

O ACESSO A SAÚDE DAS FAMÍLIAS CONTEMPLADAS COM O PROGRAMA DE URBANIZAÇÃO, REGULARIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DE ASSENTAMENTOS PRECÁRIOS

Franciele da Silva¹
Gerusa Diedrich²
Sinara Zwan³

Resumo: O presente artigo tem como finalidade diagnosticar a efetivação do acesso à saúde das famílias contempladas com o programa de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários na área de abrangência da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Nesse aspecto, aborda-se a implementação do Programa, aspectos gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) e a análise referente ao percentual de cobertura da atenção básica, bem como o direito de acessá-lo.

Palavras Chave: Acesso, Saúde, Direito, Programa

Resumen: El presente artículo tiene como finalidad diagnosticar la efectividad del acceso a la salud de las familias contempladas con el programa de Urbanización, Regularización e Integración de Asentamientos Precários en el área de cobertura de la 12ª Coordinadora Regional de Salud de Rio Grande do Sul. La implementación del Programa, aspectos generales del Sistema Único de Salud (SUS) y el análisis referente al porcentaje de cobertura de la atención básica, así como el derecho de acceder a él.

Palabras clave: Acceso, Salud, Derecho, Programa

INTRODUÇÃO

Esse artigo nas linhas que seguem tratará de assuntos atinentes à questão do acesso à saúde nas populações atendidas pelo programa de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários, na região de abrangência da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Salienta-se que as cidades objeto desse estudo estão localizadas na área geográfica especificada como Missioneira pertencente à macrorregião de saúde, de acordo com a delimitação realizada pela Coordenadoria Regional de Saúde.

¹Discente do curso de Mestrado em Desenvolvimento e Políticas Públicas pela UFFS – Aluna Especial, Campus Cerro Largo; Advogada; e-mail: fsildir@hotmail.com;

²Discente do curso de Mestrado em Desenvolvimento e Políticas Públicas pela UFFS, Campus Cerro Largo; Bolsista CAPES; e-mail: assistentesocialgerusa@bol.com.br;

³Discente do curso de Mestrado em Desenvolvimento e Políticas Públicas pela UFFS, Campus Cerro Largo; Fisioterapeuta no município de Roque Gonzales; e-mail: sinaradanieli@hotmail.com

A maneira utilizada pelo Estado para prover saúde, em consonância com a referida coordenadoria é a descentralização que está inserida no contexto macro dentro do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo inclusive, uma de suas diretrizes.

No que diz respeito à organização da descentralização da política de saúde, é primordial explicitar que o Rio Grande do Sul é categorizado em trinta regiões, dispostas em dezenove áreas administrativas de cobertura da secretaria de saúde do Estado. Essas regiões são caracterizadas por uma zona geográfica continuada, concebida por grupos de municípios com elos fronteiriços, agregados a partir de congêneres, tais como similitude social, cultural, econômica, redes de comunicabilidade e estruturas de transporte, intuindo potencializar estratégias de ação e serviços de saúde (PLANO REGIONAL DE SAÚDE, 2015).

Para ser possível identificar a questão do acesso à saúde na abrangência da 12ª coordenadoria, se faz imprescindível descrever os municípios pertencentes a este grupo, são eles: Santo Ângelo, Porto Xavier, Pirapó, Roque Gonzáles, São Pedro do Butiá, Salvador das Missões, Cerro Largo, Ubiretama, Guarani das Missões, Sete de Setembro, Garruchos, São Nicolau, Dezesesseis de Novembro, Rolador, Mato Queimado, Caibaté, Vitoria das Missões, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, São Miguel das Missões, São Luiz Gonzaga, Bossoroca, Santo Antônio das Missões, São Borja.

Em busca de dados para apreciação do tema, identificamos junto ao Ministério das Cidades que desses vinte e quatro municípios pertencentes a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, apenas três realizaram a implementação do Programa em pauta.

Partindo deste resultado nosso diagnóstico sobre a saúde se dará em torno dos seguintes municípios: Cerro Largo, Santo Ângelo e São Nicolau, cidades interioranas do Rio Grande do Sul, localizadas na faixa de fronteira, pertencentes ao Arco Sul, onde averiguaremos de que forma e se está sendo disponibilizado o acesso à saúde para famílias contempladas no Programa de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários.

Essa delimitação do público alvo se fez necessária em razão de que o referido programa propiciou melhoras na condição de vida, eis que antes, parte dessa população encontrava-se vulnerável às diversas situações de risco, tais como: ausência de

saneamento básico adequado⁴, segurança. Também estavam à mercê de enchentes, alagamentos, desmoronamentos, entre outros, o que contribuí significativamente para o aumento e proliferação de doenças das mais diversas.

Há que mencionar o fato da necessidade de o poder público auxiliar no processo de emancipação⁵ do ser humano, provendo condições básicas de vida para o indivíduo por intermédio de políticas públicas. Nessa esfera o programa de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários, integrante da Política Nacional de Habitação, cumpre sua parte, na medida em que concretiza ações de melhorias habitacionais.

Notadamente o referido programa é o norte direcionador para realizarmos a análise da saúde primária nos municípios acima elencados. Desse modo, segue a cunho explicativo a perspectiva do programa, seguido das formas de acesso dos municípios, o que vem vislumbrado no primeiro capítulo, bem como a onipotência do direito a saúde enquanto direito fundamental previsto na legislação brasileira.

Prosseguindo, no segundo capítulo será tratado da política nacional de saúde e seu processo de descentralização, a questão do percentual de cobertura da atenção básica e findamos, com os dados conclusivos.

1. Implementação do Programa de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários e o Direito a Saúde.

Dados relevantes para a temática aqui abordada é a criação da Secretaria de Política Urbana, do Ministério das Cidades e a aprovação da Política Nacional de Habitação cujo objetivo conjunto é a universalização do acesso à moradia digna.

O programa de reassentamentos, público alvo aqui, é desenvolvido pelo DUAP – Departamento de Urbanização de Assentamentos Precários. Existem diferentes tipos de programas que variam de acordo com as necessidades dos municípios bem como sua população e realidade local. Esses programas possuem leis, decretos, portarias, resoluções, instruções normativas com a finalidade de gerir e capacitar os municípios para a efetivação.

⁴Saneamento básico adequado: Definido pelo artigo 3º da Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007, acesso em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/lei/11445.htm

⁵Segundo o Dicionário UNESP - Emancipação: Sf1 Promoção de alforria ou libertação [...] Aquisição de independência ou autonomia [...].

A implementação das ações do Programa em pauta, tem amparo no Plano Plurianual do Governo Federal (PPA), é gerido pelo Ministério das Cidades e a operacionalização é realizada pela Caixa Econômica Federal. Nas diretrizes gerais que regulamentam o programa já vem como requisito a interação com demais políticas, resultando em um trabalho realizado em redes, além da exigência de compatibilização com planos estaduais e municipais. As origens dos recursos necessários para a materialização do programa são provenientes do Fundo Nacional de Habitação e Interesse Social ou do Orçamento Geral da União, além da contrapartida do agente proponente/executor/município.

Primeiramente existe a intervenção por parte do município junto ao Ministério das Cidades, onde é apresentada uma Carta Consulta que irá concorrer em processo público de seleção por meio eletrônico, o município aguarda a publicação de um calendário e critérios de seleção, o que deverá ser acompanhado através do sítio do Ministério das Cidades.

O proponente que tiver a carta selecionada deverá apresentar os documentos técnicos, institucionais e jurídicos como: projeto de engenharia, projeto social, mapeamento da área de intervenção e da área de realocação, bem como documentos referentes à propriedade da área, dentre outros, todos de acordo com o manual de instruções para a contratação e execução a Gerencia de Desenvolvimento Urbano da Caixa Econômica Federal - GIDUR. Após aprovação é feita a assinatura dos contratos de repasse ou termos de compromissos, os quais poderão ser plurianuais ou de acordo com a disponibilidade orçamentária.

Um dos principais instrumentos que o governo utiliza para concretizar as políticas públicas são os programas. Na tentativa de melhor compreender esta ação do governo e dos atores envolvidos neste amplo e complexo processo é necessário um maior entendimento sobre alguns conceitos que serão tratados a seguir.

Sob essa ótica, há que refletir primeiramente sobre o que é política pública, Rua traz que é o conjunto de procedimentos os quais expressam relações de poder que se destinam a resolução pacífica de conflitos. Ela, também afirma que uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer outras ações para que sejam

implementadas. Embora a política pública necessite de uma decisão política, nem todas as decisões se constituem em políticas públicas (RUA, 1998).

Para obter um entendimento sobre o referido assunto, há a necessidade de um aprofundamento teórico que perpassa todo o seu ciclo: definição da agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, seleção das opções, implementação e avaliação.

Como bem exemplifica Souza (2006):

Políticas públicas, pós desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisa. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetida a sistemas de acompanhamento e avaliação (SOUZA, 2006, p.26)

De acordo com o explicitado acima, verifica-se que além do entendimento necessário sobre conceitos de políticas públicas, se faz crucial a análise de uma das principais questões que influenciam a efetivação dessas políticas: as relações que o Estado estabelece com a sociedade Civil.

Como este contexto é complexo e contraditório, vem à luz a referência do autor, Nunes, o qual apresenta suporte teórico sobre essas relações e as nomina como gramática política do Brasil. Ele expõe em sua obra considerações relevantes sobre essas relações e como elas se estabelecem.

Segundo o nobre autor, na obra supracitada, há quatro tipos de relações: clientelismo – caracterizado por uma relação de poder, uma relação assimétrica, definido como um padrão específico de troca social; corporativismo - onde existe a falsa ideia de representatividade, mas formal; insulamento burocrático- estrutura fechada por especialistas que vão tomar as decisões sem consultar a sociedade, e universalismo de procedimentos- quando Estado e sociedade civil são parceiros na tomada de decisões, entendendo-se que todos têm condições iguais. Considera ainda, que cada período, dependendo do governo estabelece um tipo de relação com a sociedade, e que por vezes essas gramáticas se entrelaçam, a depender de contexto sócio histórico e coligações existentes (NUNES, 2010).

Nesse sentido, necessário se faz estudar políticas públicas em sua totalidade, verificando o que acontece após a implementação de um programa, como são seus desdobramentos na prática, suas dificuldades e facilidades.

Por essa razão buscamos verificar apolítica de saúde⁶, em seu vértice principal o sistema único de saúde - abarcando atenção básica, nos municípios que implementaram o programa: Cerro Largo, Santo Ângelo e São Nicolau.

Também iremos laborar com saúde na perspectiva das leis, do direito, já que este pode amparar o cidadão, impedindo não raras vezes a violação do direito a saúde, a moradia – dignidade da pessoa humana. Obviamente não existe o intuito de promover a judicialização da saúde, entretanto de esclarecer que há meios legais que podem evitar a dilaceração dos direitos.

O direito fundamental à saúde por meio de políticas sociais e econômicas tenta garantir condições adequadas de acesso, atendimento, tratamento à saúde. Cumpre esclarecer que é de competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, a obrigação de ofertá-lo dignamente para aqueles que dele precisem. Isso implica dizer que a população brasileira diante do amparo da legislação constitucional e infraconstitucional o têm salvaguardado com igualdade de condições a todos indistintamente.

É basal expor que os direitos fundamentais integram a identidade e a continuidade da Constituição Federal, são frutos de intensas lutas políticas e sociais no transcorrer do lapso temporal de nossa história. Dessa maneira é considerada ilegítima qualquer forma propensa a suprimi-los, o que demonstra o grau de importância atribuído a esses direitos que foram conquistados bravamente e que atualmente estão preconizados em lei. Enquanto fundamentais de eficácia plena e indivisíveis protegem/amparam e auxiliam no desenvolvimento humano.

Sob essa ótica advoga Sarlet, para o qual eles são ao mesmo tempo direitos subjetivos e elementos fundamentais da ordem constitucional objetiva, havendo a abrangência da concepção materialmente aberta destes direitos na Carta de 1988, envolvendo direitos individuais, sociais, dentre outros. Em outros termos, direitos fundamentais formam a base jurídica do estado democrático de direito, vez que estão voltados à essência do homem (SARLET, 2004).

⁶As políticas públicas em saúde fazem parte de ação social do Estado com intuito de melhorar as condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. E sua especificidade em comparação com às outras políticas públicas da área social é organizacional, através de estratégias públicas governamentais que enalteilam e preconizam a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e a coletiva. (LUCCHESI, 2004, p.14)

Nesse sentido vem à baila o que prevê a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS):

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados. Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos⁷.

Como podemos observar há um conceito de saúde definido sistemicamente que analisa a forma de vida que o ser humano vive seu ambiente, sua manutenção - condições econômicas e sociais. Ainda pontua que é necessária a cooperação de todos, bem como evidencia que os resultados em termos de promoção da saúde são de responsabilidade do estado.

Corroborando com a ideia de saúde enquanto sistêmica a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual o Brasil é signatário, assegura a todas as pessoas do mundo direito a “um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis...”. Pelo exposto é notório que a saúde é compreendida sistemicamente e reconhecida enquanto direito fundamental.

Nesse contexto apregoando a igualdade na assistência à saúde, atendimento universal, irrestrito, gratuito e integral em saúde pública, desde a Constituição Federal de 1988, formalmente, surge a maior estrutura de política pública o Sistema Único de Saúde (SUS).

É fato que a constituição de 1988, foi um marco relevante na implantação do SUS, visto que denotou ao estado obrigatoriedade em suprir anseios coletivos e individuais. Ainda, fundamentou o princípio da descentralização dos serviços, regionalizando seus atendimentos por níveis de complexidade, visando otimização de recursos e resolutividade (BRASIL, 2000).

Visivelmente, o direito à saúde está assegurado em nossa legislação constitucional e infraconstitucional ressaltamos: Lei 8080/90 (Organiza e estrutura o funcionamento de

⁷Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em maio 2017.

serviços em saúde); Lei 8142/90 (Garante a participação dos usuários do sistema em sua gestão e prevê as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, cria os conselhos de saúde, legitima as entidades de representação dos secretários de saúde municipais (CONASS) e de secretários estaduais (CONAMENS); NOAS-SUS 01/02 (Norma Operacional de Assistência à Saúde que visa a descentralização e organização do SUS - fortalecida com a Norma Operacional Básica / NOB - SUS 01/96), entre outras (PLANALTO, 2017).

Diante de toda a estrutura legal que resguarda o direito à saúde é nítida a preocupação do legislador em proteger, viabilizar e criar garantias e cumprimento a esse direito vital a todos os humanos. A lei impõe formalmente ao Estado o dever de prestá-lo de modo adequado e gratuito à população, fazendo com que este seja efetivo.

De outra banda, quando o Estado não consegue fornecer o acesso à saúde, a medicina preventiva, de maneira igualitária e adequada a todos indistintamente esse direito pode ser efetivado e garantido por intermédio de ações judiciais (PILAU SOBRINHO, 2003).

Logicamente que ninguém quer ter seu direito dilacerado e desrespeitado, principalmente o direito à saúde e recorrer ao poder judiciário para tentar efetivar algo que é inerente do ser humano, constitucionalmente previsto, fundamental, é no mínimo desumano, entretanto às vezes é a única saída. Reiteramos que não visamos a judicialização da saúde.

2. O Percentual de Cobertura da Atenção Básica nos Municípios Estudados

É interessante para melhor compreensão do artigo como todo, já que o intuito é diagnosticar a efetivação do acesso à saúde primária nos locais já delimitados, vislumbrar como o governo alcança o povo.

Um dos meios de alcance pode ser segundo o Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994. O Governo Federal propôs este programa aos municípios visando efetivar a Atenção Primária⁸, como modo de superar o modelo defasado de saúde curativa. O âmago do programa é a família, com análise do ambiente em que vive, permitindo uma analogia do processo saúde-doença.

⁸Os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” são considerados equivalentes nas atuais concepções estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desta forma, são equivalentes, assim compartilham ambos princípios e diretrizes definidas pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Cabe salientar a mudança de nomenclatura de PSF para Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2006, visto que programa nos remete a algo inicial e que pode findar e ESF é um projeto reorganizacional da atenção primária sem período estipulado para término (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nessa senda a conceituação da atenção básica tem cunho altamente relevante porque seus destinatários são toda nação brasileira. Eis o que revela a Política Nacional de Atenção Básica:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, de caráter individual e coletivo, situada no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde 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 na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (PNAB, 2012, p. 19).

A atenção básica de saúde (ABS) pretende atender os anseios e necessidades dos indivíduos e da coletividade no âmbito da saúde fazendo com que haja o desenvolvimento da integralidade de suas ações, da saúde enquanto sistêmica, gerando autonomia e facilidade no acesso.

Relevante dizer que as equipes⁹ da atenção básica atuantes nos ESFs são formadas por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população (PNAB, 2012).

Segundo os dados da atenção básica (DAB), disponibilizados pelo Ministério da Saúde, cada equipe de Saúde da Família é responsável por no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área e a carga horária dos profissionais é de 40 horas semanais, salvo os médicos que poderão trabalhar em no máximo duas equipes.

Os níveis de saúde do sistema estão divididos em primário, secundário (média) e terciário (alta complexidade), como entende o Ministério da Saúde:

Média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de

⁹As atribuições de cada membro da equipe de saúde estão descritas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar, e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

O intuito do primeiro nível, o aqui estudado, é resolver os problemas de saúde mais simples e baratos, contudo, abrange um grande percentual de procedimentos e o mais relevante é o trabalho de promoção e prevenção de agravos.

Objetivando a reorganização sistemática, o ministério da saúde lançou a Portaria MS/GM 2.488, de 21 de outubro de 2011, que reformula as normas e diretrizes organizacionais da Atenção Básica em relação ao ESF e ao Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACs). As normas anteriores continuam vigorando, desde que não conflite a atual resolução (BRASIL, 2011).

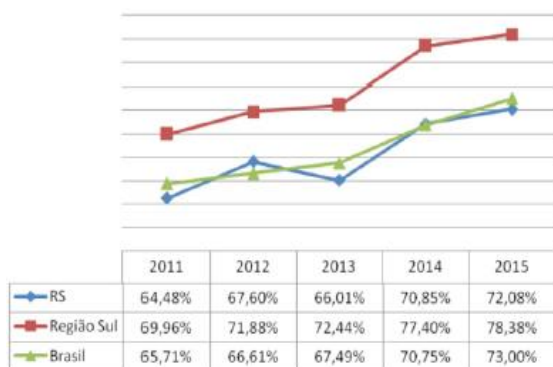
Essa portaria conceituou e enalteceu a atenção básica como programa prioritário de acesso inicial a saúde, tanto coletivamente quanto individualmente. Ainda, priorizou as práticas democráticas e de participação, realizadas através das equipes com intenção de capilarizar as ações e estratégias de saúde.

O foco cêntrico do programa é definir o território coadunado, possibilitando culminar estratégias Inter setoriais de promoção, prevenção e atenção em saúde. Essas estratégias serão relevantes para os gestores, profissionais e usuários, através da compreensão da dinâmica individual e coletiva, esclarecendo as iniquidades em saúde e desigualdades sociais para posterior tomada de decisões (BRASIL, 2011).

Com o intuito de potencializar a regionalização e conseqüente descentralização das decisões e estratégias de saúde, o Estado do Rio Grande do Sul, agrupou seus municípios em coordenadorias regionais de acordo com sua proximidade territorial. Havendo assim, sete macrorregiões: Norte, Sul, Metropolitana, Serra, Missioneira, Vales, Centro-Oeste. (PNAB, 2012).

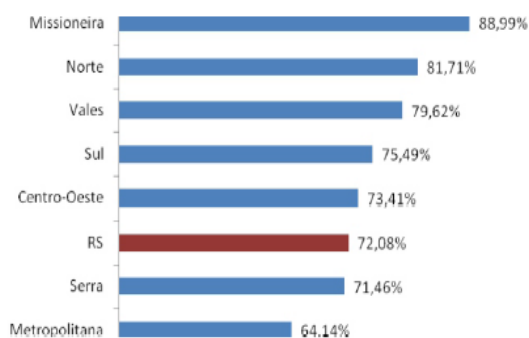
Restando clara a divisão realizada em termos de descentralização de saúde no Rio Grande do Sul, partimos para o nível macro – Brasil e posteriormente retornando para análise das macrorregiões - RS, na intenção de mostrar um quadro comparativo da cobertura de atenção básica, tendo por referência dados disponíveis no DATASUS, site do Ministério Saúde:

Figura 1 – Cobertura de Equipes Nível Macro
COBERTURA DE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA, BRASIL, REGIÃO SUL E RS, 2011 a 2015



Fonte: DGTI/SES/RS. Tabnet/DATASUS. Indicadores de Saúde. Ministério da Saúde. ano: 2011-2015.

Figura 2 – Análise das Macrorregiões RS
COBERTURA DE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA, MACRORREGIÕES DE SAÚDE, RS, 2015



Fonte: DGTI/SES/RS, ano: 2015.

Fonte: Informativo da Atenção Básica RS, 2016 **Fonte:** Informativo da atenção Básica do RS, 2016

Como podemos perceber no macro-Brasil, Figura 1, existem inegáveis avanços nos índices de acesso à atenção básica, contudo, ainda não é satisfatória vez que o SUS prega a universalidade – todos, ou seja, cem por cento. Nos dados apresentados a atenção básica no Rio Grande do Sul no ano de 2013, teve um decréscimo em relação aos anos anteriores dentro do estado e no ano de 2015, os índices do referido estado por 0,92 não atingiram os índices do país.

Dando seguimento com os quadros comparativos de atenção básica no Rio Grande do Sul, Figura 2, notou-se cobertura superior na região missioneira, com 88,99% de cobertura de equipes de atenção básica, seguida pela região Norte com 81,71%, os Vales com 79,62%, Sul com 75,49% e Centro-Oeste 73,41%. Essas regiões citadas são destacadas, pois possuem índices superiores à média gaúcha que é de 72,08%.

Vamos nos ater de agora em diante na macrorregião missioneira, a qual abrange as cidades objeto desse estudo. Na intenção de identificar como se dá o acesso à saúde primária das famílias contempladas com o Programa de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários na macrorregião missioneira localizada dentro da esfera de competência da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde elaboramos a partir de dados secundários a seguinte tabela:

Figura 3 – Atenção Básica Local

Cerro Largo	Ano (2015)	Ano (2017)
População Coberta	13.800	13.800
População Residente	13.926	14.024

Percentual AB (ESFs)	99,10%	98,40%
Nº ESF Implantados	4	4
São Nicolau	Ano (2015)	Ano (2017)
População Coberta	5.762	5.762
População Residente	5.762	5.762
Percentual AB (ESFs)	100%	100%
Nº ESF Implantados	2	2
Santo Ângelo	Ano (2015)	Ano (2017)
População Coberta	31.050	27.600
População Residente	78.908	79.040
Percentual AB (ESFs)	39,32%	34,92%
Nº ESF Implantados	9	8

Fonte: Departamento de Atenção Básica (DAB) -Histórico de cobertura SF. Disponível: <http://bipublico.saude.rs.gov.br/index.htm>

Conforme a tabela acima somente três municípios de abrangência da 12ª coordenadoria regional de saúde, implementaram o programa: Santo Ângelo, Cerro Largo e São Nicolau. Em consonância com este fato será analisado o percentual de cobertura de atenção básica somente destes municípios. Os dados de cobertura de atenção básica utilizados são do ano de 2015 e de 2017 e estão disponíveis no Portal BI¹⁰, na aba histórico de cobertura.

Em relação a Cerro Largo, nota-se que houve um aumento da população geral, no entanto o percentual de atenção básica ficou estático. Entretanto, o Programa de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários, não foi atingido com essa estaticidade, vez que foi implementado geograficamente em área com cobertura de atenção básica.

Os resultados evidenciados demonstram que o município de São Nicolau possui totalidade de cobertura do seu território pelas equipes de saúde, evidenciando equidade

¹⁰BI Público: Os avanços tecnológicos incorporaram às tarefas de análise de informações um novo conceito denominado de Business Intelligence (BI) ou Inteligência de Negócios, para apoio as tomadas de decisões dos profissionais dos níveis táticos e estratégicos. O DATASUS incorporou a seus quadros profissionais e softwares especialistas para a construção de ferramentas para apoio à decisão utilizando os conceitos de BI. Os bancos de dados são construídos com séries históricas, oriundas dos sistemas transacionais estruturados ou não, que podem contemplar camadas de agregações (cubos) permitindo cruzamentos entre elas, ainda, permitem a construção de relatórios e painéis gráficos (dashboards) de alta performance e variadas representações estatísticas e matemáticas. A implantação de um BI para instituições de saúde, de qualquer porte, possibilita a busca e interpretação de informações armazenadas para apoio às decisões dentro do ciclo de vida do cidadão (nascimento ao óbito), bem como produtividade, controle, avaliação e gestão dos estabelecimentos, órgãos e secretarias do Ministério. Mais informações acessar: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/business-intelligence-bi>.

nos dados dos diferentes períodos analisados. Tendo em vista a cobertura total da saúde básica do município, entende-se que a população objeto desse estudo está no rol de abrangência da saúde primária em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Os índices mais baixos de saúde básica são do município de Santo Ângelo que apresenta 34,92 % de cobertura da AB atualmente, um decréscimo que reflete também no número de ESF, contando com 08 no momento.

Em virtude da cidade de Santo Ângelo apresentar déficit significativo na cobertura da atenção básica, especificaremos que neste município foram implementados quatro programas de reassentamentos, localizados em diferentes bairros: Harmonia, Sagrada Família, Universina Carrera Machado e Pillau.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹¹, dos bairros já mencionados, apenas dois possuem ESFs em funcionamento (Harmonia e Sagrada Família). Relevante dizer que o nível de abrangência em saúde ao invés de aumentar com o crescimento da população e atender a todos, diminuiu e ainda houve redução de ESF, o que colaborou para que os índices decaíssem – é o que vemos na tabela acima, Figura 3.

CONCLUSÃO

Ao término constatamos avanços com a implementação da estratégia de saúde da família, efetivando o elo entre os governos e a população na medida em que facilita o acesso à saúde básica.

Para a construção desse trabalho laboramos com dados referentes à saúde enquanto prestada pelo Estado à população tida como de risco, a contemplada com o Programa de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários. Descobrimos que dentro da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, objeto do estudo

¹¹O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES visa ser a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS. O CNES foi criado em 1999 através da PT-SAS 376. O sistema coleta os seguintes dados: Informações básicas gerais; Endereçamento/Localização; Gestor responsável (SMS, SES, etc.); Atendimento prestado (Internação, Ambulatório, etc.); Caracterização (Natureza, Esfera, Ret. Tributos, etc.); Equipamentos (RX, Tomógrafo, ultra-som, etc.); Serviços de Apoio (SAME, S. Social, Lavanderia, etc.); Serviços Especializados (Cardiologia, Nefrologia, Farmácia, etc.); Instalações Físicas (leitos, salas, etc.); Profissionais (SUS, Não SUS, CBO, Carga horária, etc.); Equipes (ESF, PACS, etc.); Cooperativa. Benefícios: Auxilia o planejamento em saúde, em todos os níveis do governo; Mais informações acessar: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastrros-nacionais/cnes>

proposto, não há identificação das famílias inseridas nesse programa porque o sistema de saúde é organizado por bairros.

Partindo da inexistência de dados sobre o atendimento/acesso à saúde para aqueles inseridos no programa habitacional referido acima, buscamos inicialmente diagnosticar quais os municípios da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS aderiram ao mesmo.

A partir de informações do Ministério das Cidades, órgão responsável pelo programa em pauta, nos deparamos com o dado de que três municípios o implementaram: Cerro Largo, São Nicolau e Santo Ângelo. Fato este que culminou na delimitação do tema.

Prosseguindo enquanto resultados no âmbito da saúde nesses municípios verificamos que não há abrangência total dos ESF, exceto em São Nicolau. Porém é inegável que o princípio de descentralização da saúde, previsto no SUS possibilitou aproximar as decisões e estratégias da população, através da municipalização.

Resta claro que a atenção básica é um modelo estratégico através do ESF, contudo, ainda tende a melhorar com vistas de abarcar a totalidade da população, podendo ser realizado por meio do acompanhamento de política pública. Ressalta-se que além de gestores e burocratas, a participação popular é fundamental para prover/efetivar/alterar programas existentes com vistas ao desenvolvimento.

BIBLIOGRAFIA

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

BORBA, Francisco S.. **Dicionário UNESP do Português Contemporâneo**/ Francisco S. Borba, et al – Curitiba: Piá, 2011.

BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei no 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Lei nº 11.445/2007**. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nos 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11445.htm>. Acesso em: 15 jun.2017.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Lei**. Disponível em: <

<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos/declaracao-universal-dos-direitos-humanos.html>>. Acesso em: 01 jun.2017.

GOVERNO DO ESTADO DO RS. **Informativo da Atenção Básica**. Porto Alegre: SES, 2016. Número 01.

MINISTÉRIO DAS CIDADES. **Programa de Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários**. Brasília; DF; 2012. Disponível em:<<http://www.cidades.gov.br/>>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **ABC Do SUS: Doutrinas E Princípios**. Brasília, DF, MS; 1990. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a09.pdf>>. Acesso em: 24 mar.2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em:<<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 385**. Regulamenta os conteúdos, os instrumentos e os fluxos do processo de habilitação e de desabilitação de municípios, de estados e do Distrito Federal em conformidade com as novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02. Brasília, DF, 04 abr. 2003. Disponível em:<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/Port_385_04Abril_2003.pdf>. Acesso em: 03 jun.2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 02 abr. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF;2012.Disponível

em:<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.Acesso em: 22 abr. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Média e Alta Complexidade**. Brasília, DF; 2005. Disponível

em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/811-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/11-media-e-alta-complexidade/12338-legislacao-ma-complexidade>>. Acesso em: 02 abr.2017.

NUNES, Edson de Oliveira. **A gramática política do Brasil: clientelismo, e insulamento burocrático/** Edson de Oliveira Nunes; prefácio Luiz Carlos Bresser Pereira. 4 ed. – Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

PILAU SOBRINHO, LintonLames. **Direito à saúde: uma perspectiva constitucionalista**. UPF: Passo Fundo, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. SES. **Plano Regional de Saúde:2013-2015**. SES, 2012. Disponível em:<http://www.saude.rs.gov.br/lista/169/12%C2%AA_CRS_%28Santo_%C3%82ngelo%29>. Acesso em 22/04/2017.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. Capes, 2008. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; (Brasília): CAPES: UAB, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2004.

SCHWARTZ, Germano. **Direito à Saúde: Efetivação Em Uma Perspectiva Sistêmica**. Livraria do Advogado: Porto Alegre, 2001.

SOUZA, Celina et al. **Políticas Públicas: Uma Revisão Da Literatura**. Sociologias, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.