

GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE E AS AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE MATERNA E NA QUALIDADE DE VIDA EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS, DESENVOLVIDAS PELO PROJETO SAÚDE E ALEGRIA EM SANTARÉM – PA

**MARIA ISABEL IMBELONI OLIVEIRA
MARIA TERESA SOUSA**

RESUMO

Este trabalho descreve o conjunto de ações integradas de saúde que influenciam positivamente na maternidade segura, na melhoria da qualidade de vida e na promoção de saúde em comunidades ribeirinhas. O Projeto Saúde e Alegria (PSA) está desenvolvendo há seis anos um modelo de atenção básica de saúde adaptado à realidade da Amazônia, que se transformou em política pública de saúde para os municípios da região norte, fruto da parceria entre o terceiro setor (ONG-PSA), três municípios (Belterra, Santarém e Aveiro) e o Ministério da Saúde. É centrado no trabalho de uma equipe de saúde da família e educadores que desenvolvem as ações do programa Saúde da Família com forte conteúdo de prevenção e educação de saúde, o que denominamos ações integradas e complementares de saúde (direitos da criança, adolescentes e mulher, cidadania, organização comunitária, melhorias de saneamento e infraestrutura). O trabalho é desenvolvido na unidade fluvial de saúde (Barco Abaré) que permite, graças à sua infraestrutura, uma atenção de qualidade. A população beneficiada é constituída de 2.785 famílias, perfazendo uma cobertura aproximada de 15.000 comunitários, distribuídas em 72 comunidades nas margens do rio Tapajós. A gestão é realizada por representantes das secretarias de saúde, conselhos municipais de saúde dos três municípios e da ONG Saúde e Alegria. Os resultados são positivos na melhoria da qualidade de vida, diminuição da desnutrição e da mortalidade materna e infantil, entre outros indicadores de saúde, quando comparados aos dados regionais e nacionais.

PALAVRAS CHAVE:

Gestão, SUS, Saúde Materna, Qualidade de Vida.

1, 2 Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias/ Faculdades Integradas do Tapajós.

ABSTRACT

This paper describes the set of integrated healthcare action that contributes positively on safe maternity, improve the quality of life and promoting health in riparian communities. The Health and Happiness Project (PSA) is developing a model for 6 years of basic health care adapted to the reality of the Amazon, which has become a public health policy for municipalities in the northern region, the result of partnership between the third sector (NGOs -PSA), three counties (Belterra, Santarém and Aveiro) and the Ministry of Health. It is centered on the work of a team of family health educators who develop and the actions of the Family Health Program with a strong content of prevention and

health education, what we call integrated actions and complementary health (rights of children, adolescents and women, citizenship, community organization, improvements in sanitation and infrastructure). The work is developed in river health unit (Abaré Boat) which allows, because of its infrastructure, a quality care. The beneficiary population consists of 2,785 families, amounting to an approximate coverage of 15,000 community, distributed in 72 communities along the river Tapajos. The management is carried out by representatives of health departments, local health boards of the three municipalities and the NGO Health and Happiness. The results are positive in improving the quality of life, reducing malnutrition and infant and maternal mortality, among other health indicators, when compared to regional and national data.

KEYWORDS:

Management, SUS, Maternal Health, Quality of Life.

INTRODUÇÃO

A cobertura da população brasileira pelo Sistema Único de Saúde (SUS) alcançou em 2010 a cifra de 55% dos habitantes do país. Significa a maior conquista da história da saúde pública no Brasil. Criado a cerca de duas décadas, o SUS busca cobrir de forma universal os 250 milhões de habitantes do Brasil, ofertando atenção integral aos indivíduos e suas famílias.

Na região norte do país, sua implementação na totalidade e até mesmo de uma pequena parcela desta, ainda está longe de chegar às comunidades e povos que habitam regiões de floresta e junto às margens dos grandes rios e seus afluentes.

Nesta região, o sistema público de saúde, embora venha se aperfeiçoando, tem um alcance insuficiente em função das grandes distâncias, baixa arrecadação, dificuldades de comunicação e transporte, diferentes perfis de morbimortalidade, baixo investimento em infraestrutura e saneamento e dificuldade de interiorização das equipes de saúde; segundo Indicadores socioeconômicos na Amazônia legal por Estados (IBGE, 2000), a Rede Assistencial é pouco aparelhada, operando com capacidade esgotada e demanda reprimida, deixando estas populações praticamente excluídas.

Esse arranjo repercute sobre os indicadores de saúde de tais comunidades, que apresentam piores índices de mortalidade materno-infantil em comparação com a média nacional, que segundo dados do Data SUS a média nacional é de 51,7% e na região norte é de 56,8%. A saúde consta como uma das maiores reivindicações dos moradores e adquire um caráter emergencial.

Diante deste quadro, há sérios desafios a serem enfrentados. De um lado, é fundamental reduzir os níveis atuais de exclusão destas populações, tornando mais acessíveis os

serviços assistenciais a estas localidades, assim como desenvolver tecnologias apropriadas de atendimentos, educação e prevenção em saúde a partir dos recursos humanos, materiais e naturais disponíveis, dando atenção para o fato de que as mesmas possam ser gradualmente absorvidas e multiplicadas pelo poder público, contribuindo assim no aperfeiçoamento do papel do Estado.

O estudo apresentado tem como objetivo demonstrar uma experiência na esfera da saúde comunitária na Amazônia, como estratégia inovadora na gestão pública de saúde, contribuindo na constituição de políticas públicas de saúde para a região.

Enfatizam-se os programas e ações de saúde orientados à saúde reprodutiva e da mulher e os serviços ofertados que repercutem diretamente sobre a maternidade segura, que incluem: atendimentos pré-natais de qualidade para todas as gestantes; planejamento familiar e saúde sexual visando à população adolescente; imunizações; rastreamentos através do PCCU; e da Prevenção do Câncer de Mama; incentivo ao aleitamento materno; e, de forma igualmente relevante, ações educativas; garantia de infraestrutura básica com saneamento e água de boa qualidade; grupo de parteiras e ACSs, promovendo um diálogo intercultural que construa um fazer saúde e um cuidar das pessoas respeitosos, integrais e conscientes de nossa ligação e interdependência com o todo em que vivemos.

Toda a gama de serviços é traduzida na redução da mortalidade materno-infantil e, enquanto objetivo, desdobra-se em ações sobre diferentes componentes da saúde da mulher e, em última instância, na melhoria da qualidade de vida e promoção de saúde das comunidades humanas na quais as mulheres estão inseridas.

SOBRE O PROJETO SAÚDE E ALEGRIA

O Projeto Saúde e Alegria – PSA – nasceu de uma experiência prática do médico Eugenio Scannavino e da arte-educadora Márcia Gama, contratados em 1983 pela Prefeitura de Santarém/PA para assistência em saúde nas comunidades rurais. Por encontrarem uma situação em que a maioria das doenças poderia ser evitada, além do atendimento médico, incorporaram também ações de prevenção, treinando voluntários locais e realizando gincanas educativas que pudessem melhorar as condições de higiene e reduzir os altos índices de desnutrição e mortalidade infantil.

No entanto, após um ano de trabalho bem-sucedido, as ações tiveram que ser interrompidas com o término do mandato municipal. Em 1985, o irmão de Eugenio, Caetano Scannavino, se juntou à causa e, para garantir a continuidade das ações de forma mais ampla e independente, foi criado o CEAPS – Centro de Estudos Avançados de Promoção Social e Ambiental – conhecido como Projeto Saúde e Alegria.

De lá para cá, o projeto agregou muitos outros empreendedores sociais, principalmente da região, e realizou muito mais do que atendimentos médicos. Foi se consolidando de forma gradual e participativa. Uma proposta de desenvolvimento comunitário integrado, iniciada em 1987, com 16 comunidades piloto e que, a partir dos anos 2000, começou a se multiplicar de forma horizontal para novas áreas com o apoio dos próprios moradores.

Hoje, o PSA trabalha diretamente em três municípios do Oeste do Pará – Belterra, Aveiro e Santarém, local de sua sede – atendendo cerca de 30 mil pessoas – em sua maioria povos tradicionais extrativistas, organizados em comunidades das zonas rurais, muitas delas de difícil acesso, em situações de risco e exclusão social. Além disso, apoia os ribeirinhos na defesa de suas terras, de seus recursos naturais e na viabilidade social, econômica e ambiental de seus territórios, a partir de programas voltados para organização social, direitos humanos, saúde, saneamento, geração de renda, educação, cultura, comunicação e inclusão digital.

A arte, o lúdico e a comunicação são os principais instrumentos de educação e mobilização. Procura-se envolver todos os segmentos e faixas etárias, qualificando-os como multiplicadores das ações – lideranças,

produtores rurais, empreendedores locais, professores, agentes de saúde, grupos de mulheres, jovens e crianças.

Diagnósticos participativos facilitam o acompanhamento continuado dos resultados pelos moradores e o planejamento conjunto das ações, oferecendo os instrumentos para apoiar a população na gestão de seu desenvolvimento.

No final do segundo semestre de 2010, o trabalho do PSA foi coroado com a criação da portaria Ministerial 2.192 de 04 de Agosto de 2010, que baseada no modelo de atendimento às populações ribeirinhas, desenvolvido no Abaré, define, normatiza e garante o repasse de recursos federais aos municípios da Amazônia às populações ribeirinhas da área de abrangência, propicia a partir desta portaria que esta experiência possa ser replicada tornando uma política pública de saúde.

Na rotina de trabalho, tem realizado as metas pactuadas por cada município para cada programa da Estratégia Saúde da Família e obtenção de indicadores.

AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No ano de 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), entendido como uma proposta estruturante do Sistema de Atenção à Saúde, com objetivo de:

colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização, implementando os princípios fundamentais de universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária (...). o PSF prioriza as ações de proteção, promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. (Brasil, 1994, p.10-1).

Desde sua institucionalização, o Programa de Saúde da Família vem assumindo relevância no discurso político, institucional e social no âmbito do Ministério da Saúde (Souza, 2001), com a implementação de mecanismos de alocação de recursos e outros dispositivos de financiamento. A partir de 1998, o programa é concebido pelo conjunto dos atores institucionais (em âmbito nacional, estadual e municipal) como importante norteador para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, ganhando status de estratégia de reorientação assistencial (Souza, 2001).

Um dos principais motivos para o PSF

apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica, segundo Pinheiro (2001), está no fato de o programa buscar, em seus objetivos e suas metas institucionais, políticas e sociais, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família.

Campos (2003, p. 9) coloca que o trabalho das equipes e das organizações de saúde “deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de se pensar em um contexto social e cultural”. Para o autor, “isto poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto as de saúde coletiva”. O que Campos defende é que “caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas”.

Merhy (1997, p. 71-72) coloca que justamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil, “que se tem mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos”.

GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE E A INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA.

A Constituição Federal de 1988, através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), prevê a garantia de acesso igualitário e universal a todos cidadãos brasileiros, através de procedimentos de alta qualidade e abrangência.

O SUS prevê a descentralização do Sistema de Saúde brasileiro, ficando a cargo dos municípios a gestão dos recursos e prestação dos serviços à população.

Portanto, através desse sistema “municipalizado”, é possível os governos locais aplicarem os recursos de acordo com as necessidades e prioridades de cada município, que apresentam realidades muito distintas uma das outras.

A Constituição de 1988 universalizou o acesso aos serviços de saúde pública. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080, de 19.09.1990) regulamentou o texto constitucional e instituiu o SUS - Sistema Único de Saúde, e descentralizou e democratizou a gestão. Foram mudanças profundas na Saúde Pública brasileira, instituindo diretrizes baseadas

em princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade, formada por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo.

A Lei 8142/90 também regulamenta preceitos constitucionais, propondo e estimulando a participação popular através dos Conselhos de Saúde e Conferências Municipais de Saúde realizadas periodicamente.

Nas diretrizes da Gestão do SUS temos a descentralização e a regionalização.

A Descentralização - as diretrizes do pacto de gestão propõem que cada estado defina os modelos organizacionais a serem implantados, desde que pactuados nas CIBs. Assim, pode-se iniciar a descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestoras Bipartites.

Neste processo, as Secretarias Estaduais, em parceria com a representação dos municípios, terão o papel de fortalecer o espaço de negociação e pactuação, por meio de câmaras técnicas e/ou grupos de apoio, para dar suporte às decisões da CIB. Criem-se as CIBs microrregionais. Neste cenário, as CIBs estaduais e microrregionais vão ter papel fundamental na “análise da situação de saúde, na elaboração de propostas de intervenção e no estabelecimento dos mecanismos para melhorar a gestão e regulação do sistema”.

A Regionalização é pensada como uma estratégia para facilitar e melhorar o acesso aos serviços de saúde, desde que respeitados os conceitos de economia de escala e da qualidade da atenção, buscando o “desenvolvimento de sistemas eficientes e efetivos e criando bases territoriais para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde”.

Não há a proposição de modelos de região de saúde. A definição desse desenho deverá acontecer cada CIB e deverá estar de acordo com as necessidades de saúde e a capacidade de oferta das regiões. Este desenho deverá ocorrer sobre territórios sanitários, muito mais do que sobre territórios político-administrativos. Desta forma, “há a necessidade de estudo dos fluxos viários e assistenciais, bem como o uso de metodologias que utilizem os conceitos de economia de escala”.

O art. 198 da Constituição Federal determina que o Sistema Único de Saúde deve ser organizado de acordo com três diretrizes, dentre elas, o atendimento integral que pressupõe

a junção das atividades preventivas, que devem ser priorizadas, com as atividades assistenciais, que também não podem ser prejudicadas.

A Lei n. 8.080/90, em seu art. 7º (que dispõe sobre os princípios e diretrizes do SUS), define a integralidade da assistência como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

A integralidade da assistência exige que os serviços de saúde sejam organizados de forma a garantir ao indivíduo e à coletividade a proteção, a promoção e a recuperação da saúde, de acordo com as necessidades de cada um em todos os níveis de complexidade do sistema.

A integralidade da assistência é interdependente; ela não se completa nos serviços de saúde de um só ente da federação. Ela só finaliza, muitas vezes, depois de o cidadão percorrer o caminho traçado pela rede de serviços de saúde, em razão da complexibilidade da assistência.

Vê-se, pois, que a assistência integral não se esgota nem se completa num único nível de complexidade técnica do sistema, necessitando, em grande parte, da combinação ou conjugação de serviços diferenciados, que nem sempre estão à disposição do cidadão no seu município de origem. Por isso a lei sabiamente definiu a integralidade da assistência como a satisfação de necessidades individuais e coletivas, que devem ser realizadas nos mais diversos patamares de complexidade dos serviços de saúde, articulados pelos entes federativos, responsáveis pela saúde da população.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, bibliográfica, documental.

Segundo, Malhotra (2001), a pesquisa descritiva tem como principal objetivo a descrição de algo. O termo “descritiva” refere-

se ao fato deste tipo de pesquisa apoiar-se na estatística descritiva para realizar as descrições da população.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, composto principalmente de livros e artigos científicos (Gil, 1991).

É também documental, pois segundo Oliveira (2008, p.69), a pesquisa documental é bastante semelhante à pesquisa bibliográfica porque busca informações em documentos quase sempre oficiais. O enfoque da pesquisa é qualitativo. Oliveira (2008) destaca que a pesquisa qualitativa auxilia na compreensão e exposição dos dados obtidos. Os dados foram obtidos através de análise de relatórios e banco de dados da Unidade móvel de Saúde Abaré do ano de 2010.

As ações de saúde são desenvolvidas por uma Equipe de saúde da família adaptada às comunidades ribeirinhas (ESF - Fluvial), unidade esta que tem a seguinte estrutura física: embarcação com 30 metros de comprimento x 10 metros de largura, com acomodação para 35 pessoas (tripulação e equipe técnica), Recepção onde são exibidos vídeos educativos, três Consultórios Médicos, um Consultório Odontológico com RX, Sala de Curativos, Enfermaria, Farmácia, Laboratório de Análises Clínicas, Sala de Esterilização, Cozinha e Refeitório.

Toda a gama de serviços é traduzida na redução da mortalidade materno-infantil e enquanto objetivo desdobra-se em ações sobre diferentes componentes da saúde da mulher e, em última instância, na melhoria da qualidade de vida e promoção de saúde das comunidades humanas, nas quais as mulheres estão inseridas.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados gerais podem ser observados nas tabelas abaixo, com destaque nos relativos à saúde materno-infantil:

Tabela 01. Área/População de Abrangência UMS Abaré

| Região/Município | Nº. famílias p/ Região | População da área de atendimento | Nº. atendimentos médico e enfermagem | Nº. rodadas as comunidades | Nº. total de dias em campo |
|------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Aveiro (FLONA e RESEX) | 476 | 1849 | 368 | 02 | 10 |
| Belterra (FLONA) | 659 | 2913 | 966 | 03 | 24 |

| | | | | | |
|------------------|------|-------|-------|----|----|
| Santarém (RESEX) | 1694 | 7717 | 2.057 | 04 | 40 |
| Total | 2829 | 12479 | 3.391 | 09 | 74 |

Fonte: Banco de dados UMS Abaré 2010.

Tabela 02. Atendimento Ambulatorial - Médico e Enfermagem

| Atendimento Ambulatorial (médico e enfermagem) | Aveiro | | | | Belterra | | | | Santarém | | | |
|--|--------|-------|------|-------|----------|-------|------|-------|----------|-------|------|-------|
| | M | | F | | M | | F | | M | | F | |
| | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % | Nº. | % |
| Total de Consultas | | | | | | | | | | | | |
| < 1 ano | 02 | 0,54 | 02 | 0,54 | 16 | 1,66 | 23 | 2,38 | 28 | 1,36 | 22 | 1,07 |
| 1 – 5 anos | 20 | 5,43 | 24 | 6,53 | 110 | 11,39 | 129 | 13,35 | 129 | 6,26 | 107 | 5,20 |
| 6 10 anos | 10 | 2,72 | 11 | 2,99 | 23 | 2,38 | 34 | 3,52 | 55 | 2,67 | 64 | 3,11 |
| 11 - 14 anos | 09 | 2,44 | 16 | 4,35 | 15 | 1,55 | 21 | 2,17 | 37 | 1,80 | 56 | 2,72 |
| 15 – 19 anos | 09 | 2,44 | 20 | 5,43 | 07 | 0,72 | 42 | 4,35 | 25 | 1,21 | 111 | 5,39 |
| 20 - 24 anos | 05 | 1,36 | 19 | 5,16 | 06 | 0,62 | 50 | 5,18 | 15 | 0,73 | 167 | 8,11 |
| 25 – 29 anos | 08 | 2,17 | 25 | 6,79 | 12 | 1,24 | 64 | 6,63 | 20 | 0,97 | 156 | 7,58 |
| 30 -34 anos | 03 | 0,82 | 11 | 2,99 | 08 | 0,83 | 67 | 6,94 | 20 | 0,97 | 143 | 6,94 |
| 35 – 39 anos | 02 | 0,54 | 10 | 2,72 | 09 | 0,93 | 40 | 4,14 | 33 | 1,60 | 124 | 6,02 |
| 40 – 44 anos | 04 | 1,09 | 15 | 4,08 | 16 | 1,66 | 32 | 3,31 | 27 | 1,31 | 84 | 4,08 |
| 45 – 49 anos | 07 | 1,90 | 20 | 5,43 | 06 | 0,62 | 28 | 2,90 | 34 | 1,65 | 87 | 4,22 |
| 50 – 54 anos | 05 | 1,36 | 12 | 3,26 | 08 | 0,83 | 26 | 2,69 | 30 | 1,46 | 75 | 3,64 |
| 55 – 59 anos | 11 | 2,99 | 16 | 4,35 | 06 | 0,62 | 41 | 4,24 | 47 | 2,28 | 44 | 2,14 |
| < ou = 60 anos | 27 | 7,34 | 45 | 12,24 | 60 | 6,21 | 67 | 6,94 | 135 | 6,56 | 184 | 8,95 |
| Sub-Total | 122 | 33,14 | 246 | 66,86 | 302 | 31,26 | 664 | 68,74 | 635 | 30,83 | 1424 | 69,17 |
| Total | 368 | | 100% | | 966 | | 100% | | 2.059 | | 100% | |

Fonte: Banco de dados da UMS Abaré - 2010

Tabela 03. Planejamento Familiar

| | Aveiro | Belterra | Santarém | Total |
|---------------------------------------|--------|----------|----------|------------|
| Consultas | 76 | 212 | 387 | 675 |
| Mulheres Inscritas no Programa | 54 | 124 | 220 | 398 |

Fonte: Banco de dados da UMS Abaré - 2010.

Tabela 04. Consultas no Pré-Natal

| | Aveiro | Belterra | Santarém | Total |
|--------------------------------|--------|----------|----------|------------|
| Consultas Pré-Natal | 41 | 52 | 200 | 293 |
| Grávidas Inscritas no Programa | 29 | 38 | 114 | 181 |

Fonte: Banco de dados da UMS Abaré - 2010.

Tabela 05 - Alterações Celulares Relacionadas ao Exames de PCCU

| Nomenclaturas | Aveiro | | Belterra | | | Santarém | | | |
|-------------------|--------|------|----------|------|------|----------|------|------|------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2008 | 2009 | 2010 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Exames realizados | 80 | 99 | 95 | 202 | 157 | 205 | 487 | 551 | 518 |
| Normais | 77 | 98 | 38 | 194 | 134 | 193 | 469 | 529 | 351 |
| Atípias | 3 | - | 02 | 08 | - | 06 | 11 | 10 | 13 |
| HPV | - | 01 | - | - | 02 | 03 | 02 | 06 | 04 |
| NIC I | - | - | - | - | - | 02 | 03 | - | - |
| NIC II | - | - | - | - | - | 00 | - | - | 01 |

| | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|----|----|----|----|
| NIC III | - | - | - | - | - | 01 | 02 | 06 | 06 |
| Carcinoma | - | - | - | - | - | 01 | - | - | - |

Fonte: Banco de Dados UMS Abaré – 2010.

Tabela 06. Atendimento no PCCU

| | Aveiro | Belterra | Santarém | Total |
|-------------------------------|--------|----------|----------|-------|
| Coleta PCCU (Mulheres) | 46 | 81 | 267 | 394 |

Fonte: Banco de dados UMS Abaré - 2010.

Tabela 07 – Atendimento no HIPERDIA

| Pacientes Cadastrados | Caso novo HA | HÁ | Caso novo DIA | DIA |
|-----------------------|--------------|-----|---------------|-----|
| Aveiro | 34 | 104 | 03 | 18 |
| Belterra | 13 | 138 | 03 | 31 |
| Santarém | 07 | 285 | 0 | 44 |
| Total | 40 | 527 | 06 | 93 |

Fonte: Banco de Dados Abaré – 2010

Tabela 08 - atendimentos de Hipertensos

| Hipertensos | | | | |
|---------------------------|--------|----------|----------|-------|
| | Aveiro | Belterra | Santarém | Total |
| Consultas nos Hipertensos | 69 | 131 | 163 | 363 |
| Pacientes Inscritos | 53 | 94 | 137 | 284 |

Fonte: Banco de dados da UMS Abaré - 2010.

Tabela 09. atendimentos de Diabéticos

| Diabéticos | | | | |
|----------------------|--------|----------|----------|-------|
| | Aveiro | Belterra | Santarém | Total |
| Consultas diabéticos | 19 | 18 | 42 | 79 |
| Pacientes | 15 | 14 | 31 | 60 |

Fonte: Banco de dados da UMS Abaré - 2010.

Tabela 10. Indicadores de Saúde da área de atuação do Projeto Saúde e Alegria.

| Indicadores | Aveiro | Belterra | Santarém |
|--|--------|----------|----------|
| Taxa Bruta Natalidade | 14 | 11 | 17 |
| Taxa Bruta de Mortalidade | 2 | 1,7 | 0.20 |
| Taxa de Mortalidade Infantil | 0 | 0 | 0 |
| Taxa de Prevalência de Hanseníase | 5 | 10 | 11 |
| Taxa de Prevalência de Diabetes | 1 | 1,6 | 0.6 |
| Taxa de Prevalência de Hipertensão | 14 | 10 | 7 |
| Taxa de Prevalência de déficit ponderal para idade em crianças menores de 5 anos | - | - | 0.2 |
| Cobertura Vacinal | 98% | 95% | 100% |

Fonte: Banco de dados da UMS Abaré - 2010

Tabela 11. Pessoas que receberam ações educativas

| Municípios | Nº ações educativas | Nº Crianças Adolescentes/ Jovens | Nº de Adultos | Nº de Crianças | Nº público circo | Nº novas CLIS formadas | Nº Caravanas |
|------------|---------------------|----------------------------------|---------------|----------------|------------------|------------------------|--------------|
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------|-----------|------------|------------|-----------|------------|-----------|-----------|
| Aveiro | 12 | 248 | 57 | 2 | 165 | 0 | 2 |
| Belterra | 11 | 259 | 75 | 3 | 221 | 0 | 6 |
| Santarém | 21 | 430 | 192 | 7 | 595 | 2 | 15 |
| Total | 44 | 937 | 324 | 12 | 981 | 02 | 23 |

Fonte: Banco de dados da UMS Abaré 2010.

Tabela 12. Atendimentos Odontológicos

| Santarém (Resex), Belterra (Flona) e Aveiro (Flona e Resex). | | | | |
|--|--------|----------|----------|-------|
| | Aveiro | Belterra | Santarém | Total |
| Atendimentos | 94 | 224 | 595 | 913 |
| Procedimentos | 321 | 620 | 1925 | 2.866 |

Tabela 13. Doenças mais Comuns Diagnosticadas

| Santarém (Resex), Belterra (Flona) e Aveiro (Flona e Resex). | | |
|--|--------------|------------|
| Doenças | Nº | % |
| Tecido Pele e Subcutâneo | 534 | 24,03 |
| Infecciosas e Parasitárias | 226 | 10,17 |
| Osteomuscular | 279 | 12,56 |
| Geniturinário | 287 | 12,92 |
| Respiratório | 258 | 11,61 |
| Gastrointestinal | 253 | 11,39 |
| hematopoéticos e nutricionais | 103 | 4,64 |
| Olhos e Anexos | 99 | 4,46 |
| Sistema Nervoso | 69 | 3,10 |
| Aparelho Circulatório | 40 | 1,80 |
| Sinais e achados anormais | 30 | 1,34 |
| Ouvido e da Apófise Mastóide | 44 | 1,98 |
| Total | 2.222 | 100 |

Fonte: Banco de dados da UMS Abaré – 2010

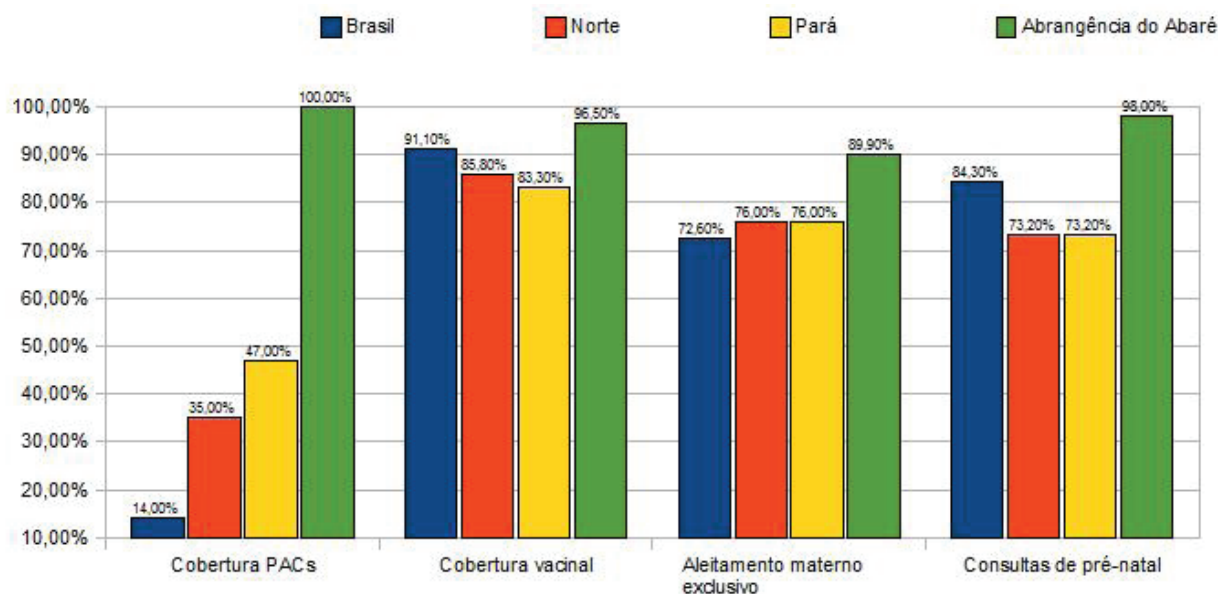


FIGURA 1 – Resultados e Impactos das ações realizadas pelo Projeto Saúde e Alegria na Região.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A redução da mortalidade materno-infantil é consequência de ações sobre diferentes componentes da saúde da mulher e, em última instância, na melhoria da qualidade de vida e promoção de saúde das comunidades humanas, nas quais elas estão inseridas.

As ações assistenciais realizadas neste projeto são baseadas em trabalhos com evidência científica e em ações de educação e prevenção.

O quadro de saúde na região norte foi penalizado não só pelo processo histórico de colonização, mas também pelas políticas públicas de saúde que cronicamente enfrentam dificuldades de implantação e sucesso na região amazônica, por uma série de fatores, como: baixa densidade populacional, grandes distâncias, baixo investimento per capita em saúde, ausência de sistema rodoviário, de transporte e de comunicação, dificuldade de interiorização de equipe de saúde e baixa arrecadação. A Rede Assistencial é pouco aparelhada e concentrada nas cidades, operando com capacidade esgotada e demanda reprimida, deixando estas populações praticamente excluídas, o que resulta nos piores indicadores de saúde reprodutiva no país.

A grande inovação desta proposta é oferecer ações integradas e complementares junto às ações assistenciais em saúde, tornando-a holística e permitindo a correção de fatores agravantes deficientes ou mesmo deixados em segundo plano, como saneamento, infraestrutura, organização e gestão comunitária. Este sistema propicia o empoderamento das comunidades, com foco maior na mulher. Em consequência, se cria uma interessante gama de ações com “melhor valia” dos recursos aplicados em saúde.

Nesta experiência, a realização de pré-natais com cinco consultas na maior parte das gestantes, a realização de exames laboratoriais, a vacinação, a suplementação de ferro e a qualificação das parteiras e ACS nas próprias comunidades para realização do parto, juntamente com um sistema de remoção pela ambulância em casos com complicações, permitem maior segurança na maternidade. Da mesma forma, o acompanhamento pós-natal, com teste do pezinho e programa de crescimento e desenvolvimento, mantém um maior vínculo das mães com as equipes de saúde.

No tocante à sustentabilidade e também na sistematização na assistência, a criação da modalidade de saúde da família fluvial pela portaria/MS 2191, foi um grande avanço. Ela sistematizou a parte assistencial, com definição de composição mínima das equipes de saúde, serviços prestados, memorial descritivo das unidades fluviais de saúde e acesso pelos municípios ao incentivo federal para a criação de ESF-Fs, com valor diferenciado em relação a um ESF normal.

Agora, segue-se o caminho da sistematização da experiência das atividades complementares, educação e prevenção em saúde e de seus métodos de repasse desta tecnologia social, para que se possa auxiliar o estado na replicação desta modalidade de Equipe de Saúde da Família.

A USF-F Abaré tem se apresentado de modo efetivo e eficaz. Representa uma alternativa aos moldes tradicionais de Unidades Fixas de Saúde, para o atendimento de populações ribeirinhas isoladas características de toda a região Amazônica e até outras regiões similares do mundo. É uma proposta com forte perspectiva de replicação que propicia acesso de populações excluídas, ou quase excluídas, ao sistema de saúde e a uma atenção de qualidade.

Os recursos iniciais foram provenientes do apoio da ONG Terre des Hommes (TDH) Holanda, que financiou a construção da Unidade Fluvial de Saúde Abaré (aproximadamente R\$3.000.000,00), a implantação e a manutenção da experiência entre 2006 e 2008 (apoio anual médio de 800.000 reais).

O Projeto Saúde e Alegria foi o responsável pela criação, desenvolvimento e gerenciamento do projeto, além da captação de contrapartidas, tanto na busca de parcerias privadas e convênios com universidades, quanto na aplicação de todo seu know-how em tecnologias sociais acumulados desde 1989.

A partir de 2007, um ano após o início das atividades, iniciaram-se convênios entre o PSA e as Secretarias de Saúde dos Municípios de Santarém, Belterra e Aveiro, ocorrendo paulatinamente o aumento das contrapartidas públicas agregadas aos recursos na forma de RH, combustível, medicamentos e outros insumos de saúde, fortalecendo e ampliando as ações.

Deve-se ressaltar que todos os recursos de implantação de saneamento e infraestrutura

foram oriundos do Contrato de Colaboração Financeira Não-Reembolsável de Nº 03.2.137.2.1, firmado entre o BNDES e o CEAPS/Projeto Saúde e Alegria.

O projeto cresceu a partir de suas dimensões originais, passando de uma cobertura de 2.000 ribeirinhos, em 2006, para 20.000, em 2009, computando, além das comunidades atendidas regularmente, as ações extras e emergenciais. Da mesma forma ocorreu um aumento das contrapartidas do governo e de outras instituições chegando, em 2009, a 550.000 reais. O financiamento do TDH significou 100% dos recursos do projeto em 2005, 83% em 2006, 59% em 2007, 54% em 2008, 46% em 2009 e 31% em 2010.

Desde o início o PSA tem procurado a sustentabilidade propondo soluções a caminho da construção de uma política pública de saúde adaptada à Amazônia. Em 2008, com a crise financeira global, esta meta se intensificou principalmente pelos cortes significativos do apoio do TDH Holanda.

Em 2010, o fruto deste esforço resultou na assinatura da portaria/MS 2191, que regulamenta e cria as unidades fluviais de saúde da família e que, atualmente, garante aporte de R\$480.000,00 provenientes do Ministério da Saúde, anualmente, fora as contrapartidas municipais, parcerias com universidades e outras ONGs. Atualmente, são gastos cerca de R\$1.190.000,00/ano, sendo os recursos na sua maioria provenientes do setor público.

CONCLUSÃO

Em uma análise crítica sobre a sustentabilidade do Abaré a médio e longo prazo, observou-se que os custos mensais extrapolam os recursos planejados para as Unidades Fluviais de Saúde, previstos na portaria e na responsabilidade fiscal dos municípios no tocante aos gastos com atenção básica, pois a sua estrutura física super-dimensionada, gera custos elevados de combustível, tripulação, hotelaria e manutenção.

Em contrapartida, oferece uma excelente estrutura de ensino que pode torna-lo viável como uma unidade de ensino e treinamento das futuras unidades. Nesta linha estão sendo realizados convênios com universidades e com o Ministério da Saúde, para que ocorra o aproveitamento total de suas potencialidades e com isso possamos garantir sua sustentabilidade.

Atualmente, já foi construída uma outra unidade de saúde fluvial, com previsão de funcionar com a mesma capacidade assistencial instalada, mas com porte e custos operacionais menores, o que deve permitir sua sustentabilidade apenas com recursos públicos, dentro de uma lógica da replicação e sustentação desta política pública de saúde.

REFERÊNCIAS

- Harris, M. e Haines, A. 2010. O Programa de Saúde da Família do Brasil. *BMJ* 341:c4945 doi: 10.1136/bmj.c4945 (Publicado em 29 de Novembro 2010)
- Tozzi, F.L. e cols. 2008. Proposta de modelo de atendimento para regiões de rios e lagos da Amazônia - PSF Itinerante. Congresso Nacional de Secretários de Saúde – vencedor prêmio Dom Helder Câmara.
- Bergsjø, P. e Villar, J. 1997. Scientific basis for the content of routine antenatal care. II. Power to eliminate or alleviate adverse newborn outcomes; some special conditions and examinations. *Acta Obstet Gynecol Scand, Norway*, Vol 76, Issue 1, pages 15–25.
- Bruggemann, O.M., Parpinelli, M.A. e Osis, M. J.D. 2005. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto – uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde pública*, Rio de Janeiro, RJ, vol. 21, n 5, p. 1316-1327.
- Cililand, J. ET AL. 2006. Family Planning: The unfinished agenda. *Lancet*, vol. 368, n 9549, p. 1810-1827.
- Darmstadt, G.L. et al. 2005. Evidence-based cost-effective interventions: How many new born babies can be save? *Lancet*, vol. 365, n 9463, p. 977-988.
- Hodnet, E.E. et al. 2007. Continuous support for women during child birth. *Cochraene Database of Systematic Rewiews*, Issue 3.
- Villar, J. et al. 2010. Patterns of routine antenatal care for low risc pregnancies. *Cochraene Database of Systematic Rewiews*, Issue 1.
- World Health Organization. 2002. Ensaio clínico aleatorizado de control pre-natal de la OMS. Ginebra.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- SANTOS, Lenir. Saúde: conceito e atribuições

do Sistema Único de Saúde. Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 821, 2 out. 2005. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/7378>>. Acesso em: 24 jul. 2011.

MATTIONI, Fernanda Carlise, BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin and SCHIMITH, Maria Denise. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. *Texto contexto - enferm.*, Jun 2011, vol.20, no.2, p.263-271. ISSN 0104-0707

BEHEREGARAY, Livia Rocha and GERHARDT, Tatiana Enge. A integralidade no cuidado à saúde materno-infantil em um contexto rural: um relato de experiência. *Saude soc.*, Mar 2010, vol.19, no.1, p.201-212. ISSN 0104-1290

ALBERTTIN, Alberto Luiz , GONÇALVES, José Ernesto Lima, SERIO, Luiz Carlos Di. *Gestão Empresarial: Oito Propostas para o Terceiro Milênio*. São Paulo: Atlas SA, 2001.

OLIVEIRA, Maria Marly de. *Como fazer pesquisa qualitativa* – Rio de Janeiro; Vozes,2008

SOUZA, S.P.S. *A inserção dos médicos no serviço público de saúde: um olhar focalizado no Programa de Saúde da Família*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p.65-112.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). *Praxis em salud: un desafío para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997.