Norma Operacional Básica - NOB 91 habilitou-se através da Portaria nº 207 em novembro de 1994 na Gestão Incipiente, habilitando-se mais tarde, em julho de 1999, através da NOB 96 na Gestão Plena da Atenção Básica.

Nova Santa Rita pertence à região 8 da 1ª Coordenadoria Regional de Saúde.

A Secretaria Municipal de saúde é responsável pela gestão do conjunto de ações e de serviços de saúde municipal, integrada a outros órgãos e entidades de saúde de outras esferas administrativas, através das pactuações intermunicipais.

A fim de qualificar as ações e os serviços de saúde, assegurar a continuidade do processo de mudança do modelo de atenção e garantir o cuidado integral dos cidadãos, a gestão da SMS atua com base nos seguintes eixos prioritários:

Atenção Básica como coordenadora do cuidado à saúde com ampliação do acesso e longitudinalidade do cuidado;

Rede de atenção à saúde como integração entre os diferentes pontos assistenciais;

- Uso de Tecnologias de informação e Comunicação em Saúde como apoio à tomada de decisão, monitoramento e avaliação de qualidade;
- Educação permanente e valorização dos trabalhadores;
- Transparência e Controle social, com aproximação entre gestão, população, trabalhadores, prestadores e demais instituições;
- Enfrentamento de condições de saúde prioritárias através de linhas de

cuidado.

Na Figura 12 apresento a estrutura organizacional da SMS:

Figura 12 - Organograma da SMS



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

No ano de 2014 a Secretaria Municipal de Saúde iniciou experiência de gestão colegiada, garantindo maior participação no debate do planejamento de ações no município. O Colegiado Gestor realiza reuniões semanalmente, sendo composto por representantes das áreas técnicas e coordenações de saúde mental, atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde e administrativo. Os membros do colegiado gestor também realizam apoio institucional das equipes de saúde.

Com o objetivo ampliar a proposta de gestão colegiada a partir de 2016 e aprimorado em 2017, a secretaria de saúde iniciou outra experiência de gestão que foi chamada de gestão participativa. Participativa por permitir a construção de ações planejadas por trabalhadores e gestão; porque trabalha com recuos e avanços decididos pelos próprios protagonistas do processo; por proporcionar aos atores o exercício da aprendizagem; por entender que a responsabilidade para ser solidária, deve ser, em princípio, assimilada, compreendida e internalizada por todos.

O grupo de gestão participativa é composto por representações de cada unidade de saúde e serviços, que realizam reuniões mensais para discutir as

demandas e particularidades da equipe ou demandas coletivas enquanto secretária de saúde.

5.2. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

5.2.1. Atenção Básica

O município de Nova Santa Rita possui gestão plena da atenção básica, apresentando cobertura de Atenção Básica de 100,00 %, considerando apenas Estratégia Saúde da Família a cobertura é de 73,00 %, e cobertura de Saúde Bucal de 54%.

São quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas de forma descentralizada nos bairros e comunidades com maior concentração de pessoas e uma unidade básica de saúde localizada em área rural, destas, uma unidade ainda trabalha com a organização da atenção à saúde com modelo tradicional, e as demais unidades trabalham sob a ótica do modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Nas Unidades Básicas de Saúde localizadas nos Bairro Pedreira, Morretes e Rural estão habilitadas uma equipe de ESF em cada unidade, sendo que recentemente a UBS do Bairro Pedreira iniciou processo de implantação da segunda equipe de ESF, todas as UBS possuem consultório com atendimento Odontológico, mas sem habilitação de Equipe de Saúde Bucal (ESB). Na UBS do bairro Berto Círio, UBS Coronel Olympio, são duas ESF habilitadas, destas, uma com ESB, e ainda se encontra em andamento o processo de implantação de terceira equipe de ESF.

No bairro Centro, está localizada a UBS Daniel de Lima Pereira, que funciona com organização baseada no modelo tradicional e conta com Equipe Multidisciplinar responsável pelo atendimento das áreas descobertas pela ESF, nesta UBS existe equipe de saúde bucal que funciona com horário estendido, realizando atendimentos em três turnos. A perspectiva é de nos próximos anos realizar a transição do modelo tradicional para o modelo de ESF nas áreas de cobertura da UBS Daniel de Lima Pereira.

As UBS constituem a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde, realizando atividades voltadas à promoção de saúde, prevenção de

doenças, diagnóstico de morbidades, tratamento de doenças e reabilitação à saúde, em todos os ciclos do desenvolvimento humano, realizando, quando necessário, referência a serviços de maior complexidade.

No quadro 10 encontram-se a situação atual da implantação das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, conforme nota técnica do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS):

Quadro 10 - Situação da implantação das equipes

Equipes	Teto	Credenciado	Implantado
ESF	12	6	5
ACS	59	30	27

Fonte: Nota técnica Portal Departamento de Atenção Básica, acesso 2017

Existe proposta da gestão para a atenção básica, na vigência deste quadriênio de credenciado junto ao MS de uma equipe de NASF. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), com as equipes de atenção básica para populações específicas e com o Programa Academia da Saúde.

Os NASFs têm como objetivo apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade e a abrangência das ações. Em 2017, através de processo seletivo emergencial, foram nomeados profissionais das áreas de psicologia, assistência social e educação física, com objetivo de contribuir com as equipes de Atenção Básica através de matriciamento e ações com a população.

Quadro 11 - Unidades de Saúde cadastradas no SCNES

UNIDADE DE SAÚDE	LOCALIZAÇÃO	ÁREA DE ABRANGÊNCIA
ESF Cel. Olympio	Av. Getúlio Vargas, 1373	Bairro Berto Círio Loteamento Popular
ESF Pedreira	Rua da Pedreira, nº471	Bairro Pedreira Loteamento Maria José e Boqueirão do Caju

ESF Morretes	Rua Jardim, nº153	Bairro Morretes
ESF Marisa Lourenço da Silva	Rua das Caturritas, s/nº	Assentamento do Sino Assentamento Capela Assentamento Santa Rita de Cássia
UBS Vereador Daniel Lima Pereira	Rua. Hélio Fraga de Moraes Sarmiento, nº177	Centro/ Califórnia Floresta / Caju Sanga Funda Assentamento Itapuí Loteamento Vale verde e Colina do Sol
Centro de Especialidades	Av. Santa Rita, nº404 – Centro	
Centro de Atenção Psicossocial Nova Esperança	Av. Santa Rita, nº 2061 – Centro	
Pronto Atendimento 24 h	Rua. Hélio Fraga de Moraes Sarmiento, nº177	
Academia de Saúde	Marinho Peixoto, 159 – Centro	
SMS	Rua Valdemar Vicente da Costa, nº 130 - Centro	

Fonte: DataSUS – SCNES, 2017.

5.2.2. Saúde Bucal

O quadro de odontólogos é formado por profissionais vinculados ao município através de concurso público, com carga horária de 20 horas semanais. Atualmente contam com 07 odontólogos, e 02 auxiliares de saúde bucal, entretanto, para suprir a demanda de trabalho seriam necessários 05 ASB.

Conforme o número de habitantes, Nova Santa Rita não atende aos parâmetros estabelecidos na Portaria 1.464/GM, de 24 de junho de 2011 que instituiu os Centros de especialidades Odontológicas cuja finalidade é dar continuidade ao trabalho realizado pela rede de atenção básica com oferta de serviços especializados. Uma das dificuldades enfrentadas são os encaminhamentos para os serviços especializados em odontologia, uma vez que o município não possui

referência para tais serviços. Encaminhamentos para cirurgias bucomaxilofaciais são agendados através do sistema regional de regulação de consultas especializadas.

Embora não classificado como procedimento odontológico de atenção básica, o serviço de estomatologia (tratamento e diagnóstico de lesões de tecidos moles, entre eles o câncer bucal) tem sido realizado no município através de um profissional odontólogo especialista em estomatologia, que integra o quadro de servidores do município.

O município está realizando processo para contratação de Laboratório Regional de Prótese Dentária. Para atender esta demanda, está previsto no orçamento da SMS recurso para aquisição de próteses.

As atividades realizadas pelas equipes de saúde bucal na Atenção básica são: Prevenção, tratamentos restauradores, tratamento periodontal, cirurgias orais menores, urgências odontológicas, etc. Além disso, desenvolve ações de promoção da saúde bucal junto aos Programas de Saúde do Escolar. (Plano Municipal de Saúde NSR, 2018-2021).

6. O MOVIMENTO SEM TERRA (MST):

O MST é um movimento social, que tem como principal instrumento de reivindicação a luta social. A mais conhecida forma de luta do Movimento são as ocupações de terra, quando um grupo de famílias Sem Terra ocupa alguma área, pública ou privada, que não esteja cumprindo com sua função social, e a reivindica para que seja destinada para fins de Reforma Agrária - bem como designa a Constituição Federal (Caderno do Campo – MST). Nos últimos anos, entretanto, principalmente no período posterior à deposição da Presidenta Dilma Rousseff e o agravamento da crise de institucionalidade democrática que vive o Brasil, o Movimento tornou-se bastante visível pela defesa da democracia, dos direitos humanos e da liberdade.

No artigo “O MST e a formação dos sem-terra: o movimento social como princípio educativo”, Roseli Caldart descreve a importância da formação de crianças e adolescentes em assentados, com a formação de uma identidade historicamente construída, como uma afirmação de uma condição social e não somente como uma circunstância de vida a ser superada. Através da análise de vários assentamentos no Brasil, reafirma que a luta social forma sujeitos sociais, políticos, humanos, é a

que produz e reproduz um movimento sociocultural maior do que ela mesma. (...) Este jeito de fazer a luta social que produz sujeitos sociais é exatamente o jeito de vincular a luta específica com as grandes questões humanas e sociais de seu tempo. (Caldart, 2001).

Na construção teórica dessa dissertação, tornou-se fundamental refletir sobre como é estruturado o MST e sua história, para compreender a necessidade de estudo sobre uma Equipe de Saúde da Família inserida dentro deste contexto, que trata da luta de classes, da disputa por espaços de convivência e sobrevivência de forma a construir uma sociedade mais igualitária, com a transformação de terras improdutivas em espaços de alta produtividade de alimentos orgânicos e com estrutura de cooperação entre seus integrantes.

A construção do conceito de saúde entre os integrantes do MST se dá paralelamente a formação de direitos e cidadania, tais como ocorre com os demais temas constituintes desses povos. Tratar de saúde é também abordar a história do movimento, de seus integrantes e aproveitamento das práticas e saberes locais. (Caderno de Campo).

Existem poucos estudos realizados sobre as práticas em saúde desenvolvidas em assentamentos e acampamentos do MST. A análise dos valores inscritos em práticas de saúde desenvolvidas em assentamentos e acampamentos do MST na região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais demonstrou que a construção de valores dos integrantes do Movimento está intimamente relacionada ao cuidado com a vida e com a natureza e com a valorização das técnicas e dos saberes populares no âmbito da agroecologia. (Ruckert, 2018)

A agenda política do MST inclui a saúde e demais políticas públicas de forma destacada na produção de ideias e iniciativas de mobilização e, como tal, a temática da saúde tem grande relevância, não apenas no que se refere ao acesso a bens e serviços, mas também a uma construção epistemológica da saúde que se diferencia da produção no paradigma biomédico vigente (COMPARATTO, 2001).

A análise dessas referências remete à história do Movimento e sua relação com os territórios (“o ambiente” ou “a natureza”, na fala dos atores que o representam) e com a saúde. São muito singulares as relações entre o MST e as políticas públicas, particularmente a saúde. Uma parte das conexões ampliadas do cotidiano com a saúde, que representam o que se costuma denominar de “conceito ampliado de saúde” e que está registrado nos documentos legais, tem forte

conexão, com caso brasileiro, com a militância do MST, tanto no que se refere à saúde dos povos do campo, da floresta e das águas², como numa incidência sobre a saúde das populações urbanas, seja pela vertente da alimentação saudável, seja por cosmologias de relação com a terra e com a natureza, seja, por fim, por variações no cardápio de ofertas desejáveis para o cuidado em saúde e pela afirmação do acesso e da qualidade como direitos das pessoas e coletividades.

A história dos assentamentos liderados pelo MST foi desenvolvida paralelamente com a história do Brasil. Em 1850, mesmo ano da abolição do tráfico de escravos, o Império decretou a lei conhecida como Lei de Terras, que consolidou a perversa concentração fundiária. É nela que se encontra a origem de uma prática trivial do latifúndio brasileiro: a grilagem de terras – ou a apropriação de terras devolutas através de documentação forjada – que regulamentou e consolidou o modelo da propriedade rural e formalizou as bases para desigualdade social e territorial que hoje conhecemos.

O historiador Luiz Felipe de Alencastro, um dos maiores pesquisadores sobre o tema da escravidão no Brasil e professor da Fundação Getúlio Vargas, em São Paulo, registra que além da liberdade dos africanos escravizados, estava em jogo também a reforma agrária. Segundo o historiador (ROSSI, 2018), ao tempo em que estavam sendo construídas as condições políticas para a abolição, fortemente pressionada por outros países que ameaçavam impor restrições políticas e econômicas ao Brasil, um debate sobre a repartição de terras brasileiras foi proposto por parte do movimento abolicionista, mas que deixou os fazendeiros, parte da classe política e mesmo uma parcela do movimento abolicionista em polvorosa. Uma coalisão de ideias entre a maior parte do movimento republicano, os latifundiários e os segmentos mais conservadores da política optou por não mexer na propriedade rural, mesmo a improdutiva, e propostas de impostos para adquirir terras para doar

²A denominação “povos do campo, da floresta e das águas”, utilizada como política específica de inclusão tem influência do MST. A política específica foi desenvolvida por um grupo de trabalho denominado “Grupo da Terra” e contou com diversos representantes vinculados ao MST, seja na militância direta ou de pesquisadores e estudiosos orgânicos às causas. Segundo o documento que divulga a política, sua formulação “é um marco histórico na Saúde e um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações” (Ministério da Saúde, 2013). [Ver em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf]

aos escravos “libertos” em compensação da sua condição foram excluídas da agenda, assim como qualquer outra compensação ou alternativa para a inserção dos escravos libertos pela Lei Áurea se inserirem no “novo” Brasil que se inaugurava com aquela lei.(Rossi, 2018)³:

Figura 13 - Escravos trabalhando nas lavouras de café



Escravos trabalhando nas fazendas após a abolição: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil>

A temática da reforma agrária vem sendo defendida no Brasil fortemente pelo Movimento Sem Terra do Brasil (MST), que está presente em 24 estados nas cinco regiões do país. No total, são cerca de 350 mil famílias que conquistaram a terra por meio da luta e da organização dos trabalhadores rurais (MST, 2017). Não é apenas a redistribuição de terras que compõe a agenda da reforma agrária disputada pelo MST. Também os modos de relacionamento do homem com a natureza estão em questão, em um conjunto de estratégias que propõem relações mais saudáveis e sustentáveis com o ambiente. Como exemplo, atualmente, o MST é considerado o maior produtor de grãos orgânicos (cultivados sem agrotóxicos) do país.

A população que vive nos assentamentos, até conquistarem seus territórios, realiza diversas formas de luta, caracterizando-se por lutas que podem demorar

³<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44091474?SThisFB>

anos até a conquista definitiva do território. O processo de ocupação passa objetivamente por um processo de desenvolvimento. Importante realizar uma reflexão sob a forma como foram conduzidos os assentamentos no Rio Grande do Sul: O MST se organizou no Estado em quatro regiões Norte, Sul, Fronteira Oeste e Porto Alegre, e quando conquistou-se um território, a escolha foi feita pelas próprias famílias acampadas e em muitos casos as famílias foram assentadas em regiões distintas a sua origem.

6.2 O ASSENTAMENTO SANTA RITA DE CÁSSIA

O Assentamento Santa Rita de Cássia também enfrentou esta dificuldade, pois os camponeses vieram de outras regiões do Estado, na sua grande maioria eram oriundos da região norte e nordeste do Rio Grande do Sul, onde os principais cultivos são o milho e a soja. Isso fez com que enfrentassem grandes desafios, pois não conheciam o manejo da cultura do arroz como principal produto das regiões alagadiças. Ultrapassando esta dificuldade inicial, as 14 famílias que inicialmente foram assentadas no Assentamento Santa Rita de Cássia II, potencializaram a forma de organização preconizada pelo MST, onde trabalham em forma de Cooperativas e com cultivos sustentáveis e produtos orgânicos (ALMEIDA, 2011).

O Assentamento Santa Rita de Cássia II no Município de Nova Santa Rita, estado do Rio Grande do Sul foi instituído pelo Decreto de Criação emitido em 20/10/2005, tendo como data de emissão de posse 14/12/2005, com código do SIPRA- RS5036000. Seu nome foi escolhido pelos assentados devido à devoção a Santa Rita, que é a mesma padroeira do Município. Está localizado as margens da BR-386, Km 431, entrada à esquerda em direção a Lajeado/RS, próximo ao perímetro urbano do de Nova Santa Rita, o qual está distante cerca de 21Km de Porto Alegre/RS. Possui uma área total de 1.667,33 ha, sendo que destes 73,68 hectares são Área de Preservação Permanente.

Os lotes foram subdivididos entre as famílias, sendo que cada família assentada possui 12 hectares divididos em: 4 hectares em área de moradia e 8 hectares destinadas à produção. O assentamento conta com três barragens e uma área de plantio de arroz com 600 hectares (ALMEIDA, 2011).

O assentamento conta atualmente com mais de 300 (trezentos) moradores e em torno de 102 (cento e duas) famílias que trabalham sob a forma de Cooperativa produzindo de forma orgânica arroz, diversos hortifrutigranjeiros utilizados na merenda escolar e vendidos diretamente em feiras no Município e região.

Além destes, possui elevada produção de suínos, que são igualmente alimentados com ração de origem orgânica, sendo utilizados tanto no consumo interno do Município quanto como produto certificado para exportação com qualidade exemplar e reconhecimento internacional.

6.2. ESF MARIZA LOURENÇO DA SILVA

A implantação da ESF Rural Mariza Lourenço da Silva foi construída de forma coletiva, desde a definição do local até a forma de funcionamento. Os assentados realizaram várias reuniões com a gestão municipal, reformaram o espaço onde hoje está localizada a UBS e possibilitaram a implantação e habilitação da mesma através da doação do local onde está sediada a Unidade.

Dentre os usuários, podemos verificar um espírito de cuidado do local que se destaca em atividades paralelas existentes, que vão desde festas temáticas até mesmo reuniões da comunidade local, para decisões que vão além das ações de saúde. É possível afirmar que todas as atividades são desenvolvidas dentro das perspectivas de cooperação e construção coletiva.

No livro Campo, Floresta e Águas – práticas e saberes em saúde (2017), a história da construção do cuidado em saúde na ESF Rural Mariza Lourenço da Silva de Nova Santa Rita se firma como exemplo para outros assentamentos localizados nas mais diversas regiões do país. (...) “A experiência de construção do posto de saúde no Assentamento Santa Rita de Cássia II e a implementação de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família são casos emblemáticos e pioneiros, especialmente: na participação social e na construção interfederativa.” (p.311).

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material empírico permitiu constituir três eixos de análise: Conexões com o Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra (MST), Integralidade como princípio do SUS e como práticas de saúde e O sistema local de saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

A proposta da dissertação de compreensão e vivência no território, demonstrou a importância do trabalho desempenhado por uma Equipe de ESF na produção do cuidado em saúde desta população com características tão peculiares, reforçando que o conhecimento técnico com respeito cultural do território e dos conhecimentos tradicionais, produz um impacto positivo na qualidade de vida e reproduz os conceitos de saúde no que tange e integralidade da atenção.

7.1. CONEXÕES COM O MOVIMENTO SEM TERRA:

Passados quatro anos da implantação da Equipe, o cotidiano da Unidade de Saúde e da população que lhe é de responsabilidade sanitária é marcado pelas referências culturais, filosóficas e pragmáticas do MST. Essas referências são identificadas nas falas, na decoração e no território de localização da Equipe.

Como se registrou anteriormente há uma conexão histórica entre os homens e mulheres residentes na área de assentamento em análise e o Movimento de Trabalhadores e Trabalhadoras Sem Terra (MST). Nessa condição, operaram como atores fundamentais no processo de construção da rede social de cooperação que alicerça a Equipe de Estratégia de Saúde da Família Rural que é o objeto deste estudo.

O espaço da Unidade Básica de Saúde (UBS) é dividido com a comunidade, que utiliza o anexo ao lado para festas, reuniões, capacitações e eventos em horários em que a UBS não está em funcionamento. Além desta peculiaridade, ainda se observa que a comunidade participa ativamente do funcionamento da Unidade, inclusive os agendamentos e atendimentos realizados por todos os membros da equipe (agentes comunitários, médicos, enfermeiros, recepção).

Todas as atividades que envolvam a comunidade são decididas em conjunto na Reunião de Equipe que ocorre semanalmente e após levadas ao Conselho Local de Saúde, para que somente após sejam realmente realizadas.

Quadro 12- Políticas Públicas x Práticas da Equipe e dos Usuários

Políticas públicas em Saúde	Práticas da equipe	Práticas dos usuários
Práticas Integrativas e Complementares	Oficinas de chás, pomadas e shampoos com o uso dos fitoterápicos plantados na própria Unidade, sem agrotóxicos. Distribuição diária de chá na sala de espera elaborado com ervas medicinais cultivadas na Unidade; Atendimento de profissional de acupuntura um turno por semana.	Auxílio no cultivo dos fitoterápicos e manejo da terra; Fornecimento de receitas tradicionais; Acompanhamento e participação efetiva nas Oficinas. Redução do uso de analgésicos e encaminhamentos para especialistas;
Participação popular	Promoção de reuniões mensais para construção do Conselho Local de Saúde Abertura da UBS para atividades da comunidade, tais como oficinas de artesanato e salão de reuniões;	Utiliza o espaço de reuniões para informações e sugestões de melhoria física e de atendimento; Realiza mutirões de pequenas reformas e manutenções da UBS; Tem a UBS como espaço de promoção de saúde e reuniões da comunidade em geral;
Política de Humanização	Atendimento com acolhimento aberto diariamente, onde são acolhidos além da agenda normal, todos os pacientes que procuram; Descentralização do atendimento para outros assentamentos: Sinos e COOPAM.	Tem a UBS como primeira opção de atendimento em suas demandas, sendo a referência principal;
Princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e equidade	Acolhimento à todas as demandas da comunidade, sem distinção de necessidades e/ou condição social; Atendimento aos que mais necessitam por ordem de prioridade;	Visão de que a UBS é limitada, porém tem profissionais habilitados que podem encaminhar para o local adequado quando necessário;

Fonte: Caderno de Campo da Pesquisadora.

Através dos registros efetuados no Caderno de Campo, foi possível constatar que é necessário realizar um resgate sociocultural do território quando almejamos trabalhar com as políticas de saúde existentes. Foram necessárias várias imersões e participação em atividades diversas para entender a formatação deste que é sem dúvida um dos maiores movimentos de participação popular ativa existentes.

Figura 14 – Assentamento Nova Santa Rita



Fonte: Arquivo da Prefeitura Municipal de Nova Santa Rita

7.2. A INTEGRALIDADE COMO PRÁTICA EM SAÚDE

No material empírico da pesquisa também ficaram em destaque registros sobre sentidos e significados da integralidade para os atores envolvidos. As referências são registradas em diversos suportes no campo empírico e aparecem de forma bem explícita nas entrevistas. O formato como se conectam é relativo aos “atributos das boas práticas de cuidado”, seja na apresentação cotidiana ou mesmo na proposição no interior de políticas e iniciativas. Os principais registros no campo empírico são os seguintes:

Atendimento aos conceitos da integralidade e práticas integrativas e complementares através de acolhimento a todas as demandas dos usuários, com encaminhamento para atenção secundária e terciária quando necessário. Realização de oficinas, horta comunitária de produção de fitoterápicos, valorizando os saberes tradicionais e respeitando as práticas locais, com plantio totalmente orgânico e sem uso de agrotóxicos.

“A integralidade é buscada diariamente em nossos atendimentos, através do acolhimento aberto, que realizado diariamente junto com a agenda, possibilita atender a todas as demandas que os moradores necessitam, desde a mais simples até as mais complexas” (E1)

“A Unidade Mariza Lourenço da Silva trabalha de forma integrada à comunidade. Quando pedimos à administração municipal para descentralizar os atendimentos para ficar mais próximo dos moradores fomos atendidos.” (E5)

Os depoimentos coletados durante a realização das entrevistas confirmam a integração da equipe com o território, assim como a valorização da participação popular nas decisões e definição de prioridades. Isso reforça a necessidade de ampliação destas equipes, com atendimento a outros locais com as mesmas características.

No que se refere à temática da integralidade, há um registro relevante no processo político e epistemológico da Reforma Sanitária, que gera uma demanda de discursos no cotidiano do SUS, é também sua expressão como bandeira de lutas dos atores que militam no interior do sistema de saúde para seu desenvolvimento orientado pelo conteúdo da legislação que o fundamenta. (EnsiQlopedia, 2018).

A integralidade se constitui um dos princípios organizativos do SUS na legislação, juntamente com a descentralização e a participação social. Falaremos aqui especificamente sobre a integralidade, por estar intimamente ligada ao contexto pesquisado. Ela está presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da saúde e está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Ou seja: o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir de então atender às demandas e necessidades desta pessoa.

A integralidade como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituído como ato em saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização. (PINHEIRO, 2009).

Mattos (2005) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a “integralidade” que tem por base a gênese desses movimentos, quais sejam: a integralidade com traço da boa medicina, a “integralidade” como modo de organizar as práticas e a “integralidade” como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

Pensando em integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos

a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: “A superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade” (Pinheiro, 2009).

Pela perspectiva dos usuários, a ação integral em saúde tem sido frequentemente associada ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento. Por isso, este valor paira como uma orientação geral nos serviços de saúde, já que o Estado tem o dever de oferecer um “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, como oficializou a Constituição Federal de 1988.

Para atender a esta necessidade da população, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações que vão desde a prevenção à assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade. Historicamente, este conceito também está ligado a um movimento de medicina integral, que denunciava a especialização crescente dos profissionais de saúde. Com a Reforma Sanitária, a atenção integral se tornou uma das diretrizes do SUS. A crescente necessidade de retorno aos saberes e cultura popular como forma de promoção de saúde impulsionou o uso no SUS das práticas integrativas e complementares, sendo que estas foram oficialmente introduzidas nos atendimentos através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em 2006, que foi ampliada em 2017.

Como se registrou anteriormente, a gestão Municipal de Nova Santa Rita, ouvindo os inúmeros pedidos da comunidade em ter uma Unidade Básica de Saúde dentro do território e entendendo ser necessária a implantação de uma ESF Rural dentro do Assentamento Santa Rita de Cássia II, busca proporcionar a atenção integral aos moradores, através de várias ações realizadas, tais como grupos de cuidado em diversas áreas, espaço para práticas dos saberes popular e desenvolvimento de multiplicadores no uso de fitoterápicos, bem como o manejo da terra no plantio dos mesmos.

Dentro da avaliação dos usuários, a ESF Mariza Lourenço da Silva dialoga com o conceito de integralidade por atender as necessidades da população promovendo o uso dos fitoterápicos como tratamento convencional, respeitando assim os saberes populares e conhecimentos da terra que o povo do assentamento traz de forma muito presente em sua maneira de viver.

Na avaliação da profissional médica e dos demais profissionais, além das práticas integrativas e complementares, a integralidade da atenção é medida pelo atendimento a todos os ciclos de vida, da gestação, passando pelo puerpério, puericultura e atendimento a adolescentes, adultos e idosos.

7.2.1. INTEGRALIDADE E ATENÇÃO NOS CICLOS DE VIDA

A abordagem dos ciclos de vida aparece como tecnologia associada à integralidade como contraposição às abordagens mais restritas da clínica, que estão centradas na assistência às doenças, a partir de diagnósticos que são produzidos por meio de sinais e sintomas, bem como da confirmação por exames complementares (Ferla, 2007). Essa abordagem dá destaque a uma insuficiência de muitas práticas, considerando a própria abordagem biomédica: mesmo quando centrada na doença, a clínica singulariza diferentes etapas no desenvolvimento biológico do corpo.

O desenvolvimento humano, analisado globalmente na concepção biomédica, é a somatória de fenômenos celulares, bioquímicos, biofísicos e morfogenéticos, cuja integração é feita segundo um plano pré-determinado pela herança, modificado pelo ambiente (MARCONDES, 1970). Crescimento e desenvolvimento são processos paralelos, mas com conceitos próprios e não obrigatoriamente dotados de igual velocidade ou de igual sensibilidade aos agravos. Crescimento é aumento de massa por hipertrofia e divisões celulares (passível de aferição por cm e Kg), e desenvolvimento é a aquisição de capacidade (somente passível de aferição por meio de provas funcionais).

O crescimento humano, nessa concepção, se caracteriza por 4 fases distintas: Fase 1: Crescimento intrauterino, é iniciado na concepção e vai até o nascimento. Fase 2: Primeira Infância, que vai do nascimento aos dois anos de idade; Fase 3: Segunda Infância ou intermediária, período limítrofe que vai desde a primeira infância até a adolescência; Fase 4: Adolescência, que normalmente inicia aos dez anos e se estende até os vinte anos, quando ocorre um declínio do crescimento (MARCONDES, 1970).

Segundo Palácios (2004), estudar as diferenças no desenvolvimento dos indivíduos nos implica a ideia de buscar compreender, primeiramente as

propriedades comuns, para que seja possível entender as diferenças. Os primeiros estudos sobre o desenvolvimento humano foram realizados em sua grande maioria por pediatras e destinados a estudar a relação do diagnóstico e do tratamento de problemas de desenvolvimento.

Arnold Gesell na metade do século XX foi o primeiro a estudar os estágios do desenvolvimento motor, fornecendo informação fundamentada em pesquisa sobre desenvolvimentos que normalmente ocorrem em várias idades. Segundo Gessel, estes estudos fundamentaram a divisão dos ciclos de desenvolvimento da vida em oito períodos (Fadiman, 1986):

1. Período pré-natal: da concepção ao nascimento
2. Primeira Infância: do nascimento aos três anos
3. Segunda Infância: dos três aos seis anos
4. Terceira Infância: de seis a onze anos
5. Adolescência: de onze aos vinte anos
6. Vida Adulta: de vinte e um a quarenta anos
7. Meia-idade: de quarenta a sessenta e cinco anos
8. Terceira Idade ou Velhice: Após os sessenta e cinco anos

Todos os períodos apesar de sua divisão cronológica podem sofrer variações de acordo com as influências culturais, hereditariedade, etnia, contexto histórico, gênero, questões socioeconômicas, entre tantas outras influências, além das características inerentes ou próprias da individualidade de cada sujeito.

Os ciclos de vida, entretanto, não respondem somente ao conceito de crescimento e desenvolvimento biológico. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2012, o atendimento aos diversos ciclos de vida deve ser realizado de forma integral, com assistência a todas as necessidades em que o ciclo se apresente. Veja-se aqui que há um conceito relevante de que dimensões sociais e culturais constituem os ciclos de vida, para além daquelas características descritas nos ciclos de desenvolvimento descritos acima. Isso significa que a abordagem dos ciclos de vida para o cuidado integral considera não apenas as características biológicas e fisiológicas de cada uma das etapas de desenvolvimento, mas um conjunto de singularidades que constituem o modo como as pessoas em cada etapa interagem com o contexto específico em que vivem, processo que produz variações importantes na produção da sua saúde. Os ciclos de vida como base para a

integralidade do cuidado associam as características bio-fisiológicas e também as históricas, sociais e culturais de cada grupo ou pessoa.

Na ESF Rural Mariza Lourenço da Silva, a assistência aos ciclos de vida ocorre de forma integral, desde o pré-natal até a senilidade, destacando-se o acolhimento aberto sempre que houver necessidades específicas daquele indivíduo. (Médico ESF, julho 2018).

As evidências dessa atenção integral que respeita as características individuais dos usuários e interage com os ciclos de vida podem ser observadas em vários momentos dentro da UBS. Já na recepção, todos os usuários são recepcionados com a oferta de chá com plantas medicinais produzidas na horta da própria Unidade. Após é realizado um acolhimento que pode ser feito por um dos membros da equipe, com a escuta de qual a necessidade do mesmo. Esta pode resultar em consulta médica, de enfermagem ou odontológica ou apenas em orientações para o indivíduo em questão.

Importante ainda ressaltar, a implantação recente do atendimento descentralizado em territórios mais distantes da UBS, onde a equipe se desloca até o local duas vezes por semana, com atendimento médico e de enfermagem, além da realização de grupos de puérperas e orientações em sala de espera, que vão desde a orientação sobre benefícios sociais, até como são realizados encaminhamentos para uma cirurgia por exemplo. (Diário de campo da pesquisadora)

Figura 15 - Caminho para o Assentamento Capela, onde são realizados semanalmente atendimentos pela ESF



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

O assentamento Capela está localizado a cerca de dez quilômetros da UBS e abriga em torno de cem famílias, com aproximadamente 350 (trezentos e cinquenta) moradores e é onde está localizada a Cooperativa de Produtos Orgânicos produzidos pelos assentados (COOPAM).

Figura 16 - Entrada da COOPAM, com alusão ao território onde são produzidos alimentos orgânicos em forma de Cooperativa



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

Figura 17 - Local onde são realizados os atendimentos pela UBS



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

Neste local que foi cedido e reformado pela comunidade, os profissionais de enfermagem, agentes comunitários de saúde e medicina comunitária realizam em torno de 120 (cento e vinte) atendimentos semanais.

7.2.2. INTEGRALIDADE E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) são sistemas e recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e da recuperação da saúde por meio de tecnologias de eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. (PNPIC, 2017)

Através da Portaria nº 849 de 27 de março de 2017, o Ministério da Saúde incluiu a arte terapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexo terapia, reike, shantala, terapia comunitária interativa e yoga, além da acupuntura, homeopatia, Plantas medicinais e fitoterapia, termalismo e medicina antroposófica, já instituídas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPICs) em 2006.

Na ESF Mariza Lourenço da Silva são utilizadas técnicas da medicina antroposófica e o uso de plantas medicinais e fitoterapia.

Pela Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares a Medicina antroposófica caracteriza-se pela ampliação da prática médica, podendo também ser administrada por outros membros da equipe, através de um diagnóstico médico complementar de acordo com os saberes envolvidos na cosmovisão antroposófica. São utilizados recursos terapêuticos não medicamentosos e medicamentosos, tais como:

a) Aplicações externas: compreendem a administração de escalda pés, enfaixamentos, compressas e emplastos a base de chás, óleos e pomadas fitoterápicos;

b) Banhos terapêuticos: Realizadas com a diluição de óleos à base de plantas medicinais na água de imersão.

c) Massagem rítmica: Por intermédio de toques específicos (deslizamentos superficiais, amassamento e malaxação, duplos círculos e lemniscatas) é possível equilibrar a vitalidade do organismo, atuando sobre as frações aquosas, aérea, gasosa e sólida. É inspirada na massagem sueca e compreende o ser o organismo humano completamente permeado pela vitalidade, que está alterada em estados patogênicos.

d) Terapia artística: Envolve atividades de desenho, pintura em aquarelas, modelagem com argila e o

e) Outras técnicas. É indicada tanto como atividade higiênica quanto de prevenção, nos vários distúrbios orgânicos e psicológicos;

Terapêutica Medicamentosa: Esta terapêutica em Medicina Antroposófica é utilizada exclusivamente por médicos e dentistas, que prescrevem de acordo com o diagnóstico individualizado. Embora um dos benefícios observados seja o uso dos medicamentos alopáticos, sempre que necessário a prescrição envolve a combinação desses com homeopáticos e fitoterápicos. (PNPICs, 2017).

Os registros coletados e comprovados pelos relatos da equipe assistencial reafirmam o uso cotidiano destas práticas, que são introduzidas já na sala de espera da UBS, onde é ofertado chá diariamente aos usuários, com explicações sobre o uso e indicações do mesmo pela equipe.

Em vários momentos durante a imersão no território foi possível presenciar oficinas de produção de shampoos e pomadas com o uso de fitoterápicos orgânicos

e plantio de chás e plantas medicinais. O respeito as práticas e saberes populares se reflete no cotidiano desta equipe, que têm em sua área de abrangência mais de cem pacientes diabéticos e hipertensos que atualmente estão com controle glicêmico e de pressão arterial adequados, através da mudança de hábitos alimentares, uso correto das medicações prescritas e participação semanal em grupos de caminhada e fitoterápicos.

A importância do trabalho realizado neste espaço vem se ampliando e tamanha a repercussão da qualidade da atenção ofertada, que a ESF Rural Mariza Lourenço ganhou o capítulo de um livro, intitulado Campo, Floresta e Águas; práticas e saberes em saúde. Publicado em março/2018 através de uma parceria entre a Fiocruz e UNB (Universidade de Brasília), conta a história desde a idealização, passando pelas reformas e inauguração até os dias atuais da UBS. O lançamento ocorreu no território da UBS, com a participação de outros assentamentos e lideranças regionais. (Diário de Campo).

Figura 18 - Lançamento do Livro Campo Floresta e Águas em março/2018.



Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

Durante o lançamento do livro, vários integrantes de outros assentamentos do Brasil estiveram presentes e puderam conhecer um pouco mais do histórico da UBS, vislumbrando a possibilidade de reproduzir a experiência em outros territórios.

Após as entrevistas e dados coletados em diário de campo, foi possível observar grau de importância elevado da utilização de PICs neste território, onde podemos ter a indicação de que as práticas alternativas e complementares

estão presentes e são instrumentos de cuidado desta comunidade, podendo servir de exemplo para outras ESF Rural em Assentamento.

7.3. PMAQ-AB E A ESF RURAL

Conforme já versado na contextualização desta Dissertação, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), lançado em 2011 através da estratégia do Ministério da Saúde “Saúde Mais Perto de Você – acesso e qualidade”, trouxe a proposta de avaliar em um mesmo processo os serviços de atenção básica do país, de forma a contemplar os grandes e pequenos municípios, dentro do universo dos 5.561 municípios do Brasil (IBGE, 2016).

Instituído através da Portaria 1.654 de 19 de julho de 2011, através da qual criou também o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Ou seja, ao mesmo tempo em que buscou desencadear um processo de avaliação e reflexão sistemática sobre as práticas desenvolvidas na atenção básica, o PMAQ instituiu um mecanismo de incremento de remuneração relacionado ao desempenho nos serviços.

Tendo como objetivo principal promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, o PMAQ-AB buscou incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho e das equipes de saúde (DAB, 2017). Está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade, a saber:

- 1) Adesão e Contratualização: Etapa formal de adesão ao programa, mediante contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as equipes de saúde e os gestores municipais e destes com o MS, num processo que deve envolver a pactuação local, regional e estadual, com a participação dos espaços de controle social.

2) Desenvolvimento: Equipes de saúde, gestores municipais e estaduais, além do MS, num processo que envolve um conjunto de ações (auto avaliação, monitoramento, educação permanente, apoio institucional).

3) Avaliação Externa: Consiste no levantamento de informações para análise das condições de acoso e de qualidade das Equipes de Atenção Básica participantes do programa. O Ministério da Saúde em conjunto com Instituições de Ensino e Pesquisa, realiza visitas às equipes para avaliação de um conjunto de aspectos, que vão desde a infraestrutura até questões ligadas ao processo de trabalho.

Esta avaliação resulta em 4 principais classificações das Equipes:

- a) Desempenho insatisfatório: O gestor municipal deixará de receber o valor de incentivo desta equipe e a gestão juntamente com a equipe deverá que assumir um termo de ajuste.
 - b) Desempenho mediano ou abaixo da média: O gestor permanecerá recebendo 20% do valor do Componente do PAB Variável², mas a equipe e gestão também terão que assumir um termo de ajuste.
 - c) Desempenho acima da média: o repasse referente a ela passará a ser 60% do Componente do PAB Variável.
 - d) Desempenho muito acima da média: O repasse será de 100% do Componente de Qualidade do PAB Variável.
- 4) Contratualização: Ocorre após a certificação, por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade de forma a estimular a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ (Port1. 654/2011).

A partir de 2013 houve uma ampliação do Programa, com a possibilidade de adesão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (DAB, 2017).

O PMAQ-AB desencadeou um processo de avaliação que, ao mesmo tempo, colocou em circulação uma estratégia de valorização financeira de desempenho para a atenção básica, um processo de coleta de dados in loco inédito para a atenção básica e desencadeou uma agenda de pesquisas avaliativas da atenção básica inédita até então. A avaliação proposta através do PMAQ-AB vai muito além de uma simples medição do trabalho realizado, mas se constitui como uma importante estratégia de melhoria dos processos de trabalho.

Consideramos que uma conexão importante para a avaliação é quando os indicadores são postos em diálogo com os sujeitos do cotidiano do trabalho, produzindo conhecimento significativo e construindo redes explicativas que não estão centradas exclusivamente nas “evidências da ciência”, mas compõe com as “evidências do cotidiano”, as quais atravessam o trabalho e o corpo dos trabalhadores. A avaliação, considerada assim como dispositivo de aprendizagem, constitui estratégia de desenvolvimento do trabalho. (CECCIM; FERLA, 2008).

O Município de Nova Santa Rita no ano de 2011 participou do primeiro ciclo do PMAQ com a UBS Cel. Olympio. Organizada no modelo tradicional de saúde. Como no ano de 2013 ainda não estavam implantadas as equipes de ESF, o município não realizou a adesão ao 2º ciclo do PMAQ, que na ocasião foi direcionada apenas para equipes de ESF. Em 2015, no terceiro ciclo, houve mudança na regra e todas as equipes de AB poderiam ser cadastradas no PMAQ, então o município realizou a adesão de 06 equipes de AB, sendo 5 ESF, uma com saúde bucal.

A ESF Mariza Lourenço da Silva foi contratualizada em 2015, sendo que a partir desta data foram realizadas Auto Avaliações (AM AQ), que produziram várias matrizes de intervenção.

A matriz se constitui em documento formal orientador produzido pelo Programa, onde são descritas as principais necessidades da Unidade e indicadas possíveis soluções. Através das matrizes de intervenção, são desencadeados os processos de melhoria que muitas vezes independem da atuação externa a equipe, como pode ser observado nesta fala de um dos entrevistados:

A construção das matrizes de intervenção serviu para que pudéssemos refletir sobre o agendamento de consultas de puericultura na Unidade, que anteriormente era no período da manhã e após alteramos para a tarde, devido a muitas faltas nas consultas. Após a alteração não tivemos mais faltas. (E3).

Através da análise realizada na AM AQ da Equipe e suas Matrizes de Intervenção, podemos perceber o quanto o Programa atendeu o propósito de constituir um instrumento de qualificação da equipe, servindo como dispositivo de mudança, através da melhoria das percepções dos processos de trabalho e,

também, como estímulo da gestão para destinação de recursos que qualificaram a estrutura física da Unidade.

O Quadro 13 demonstra os resultados obtidos na última auto-avaliação realizada pela Equipe em dezembro de 2017:

Quadro 13 - Resultados obtidos

<i>Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde</i>	
<i>K – Organização do Processo de Trabalho</i>	
<i>L – Atenção Integral à Saúde</i>	
<i>N – Programa Saúde na Escola – PSE</i>	
<i>M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário</i>	
<i>J – Educação Permanente e Qualificação das Equipes de Atenção Básica</i>	
<i>Unidade Básica de Saúde</i>	
<i>H – Infraestrutura e Equipamentos</i>	
<i>I – Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos</i>	
<i>Notas: 126 90.0% Muito Satisfatório</i>	
<i>283 80.0% Muito Satisfatório</i>	
<i>48 80.0% Muito Satisfatório</i>	
<i>36 90.0% Muito Satisfatório</i>	
<i>25 83.0% Muito Satisfatório</i>	
<i>72 90.0% Muito Satisfatório</i>	
<i>62 77.0% Satisfatório</i>	

Fonte: Disponível em: <http://amaq.lais.huol.ufrn.br> – consulta em 01.05.2018 – Acesso pelo Coordenador Municipal.

Baseando-se nos dados apresentados, ressaltamos apenas o item que se refere a imunizações, que se encontra abaixo de 95%, que é o índice preconizado pelo Ministério da Saúde. Essa avaliação reflete a ausência da sala de vacina na Unidade, que está prevista para implantação ainda em 2018. Não foi possível realizar uma análise comparativa com outros Municípios, pois a mesma é referente

aos dados do AMAQ, os quais não estão disponíveis para consulta pública, somente para consulta dos responsáveis do próprio Município.

Até o momento da conclusão desta dissertação não haviam sido divulgados os resultados da avaliação externa do PMAQ realizada em 2018 na UBS. Porém se considerarmos que as médias anteriores nas avaliações externas de 2013 e 2015 em relação as demais equipes do Brasil foram de 85% na média, as notas obtidas no AMAQ realizado pela equipe em fevereiro do corrente ano explanadas acima podem ser consideradas satisfatórias. Independentemente dos resultados em termos de indicadores que foram medidos pelo PMAQ e que estão sintetizados, para o primeiro ciclo avaliativo, na tabela acima, o processo avaliativo produziu mobilização dos diferentes atores e alguns resultados em termos de mudanças de processos de trabalho. A partir das entrevistas realizadas, podemos também concluir que a gestão, usuários e trabalhadores de saúde relataram melhorias, conforme abaixo:

A partir da análise dos indicadores do PMAQ em relação ao pré-natal, alteramos a agenda de exames cito patológicos e criamos um controle onde temos cadastradas todas as usuárias do território e avisamos a usuária e agendamos os exames quando está próximo ao período de realização do mesmo. (E02)

O PMAQ foi muito importante para que pudéssemos implantar a sala de acolhimento, ampliando o Posto e ficando com mais espaço para atender melhor as pessoas. (E03)

Podemos concluir que o PMAQ-AB é um Programa que contribuiu para a qualificação desta equipe, com a construção de novas relações de trabalho, metodologias diferenciadas de acolhimento e assistência e a qualificação da estrutura física da Unidade Básica de Saúde.

Os dois profissionais com falas destacadas associam ao processo avaliativo externo a tomada de decisão e implementação de mudanças na organização do trabalho e na infraestrutura. O efeito dispositivo, nesse caso, representa uma sequência de mudanças na gestão e no trabalho, que foi antecedida por reflexões sobre o modo de funcionamento e sobre o “olhar externo”.

A ESF Mariza Lourenço da Silva realiza uma produção ímpar de cuidado em saúde, porém seguindo as diretrizes e normativas institucionalizadas através da

Política Nacional de Atenção Básica, que norteia os processos de trabalho sem perder de vista a singularidade do território atendido. (Diário de Campo).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do contexto de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família Rurais (ESF) em Assentamento permitiu compreender singularidades dessa modalidade na organização de um sistema local de saúde em um município de pequeno porte, caracterizado por uma grande mobilidade de habitantes, que compõe os assentamentos. A pesquisa foi realizada num momento bastante sensível da realidade brasileira, com o processo de impedimento e a destituição da Presidenta Dilma Roussef, em 2016, o governo interino e posteriormente confirmado, Michel Temer, com abalos institucionais e agudização de tensionamentos no interior da sociedade brasileira. Nesse contexto, relembrar o Processo de Reforma Sanitária Brasileira e compreender os sentidos que as expressões que compõem o ideário do SUS tiveram na sua origem e no processo de implementação é muito relevante, para construir resistências e (re)criação⁴.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde não é definida somente pela ausência de afecções e enfermidades. A Constituição Brasileira de 1988 incorporou o conceito ampliado de saúde, produzido a partir do movimento da Reforma Sanitária, como resultado de políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de doença e agravos e produzam acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Como pudemos observar através dos relatos, o cuidado buscado pelos trabalhadores daESF Mariza Lourenço da Silva busca realmente o atendimento a este conceito de saúde, uma vez que trabalha continuamente a prevenção, assistência direcionada as necessidades da população local e atendimento do indivíduo como um ser único, de forma e consciência singulares.

⁴ No período de realização do Mestrado em Saúde Coletiva, tive a oportunidade, com meu orientador e colegas, de escrever um artigo de revisão sobre o Sistema Único de Saúde, que foi publicado em um dicionário de termos para as Residências em Saúde. Foi oportuno retomar o estudo, sob supervisão, para atualizar as análises da dissertação e para exercitar o compartilhamento de conhecimentos sobre o SUS, seus desafios e dilemas atuais. Ver o verbete “Único”, Alcindo Antônio Ferla, Renata Flores Trepte, Márcia Fernanda de Mélo Mendes, Ana Paula Gularte Macedo e Leticia Stanczyk, publicadona EnSiQlopedia das residências em saúde (CECCIM et al., 2018).

A análise realizada demonstra que o trabalho é organizado com uma escuta bastante sensível ao cotidiano de usuários e dos próprios trabalhadores da saúde, mobilizando os saberes e tecnologias prévias, que acompanharam a formação acadêmica dos profissionais, mas também desencadeando aprendizagens significativas a partir da realidade do entorno do serviço de saúde. Ou seja, para além de destacar o plano relacional como tecnologia que estrutura o trabalho, também nos afiliamos a teorias construtivistas em relação à aprendizagem que se faz no cotidiano. (CECCIM; FERLA, 2008)

A pesquisa realizada em Nova Santa Rita nos amplia o entendimento sobre as equipes de ESF Rural em Assentamento e nos remete aos conceitos de Atenção Básica e Integralidade, onde podemos perceber que é possível a aplicabilidade dos mesmos nesse território, mesmo diante da estrutura física simples e características locais rudimentares. A Política Nacional de Atenção Básica, que orienta o trabalho nesse âmbito de atenção, esteve em disputa nesse período. Mesmo com mudanças no texto da política, ela é usualmente utilizada como marco de orientação do trabalho. A resolutividade, nesse âmbito de atenção, não é centralmente dependente de equipamentos tecnológicos, mas de uma clínica complexa e interprofissional. Evidentemente que as limitações em termos de recursos tecnológicos e, mesmo, de saberes e capacidades profissionais, impactam também no trabalho realizado pela equipe.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa foi possível observar que a contribuição do MST para o funcionamento democrático da ESF Mariza Lourenço é fundamental. Desde a sua implantação, por meio de reuniões com a participação da comunidade local, que auxiliou não somente na escolha do local, mas também na adequação do mesmo, até o funcionamento da UBS, onde são discutidos o número de agendamentos e os critérios utilizados. Reafirmam assim a importância dos critérios do Movimento, que é baseado na democracia e participação popular em todos os processos decisórios. Aqui, a proximidade com as ideias e saberes do Movimento é marcador analítico da condição de descentralização, integralidade e participação, que são diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde e, portanto, da política nacional de saúde.

Através da análise dos dados coletados, pudemos observar que a ESF Rural realizou de forma singular a análise dos dados do PMAQ, utilizando o Programa como potente dispositivo de mudança. Uma das entrevistas relata que houve

alterações importantes desde os processos de trabalho tais como a implantação do acolhimento aberto realizado pela equipe até mesmo os controles de exames de cito patológicos, a partir da avaliação do PMAQ-AB. Embora sem participação formal no segundo ciclo avaliativo, realizado no período imediatamente anterior à pesquisa, o PMAQ-AB mobilizou o trabalho e a reflexão dos trabalhadores.

Em vários momentos as entrevistas realizadas se referem a ESF Rural dentro do assentamento como uma parte do território, observando que a equipe atende as demandas e trabalha o conceito de saúde dentro da atenção integral, com acolhimento a todas as necessidades apresentadas, respeitando a diversidade local e a cultura dos assentados, através do uso de práticas integrativas e complementares proposta por eles.

A partir da análise dos dados coletados, é possível perceber que a ESF Rural Mariza Lourenço da Silva atua de forma a atender as premissas da atenção básica, com atendimento integral dos usuários e buscando melhorias contínuas através das reflexões propostas pelas reuniões de Conselho Local de Saúde e uso de ferramentas disponíveis tais como as avaliações do PMAQ-AB.

Os questionamentos da pesquisa foram respondidos integralmente com os dados empíricos, indo muito além das expectativas existentes no momento em que se pensou essa dissertação. A sensação que foi construída e incorporada na pesquisadora que se forma com ela é de que o campo empírico se amplia em cada fala de usuário ou da própria equipe, que nos remete aos princípios fundamentais do SUS atendendo a todos de forma equânime, integral e universal, com respeito ao território e as características desta comunidade tão singular, que representa a parcela viva da sociedade que luta por direitos dos menos favorecidos.

Em um momento histórico de perdas de direitos e valorização do poder econômico como principal *modus operandi* da administração pública, a reafirmação de que a gestão democrática produz de forma eficiente e eficaz o cuidado em saúde, é fundamental.

É necessário refletir sobre qual o tipo de cuidado em saúde queremos produzir e utilizar, pois os resultados desta pesquisa nos levam a refletir de forma muito mais ampla sobre nossos valores e percepções da saúde pública, onde o conhecimento científico é aliado aos saberes tradicionais e os resultados são o bem-estar físico psíquico e emocional desta comunidade, que certamente adocece menos e é exemplo de longevidade e qualidade de vida. Podendo certamente ser utilizada

como potente estratégia educação permanente e qualificação dos processos de trabalho.

Ressalto ainda a necessidade de ampliar os estudos em relação a produção do cuidado em saúde com respeito à diversidade local de cada região do Brasil, pois nesta pesquisa ficou evidente o vasto campo de pesquisa sobre a utilização dos saberes e práticas populares como estratégia de tratamento utilizada pela equipe de saúde Mariza Lourenço da Silva.

O respeito à natureza, a utilização de plantas medicinais como tratamento alternativo e as decisões tomadas de forma democrática em todos os espaços são apenas alguns exemplos que podem servir de base para futuras pesquisas. Os saberes tradicionais, das práticas populares e dos grupos com singularidades étnicas e culturais, são parte constitutiva de sua saúde e, portanto, devem compor a configuração tecnológica do trabalho de cuidado integral.

Através deste estudo podemos perceber a importância para o nosso país da valorização histórica dos povos que lutam por direitos pela terra, pois os mesmos refletem a realidade de todos os brasileiros que de uma forma ou de outra tem seus direitos cerceados e minimizados. Afinal, na Lei Orgânica da Saúde está registrado que os níveis de saúde de pessoas e grupos expressam a organização social e econômica do País, sendo que a saúde é determinada e condicionada pela alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, sendo que essas condições devem compor, portanto, o campo de referência para o cuidado. Pensar a saúde de pessoas e grupos é, sempre, refletir sobre as condições de vida e de liberdade que são vigentes no meio em que vivem.

Cada vez que caem cercas a sociedade é obrigada a olhar-se e a discutir o tamanho das desigualdades, o tamanho da opulência e da miséria, o tamanho da fartura e da fome... (Pedro Tierra, poeta, 1995).

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H; BEZERRA, R.C. **Atenção Primária à Saúde e estratégia de saúde da família.** In: CAMPOS, G.W.S.et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006.

BAPTISTA, T.W.F. **História das políticas de saúde no Brasil: trajetória do direito à saúde.** In: MATTA, G.C.PONTES, A.L.M. (orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde.** Ed.: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.p. 36-60.

BRASIL, 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, mar. 17-21; Brasília, DF. Brasil. **Relatório final: Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento setorial.**

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde.** Departamento de Apoio à Descentralização. Secretaria Executiva. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília, DF. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Nacional de Auditoria do SUS. **Dados epidemiológicos, 2015, 2016 e 2017.** Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/> Acesso em 17.08, 13.10, 18.11 de 2017 e 06.03.2018.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia.**São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos.**São Paulo: Hucitec, 2000.

CECCIM, R.B. **Permanent Education in Health: decentralization and dissemination of pedagogical capacity in health.** Ciênc saúde coletiva, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 05.ago.2017.

CONTRADIOPOULOS, A.P. **Avaliando a Institucionalização da Avaliação.** Ciência & Saúde Coletiva, vol.11 (3): 705-712, 2006.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br:PMAQ>>. Acesso em 15.jul.2017.

ENSIQLOPEDIA das Residências em Saúde: **Rede Unida.** Disponível em:<<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>>. Acesso em 20.ago.2018.

FADIMAN, James; Frager, Robert. **Teorias da Personalidade**. Trad. Camila P.S. Sybil Safdié. São Paulo: Habra, 1986.

FELIZBERTO, E. **Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes**. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.

FERLA, Alcindo Antônio. **Clínica em movimento: cartografias do cuidado**. Caxias do Sul: Ucas, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 8ª Edição. Rio de Janeiro, Graal, 1989.

FURTADO, J.P. **Avaliação para conhecimento e transformação**. In: BOSI, M.L.M. & MERCADO, F.J. (Orgs.). **Avaliação Qualitativa de programas de Saúde. Enfoques Emergentes**. Editora Vozes, pp. 207 – 298, 2006.

GIL, C.R.R. **Práticas profissionais em Saúde da Família: expressões de um cotidiano em construção**. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**; Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/nova-santa-rita/panorama>. Consulta em maio, junho, julho, setembro e dezembro de 2017.

LUZ, M.T.; **As instituições médicas do Brasil/ Madel Therezinha Luz - 2. ed.** - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/instituicoes-medicas-pdf/view>>. Acesso em 26.jul.2017.

MARCONDES, E.; BERQUÓ, E.S.; YUNES, J. **Estudo antropométrico de crianças brasileiras de zero a doze anos de idade**. São Paulo: Anais Nestlé, 1970.

MEDEIROS, J. ERI DE MEDEIROS/ C.F. GUIMARÃZES (Orgs). **Sementes do SUS**. Série Técnica – Volume 2 – Editora IB Saúde, 2007.

MEHRY, E.E. **ACartografia do Trabalho Vivo**. 3.a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E. R. (Orgs.) **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA RITA. **Plano Municipal de Saúde 2013-2017** – Secretaria Municipal de Saúde de Nova Santa Rita.

TANAKA, O.Y. TAMAKY, E.M. **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão dos serviços de saúde**. Ciência e Saúde coletiva. Rio de Janeiro, vol.07. p.- 821-828. Abr.2012.

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu MARIA ELIANE IENSEN, abaixo assinado, responsável pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE NOVA SANTA RITA, autorizo a realização do estudo ATENÇÃO BÁSICA, INTEGRALIDADE E DIVERSIDADE LOCAL: ANÁLISE DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ASSENTAMENTO RURAL A PARTIR DOS DADOS DO PMAQ-AB, a ser conduzido pelo pesquisador ANA PAULA GULARTE MACEDO, mestranda do Programa de Pós Graduação de Saúde Coletiva (PPGCOL) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com orientação do Professor Dr. Alcindo Antônio Ferla.

Declaro que informada pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com o estudo proposto e que o mesmo está dentro das normas de ética e pesquisa da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e/ou CNS 510/16. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Maria Eliane Iensen

Secretária Municipal de Saúde

ANEXO II – MODELO DE ENTREVISTA**ATUAÇÃO:****() TRABALHADOR () USUÁRIO () GESTOR****FORMAÇÃO:** _____**RESIDÊNCIA:** _____**TEMPO DE ATUAÇÃO OU MORADIA NO MUNICÍPIO:** _____**PESQUISA: ATENÇÃO BÁSICA, INTEGRALIDADE E DIVERSIDADE LOCAL:
ANÁLISE DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ASSENTAMENTO
RURAL DO MST:****QUESTÕES:**

1. Como você **avalia** de acordo com a definição da atenção básica do Ministério da Saúde, o trabalho que é efetuado dentro da ESF?

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Este trabalho é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades Básicas de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde. (DAB, 2018).

2. Você considera que o atendimento realizado na UBS Rural Mariza Lourenço da Silva atende a **integralidade** e diversidade local do território? Por quê?
3. Você acredita que este modelo pode ser utilizado em outras ESF Rural dentro de **assentamentos**?