

Universidade Federal de Minas Gerais
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

**A Implantação do Programa Saúde da Família de Zona Rural no Município
de Pompéu/Minas Gerais**

Silvana Ferreira de Carvalho

Pompéu/MG
2012

Silvana Ferreira de Carvalho

**A Implantação do Programa Saúde da Família de Zona Rural no Município
de Pompéu/Minas Gerais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Edison José Corrêa

Pompéu/MG

2012

Silvana Ferreira de Carvalho

**A Implantação do Programa Saúde da Família de Zona Rural no Município
de Pompéu/Minas Gerais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Edison José Corrêa

Banca Examinadora:

Edison José Corrêa – UFMG

Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – UFMG

Aprovada em: 29/09/2012

RESUMO

Este estudo tem como objetivo apresentar uma análise da situação de saúde da população rural da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Rural, no município de Pompéu, Minas Gerais. Propõe-se ações para melhorar a atenção aos clientes e discutir os problemas observados na atenção à saúde deste grupo populacional. A partir daí, demonstra os principais fatores relacionados com os condicionantes do processo de saúde e doença destes habitantes, assim como verificar as necessidades de intervenção baseadas em protocolos estabelecidos por diversos órgãos de saúde. Com isto formar um novo pensar ou um melhor pensar do processo de trabalho desenvolvido na Equipe, espera-se construir uma nova realidade em relação à atenção a população Rural..

Palavras-chave: Medicina rural. Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aims to present an analysis of the health of the population of the area of the Rural Family Health staff in the county of Pompéu, Minas Gerais. It is intended to propose actions to improve client care and discuss the problems observed in the health of this population group. From there, identify the main factors related to the determinants of the health and disease process of these people, as well as determine the needs for action based on protocols established by several health agencies. Then, create a new thought or a better thought about the process of work on the Staff and it is expected to build a new reality in relation to the attention of the rural population.

Key words: Rural medicine, Family health.

|

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Elza Ferreira de Carvalho, mulher que soube estruturar e conduzir bem a família.

A meu pai pelo carinho.

A meu esposo e nossos filhos Evangelos Emanuel e Arthur Adriano, fontes de carinho e alegria.

Ao meu irmão Nelson Ferreira de Carvalho pelo companheirismo

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Evangelos Adriano Pereira, que eu admiro,
grande incentivador na confecção deste artigo, sempre ao meu
lado.

É preciso amar as pessoas como se não houvesse amanhã,
porque se você parar para pensar, na verdade não há.

Renato Russo

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	9
2.JUSTIFICATIVA	13
3.OBJETIVOS	14
3.1.Objetivo geral	14
3.2.Objetivo específico	14
4.METODOLOGIA	15
5.REFERENCIAL TEÓRICO	16
5.1.Politica de Atenção Básica à Saúde – Estratégia Saúde da Família	16
5.2.A equipe de Saúde da Família: conhecimento e comunicação em saúde para construção de boas práticas em saúde.	18
6.SITUAÇÃO DE SAÚDE E EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO DE USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ZONA RURAL	20
7.PROPOSTA DE AÇÕES PARA MELHORIA NO ATENDIMENTO AOS MORADORES DE ZONA RURAL.	27
8.CONCLUSÕES	29
REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, apenas 15,65% da população (29.852.986 pessoas) residiam em área de zona rural, contra 84,35% em área urbana (160.879.708 pessoas). Entre os municípios, 67 tinham 100% de sua população vivendo em área urbana e 775 com mais de 90% de sua população nessa situação. Por outro lado, apenas nove tinham mais de 90% de sua população vivendo em situação rural (IBGE, 2010).

O município de Pompéu, situado no estado de Minas Gerais, Brasil, possui uma área de 2.558 km² e população de 30.621 habitantes. Destes, 3400 vivem na zona rural, o que representa 11,1% do total de habitantes, distribuídos em diversas comunidades de diferentes tamanhos, localizadas ao redor da sede do município (IBGE, 2010)

Em Pompéu, o Sistema de Saúde está organizado de tal forma que a principal porta de entrada dos usuários é a rede de Atenção Primária, com cinco unidades básicas, que sediam nove equipes de Saúde da Família. Integradas a elas, há cinco equipes de Saúde Bucal, com um dentista e um auxiliar de consultório odontológico cada, que atendem às demandas das unidades básicas. Apesar de dificuldades em fixar profissionais em cidades de pequeno porte, principalmente médicos, atualmente todas as equipes de Saúde da Família em Pompéu estão completas. Cada uma está composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e em média de seis agentes comunitários de saúde.

A Estratégia Saúde da Família - núcleo central da Atenção Básica à Saúde - em Pompéu iniciou em 1995, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) Gelma Íris Porto, conhecido também como Volta do Brejo, nome da comunidade em que está localizado. A expansão deste programa que aconteceu nos anos seguintes configurou-se em vários rearranjos de tal forma que, com o surgimento de novas equipes, as áreas de abrangência foram reagrupadas, paralelamente à expansão da cobertura da população. As duas últimas equipes criadas são: em 2005 o PSF São José, em uma das áreas de maior risco social da cidade e por fim o PSF Rural em 2011.

Dentre as diversas atividades desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família em Pompéu, características da atenção primária, destacam-se as reuniões com grupos operativos em todas as unidades básicas de saúde, com boa aderência da população e resultados observados nos aspectos de saúde, principalmente nos indivíduos hipertensos e naqueles em acompanhamento de saúde mental. Através de parceria com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), atividades de lazer e educação em saúde para adolescentes, gestantes e idosos acontecem com periodicidade quinzenal. As visitas domiciliares de agentes comunitários de Saúde (ACS), médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem possibilitam a inclusão de indivíduos com dificuldade de acesso além de possibilitar que os profissionais conheçam melhor a sua área de trabalho, exercício que não havia na zona rural.

Destaca-se também, no dia a dia do trabalho das equipes, a educação continuada de profissionais através de cursos como Gestão da Clínica na Atenção Básica, ofertado pelo governo do estado de Minas Gerais, seguimentos de linhas guia para ações como saúde da criança, atenção à gestante e outras (MINAS GERAIS, 2009).

Como suporte para a Atenção Básica à Saúde (ABS) e o trabalho das equipes de Saúde da Família, em Pompéu, foi implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2010. O NASF atua de modo itinerante para atender todas as unidades básicas de saúde (UBS) e conta com os seguintes profissionais: Fisioterapeuta, Assistente Social, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo e Educador Físico. Outro componente da rede de saúde é o Programa de Assistência Domiciliar (PAD), que complementa as atividades desenvolvidas pelas UBS, inclusive durante finais de semana.

A cobertura total das equipes de Saúde da Família, em ano, baseada no cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2011), sem a cobertura da Equipe Rural, é de 26.818 pessoas, o que corresponde a 87,58% da população geral. especificamente na zona rural, a população cadastrada era, anteriormente ao trabalho de cadastro da nova equipe de 1.657 pessoas, o que representa uma cobertura de apenas 47% aproximadamente do total de moradores de zona rural.

Os trabalhos de atenção à saúde na zona rural, anteriormente à criação da equipe própria, eram divididos entre três equipes diferentes:

- Equipe de Saúde da Família Centro: realizava atendimentos em zona rural uma vez por semana, na comunidade do Assentamento 26 de Outubro, onde estão cadastradas 579 pessoas.
- Equipe de Saúde da Família Casas Populares: incluía 521 pessoas cadastradas nas comunidades Saco Barreiro, Pompéu Velho e Assentamento Paulista. Os atendimentos eram realizados uma vez por semana, com rodízio destas localidades.
- Equipe Saúde da Família Morro Doce: atendia a comunidade de Silva Campos, com 557 pessoas cadastradas, e realizava viagens à localidade uma vez por semana.

Estas equipes acumulavam a responsabilidade de suas áreas de abrangência na zona urbana àquela dos locais citados o que causava insatisfação de ambas.

As comunidades rurais tinham varias queixas sobre o atendimento nestas áreas e, hoje, com a implantação desta nova unidade foi possível viabilizar a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS), o atendimento médico e de enfermagem no domicilio e inúmeras ações de prevenção a doenças prevalentes em zona rural e outras atividades.

O PSF de zona rural atende diversas comunidades como Assentamento Quilombolas, assentamentos, comunidades ribeirinhas, áreas aglomeradas, como na construção da Usina Hidrelétrica Retiro de Baixo, e outras comunidades em geral, divididas em cinco microáreas. Em um dia por semana previamente determinado, a equipe rural atende em zona urbana, com consultas realizadas pelo médico e enfermeira, na Unidade Básica de Saúde Guilherme de Souza Machado, objetivando a população rural em trânsito na cidade.

Atualmente, como as unidades urbanas não precisam dividir seus atendimentos médicos e de enfermagem entre as duas áreas – urbano e rural - a presença dos profissionais de saúde é mais frequente, as comunidades rurais assistidas tiveram o ganho da visita do ACS e foram implantados o atendimento domiciliar médico e de enfermagem e os grupos operativos direcionados às demandas de cada microárea. Regiões antes não assistidas passaram a ter atendimento e de fato puderam dar ênfase a cuidados de prevenção. Anteriormente, as famílias de zona rural procuravam os postos de atendimento ou o Pronto Atendimento Municipal somente em casos agudos, o que resultava em uma preocupação com a saúde

apenas curativa. Atualmente, as campanhas de vacinação são realizadas em cada microárea, o que possibilitou uma atualização do calendário vacinal das famílias.

Com a implantação do PSF Rural tem sido realizado o acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, consultas puerperais e outras atividades não menos importantes, como pré-natal e acompanhamento de crianças.

Algumas áreas estão muito dispersas, o que dificulta o cadastramento e o atendimento em toda área rural, motivo pelo qual ainda não se concluiu o cadastramento de toda a população que hoje é de 2.476 pessoas o que corresponde a 68.7%. Porém toda a população não-urbana rural é atendida pela PSF Rural.

2. JUSTIFICATIVA

Durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), da Universidade Federal de Minas Gerais, nos módulos “Modelo Assistencial e Atenção Básica a Saúde” (FARIA *et al.*, 2009) e “Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde” (CAMPOS *et al.*, 2010), foi possível discutir múltiplos problemas na assistência à população de Zona Rural e os impactos nesta nova prática assistencial a este grupo. As discussões, em fóruns e exercícios, serviram como base de reflexão para buscar melhor conhecimento para compreender melhor o planejamento das ações em saúde.

A partir da análise de que a situação dos clientes de Zona Rural era precária, por falta de aplicação de políticas específicas de atenção à saúde, este tema foi eleito como prioridade para o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso, com expectativas de que, a partir dele, possa ser analisada a situação atual para ajustes e constante melhorias no atendimento a este público, o que seria registrado em um plano de intervenção.

A necessidade de aprofundamento conceitual justifica a revisão bibliográfica sobre aspectos particulares à atenção à saúde para a população rural. Essa revisão, aplicada á realidade local, traz as bases para o plano de intervenção.

3. OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse Trabalho de Conclusão de Curso.

3.1. Objetivo geral

Contextualizar e propor ações para melhorar a atenção a saúde aos moradores de zona rural.

3.2. Objetivos específicos

Caracterizar a situação de saúde dos clientes de abrangência PSF - Zona Rural , por gênero, faixa etária, principais doenças e características inerentes aquela comunidade como destino do lixo, tipo de água consumida dentre outros.

Avaliar a evolução do atendimento na área Rural de Pompéu.

Propor ações para melhoria no atendimento aos moradores de zona rural.

4. METODOLOGIA

Este é um estudo descritivo, realizado no município de Pompéu/MG, sobre o impacto da implantação do PSF Rural. Para atingir os objetivos propostos neste estudo foi, inicialmente, realizada uma coleta dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) local e os dados oficiais publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística..

Para a caracterização da área de abrangência atendida pela equipe de Saúde da Família Rural foram colhidas informações referentes às seguintes variáveis: idade, gênero, principais doenças, vacinação de crianças e adultos e outros indicadores.

Para o referencial teórico foram consultados artigos diversos, capítulos de livros e outros materiais didáticos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da UFMG e informações disponíveis na internet, além do Sistema de Informações da Atenção Básica de Pompéu do ano de 2011.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

Como bases conceituais serão abordados os aspectos relativos à política de Atenção Básica à Saúde – Estratégia de Saúde da Família –, as bases de comunicação para as boas práticas em saúde e os aspectos especiais para atenção à saúde da população rural.

5.1. Política de Atenção Básica a Saúde – Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família é concebida para consolidar a política do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação aos princípios de universalidade, integralidade e equidade e que traz junto o de controle social, como proposto na Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988).

A implantação da Estratégia Saúde da Família se deu após a Constituição de 1988 e resultou no Sistema Único de Saúde SUS. Nos anos 1990 é realizada uma sistematização das normas do SUS através das Normas Operacionais Básicas que regulamentaram, dentre outros temas, o financiamento em atenção primária. O objetivo da estratégia é fortalecer a promoção de saúde, incentivar a contratação de pessoal e ampliar o limiar de serviços de saúde ofertado. Este modelo sugere que a atenção primária consegue solucionar entre 85% e 90% dos problemas de saúde de um dado território (FRANKLIN, 2012).

A estratégia Saúde da Família é inspirada a partir de preceitos como a equidade, a integralidade e universalidade das ações em saúde sem esquecer, logicamente, do controle social. Estes preceitos se contrapõem àquele baseado no modelo biomédico de atendimento centrado na queixa e individualidade dos clientes. Desde sua implantação em 1994 vem se expandindo bruscamente em todo território nacional em grandes e pequenos centros (SILVA *et al*, 2002)

As equipes de Saúde da Família são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes,

sendo a média recomendada de três mil habitantes, em uma determinada área, e estas equipes passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde (BRASIL, 2002).

As equipes desenvolvem suas atividades principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e outros espaços comunitários. Possuem, como características, funcionar como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde, ter território definido, com uma população delimitada sob a sua responsabilidade; intervir sobre os fatores de risco a que comunidade está exposta, prestar assistência integral, permanente e de qualidade e realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Como desafios institucionais para expandir e qualificar a atenção básica no contexto brasileiro destaca-se, conforme descrito na página do Ministério da Saúde, disponível na internet:

- 1 - a expansão e estruturação de uma rede unidades básicas de saúde que permitam a atuação das equipes na proposta da saúde da família;
- 2 - a contínua revisão dos processos de trabalho das equipes de saúde da família com reforço as estruturas gerenciais nos municípios e estados;
- 3 - a elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) dirigidos aos problemas mais freqüentes do estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais;
- 4 - ações que visem o fortalecimento das estruturas gerenciais nos municípios e estados com vistas a: programação da atenção básica, supervisão das equipes, supervisão dos municípios, supervisão regional, uso das informações para a tomada de decisão;
- 5 - revisão dos processos de formação, educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores;
- 6 - a definição de mecanismos de financiamento que contribuam para a redução das desigualdades regionais e para uma melhor proporcionalidade entre os três níveis de atenção;
- 7 - a institucionalização de processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da atenção básica;
- 8 - ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, de modo a responder aos desafios postos pela expansão e qualificação da atenção básica, incluindo aí a articulação com os demais níveis de atenção (BRASIL, 2005, on line)

Registra,. ainda, a mesma fonte:

1. O Modelo de Atenção à Saúde do Brasil é referência internacional.
2. - Estratégia Saúde da Família como desenhada no caso Brasileiro é destaque e modelo para outros países.
3. - Atenção Básica em Saúde é a pauta política dos gestores públicos.
4. - A estratégia Saúde da Família está consolidada nos municípios brasileiros.

5. - Estudos acadêmicos em curso demonstram que a Saúde da Família no período de 1992 a 2002 apresenta indicadores animadores como a redução da mortalidade infantil.
6. - Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de São Paulo e Universidade de Nova York, demonstra que a cada 10% de aumento de cobertura o índice de mortalidade infantil cai em 4,6%.
7. - Aumento da satisfação dos usuários quanto ao atendimento recebido resultado das mudanças das práticas das equipes de saúde.
8. A Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada para as demandas em saúde da população, os clientes são acolhidos pelos profissionais da equipe de acordo com suas necessidades e é direcionado para seu atendimento, que pode ser imediato ou agendado com médico ou outro profissional de nível técnico ou superior (BRASIL, 2005, on line)).

Quanto mais presente e participativa é uma comunidade mais resultados positivos e próximos aos anseios da população esta equipe conseguirá atingir. Para reforçar esta união está o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que é o elo de ligação entre a comunidade e a equipe. O ACS é um elemento da comunidade e ao mesmo tempo um integrante da equipe. Portanto conhece bem os problemas da comunidade e pode opinar e levar respostas pertinentes às demandas encontradas (BRASIL, 2002).

5.2. A Equipe Saúde da Família: conhecimento e comunicação em saúde para construção de boas práticas em saúde

Na equipe de saúde da família o conhecimento e sua transmissão não é privilégio de nenhum integrante. Alguns profissionais apresentam mais ou menos afinidades com os problemas da população, mas todos são responsáveis pelos processos da construção da informação. De acordo com a informação prévia dos problemas enfrentados por determinada comunidade é realizado um planejamento do processo saúde-doença para uma construção de conhecimento visando o autocuidado e a corresponsabilidade de todos os envolvidos (CARDOSO E NASCIMENTO, 2007).

Ainda de acordo com Cardoso e Nascimento (2007):

Diante do avanço da proposta metodológica da educação popular, pautada no modelo dialógico, os sistemas de saúde passam a considerar outras dimensões

envolvidas na construção do conhecimento. Em consequência, acredita-se que o discurso sobre saúde que invoca exclusivamente o saber técnico, do especialista ou do administrador (modelo tradicional de educação em saúde) perde gradativamente sua força, tendendo-se a uma maior valorização do discurso de outros atores sociais, tais como as famílias e as comunidades. O surgimento da ESF expressa uma estratégia capaz de estimular novas polifonias sociais a respeito da saúde.

Pode-se entender que hoje se busca um novo senso comum, que seria a união dos saberes diferentes; comunidade e equipe saúde da família. Em que cada integrante vem somar conhecimento e aprendizado de acordo com suas experiências. Deve acontecer uma negociação onde todo mundo ganha e não há perdas. Para tanto, a equipe de saúde da família deve ser próxima o suficiente para inspirar confiança de sua comunidade adquirindo o respeito e o vínculo com a população adscrita (CAMPOS *et al*, 2010).

Entende-se por processo de trabalho o modo como as atividades de um profissional são desenvolvidas. Assim, nos serviços de saúde, o que se pretende é desenvolver uma comunidade com objetivo de alcançar um melhor bem estar de acordo com seus conhecimentos prévios somados aos da equipe de saúde da família. Neste processo, é importante que sejam identificadas lideranças comunitárias que auxiliem no desenvolvimento de atividades (FARIA, WERNECK, SANTOS e TEIXEIRA, 2009).

É muito importante que a equipe reserve sempre um espaço para encontros e, assim, conhecer demandas de sua população, a fim de discutir os pontos necessários a tanto entre a equipe como com lideranças comunitárias. Ações assim servem para clarear impasses e trazer novo “senso comum” entre os atores envolvidos, criando uma atuação eficiente e eficaz nos cuidados prestados a população (CARDOSO E NASCIMENTO 2007).

È de total importância salientar que, para a criação destes espaços, é necessário todo um planejamento em seja levado em consideração a linguagem aplicada, para que seja do conhecimento de todos e onde obtenha a participação de todos (CAMPOS *et al*, 2010).

Por fim, é importante considerarmos que em um processo de trabalho dialógico todos são modificados tanto pelos resultados obtidos durante o processo quanto pelo exercício das atividades propostas em favor da melhoria do resultado de seus objetivos (FARIA *et al*, 2009).

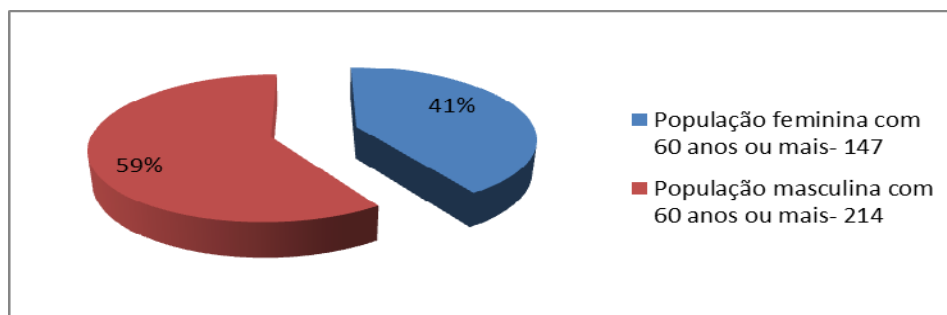
6. SITUAÇÃO DE SAÚDE E EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO DE USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ZONA RURAL.

A população rural do município de Pompéu, atendida pela ESF Rural está dividida da seguinte forma: comunidade Saco Barreiro, Pompéu Velho, Assentamento Quilombolas, Assentamento 26 de Outubro, Assentamento 1º de Maio, região Retiro de Baixo e o distrito de Silva Campos. Essas comunidades encontram-se muito dispersas, localizadas a aproximadamente 45 km entre elas. Isso dificulta o trabalho em grupos operativos, que têm boa participação em algumas comunidades, como de Silva Campos devido ao acesso e a própria formação dos grupos como, por exemplo, o de gestantes.

No Brasil e no mundo, em relação ao envelhecimento, há predomínio da população idosa feminina com o aumento da idade (CHAIMOWICS, 2009). Porém, na área rural do município de Pompéu, os idosos do sexo feminino representam um número menor que idosos do sexo masculino, correspondendo a 59,27% da população idosa (Figura 1).

A população feminina é ligeiramente maior apenas na faixa etária de 15 a 19 anos representando 53,38% do total, conforme dados do SIAB.

Figura 1-Relação entre idosos da área rural de Pompeu – MG, por gênero, em ano?



Fonte: SIAB

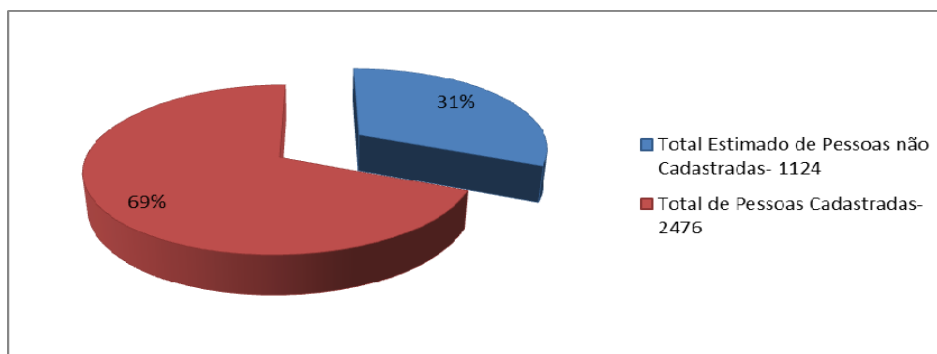
Quadro 1-Distribuição da população por idade e gênero da área rural de Pompeu-MG

Faixa etária	Número de habitantes por sexo		
	Masculino	Feminino	Total
Menor que 1 ano	5	2	7
1 a 4 anos	61	57	
5 a 6 anos	40	32	
7 a 9 anos	65	64	
10 a 14 anos	113	104	
15 a 19 anos	110 (53,38%)	126 (46,62%)	336
20 a 39 anos	363	323	
40 a 49 anos	186	150	
50 a 59 anos	164	150	
Igual ou maior que 60 anos	214	147	
Total	1321	1155	2476

Fonte: SIAB

A população rural ainda não está completamente cadastrada por questões geográficas e de acesso. A população rural está distribuída de forma dispersa em território de grande extensão, o que dificulta o cadastramento. Hoje há uma população cadastrada de 2.476 pessoas e estima-se o um total de 3.600 habitantes, o que corresponde a percentual de 68,7% de pessoas cadastradas e um total de 761 famílias, segundo dados do SIAB.

Figura 2-Relação entre população estimada não cadastrada e população cadastrada da área rural de Pompeu – MG (2011)



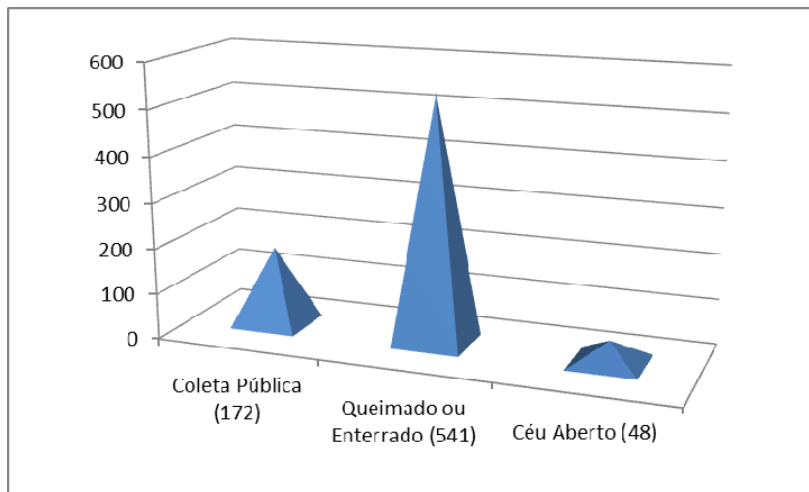
Fonte: SIAB

A maioria da população rural não possui coleta de lixo, exceto no distrito de Silva Campos em que a coleta ocorre duas vezes por semana, beneficiando 172 famílias que vivem na localidade. Assim, do total de 761 famílias, 589 utilizam outros recursos para o destino do lixo, distribuídos da seguinte forma: 541 famílias queimam ou enterram e 48 abandonam em céu aberto.

A precariedade deste serviço acarreta aumento de riscos para doenças e outros problemas como os ambientais, principalmente o lixo que é desprezado em local de céu aberto (SANTOS, 2009).

Outra preocupação importante é o lixo resultante dos organofosforados que, em algumas localidades, são desprezados inadequadamente ou, até mesmo, têm seus recipientes utilizados como vasilhame para água, o que causa risco elevado à saúde, tanto de animais como do homem (CAVALIERE *et al*, 1996).

Figura 3- Destino do lixo de acordo com número de famílias cadastradas na zona rural de Pompeu – MG, em.....

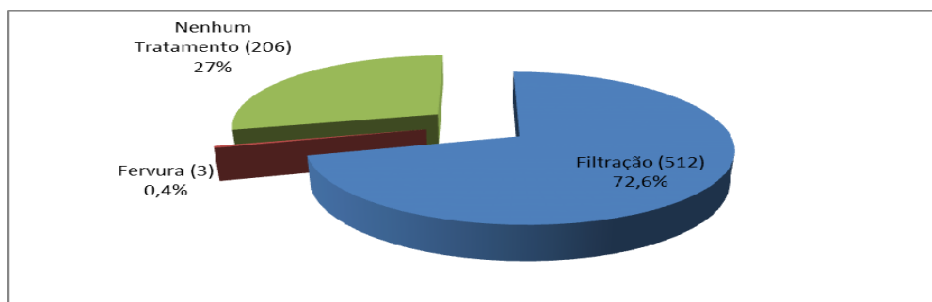


Fonte: SIAB

A água que é disponibilizada as comunidades também não é tratada em todas as localidades. Apenas Silva Campos recebe este tratamento e as demais localidades utilizam água direto de poço ou nascente e, em grande parte das famílias, a mesma é consumida sem nenhum cuidado, como fervura ou cloração. Do total de famílias, 552 utilizam filtração, três utilizam a fervura e nenhuma a cloração. Assim, existe um percentual de 27,6% de famílias, ou seja, 206 famílias que consomem água sem nenhum tipo de tratamento. Esta parcela da população corresponde a um grupo de risco para inúmeras morbidades, sendo as mais comuns as doenças diarreicas (DÁVILLA *et al*, 2000).

[E1] Comentário: Ui!

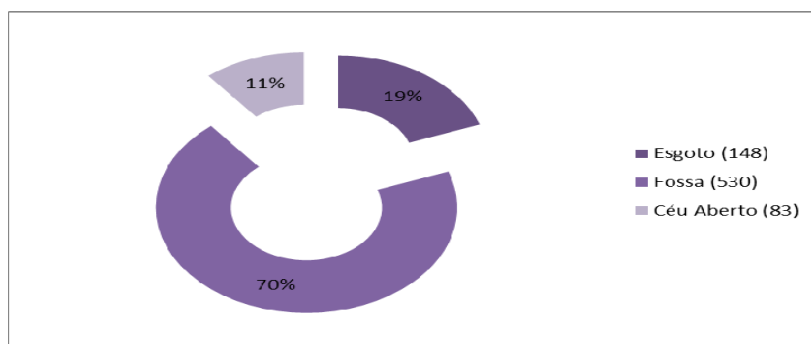
Figura 4-Tipo de tratamento de água



Fonte: SIAB

O saneamento básico na área rural do município de Pompéu é precário, existente apenas no Distrito de Silva Campos. Podemos afirmar que a área rural, em uma grande parcela, vive em condições insalubres de saúde uma vez que não tem controle sobre possíveis endemias que podem resultar da falta de saneamento necessário. É extremamente importante que a população possa atuar sobre os determinantes de saúde para que haja promoção em saúde de fato. Atualmente, apenas 148 famílias possuem sistema de esgoto tratado, 530 possuem fossa e 83 famílias utilizam espaço aberto sem nenhum cuidado especial para depósito de dejetos sanitários. (RIBEIROE ROOK 2010)

Gráfico 7-Destino de dejetos sanitários por número de famílias na área rural (2011).



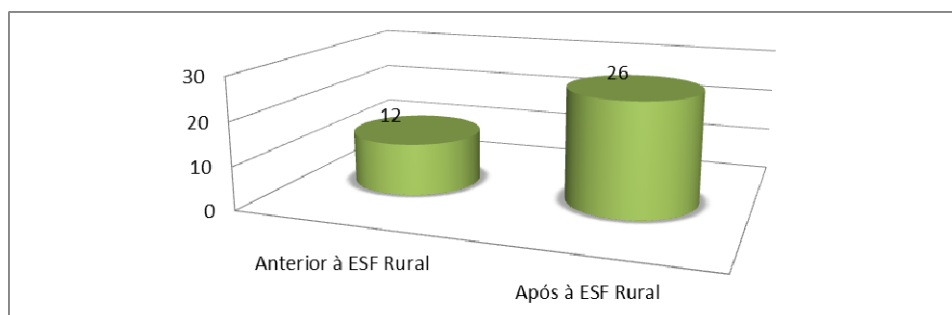
Fonte: SIAB

Considerando-se as questões relacionadas ao estado de saúde e os processos de atenção à saúde, alguns indicadores são apresentados, para uma visão geral.

Em relação à coleta de exames citopatológicos do colo de útero observa-se um aumento considerável no número de procedimentos realizados a partir da implantação da equipe de Saúde da Família Rural. As unidades de saúde que antes atendiam as localidades rurais realizavam em média, por mês, um total de 12 exames de diagnóstico precoce de patologias do colo de útero, comumente chamados de exames preventivos. De acordo com registros do SIAB são realizados agora, em média, um total de 26 preventivos mensais, ou seja, um aumento de 115% no número de coletas.

O exame periódico do colo de útero aumenta em 70% a chance de cura da doença diagnosticada em estágio inicial. O câncer de colo uterino é, entre as doenças do sexo feminino, a quarta causa de morte no Brasil (CESAR *et al*, 2003).

Figura 5-Comparação entre número de coleta de exames citopatológicos do colo uterino por mês antes e após a implantação da equipe de Saúde da Família Rural em Pompeu – MG (2011)



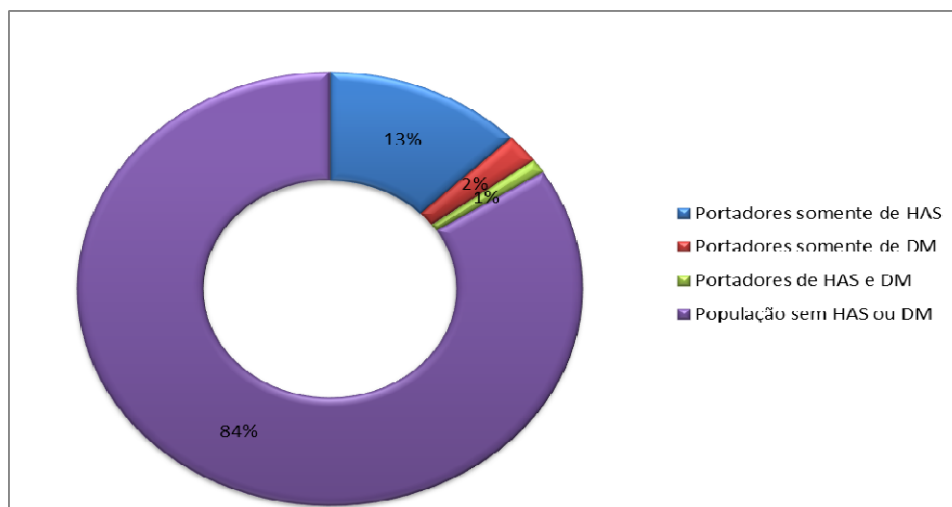
Fonte: SIAB

As morbidades mais comuns são as doenças crônicas não transmissíveis como diabetes melito (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Na equipe de saúde da família rural essas morbidades somam 395 casos sendo 80 casos de *Diabetes Mellitus* (DM) e 341 casos de hipertensão arterial, que são acompanhados rotineiramente pela equipe. Pode-se observar que 26 pacientes possuem DM e HAS concomitantemente. Estas patologias são as principais causas de acidente vascular cerebral (AVC) e infartos. Cerca de 25% dessas complicações poderiam ser evitadas com o uso regular de um anti-hipertensivo.

Agravantes como esses e outros contribuem com cerca de até 15% dos gastos nacionais em saúde (TOSCANO, 2004). Acredita-se que cerca de 20% da população de uma área de abrangência de equipe de Saúde da Família seja hipertensa. Pode-se destacar como fatores de controle do diabetes e da hipertensão arterial a adesão à diminuição dos fatores de risco, como menor ingestão de sal e gorduras e a prática de atividades físicas, além da adequação de peso (MINAS GERAIS, 2007).

Na área de abrangência estudada, há indícios de subnotificação da hipertensão arterial, já que são identificados com esta patologia apenas 13,77% da população.

Figura 6-Percentagem da população rural portadora de *Diabetes Mellitus* (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) da área rural de Pompeu – MG (2011)



Fonte: SIAB

Atualmente são realizadas mensalmente cerca de 15 visitas domiciliares na área rural por profissional de nível superior, 115 visitas domiciliares por profissionais de nível técnico e 761 visitas domiciliares por profissionais de nível médio (ACS). O total de atendimento médico é aproximadamente de 410 consultas mensais. Com isto, a população assistida ganha orientações e cuidados não só do profissional de nível superior, mas também de outros integrantes da equipe com promoção de saúde e cuidados específicos para suas individualidades (SAVASSI e DIAS, 2006).

Anteriormente à implantação da equipe de Saúde da Família Rural a população procurava o Pronto Atendimento Municipal onde eram atendidos em torno de 200 consultas mensais de pacientes de zona rural, ou porque não conseguiam consultas nas equipes de Saúde da Família ou porque eram casos agudos. Atualmente, esses pacientes podem agendar suas consultas por telefone e contam com atendimento em horário diferenciado, justificado por questões como horário do transporte. Com isto o número de atendimentos oriundos de área rural diminuiu de 172 para 65 atendimentos mensais no Pronto Atendimento Municipal.

7. PROPOSTA DE AÇÕES PARA MELHORIA NO ATENDIMENTO AOS MORADORES DE ZONA RURAL.

A partir da análise dos dados referentes à população de zona rural do município de Pompéu fica clara a necessidade de ações de intervenções adequadas a cada situação explicitada. Fica evidente a necessidade de ações relacionadas à promoção de saúde e à participação da população em processos para melhoria das condições de assistência prestada e de mudança em determinadas práticas em saúde.

Primeiro, deve ser realizada uma coleta de dados a respeito do número de atendimentos em cada região e assim definir a frequência necessária da equipe a cada localidade. Uma vez que seja verificada a demanda por localidade, podem-se analisar as diferenças entre os números de atendimento, por exemplo, em Silva Campos e Assentamento 26 de Outubro ou atendimento na fazenda Quilombolas e Pompéu Velho.

A implantação de protocolos assistenciais é outra necessidade uma vez que o município não os adota na rotina de atendimento. As visitas domiciliares são realizadas em sua maioria para ações curativas e de reabilitação. A proposta é que seja avaliada a necessidade de agendamentos de visitas para promoção de saúde e que a prática do autocuidado, da prevenção e do reconhecimento dos fatores e situações de risco seja mais bem trabalhada nas visitas domiciliares em geral.

A inclusão de equipe multidisciplinar parece estar compartimentalizada. Falta entrosamento da equipe e população para um cuidado eficaz, eficiente e efetivo. Esta adesão pode ser fortalecida com a prática dialógica entre a equipe de saúde e população. Reuniões periódicas entre a equipe para um planejamento se fazem necessárias para a adequação e ajustes no atendimento. Devido a questões inerentes à zona rural, a equipe não tem condições de se reunir diariamente, o que dificulta o processo de comunicação entre os membros da equipe. Assim, é necessário o agendamento destas reuniões com intervalos frequentes.

A referência e contrarreferência devem ser definidas através de fluxogramas e protocolos específicos para que seja garantida a continuidade do atendimento, já que não é fato isolado pacientes serem atendidos em serviços especializados e, ao retornarem à unidade básica, não trazerem informações suficientes para que o profissional local continue os cuidados.

É preciso que, através de ações de educação em saúde, sejam realizadas orientações a respeito do destino dos diferentes tipos de detritos a fim de evitar a contaminação do solo e proliferação de doenças e desequilíbrio ambiental. Neste ponto, o trabalho do agente comunitário de saúde é fundamental, uma vez que ele conhece e relaciona-se com todas as famílias da área abrangente pela Equipe de Saúde da família Rural.

A fim de viabilizar a implantação do plano de ação, o município deve usar os mais variados recursos disponíveis, como, por exemplo, os acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. O trabalho desenvolvido por eles na disciplina do Internato em Saúde Coletiva possibilita planejamento e avaliação de ações, além de fortalecer atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Em relação à baixa adesão aos grupos operativos em algumas localidades devido a questões de acesso, podem ser discutidos temas diferentes a cada mês para que os ACS repassem de casa em casa as orientações de promoção em saúde. Podem, ainda, ser confeccionados panfletos explicativos para distribuição às famílias, o que permitiria que as informações chegassem a todos.

Para que as ações funcionem plenamente é de fundamental importância o fortalecimento da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade e que as informações fluam naturalmente e corretamente dentro da equipe. Desta forma, deve ser realizado um planejamento coerente com as demandas da população e dos membros da equipe de saúde da família, com posterior avaliação para ajustes necessários, rotineiramente.

8. CONCLUSÕES

A população de zona rural constitui um grupo interessante de pesquisa devido a sua multiplicidade de fatores a serem trabalhados e as dificuldades relacionadas diretamente com o caráter rural.

A atenção à saúde prestada aos pacientes de zona rural teve inúmeros ganhos em relação ao acesso aos serviços, equipe multidisciplinar e acompanhamento familiar, como a visita do ACS e demais membros da equipe. O medicamento que é disponibilizado pela farmácia pública também é levado durante as atividades, desta forma após o atendimento médico não é necessário que o paciente venha até a cidade e assim, não há retardo para o início do tratamento.

Por outro lado, é necessário um trabalho de orientação muito profundo para melhoria dos fatores que contribuem para o processo saúde-doença como o destino do lixo e outros detritos. Este trabalho necessita de um planejamento que respeite as crenças locais e que seja construído em conjunto com a população para que haja êxito nas ações propostas.

No município existe a proposta de implantação do prontuário eletrônico pelas unidades básicas de saúde incluindo a equipe de saúde da família rural, o que poderá contribuir para um melhor gerenciamento das informações.

O treinamento contínuo da equipe de saúde da família com educação permanente para reciclagem e aprimoramento de técnicas também não pode ser esquecido.

Por último, vale lembrar que a participação popular deve ser estimulada pela equipe de saúde para que a cidadania seja exercida em sua e todos sejam responsáveis pelo desenvolvimento das ações e seus resultados.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: 2002. Disponível em http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf. Acesso em 21 jun. 2012. .
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A.. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
- CARDOSO, A.S.; NASCIMENTO, M.C. **Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade**. Ciência e Saúde Coletiva. Volume 15, 2010. p. 1509-1520. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2012.
- CAVALIERE, M.J. et al. **Miotoxicidade por organofosforados**. Revista de Saúde Pública, São Paulo. Volume 30, n. 3, Junho de 1996. p. 267-272.
- CESAR, J. A. et al. **Fatores associados à não realização de exame citopatológico de colo uterino no extremo Sul do Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Volume 19, n.5 Outubro de 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar.2012.
- CHAIMOWICZ, F.. **Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.
- DIAS, M.F., SAVASSI, L.C.M. **Visita Domiciliar**. Grupo de Estudos em Saúde da Família. Módulo Visita Domiciliar, 2006. Disponível em <<http://www.smmfc.org.br/gesf2006/visitamarcoteorico.pdf>>. Acessado em 23 mar. 2012.

FARIA, H.P. ; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, P.F.. **Processo de Trabalho em Saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FRANKLIN, A. **Desafios municipais na implantação da estratégia de Saúde da Família**. In: VILARTA, R. (Organizador). O Espaço Funicamp de Políticas Públicas: um exemplo de interação universidade-sociedade. Campinas: Unicamp, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao. Acesso em: 25 jun.2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **A Gestão da Clínica, 2009**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/copyof_treinaspres/2-seminario-centro-viva-vida/A%20Gestao%20da%20Clinica.pdf. Acesso em: 28 jun. 2012..

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto- Hipertensão e Diabetes**. 2ª Ed. Belo Horizonte, 2007.

RIBEIRO, J.W., ROOKE, J.M.S. **Saneamento básico e sua relação com meio ambiente e a saúde pública**. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Análise Ambiental. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010.

SANTOS, G.O. **Interfaces do lixo com o trabalho, a saúde e o ambiente**. Portal de Periódicos da Univille, 2009. Disponível em <http://periodicos.univille.br/index.php/RSA/article/viewFile/233/196>. Acesso em: 15/03/2012.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Pompéu, MG, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **Declaração de Brasília: o conceito de rural e o cuidado à saúde**. SBMFC, 2011. Disponível em <[http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/ Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Bras%C3%ADlia%202011.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Bras%C3%ADlia%202011.pdf)>. Acesso em: 12/03/2012.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; DSOARES, S.M.. **Práticas Educativas em Atenção Básica à Saúde- Tecnologias para abordagem ao individuo, família e comunidade**. Modulo 4. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.