

ANÁLISE SOBRE A EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA AS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS

Jorgiane Silva Tenazor¹
Lilian da Silva Gomes Melo²

RESUMO

Atualmente, a atenção à saúde da população ribeirinha é dada mediante a Política Nacional de Atenção Básica, implementada no país, pelas Portarias MS/GM nº 2.488 e 2.490, ambas de 2011, voltadas para a implantação e operacionalização das atividades de saúde, bem como a definição dos valores de financiamento para as Equipes de Saúde das Famílias Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), sobretudo na região amazônica. Este artigo vem tratar da análise bibliográfica sobre a efetivação das políticas de saúde da população ribeirinha, tendo como objetivo geral evidenciar as formas de efetivação dessas políticas, procurando assim, realizar um resgate histórico, apontando dados/percentuais sobre a realidade da saúde dos ribeirinhos e apresentar os principais aspectos que impedem a efetivação dessa política.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Saúde; Populações Ribeirinhas

ABSTRACT

Currently, the health of the local population is given by the National Policy for Primary Care, implemented in the country, by Ordinances MS / GM No. 2,488 and 2,490, both 2011, focused on the implementation and operation of health activities as well as the definition of financing values for the Health Teams of Riparian Families (ESRF) and costing of the Basic Units of River Health (BFHU), especially in the Amazon region. This article is dealing with literature review on the effectiveness of health policies of the local population, with the overall objective to highlight the forms of execution of these policies , seeking thus perform a historical , pointing data/percentage on the health reality of coastal and present the main aspects that impede the realization of this policy

Keywords: Public Politics; Health; Riverine Population;

¹ Assistente Social, Pós Graduada do Curso de Gestão e Políticas Públicas em Saúde da Faculdade Salesiana Dom Bosco – FSDB.

² Assistente Social, Docente do Curso de Pós Graduação de Gestão e Políticas Públicas em Saúde da Faculdade Salesiana Dom Bosco – FSDB. Mestra em Sociedade e Cultura na Amazônia.

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo intitulado Análise sobre a Efetivação das Políticas Públicas de Saúde para as Populações Ribeirinhas aborda a temática da promoção, atenção e cuidado à saúde da população ribeirinha, a qual está garantida no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS pela Lei 8.080/90 e através da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), portaria 2.966/2011.

Sabendo que há uma política pública de saúde voltada às populações ribeirinhas, quais os motivos para a sua não efetivação?

Desta forma, considera-se que uma das motivações para a realização deste artigo foi o fato da pesquisadora perceber através dos meios de comunicação em massa e da própria experiência pessoal, as diversas dificuldades que as populações da área urbana/rural enfrentam, cotidianamente, em relação à promoção, cuidado e atenção em saúde, surgindo então o interesse em conhecer o funcionamento nas políticas públicas de saúde nas populações ribeirinhas.

Ao considerar a escassez de estudos direcionados às condições de saúde geral das comunidades ribeirinhas e a importância destes estudos para o direcionamento e o estabelecimento de políticas públicas voltadas a essa população específica, o presente estudo faz destaque às ações de promoção de saúde, ou seja, o funcionamento ou não das políticas públicas de saúde realizadas nessas comunidades através do Sistema Único de Saúde – SUS e da Política Nacional Específica das populações ribeirinhas.

Neste sentido, o artigo tem por objetivo desvelar as políticas públicas de saúde existentes para as populações ribeirinhas enquanto direito garantido pela Constituição Federal de 1988 no Art. 196, que diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Entretanto, as desigualdades regionais e as deficiências de cobertura de serviços são, ainda, realidades nacionais, e os direitos sociais constitucionais continuam a ser metas a serem alcançadas.

Para tanto, foram estabelecidas como hipóteses para o desenvolvimento deste artigo: a) A efetivação da saúde não ocorre com maior frequência junto às

populações em situação de vulnerabilidade social, como no caso, da maioria dos ribeirinhos; b) As populações ribeirinhas escolhem viver às margens dos rios; e c) Há uma enorme dificuldade de efetivação da saúde nas famílias ribeirinhas.

Para realizar o artigo em questão utilizou-se a pesquisa bibliográfica com abordagem quantitativa e qualitativa, ancorada em autores como Aguiar, Polignano, Bravo, dentre outros. Além do uso de artigos, dissertações e teses para a composição do estudo.

O conhecimento apreendido deve ser utilizado na vida em sociedade, por meio de uma vivência teórica e prática, com esclarecimentos pertinentes para a formação enquanto futuros gestores de políticas públicas na área de saúde, uma vez que o objeto de trabalho são os menos favorecidos. Para tanto, faz-se necessário à discussão da temática como elemento essencial às respostas e esclarecimentos dessa realidade.

2. POPULAÇÕES RIBEIRINHAS E SAÚDE PÚBLICA: UMA BREVE REFLEXÃO

2.1 DISCUTINDO A SAÚDE PÚBLICA

Os problemas do sistema de saúde no Brasil estão presentes, diariamente, na vida da população, e é através dos meios de comunicação que visualizamos essa realidade ou por meio de experiências pessoais vivenciadas na prática como as filas frequentes nos serviços de saúde, a falta de leitos hospitalares para atender a população, a falta de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde, enfim são diversas situações envolvidas no âmbito da saúde.

Para discutir a saúde pública é importante realizar uma breve reflexão sobre o processo de construção da política de saúde no Brasil. Destacando assim, que o Brasil passa por um momento histórico envolvido neste processo sempre influenciado pelo contexto político-social.

Inicialmente não se pode falar da política de saúde no Brasil sem destacar o marco político de sua construção que se deu com a chegada da família Real no Rio de Janeiro, através de ações sanitárias e posteriormente, com medidas para conter epidemias que prejudicariam a economia agroexportadora. A questão da saúde e da doença na realidade brasileira começa a ter visibilidade em abril de 1500 com a chegada dos portugueses.

Nessa breve reflexão da discussão sobre saúde pública no Brasil, Polignano (2008, p.2) destaca 7 premissas para analisar essa política:

1. A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los;
2. A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional;
3. A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.
4. As ações de saúde propostas pelo governo sempre procuram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente; e preferencialmente tem sido direcionada para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização;
5. A conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido sempre uma resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros e, nunca uma dádiva do estado, como alguns governos querem fazer parecer.
6. Devido a uma falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos.
7. A dualidade entre medicina preventiva e curativa sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas por vários governos.

Vê-se assim, que a política de saúde somente recebia maior atenção quando ocasionava alguma interferência econômica ou social no modelo capitalista, estando esta, posteriormente, em segundo plano deixando de ter importância no cenário social, não sendo considerada como prioridade central.

É importante, contudo, entender o que é Política de Saúde, que conforme define Aguiar (2015, p.17):

“definida como a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social diante dos problemas de saúde e seus determinantes, assim como na produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade”

Dessa forma, a evolução da política de saúde sofreu a influência do capitalismo internacional, sob um modelo de Estado que somente se preocupava em casos de epidemias ou endemias quando ameaçavam o modelo capitalista vigente.

Resumidamente, a construção da saúde pública no Brasil começa com a vinda da família real como destacado anteriormente, onde naquele momento a atenção a saúde estava limitada aos recursos da terra (ervas, plantas) e conhecimentos empíricos (curandeiros). Sendo necessária a criação de uma estrutura sanitária mínima, que segundo Aguiar (2015, p.19): “A assistência médica

limitava-se, constituídas principalmente por coronéis do café e era exercida pelos raros médicos que vinham da Europa [...]. Aos demais (índios, negros, brancos pobres) restavam apenas os recursos da medicina popular e as sangrias”. Nota-se que havia uma enorme precariedade de saúde pública, não existia qualquer política de saúde voltada para a população.

Somente em 1808 surge a necessidade de se criar uma estrutura sanitária adequada evitando uma repercussão negativa em nível econômico e social. Conforme Aguiar (2015, p.18):

“O quadro sanitário do Brasil colonial e imperial caracterizava-se pela existência de diversas doenças transmissíveis [...]. Muitas dessas doenças tornaram-se endêmicas e outras, provocavam epidemias assustadoras e dizimavam enormes contingentes populacionais.”

A partir desse quadro caótico, foram tomadas medidas para minimizar os problemas de saúde. Como o surgimento do modelo campanhista de Oswaldo Cruz, em 1904 (campanhas sanitárias – vacinação obrigatória e, conseqüentemente, a revolta da vacina. Em seguida o Instituto Soroterápico Federal, posteriormente, transformado em Instituto Oswaldo Cruz. Figuras importantes para a melhoria das condições de saúde como Geraldo Horácio de Paula Souza especialista em higiene e saúde pública, construiu o Centro de Saúde do Rio de Janeiro, centro de caráter socioeducativo em contraposição ao modelo policalesco anteriormente utilizado (policial e fiscal); a inovação do modelo campanhista de Oswaldo Cruz, dentre outros.

O marco para a garantia de direitos voltados a saúde pública se deram com o processo de industrialização, pois naquele momento no Brasil as condições de trabalho eram precárias, inexistiam garantias trabalhistas, o que motivou o processo de mobilização e organização da classe operária na luta pelos seus direitos. O movimento operário deu o passo inicial para a construção das políticas de saúde, devido às péssimas condições de trabalho que vivenciavam naquele momento, realizando-se então duas greves trabalhistas nos anos de 1917 e 1919.

Em 1923 foi criada a Ley Eloy Chaves pelo Decreto 4.682 que garantia direitos tanto no âmbito previdenciário quanto no campo da saúde, como demonstra

a referida Lei³: “socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia; medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; aposentadoria; pensão para seus herdeiros em caso de morte.”

Trata-se de um marco na história do Brasil, pois é o início da Previdência Social através da contribuição nas CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões (posteriormente transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP's, como demonstra Aguiar (2015, p.21): “As Cap's [...] são consideradas como embriões da previdência. Eram financiadas com recursos das empresas, do governo e dos empregados e o controle era exercido por patrões e empregados”.

O atendimento a saúde era direcionado a quem podia pagar através da contribuição previdenciária. Era uma realidade injusta que fazia das camadas mais vulneráveis apenas dependentes de ajuda filantrópica e da caridade.

Posteriormente, deu-se início a criação de diversos programas, órgãos e instituições voltados para a construção da política de saúde, dentre os quais pode-se destacar: os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP's (1933); a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – SESP (1942); o Plano SALTE – Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (1948); o Ministério da Saúde (1953); o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social – INPS (1966); o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SIMPAS e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE (1977); a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (1979); o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP (1981) e o Programa de Ações Integradas de Saúde – AIS (1983) e ainda, em 1987 um decreto transformava a Ais no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS.

Porém a politização da saúde começa a se expandir com a VIII Conferência de Saúde em 1986 com a Reforma Sanitária que visava, ainda segundo a autora (2015, p.37):

“o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento de saúde como direito de todos e dever do estado, a criação do SUS (através do Inamps e do

³FILHO, Francisco Piorino. Decreto nº 4.682, de 24 de Janeiro de 1923. Estabelece as diretrizes pra criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões. <http://www.jornalonline.com.br/2011/arquivos/focus-loy-chaves-edicao040.pdf> acesso em 9/5/2016.

Ministério da Saúde), a descentralização e a hierarquização dos serviços, a atenção integral às necessidades de saúde da população e a participação popular.”

Não mais como ausência de doença, mas com a composição dos inúmeros fatores que a envolvem, desde o psicológico até o social. A Reforma Sanitária torna-se ‘efetiva’ com a Constituição Federal de 1988, pela aprovação do Sistema Único de Saúde, representando uma vitória na história da sociedade brasileira. Conforme cita Aguiar (2015, p.38):

[...] incorporou a maioria das propostas do movimento da Reforma Sanitária apresentadas por emenda popular [...]. foi criado em um período em que o Brasil se encontrava em grande instabilidade econômica, altas taxas de inflação e influências da conjuntura internacional neoliberal que juntamente com o recuo dos movimentos sociais, traz sérias dificuldades para implementação e regulação de seus princípios e diretrizes e da concretização das propostas da Constituição Cidadã

Mediante essas afirmações, vê-se a importância da Reforma Sanitária para a efetivação de políticas públicas de saúde, com propostas de participação de novos sujeitos sociais para a melhoria das condições de vida da população que envolveu profissionais de saúde, partidos políticos, movimento sanitário (representado pelo Centro Brasileiro de Estudos e Saúde - CEBES⁴) e comunidade em geral.

Bravo (2008, p.13) ressalta que “a construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da saúde que deveria ser viabilizado na década de 1990”.

A autora evidencia os desafios para a reforma sanitária ‘sair do papel’ e se tornar efetiva, pois a partir da década 90, o Estado assume um papel direcionado para a Política de Ajuste Neoliberal. Apesar das mudanças na legislação com a criação Sistema Único de Saúde pela Lei 8.080/90, o que ocorre é a desconstrução da política de saúde, devido a hegemonia neoliberal no Brasil como afirma Bravo (2008, p.14): “tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação”.

⁴Centro Brasileiro de Estudo de Saúde - veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contra-propostas.

Analisa-se então, um modelo de Estado que atende aos interesses do capitalismo, descumprindo dispositivos constitucionais (especialmente na área da saúde) que foram conquistados com muita luta por diversas camadas sociais. Enquanto o modelo de reforma sanitária busca garantir os direitos sociais direcionado ao Estado democrático que garanta a efetividade das políticas sociais; o modelo privatista se volta para a contenção de gastos, favorecendo o capital e suas demandas (privatização, concepção individualista e fragmentada).

Sendo o SUS (Sistema Único de Saúde) o sistema de saúde oficial do Brasil composto de um conjunto de princípios e diretrizes, organizado e articulado em relação aos serviços e ações de saúde, é imprescindível a sua efetivação e valorização. Como bem fundamenta Aguiar (2015, p.44): “O Sus fundamenta-se em uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito”. Esse direito está respaldado nas LOS (Leis Orgânicas de Saúde), a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90.

A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde. “Cabe ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício [...]” (AGUIAR, 2015, p. 47).

Já a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Possibilitando assim, a opinião e questionamento da população através das conferências e conselhos de saúde.

Outra questão é a evolução do processo de descentralização e municipalização do SUS através da fragmentação das ações (regionalização e hierarquização) que se deu através do Pacto pela Saúde, firmado conforme abaixo:

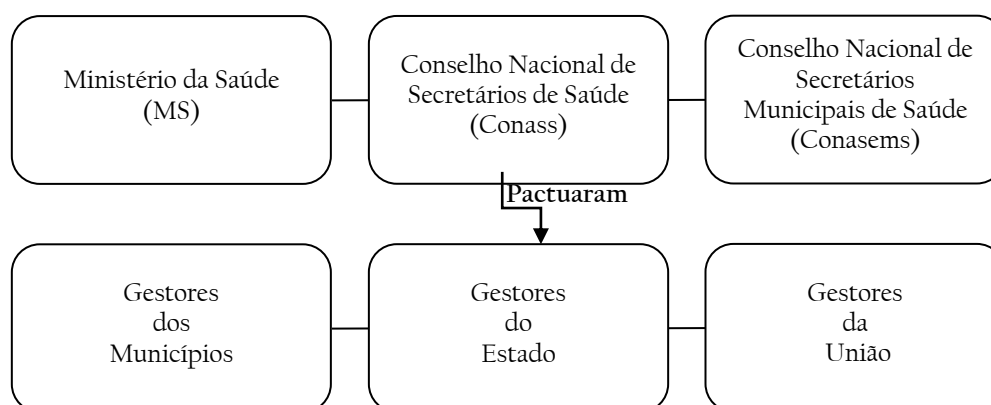


Figura 1: Pactuação das responsabilidades do Ministério da Saúde, do conselho nacional de secretários de saúde e do conselho nacional de secretários municipais entre os três gestores do SUS (municípios, estados e união) no campo da gestão do sistema e da atenção a saúde.

O pacto pela saúde surge em 2006, por meio da portaria 399/GM com o objetivo de facilitar a operacionalização do SUS, principalmente em relação, a temática deste artigo (saúde das populações ribeirinhas). Isso porque o pacto pela saúde se torna um instrumento de responsabilidade de cada esfera do governo conforme a necessidade e realidade de cada região, conforme cita Aguiar (2015, p.99): “[...]. Dividi-se em três partes: Pacto pela *Defesa da vida*, Pacto pela *Defesa do SUS*, Pacto de *Gestão do SUS*, nas quais são descritos os papéis dos envolvidos a partir das necessidades de saúde da população e no sentido de defender o controle social”.

Dessa forma, o Pacto de Gestão do SUS, especificamente, atua no âmbito da regionalização, para que a organização do sistema de saúde chegue às populações mais vulneráveis, que se encontram em condições precárias de saúde. Como bem afirma Aguiar (2015, p.120): “[...] é fato a histórica desigualdade na organização do sistema de saúde brasileiro, com precária estruturação e oferta de serviços de saúde em muitos municípios, resultado de questões complexas que vão desde a esfera econômica e social até questões de ordem política [...]”.

Então houve a necessidade de tratar sobre essas desigualdades, para que todos tenham acesso à saúde, confirmando-se o princípio da equidade, evitando a discriminação, o preconceito e a exclusão das populações do campo e da floresta, em especial, os ribeirinhos.

2.2A SAÚDE PÚBLICA E AS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS

Ao discutir a saúde pública e as populações ribeirinhas, em especial, as populações da Amazônia, é importante ressaltar as dificuldades de acesso ou acessibilidade que estes povos enfrentam, pois existe um cenário pitoresco na região, constituída por caminhos que dificultam o acesso ao sistema oficial de saúde, como os rios e a floresta.

No âmbito da saúde é importante destacar o termo Promoção de Saúde (PS) que tem sido contemplado, em diversos contextos ao longo dos anos, ao discutir questões referentes à temática saúde, direcionado para uma melhor qualidade de vida. A definição de PS tem um sentido mais amplo que a de prevenção, pois as medidas adotadas são direcionadas para a melhoria da saúde e do bem estar e não voltada a uma doença específica, enfatizando a transformação das condições de

vida e trabalho de uma população. Portanto, a promoção de saúde tem como sustentação os fatores relacionados aos aspectos que permeiam a qualidade de vida como: um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um panorama adequado de cuidados de saúde.

Neste contexto, dada à extensão territorial do Brasil, pode-se encontrar populações não apenas residentes em áreas urbanas e rurais, mas também, às margens dos rios, populações denominadas comunidades ribeirinhas ou ainda, as chamadas populações tradicionais.

Segundo a Revista CEFAC ⁵(2015, p.1522) 'o termo ribeirinho designa qualquer população que vive às margens dos rios'.

Para contribuir com a definição do conceito de população tradicional, Arruda (1999, p.79, 80) deduz que populações tradicionais:

são aquelas que apresentam um modelo de ocupação do espaço e uso dos recursos naturais voltados principalmente para a subsistência, com fraca articulação com o mercado, baseado em uso intensivo de mão de obra familiar, tecnologias de baixo impacto derivadas de conhecimentos patrimoniais e, normalmente, de base sustentável. Em geral ocupam a região há muito tempo e não têm registro legal da propriedade privada individual da terra, definindo apenas o local de moradia como parcela individual, sendo o restante do território encarado como área de utilização comunitária, com seu uso regulamentado pelo costume e por normas compartilhadas internamente.

Nesse contexto, as populações ribeirinhas se encaixam no conceito de populações tradicionais, os ribeirinhos são aqueles isolados não apenas da cultura geral, como do acesso à mídia (jornal, televisão, rádio, internet, dentre outros) e, também, de outros moradores da comunidade, pois a distância entre as residências são extensas. O rio atua como constritor (abre e fecha caminhos) – fonte de contato, barreira e ponte ambiental, criando e ao mesmo restringindo as possibilidades de interação.

Atualmente, a atenção à saúde dessa população é dada mediante a Política Nacional de Atenção Básica, implementada no país, pelas Portarias MS/GM nº 2.488 e 2.490, ambas de 2011, voltadas para a implantação e operacionalização das

⁵FRANCO, Elen Caroline et al. Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. Rev. CEFAC[online]. 2015, vol.17, n.5, pp.1521-1530. ISSN 1982-0216. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201517518714>.

atividades de saúde, bem como a definição dos valores de financiamento para as Equipes de Saúde das Famílias Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), sobretudo na região amazônica.

Essa política define as populações do campo e da floresta como povos e comunidades que,

‘têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais; dentre outros (BRASIL, 2011, p. 3).

Em 2010, o Ministério da Saúde definiu critérios diferenciados para a implantação, financiamento e manutenção da Estratégia Saúde da Família para populações ribeirinhas da Amazônia Legal e do Mato Grosso do Sul. Mais recente, em 2011, foi instituída no âmbito do SUS a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) com a finalidade de promover a saúde por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades dessas populações, visando principalmente, ‘o acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde, assim como à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida destas populações’ (BRASIL, 2011).

Para melhor compreensão abordar-se-á, de forma mais aprofundada, a Política Nacional de Saúde voltada a essas populações.

3. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA: UMA POSSIBILIDADE DE EFETIVAÇÃO DA SAÚDE NAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, Portaria nº2.866/2011 foi instituída através do Grupo da Terra (Portaria nº 2.460/2005), composto por representantes de órgãos governamentais, movimentos sociais e convidados, que teve entre seus objetivos elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) e definir estratégias para a sua implementação no País.

Pois até essa data, não havia qualquer forma de operacionalização da saúde para as populações ribeirinhas, apenas dentre os princípios do SUS, a referência: *regionalização*. Que, Aguiar (2015, p.58) apresenta de forma resumida: “refere-se à forma de organização do sistema de saúde com base territorial e populacional e visa uma adequada distribuição de serviços para a promoção da equidade de acesso, otimização dos recursos e racionalidade de gastos”.

Não há qualquer forma de direcionamento, de ‘como fazer’, de ‘como utilizar’ dessa regionalização. Somente depois, através do Pacto pela Saúde em 2006, como citado anteriormente, que está dividido em três partes, e dentre estas, está o Pacto de Gestão do SUS, que traz um direcionamento da efetivação do sistema de saúde para garantir o respeito e a dignidade das diversidades regionais das populações.

O eixo ‘regionalização’ do Pacto pela Saúde propõe orientar (‘como fazer’) o processo de descentralização para que a saúde chegue a todos, sem exceção. São as chamadas redes de saúde, que devem ser utilizadas para todos os ‘tipos’ populacionais.

O grupo da Terra constituiu-se como um espaço de diálogo entre os movimentos sociais e o governo federal, buscando dar respostas às suas demandas e necessidades de saúde.

A operacionalização da política depende do comprometimento de gestores estaduais e municipais no âmbito do SUS, assim como de prefeitos e governadores e da articulação com outras políticas que promovam melhorias nas condições de vida e saúde dessas populações, como a educação, o trabalho, o saneamento e o ambiente. Destacam-se, ainda, as políticas dirigidas para a questão agrária e o financiamento da assistência técnica, em particular à agricultura familiar e camponesa.

Esta política se apóia na descentralização e regionalização das ações de saúde (considerando as gestões federal, estadual e municipal) e no controle social, fortalecendo a participação no SUS. A expansão da cobertura de serviços de saúde exigirá decisão política e destinação de recursos, tendo como perspectiva a promoção da equidade em saúde.

Destaca-se ainda a importância da publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, nos aspectos organizativos do sistema, com foco no planejamento, na assistência e na articulação interfederativa,

possibilitando um aprimoramento do Pacto Federativo pela Saúde, que efetivamente busca a garantia do direito à saúde de todos os cidadãos brasileiros.

O instrumento de gestão compartilhada é o 'COAP' Contrato Organizativo de Ação Pública, com a função de explicitar a definição clara das responsabilidades de cada ente federativo na organização do SUS. Busca-se, assim, modificar os processos de formulação, planejamento, execução, controle e avaliação das políticas públicas, na perspectiva de compartilhamento do poder decisório, da efetivação da participação social, sobretudo na perspectiva da democracia participativa, para garantir a efetividade do direito à saúde da população brasileira.

Esse decreto (nº7.508/2011) vem justamente para dar caminhos na estruturação da organização regional do SUS. Para melhor entendimento, o quadro abaixo mostra os conceitos utilizados para que a regionalização aconteça:

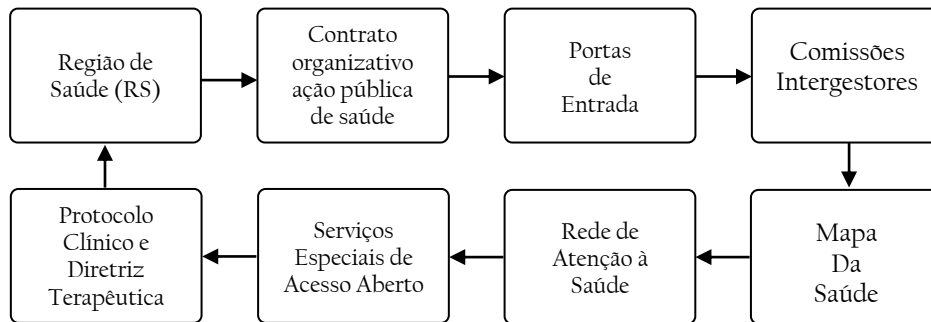


Figura 2: Estruturação da regionalização dos serviços de saúde

A política destaca ainda, as iniquidades no processo de distribuição de renda, ou melhor, a falta de acesso às condições mínimas de saúde: “Devido às distâncias e à dispersão populacional, tais vítimas e mesmo a população em geral encontram grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde.” (BRASIL, 2013, p.16)

Fato esse considerado gravíssimo, devendo o SUS, em parceria com gestores, Estado (nas três esferas) e comunidade em geral, se mobilizar cada vez mais para melhorar as ações de acesso a saúde.

Dentre os quatro eixos estratégicos da política, está o eixo das ações de promoção e vigilância em saúde às populações do campo e da floresta, e dentre um dos pontos de destaque está o de: “Reduzir os riscos e agravos à saúde dessas populações, por meio de ações de promoção e vigilância em saúde, fortalecer ações de vigilância em saúde, considerando as especificidades epidemiológicas, ambientais e sociais da região” (BRASIL, 2013, p.35)

Nesse eixo é imprescindível que a sua efetivação aconteça, pois as condições em que vivem as populações ribeirinhas são extremamente difíceis, devido à falta de saneamento básico e um ambiente adequado para moradia.

Para tanto, esta política em seu Art. 2º (Brasil, 2013, p.21), aborda a equidade que é a: “promoção do direito à igualdade como princípio da justiça redistributiva e implica reconhecer necessidades especiais e dar-lhes tratamentos diferenciados no sentido da inclusão e do acesso individual e coletivo”.

Mais uma vez, torna-se evidente o aprofundamento de um tratamento diferenciado às populações ribeirinhas, com o princípio da equidade, evitando-se as iniquidades sociais. Como bem afirma a Portaria 2.191/2010 que trata dos critérios diferenciados para implantação, financiamento e manutenção da Estratégia de Saúde da Família para as populações ribeirinhas na Amazônia.

Resumidamente, a Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta procura atender às diversidades populacionais dentro desse perfil. Baseando-se nos princípios e diretrizes no SUS, da Constituição Federal, em conjunto com as legislações, decretos e portarias instituídas para garantir o direito a saúde de todos. Abordando a ampliação da atenção básica; a melhoria das condições de vida das mulheres e dos homens do campo e da floresta; o aperfeiçoamento da urgência e emergência; a atenção psicossocial; a promoção e vigilância da saúde do trabalhador; o desenvolvimento de ações de saneamento ambiental; a educação permanente e popular em saúde; e o monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde.

Conforme destaca a referida Política:

VII – incluir no processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde as temáticas e os conteúdos relacionados às necessidades, demandas e especificidades das populações do campo e da floresta, considerando a interculturalidade na atenção aos povos e comunidades tradicionais; VIII – apoiar processos de educação e informação das populações do campo e da floresta sobre o direito à saúde. (BRASIL, 2013, p. 25).

É enfatizado acima, o processo de qualificação dos profissionais da saúde, da inserção da educação no campo da saúde, sempre procurando interagir e/ou integrar os saberes culturais de cada povo ou comunidade respeitando as suas peculiaridades.

4. OS FATORES QUE IMPEDEM A EFETIVAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS

A construção da Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta significa um compromisso pela saúde dessas populações, que compreendem povos e comunidades que têm seus modos de vida e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, populações ribeirinhas, dentre outros.

Dessa forma, um dos fatores que impedem a efetivação das políticas de saúde das populações ribeirinhas é o ‘próprio rio’. Os ribeirinhos parecem estar à margem das ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, devido “às barreiras da distância às sedes de municípios e do custo do deslocamento, assim como não possuem um sistema próprio para atenção de suas necessidades [...]” (COHEN, 2009, p.4)

Porém muitas conquistas foram possíveis por meio da Política Nacional de Atenção Básica, atuando na ‘atenção básica’ que segundo o Portal da Saúde, é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

As Unidades Básicas de Saúdes instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade.

No caso das populações ribeirinhas, é imprescindível a viabilização de infraestrutura adequada, necessária a este atendimento que é um desafio para o Brasil. Essa missão faz parte da estratégia do projeto Saúde Mais Perto de Você, que enfrenta os entraves à expansão e ao desenvolvimento da atenção básica no País (principalmente devido recursos financeiros).

E como forma de estratégia dentre da atenção básica estão as Unidades Básicas de Saúde Fluviais – UBSF, estas são embarcações que comportam uma ou mais equipes de Saúde da Família Fluvial, equipadas com os materiais necessários para atender à população ribeirinha da Amazônia Legal (Acre, Amapá, Amazonas,

Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) e Pantanal Sul Mato-Grossense. As UBSF⁶ são parte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e buscam responder às especificidades dessas regiões, garantindo o cuidado às suas populações.

Como demonstra o Portal da Saúde⁷ (Brasil, 2016): “os municípios podem optar entre dois arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família [...]: I. Equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR): equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas/localizadas nas comunidades pertencentes a regiões a beira de rios e lagos cujo acesso se dá por meio fluvial; e II. Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF): equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

Uma atende em um local fixo, construídas nas proximidades da comunidade e outra opção são as lanchas e/ou ambulanchas (lanchas que funcionam como transporte para as necessidades da população voltadas à saúde). Porém sua operacionalização não funciona de forma efetiva, falta mais boa vontade dos governantes.

Outra questão é o desenvolvimento de pesquisas que busquem descrever com maior profundidade as características próprias e o perfil epidemiológico das comunidades ribeirinhas (apesar da existência de poucos grupos de pesquisa, como o Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá), e a implementação de programas de promoção de saúde desenvolvidos com base nas especificidades regionais, ajudariam a reduzir as enormes desigualdades sociais ‘geradas pela falta de políticas públicas direcionadas às populações rurais historicamente marginalizadas em nosso país, em especial o ribeirinho amazônida’. (COHEN, 2009, p.4).

A revista CEFAC (2015, p. 1527) ressalta que a forma de adoecimento de uma população “[...] está associada ao seu modo de vida e ao seu universo social, cultural e ambiental. As condições de saúde e tudo que se relaciona a ela são fenômenos culturalmente construídos e interpretados” E, ainda:

⁶ Unidades Básicas de Saúde Fluviais

⁷Estratégia Saúde da Família.< http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=ubs_fluvial> Acesso em 25/05/2016

As condições adversas e ausência quase total dos serviços de saúde de média e alta complexidade, acrescidas pelo isolamento geográfico e falta de profissionais, acarretam muitas vezes o não cumprimento dos direitos à saúde e a universalidade da assistência. (CEFAC, 2015, p.1527)

Dessa forma, um dos grandes problemas para o direito a saúde se tornar efetivo às populações ribeirinhas é falta de saneamento básico, profissionais qualificados não somente no desenvolvimento de suas funções, mas também, na capacidade de compreensão das especificidades socioculturais das populações.

5. CONCLUSÃO

Ao analisar os principais aspectos no âmbito da saúde, percebe-se que muito do que consta na legislação não acontece na prática, principalmente quando envolve entidade privada, que deveria atuar de forma complementar e não como principal, como ocorre atualmente.

Na região Amazônica, especialmente nas comunidades ribeirinhas, nota-se que diante das características geográficas, culturais e sociais, há muitos desafios para promover a saúde. Para se atingir a universalidade da assistência e o cumprimento dos direitos à saúde, podem ser pontuadas algumas dificuldades como a falta de profissionais da saúde, as precárias condições de saneamento, as longas distâncias, as dificuldades de transporte e comunicação, dentre outros.

Dessa forma, a extensão universitária, representa uma porta que possibilita o contato de estudantes e de profissionais com populações que vivem em áreas geograficamente isoladas. Procurar viabilizar a educação em saúde, trabalhando-se a interdisciplinaridade.

Há a necessidade de aprimorar o acesso das populações que vivem nas comunidades ribeirinhas a serviços essenciais, especialmente serviços de saúde de forma regular e contínua, para que se possa realizar atividades de educação e promoção de saúde com efetividade. Além disso, verificou-se a necessidade de implementação de amplas políticas sociais e de saúde com o objetivo de atuar nos determinantes e condicionantes do processo saúde doença de forma que possam proporcionar melhoria na saúde dessa população.

É preciso romper com a lógica perversa de reprodução do capital baseada num modelo individualista que vem acarretando, de forma interdependente, a

degradação do meio ambiente e da qualidade de vida e saúde das populações do campo e da floresta.

REFERÊNCIAS

SAÚDE, Portal da. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>><http://189.28.128.100/dab/docs/geral/passo_a_passo_DAB.pdf> Saúde Mais Perto de você. Acesso em 23/05/2016

ARRUDA, Rinaldo. **“Populações Tradicionais” e a proteção de recursos naturais em Unidades de Conservação**. In: Ambiente & Sociedade, ano II, n 5, 1999. Disponível em: <<http://www.anppas.org.br/encontro5/cd/artigos/GT10-29-1009-20100904055930.pdf>> Acesso em 06/05/2016.

BRAVO, Maria Inês. **Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf> Acesso em 07/05/2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. Ed. 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Situação do Ministério da Saúde**. 2012. Disponível em<<http://sage.saude.gov.br/>> Disponível em: Acesso em: 12/05/2016

CEFAC. Rev. 2015 Set-Out. p.1521, 1530. **Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência**. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462015000501521&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em 14/05/2016.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Ano 2008. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf)> Acesso em 08/05/2016.

FEDERAL, Constituição. Artigos 196 a 200. Seção II. DA **SAÚDE**

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23 Ed.Rev.e Atual – São Paulo: Cortez, 2007.

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf> Acesso em 10/05/2016

Cohen-Carneiro, Flávia **Condição de saúde bucal em populações ribeirinhas no Estado do Amazonas: estudo de caso**. / Flávia Cohen-Carneiro. Rio de Janeiro: 2009. <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/CohenCarneirofd.pdf>> Acesso em 20/05/2016.