

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LARISSA FERNANDES MOREIRA

**ATENDIMENTO MÉDICO NA ZONA RURAL: OS DESAFIOS DO
TRABALHO NA ZONA RURAL E ADAPTAÇÃO À DINÂMICA DA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OESTE DE BICAS**

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2014

LARISSA FERNANDES MOREIRA

ATENDIMENTO MÉDICO NA ZONA RURAL: COMO ORGANIZÁ-LO E ADAPTÁ-LO À DINÂMICA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

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.
Orientadora: Professora Elaine Machado.

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2014

LARISSA FERNANDES MOREIRA

ATENDIMENTO MÉDICO NA ZONA RURAL: COMO ORGANIZÁ-LO E ADAPTÁ-LO À DINÂMICA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

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.
Orientadora: Professora Elaine Machado.

Banca Examinadora (Fonte tamanho 12, Alinhado a esquerda)

Profa. Elaine Leandro Machado - Orientador

Prof. ----(escrever o nome do examinador que deu o 2º parecer)----- - Examinador

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____ (colocar a data da apresentação do pôster, fonte tamanho 12, Alinhado a esquerda)

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	6
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. OBJETIVOS	
3.1 Objetivo Geral.....	12
3.2 Objetivos Específicos.....	12
4. REVISÃO DA LITERATURA	
4.1 A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS.....	13,14
4.2 Atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família.....	14, 15
4.3 Acesso aos serviços de saúde em áreas rurais.....	15, 16
4.4 Adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta.....	16
5. METODOLOGIA.....	17, 18
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	19, 20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22, 23
ANEXO.....	24, 25

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família "Oeste" (ESF) da cidade de Bicas - Minas Gerais é responsável pela cobertura de toda a zona rural do município e parte da zona urbana. Devido ao difícil acesso da população rural até a unidade de saúde, torna-se necessária a realização da visita domiciliar até a zona rural, o que faz com que parte da equipe de saúde se ausente da unidade. Dessa forma, a falta de planejamento e organização dessas visitas têm gerado um número considerável de usuários insatisfeitos com o atendimento, e dentre as principais queixas, consta a dificuldade em se obter consultas de demanda livre. O presente trabalho tem como objetivo analisar o impacto da utilização da base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), especificamente a ficha de cadastramento familiar (ficha A), que será utilizada na reorganização e estratificação do atendimento médico na zona rural do município de Bicas. Serão selecionados também todos os prontuários das famílias pertencentes à zona rural para auxiliar na estratificação segundo o risco. A partir da análise dos dados, chegou-se a conclusão que seria necessário reorganizar o atendimento médico na zona rural, de forma que este fique o mais homogêneo possível, privilegiando tanto a população rural quanto a urbana. Neste ponto, o SIAB torna-se um grande aliado, no sentido de orientar a reorganização do processo de trabalho na unidade básica de saúde.

Palavras-chave: População Rural. Prioridades em Saúde. Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy "West" (ESF) of the city of Bicas - Minas Gerais, is responsible for covering the entire rural area of the municipality and part of the urban area. Due to difficult access of the rural population to the health unit, the actual visiting of the homes, by the health care team, at the countryside becomes a necessity. This procedure removes part of the health care team away from the health unit. The result, of this lack of planning and organization of these external visits, have generated a considerable number of dissatisfied users with the unit's service. Among the main complaints is the difficulty in obtaining free demand appointments. This study aims to analyze the impact of using the database of the Primary Care Information System (PCIS), specifically the family registration form (Form A). This form will be used in the reorganization and stratification of the medical care appointment in rural areas of Bicas' municipality. All records of the families from the countryside will be selected as well to aid in the stratification according to the risk. From the data analysis it is conclusive that it would be necessary to reorganize the medical care in rural areas, so that it becomes the most homogeneous possible and focusing on both the rural population and the urban as well. At this point, the PCIS becomes a great ally, guiding the reorganization of the work process in the basic health unit.

Keywords: Rural Population. Health Priorities. Health Planning.

1- INTRODUÇÃO

O município de Bicas localiza-se na Zona da Mata mineira e faz parte da microrregião de Juiz de Fora. Dista, por rodovia, 290 km da capital Belo Horizonte. Bicas é um município pólo em sua região, ocupando uma área de 140 Km² e apresentando uma população de aproximadamente 13 mil habitantes. Faz limite com os municípios de São João Nepomuceno, Pequeri, Chácara, Juiz de Fora, Rochedo de Minas, Maripá de Minas e Guarará (IBGE, 2010).

Duas versões existem quanto ao surgimento da cidade. Alguns dizem que os primeiros a se instalarem na cidade foram os tropeiros que estabeleciam pousadas provisórias, abrigando-se em choupanas cobertas por taboas. A localidade ficou conhecida como "Arraial das Taboas", devido às águas das fortes chuvas que caíam em grossas bicas. Uma segunda versão diz que, enquanto pousavam, os tropeiros abasteciam com água suas bicas para continuarem a viagem com suas mercadorias. A criação e o comércio de gado determinaram a ocupação e desenvolvimento da região (IBGE, 2010).

O Povoado que deu origem à atual cidade de Bicas surgiu no século XIX, tendo sido levada à categoria de Distrito, em 19/09/1890, incorporado, então, ao Município de Mar de Espanha. Passou o referido Distrito a integrar, nesse mesmo ano, ao Município de Guarará. Bicas permaneceu como parte integrante de Guarará até 1923, quando foi emancipado.

No município de Bicas são desenvolvidas atividades nos três setores da economia. O comércio e o setor de prestação de serviços destacam-se e estão entre as mais importantes atividades econômicas da cidade. A pecuária leiteira também é significativa e aproximadamente 84% do território é ocupado por pastagens. A produção anual de leite gira em torno de 2 milhões de litros, abastecendo o mercado local, além de boa parte ser escoada para municípios como Juiz de Fora e Rio de Janeiro. Na agricultura predominam os pequenos produtores, com o cultivo de café, arroz, milho, feijão, hortaliças e

frutas. Outras atividades desenvolvidas na região são a suinocultura, a pecuária de corte e avicultura. Segundo informações do IBGE, as principais atividades desenvolvidas no setor secundário são a extração mineral e a transformação de produtos minerais não-metálicos. Uma grande parte do dinheiro que circula na cidade é movimentado pelo setor terciário (comércio e prestação de serviços). A rede de ensino é composta por 3 escolas particulares, 2 escolas estaduais e 9 escolas municipais que contam com um nutricionista que prepara o cardápio das escolas e faz o acompanhamento da merenda.

O município, também, conta com uma extensa rede de serviços sócio-assistenciais como a Associação São José de Bicas (Hospital), Associação São Vicente de Paula, Lar Cristão Paulo de Tarso (Asilo), Associação Mario Bianco Gianini, Casa da Júlia, Serviço de Proteção à Maternidade e à Infância D. Angelina de Almeida, Associação Espírita Morada do Caminho dentre outros centros espíritas e pastorais como a da Criança e a da Família. Além disso, o município conta com pelo menos 2 Associações de Bairros legalmente constituídas, dois jornais e duas rádios, sendo uma comunitária e uma Associação de Pequenos Produtores de Bicas e região (IBGE, 2010).

A infra-estrutura urbana básica compreende a rede de abastecimento de água, iluminação pública, pavimentação, esgotamento sanitário, rede de coleta de águas pluviais e serviço de coleta de lixo. Esses serviços são disponibilizados a 97% dos domicílios, possuindo alguns casos de ausência de rede elétrica na zona rural e alguns problemas isolados de captação de água pluvial.

O município conta com um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) que se localiza na parte central da cidade e atende a todas as áreas de vulnerabilidade social, possuindo 3.333 famílias referenciadas e desenvolvendo 9 projetos sociais. Sobre os aspectos ambientais o município possui, integrado ao seu perímetro urbano, numa grande área verde localizada junto ao Parque de Exposições, o Horto Municipal que é de fácil acesso para a população. Desde 1998, a área começou a ser usada por algumas entidades ligada à questão ambiental, incluindo a organização não-governamental Grupo

Brasil Verde. Também neste período começou a ser revitalizado o trabalho de produção de mudas de diversas espécies. Este trabalho envolve parceiros como a ONG, a Emater, o Instituto Estadual de Florestas (IEF) e a Prefeitura Municipal.

Ainda na área ambiental, destacamos a obra de canalização do Córrego São José, que corta praticamente todo o perímetro urbano. Em parceria da Prefeitura Municipal de Bicas com a COPASA, tem-se em andamento as obras de construção da rede interceptora de esgoto, que não será mais despejado no córrego e passará por rede própria até chegar na estação de tratamento, cuja construção também faz parte do projeto.

Na área da saúde, a cidade conta um Hospital Geral, Consórcio Intermunicipal de Especialidades (CIESP), Policlínica, Caps I, PamDia (serviço de atenção ao Diabético e Hipertenso) e 5 Unidades de Atenção Primária à Saúde, cada uma apresentando uma equipe de saúde da família. Entre elas, está a ESF Oeste que será o centro da discussão neste estudo.

O território assistido pela ESF (Estratégia de Saúde da Família) Oeste apresenta diversos problemas que necessitam de soluções urgentes. A começar pela própria população adscrita, composta em sua maioria por famílias de elevado risco social. Neste sentido, estão incluídos idosos que vivem sozinhos, sem condições de auto-cuidado; crianças sem um alicerce familiar, cujos pais, muitas vezes, não se fazem presentes e criam um ambiente familiar hostil. Soma-se a isto o elevado índice de analfabetos na região, o que compromete substancialmente o grau de entendimento dos mesmos, seja em nível de prevenção ou tratamento (MENDES 2007).

A ESF Oeste atende parte da zona urbana da cidade de Bicas e é a responsável pelo atendimento de toda a zona rural. A zona rural é dividida em 5 micro-regiões e composta por 167 famílias, totalizando 528 usuários e representando 19,1% de toda a população atendida pela unidade. Essa população apresenta uma grande dificuldade de locomoção, uma vez que habita regiões distantes, o que compromete o acesso ao atendimento médico.

A fim de suprir as necessidades dessa população, estipulou-se que a cada semana o médico e enfermeiro atenderiam uma região da zona rural, em local pré-determinado. Além disso, duas vagas na agenda de atendimentos médicos são reservadas todos os dias da semana para pacientes provenientes da zona rural. O objetivo disso é tornar o acesso desses pacientes menos penoso, evitando que os mesmos se desloquem até a unidade em vão. Os atendimentos na zona rural ocorrem nas casas dos moradores, geralmente líderes locais, ou em pontos de referência, como escolas ou igrejas. Dessa forma, já se pode imaginar que o atendimento médico fica prejudicado, uma vez que não se dispõe de uma estrutura básica para uma consulta de qualidade, como macas e luminosidade adequada.

Como parte da agenda da unidade se destina ao atendimento da zona rural e a consultas agendadas (hipertensos/diabéticos, pré-natal, grupos operativos, visitas domiciliares), muitos pacientes têm reclamado da dificuldade em obter consultas de demanda livre. E aí, está outra questão delicada, os horários destinados para esse tipo de demanda, não atendem as necessidades da população, abrindo espaço para a insatisfação dos usuários.

Dessa forma, pode-se observar a existência de inúmeros problemas vivenciados pela ESF Oeste, englobando desde problemas socioeconômicos até problemas estruturais, relacionados à própria organização do processo de trabalho da unidade. De fato, os profissionais estão sobrecarregados, necessitando de estipular medidas para uma melhor organização da agenda de atendimentos. É de suma importância a permanência dos cuidados de prevenção e promoção da saúde, bem incorporados no cotidiano da unidade.

A falta de organização e critérios para o atendimento médico na zona rural motivou a construção do presente estudo. O que se observa é uma falta de

planejamento na alocação da equipe, gerando uma desorganização do cuidado e propiciando a desassistência e insatisfação da população. A chave para este problema está na organização do cuidado, e a melhor forma de fazê-lo, baseia-se, sem dúvida, no conhecimento minucioso das condições biopsicossociais de toda a população. Para o conhecimento dos usuários, faz-se necessário o estabelecimento de critérios que serão utilizados para sua classificação. Posteriormente esses indivíduos deverão ser estratificados em uma escala de riscos, de modo que aqueles de maior risco deverão ter prioridade para o atendimento, seja este pertencente à zona rural ou urbana.

2- JUSTIFICATIVA

A falta de planejamento do atendimento médico na zona rural, o torna, muitas vezes, desnecessário. A forma como são organizadas as visitas na zona rural faz com que muitos pacientes de baixo risco tenham a oportunidade de se consultar mensalmente, o que não ocorre na zona urbana, em que a queixa de dificuldade para marcação de consultas tem se tornado frequente. Isso pode ser explicado devido à desorganização do processo de trabalho, não havendo uma divisão igualitária do atendimento médico entre a zona rural e urbana, gerando conseqüentemente uma má distribuição da oferta de consultas.

Depois de realizada uma análise situacional e com o consenso de toda a equipe de saúde, chegou-se à conclusão que a chave para melhoria do atendimento médico à população seria a reestruturação do processo de trabalho. Dessa forma, a realização de um melhor planejamento das idas à zona rural e uma melhor triagem dos pacientes dessa área, trarão muitas melhorias no atendimento médico e priorizarão a assistência àquelas famílias de maior risco. Pretende-se, então, criar mais horários para atendimento na própria unidade, a fim de dar oportunidade àqueles que realmente precisem ser avaliados pela equipe de saúde.

3- OBJETIVOS

3.1 - GERAL:

- Propor um plano de intervenção com vistas à reestruturação do atendimento médico na zona rural do município de Bicas/MG.

3.2 - ESPECÍFICOS:

- Avaliar a importância do uso adequado da classificação de risco dos pacientes para auxílio ao planejamento do atendimento médico;
- Descrever as características socioeconômicas e clínicas das famílias adscritas na ESF Oeste do município de Bicas, bem como a gravidade a que os indivíduos estão expostos;
- Priorizar atendimento aos pacientes classificados como maior risco;
- Oferecer treinamentos aos agentes comunitários de saúde da zona rural, para que eles conheçam as reais necessidades de saúde dos usuários que estão sob sua responsabilidade.

4- REVISÃO DA LITERATURA

4.1 A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS

O SUS (Sistema Único de Saúde) constitui um dos maiores exemplos de política pública no Brasil e tem como base a premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado. Tem como princípios e diretrizes, a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. No entanto, vem se desenvolvendo ao longo dos últimos 20 anos de modo paradoxal, pois tem implantado um conjunto de políticas de saúde includentes, e ao mesmo tempo, vem sofrendo problemas crônicos, como o financiamento insuficiente e desigual (CAMPOS, 2006).

Inúmeros desafios devem ser vencidos e, entre eles, destacam-se aqueles relativos ao financiamento, à força de trabalho e aos modelos de gestão e de atenção. Os modelos de atenção referem-se aos modos de pensar e organizar os sistemas e serviços de saúde e devem ser objeto de atenção especial, já que influenciam a forma com a população receberá os cuidados na prática (CAMPOS, 2006). Sendo assim, é fundamental a existência não somente de serviços de saúde em quantidade adequada, mas também esses serviços devem ser articulados de maneira complementar nas redes de atenção, de forma que sejam capazes de responder às necessidades do coletivo e do individual.

A ESF é um modelo de saúde da família que se propõe a atuar sobre os determinantes sociais da saúde em seus distintos níveis por meio de ações integradas de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, cura e reabilitação das condições de saúde. Essa opção estratégica utiliza-se da territorialização dos espaços de atuação da APS (Atenção Primária à Saúde) e da ação intersetorial. A ESF incorporou, desde seu início, o trabalho multiprofissional realizado em equipe por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem,

odontólogos, técnicos em saúde bucal, agentes comunitários de saúde e, eventualmente, outros profissionais de saúde. A incorporação do ACS (Agente Comunitário de Saúde) constitui um grande diferencial porque cria as possibilidades de um relacionamento mais próximo entre a equipe de saúde, os usuários e suas famílias e as organizações e movimentos sociais do território.

A atenção básica à saúde baseia-se na habilidade de se estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, além de identificar os riscos a que a mesma está exposta. A partir desses conhecimentos a ESF será capaz de implementar e avaliar as intervenções necessárias a essa população, provendo o cuidado adequado a ela (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2007).

4.2 Atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

As equipes de saúde da atenção básica têm que estar aptas para perceber as peculiaridades de cada situação, utilizando corretamente os recursos e tecnologias para que possam trazer benefícios aos usuários. Dentre as atribuições da equipe estão a melhora da qualidade de vida dos usuários, a redução de danos, a (re) construção da autonomia, a criação de vínculos positivos e a diminuição do isolamento e abandono.

A implantação do acolhimento demanda uma mudança do modo de realizar o atendimento individual para além do “atendimento de casos agudos do dia”. Nesse sentido, a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado (programático ou não). Por isso, é fundamental uma metodologia consistente de planejamento e gestão das agendas que contemple essas diferentes situações.

A população da área de responsabilidade de determinada ESF deve ser plenamente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Porém, não basta o conhecimento da população total, a mesma deve ser criteriosamente subdivida, segmentada e estratificada por fatores de risco. ela

deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos (MENDES 2007; STARFIELD 2002).

Segundo Mendes (2007, p. 2301), “O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária”. E nesse processo incluem-se a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação das famílias por riscos, o estabelecimento de vínculos das famílias à unidade e à equipe de saúde da família, dentre outras ações sob responsabilidade da atenção básica à saúde.

4.3 Acesso aos serviços de saúde em áreas rurais

A introdução do Programa Saúde da Família foi uma tentativa de reorganizar a atenção básica no país. Dentre os instrumentos utilizados por este programa está a Visita Domiciliar (VD) que se configura como um diferencial para a atuação do Médico da Família (COELHO 2000).

Na zona rural, as visitas domiciliares ganham ainda maior dimensão, considerando-se a maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte desta população. Dentre seus objetivos principais destacam-se a assistência educativa, conscientização dos indivíduos e a promoção da saúde a nível domiciliar. A visita domiciliar aproxima o profissional de saúde à família e comunidade, possibilitando a criação de um vínculo afetivo entre as partes envolvidas. Isto permite um melhor conhecimento das condições socioeconômicas em que vivem, tornando possível a elaboração de um plano de cuidado específico para cada indivíduo (KAWAMOTO, 2009).

Segundo Borba et al. (2007), para que se obtenha sucesso nas visitas domiciliares, é fundamental que ela seja devidamente planejada, e isto inclui a correta seleção dos indivíduos e famílias, de acordo com os seguintes critérios definidores de prioridades:

- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde;
- Situação ou problema crônico agravado;

- Situação de urgência;
- Problemas de imobilidade/incapacidade que impedem o deslocamento até a unidade de saúde;
- Problemas de acesso a unidade (condições de estrada, ausência de meios de transporte, etc..).

4.4 Adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta

Com o avanço das ESF's e cada vez mais uma maior população sob seu alcance, surge um dilema: quem visitar primeiro ou com que frequência realizar o atendimento médico na zona rural? A chave está no planejamento e organização do atendimento, de forma que as famílias de maior risco sejam privilegiadas no atendimento, no entanto, sem perder de vista a qualidade da atenção às famílias de menor risco (COELHO 2000). Neste sentido, torna-se necessário o estabelecimento de prioridades na visita, e para isso, foi elaborada uma escala de risco familiar baseada na ficha A do SIAB. Essa escala tem por objetivo estratificar o risco das famílias durante a primeira visita domiciliar pelo agente de saúde (ACS) e é um instrumento simples e eficiente para a análise do risco familiar, dispensando a criação de qualquer nova ficha ou escala burocrática (COELHO 2000). A equidade é um dos princípios fundamentais do SUS, e que na prática significa tratar os desiguais de maneira desigual os de iguais. Para isto, tornou-se necessária a criação de uma maneira de diferenciar tais famílias, com o intuito de estabelecer prioridades às visitas à zona rural e ao atendimento à população em geral (MENDES 2007).

5- METODOLOGIA

Para este projeto foi utilizado o diagnóstico situacional, incluindo reunião com a equipe do PSF Oeste de Bicas. Será utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional-PES.

Será realizada uma revisão de literatura, com os seguintes descritores:

População Rural, Grupos de Risco, Planejamento em Saúde, Medicina da Família.

Para este trabalho, serão selecionados todos os prontuários das famílias pertencentes à zona rural. De posse dessa documentação, as famílias serão estratificadas segundo o risco: baixo, moderado e elevado. Essa estratificação ocorrerá através da Ficha A do SIAB (ANEXO 1). Esta ficha é preenchida na primeira visita que o ACS faz às famílias de sua comunidade, sendo que deve ser preenchida uma ficha por família. As informações recolhidas permitem à ESF reconhecer indicadores demográficos, sócio-econômico e do estado de saúde dos usuários referidos nas famílias da sua área de abrangência e, com isto, realizar o planejamento estratégico. É ainda um método objetivo para apresentar dados, e um instrumento básico para o planejamento das ações e na pesquisa científica. Os seguintes itens constam na Ficha A: cadastro da família; situação de saneamento e moradia; dados pessoais dos moradores; doenças referidas; meios de transporte e de informação; participação em grupos associativos; cobertura de plano de saúde; recursos utilizado sem caso de doença; observações. Os dados dessa ficha devem ser atualizados sempre que houver mudanças na situação familiar. Cabe ao ACS atualizar os eventos que ocorrem nas famílias de sua área de atuação, como por exemplo, a ocorrência de nascimentos, mortes, condições de saneamento e moradia, mudança de faixa etária, dentre outros.

A partir dos dados obtidos com a Ficha A, as famílias serão classificadas conforme a Tabela 01. Através dessa classificação, as famílias que obtiverem uma pontuação maior ou igual a 9 pontos preencherão o escore de risco

máximo. A prioridade ao atendimento, principalmente quando o mesmo ocorrer fora da unidade, deverá ser dada a essas famílias de maior risco. Os dados obtidos por meio desse levantamento deverão ser exaustivamente debatidos com toda a equipe de saúde e, inclusive, com o ACS para que se possa prestar um atendimento médico de qualidade e eficaz aos usuários.

Tabela 01. Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco.

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação	Se maior que 1	3
Morador/cômodo	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

A partir da pontuação das sentinelas estabelece-se, de acordo com o Escore total, a classificação de risco, que varia de R1 – risco menor – a R3 – risco máximo (Quadro 02).

Escore 5 ou 6 = (R1)
Escore 7 ou 8 = (R2)
Maior que 9 = (R3)

Fonte: Ficha A/SIAB, ESF Oeste, Bicas-MG.

6- PLANO DE INTERVENÇÃO

A partir da análise dos dados obtidos, foi possível levantar o diagnóstico situacional da área estudada. Com este diagnóstico, a equipe elaborou um plano de ação, tendo como referência as bibliografias utilizadas no curso de especialização em saúde da família.

Em um primeiro momento, as necessidades levantadas foram ordenadas por ordem de prioridade em uma planilha, e os dados foram discutidos com toda a equipe de saúde. Os principais problemas diagnosticados foram o alto número de hipertensos e diabéticos, idosos sem assistência dos familiares, idosos acamados, gravidez na adolescência e subnutrição infantil. Como esses foram os principais problemas encontrados não apenas na zona rural, mas em todo o município, ficou estabelecido que os mesmos entrariam no plano de ação.

O plano de ação, além de englobar a priorização do atendimento nas zonas rurais com maior necessidade, deverá ter como foco os principais problemas diagnosticados, relatados acima. Dessa forma, para a hipertensão arterial e diabetes deverão ser enfatizadas as orientações de atividade física, alimentação equilibrada, bem como a presença nas consultas periódicas e nos grupos. No caso de idosos acamados e sem assistência familiar deve-se planejar visitas periódicas da equipe de saúde com maior frequência, sensibilização dos familiares e orientações acerca de cuidados gerais, como a importância de banhos de sol, mudança de decúbito (para os acamados) e o auto-cuidado. A questão da gravidez na adolescência deverá ser abordada por uma equipe multidisciplinar bem treinada, de forma que estimule e sensibilize para o uso de preservativos e motive a participação em grupos de jovens, em palestras educativas e criação de vínculo com as escolas. As crianças com subnutrição deverão ser acompanhadas mensalmente por uma equipe multiprofissional, para controle de peso, orientações sobre uma alimentação correta. No caso das famílias mais carentes, a criação de parcerias com as pastorais e estímulo de campanhas beneficentes devem ser adotadas.

O quadro I sintetiza o número de famílias pertencentes à zona rural segundo a classificação de risco. Essas famílias foram divididas por microáreas para que se tenha uma idéia global da localização das famílias de maior risco, e conseqüentemente, da priorização das visitas domiciliares nessas microrregiões.

QUADRO I - ESF OESTE : NÚMERO DE FAMÍLIAS DA ZONA RURAL SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO RISCO	MICRO I SÃO MANOEL	MICRO II CRISTAIS	MICRO III SÃO ROQUE	MICRO IV ATAYDE	MICRO V RIBEIRÃO	MICRO VI PASSOS DA PÁTRIA	MICRO VII VAL PARAÍSO	MICRO VIII ÁGUA SANTA	TOTAL
BAIXO	29	9	11	5	5	7	39	22	127
MÉDIO	6	7	3	2	4	4	5	2	33
ALTO	12	1	2	1	2	2	2	1	23

Com o levantamento dos dados foi possível chegar a conclusão que do total das 183 famílias da zona rural cadastradas, 23 possuem um risco máximo na classificação de risco, ao passo que a grande maioria das famílias pertencem ao risco menor (127 famílias no total). As demais famílias encontram-se no risco intermediário (33 famílias). Pode-se observar, ainda, que a microárea I (São Manoel), além de possuir o maior número de famílias no total, possui um maior número de famílias classificadas no risco intermediário e alto, e portanto, merece uma maior atenção por parte de toda a equipe de saúde e um número maior de visitas médicas que as demais. Já as microáreas IV (Ataíde) e VIII (Água Santa) são as que possuem o menor número de famílias de alto risco, apenas 1 em cada. Dessa forma, devem ter o número de visitas domiciliares reduzido, quando comparado às demais microáreas, em que o risco familiar é maior. As demais microáreas mantêm um padrão de semelhança quanto ao número de famílias expostas a um maior risco, podendo, dessa forma, ter um número de visitas domiciliares semelhante.

Vale ressaltar que esta reorganização do atendimento não deverá ser utilizada de forma estática, isto porque deverão ser considerados também os critérios definidores de prioridades durante o planejamento das visitas domiciliares.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo espera-se reorganizar o atendimento médico na zona rural, respeitando o princípio da equidade, em que as populações expostas a um maior risco e agravos a saúde tenham prioridade ao atendimento médico. Uma melhor organização da agenda de trabalho permitirá, também, um maior tempo de permanência do médico na unidade de saúde, e conseqüentemente, um melhor atendimento à população que chega até ela.

Vale aqui ressaltar que o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e melhorar a qualidade da informação em saúde, vem implantando a *Estratégia e-SUS AB*. Essa estratégia conta com dois sistemas de *software* para a captação de dados, sendo eles: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB). Esses softwares alimentam o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que substitui o SIAB.

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) além de reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, contribui para a de otimização do uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos, atendendo aos diversos cenários de informatização e conectividade nas unidades de saúde da atenção básica.

Durante a confecção do presente estudo, esta estratégia ainda estava em elaboração, o que impossibilitou a sua utilização, e na dependência de melhorar a assistência à população de forma urgente, foi utilizado o próprio SIAB. A implantação do e-SUS AB vem com o objetivo que motivou a realização deste trabalho: a reorganização do processo de trabalho, mas de forma informatizada, mais dinâmica e eficiente, na busca de um SUS eletrônico.

REFERÊNCIAS

- 1- MS, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- 2- COELHO, F.L.G. **Sujeitos de Abordagens - Casos e Ações em Saúde da Família**. *In*: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador, 28 de Agosto a 01 de Setembro de 2000. Anais. Salvador: ABRASCO, 2000.
- 3- MS, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- 4- STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- 5- MS, Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família**. 2002. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em: 12 jul. 2014.
- 6- MENDES E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de saúde pública de Minas Gerais, 2007.
- 7- CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil. *In*: FLEURY, S. (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Editora FGV, 2006.
- 8- BORBA P. C.; OLIVEIRA, R. S.; SAMPAIO, Y.P.C.C. **O PSF na prática: organizando o serviço**. Juazeiro do Norte: FMJ, 2007.

9- KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M.C.H.; MATTOS, T.M. **Enfermagem Comunitária**. 2.ed. São Paulo: EPU,2009.

10- BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde,2001.

ANEXOS

ANEXO I - Ficha-A – Cadastramento Familiar

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				UF [] []
ENDEREÇO			NÚMERO [] [] [] []	BAIRRO	CEP [] [] [] [] - [] [] []	
MUNICÍPIO [] [] [] [] [] [] [] []	SEGMENTO [] []	ÁREA [] [] []	MICROÁREA [] []	FAMÍLIA [] [] []	DATA [] - [] - [] [] []	

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNCIA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

<i>Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas</i>		
<i>ALC - Alcoolismo</i>	<i>EPI - Epilepsia</i>	<i>HAN - Hanseníase</i>
<i>CHA - Chagas</i>	<i>GES - Gestação</i>	<i>MAL - Malária</i>
<i>DEF - Deficiência</i>	<i>HA - Hipertensão Arterial</i>	
<i>DLA - Diabetes</i>	<i>TB - Tuberculose</i>	

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos/peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado/Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?	Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde
Nome do Plano de Saúde _____	

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

OBSERVAÇÕES