

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ACESSIBILIDADE E ACESSO DOS USUÁRIOS DA ZONA RURAL AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE PINTÓPOLIS – MG: uma proposta de intervenção

DANIELE PRATES SILVA

CORINTO/MINAS GERAIS
2011

DANIELE PRATES SILVA

ACESSIBILIDADE E ACESSO DOS USUÁRIOS DA ZONA RURAL AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE PINTÓPOLIS – MG: uma proposta de intervenção

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

Orientador: Professor João Paulo Aché de Freitas Filho

DANIELE PRATES SILVA

ACESSIBILIDADE E ACESSO DOS USUÁRIOS DA ZONA RURAL AOS
SERVIÇOS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE PINTÓPOLIS – MG: uma proposta de intervenção

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

Orientador: Professor João Paulo Aché de Freitas Filho

Banca Examinadora

Prof. João Paulo Aché de Freitas Filho _____ UFMG

Prof^ª. Matilde Meire Miranda Cadete _____ UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 08/10/2011

DEDICATÓRIA

À toda população do município de Pintópolis que me acolheu como profissional da atenção primária à saúde, especialmente, aos residentes na zona rural, para quem os serviços de saúde da Estratégia Saúde da Família se mostram mais decisivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dotar de inspiração e inteligência para a realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da UFMG e para o desenvolvimento deste trabalho.

A meu amado esposo, Faustino, por compreender os meus momentos de ausência e o adiamento de sonhos tão desejados (os filhos).

À minha querida família pelo apoio;

Aos parceiros, principalmente, o Gestor Municipal, Jonaci Nunes Soares, o Conselho Municipal de Saúde e toda a Equipe de Saúde da Família denominada Jovem e Saúde, da qual faço parte.

“Não há conhecimento sem ação, nem ação sem conhecimento. Os dois formam um todo e isso não é uma questão técnica, mas constitui um princípio fundamental da saúde”.

Autor desconhecido

RESUMO

Este trabalho propõe um plano de intervenção para garantir a acessibilidade e o acesso dos usuários residentes no meio rural aos serviços de saúde das equipes de saúde da família do município de Pintópolis – MG. A proposta de elaborar o plano de intervenção surgiu a partir do levantamento de necessidades realizado pela autora, durante o Diagnóstico Situacional desenvolvido no Módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde, da Unidade Didática I do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da UFMG, onde a dificuldade de acesso dos usuários residentes nas localidades rurais do município se apresentou como problema relevante. Foi feita uma revisão bibliográfica em torno do tema e um levantamento de dados secundários como forma de embasar a elaboração do plano de intervenção que consta de propostas de ações apresentadas e discutidas com o gestor municipal de saúde, as equipes de saúde da família e o Conselho Municipal de Saúde, de onde conclui-se que este plano é necessário e possível de ser desenvolvido, como forma de fortalecer a atenção primária à saúde do município.

Palavras Chave: Saúde da família. Acessibilidade aos serviços de saúde. População rural.

ABSTRACT

This paper proposes an action plan to ensure availability and access for users living in the rural health services health teams from the city of Pintópolis - MG. The proposal to develop the plan of action emerged from the needs assessment conducted by the author during the Diagnosis developed in Module 3: Planning and evaluation of health programs, the Curriculum Unit I of the Specialization Course in Primary Health Care Family UFMG, where the difficulty of access for users living in rural localities of the city presented a significant problem. We conducted a literature review on the subject and a survey of secondary data as a way of sustaining the development of the contingency plan contained proposals for action presented and discussed with the manager of public health, teams Family Health and the Municipal Health Council, where it is concluded that this plan is necessary and possible to be developed as a way to strengthen primary health care in the city.

Keywords: Family health. Health services accessibility. Rural population.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVO	13
3	CAMINHO METODOLÓGICO	15
3.1	Descrição do município de Pintópolis – MG e a organização da atenção primária	15
3.2	Caracterização do território de abrangência das equipes de Saúde da Família	17
4	REVISÃO DA LITERATURA	21
5	PLANO DE INTERVENÇÃO	25
5.1	Objetivos do plano de intervenção	25
5.2	Demais componentes do plano de intervenção	27
5.2.1	Grupo de trabalho	27
5.2.2	Público – alvo	27
5.2.3	Metodologia	27
5.2.4	Recursos necessários	27
5.3	Plano de ação	29
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	33
	Apêndice A	35
	Apêndice B	37
	Apêndice C	45
	Anexo A	47

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma proposta de reorganização do modelo assistencial representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da atenção primária, que se operacionaliza através da descentralização dos serviços de saúde, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de atenção primária à saúde, que se responsabilizam por uma população definida e delimitada em territórios de atuação. A ESF representa um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado cuja porta de entrada é a atenção primária, com a garantia dos direitos de acesso à informação e às ações de assistência integral prestadas aos seus usuários (FARIA *et al*, 2008).

Entretanto, esse acesso, às vezes, fica prejudicado mediante diversas circunstâncias de caráter pessoal bem como de caráter de apoio logístico tais como horário, tempo e distância geográfica da unidade de saúde, dentre outros. Nesse sentido, um dos principais problemas citado pelos usuários e identificado pelos profissionais de saúde do município de Pintópolis, local onde atuo como profissional de saúde, é a dificuldade de acesso dos usuários da zona rural aos serviços de saúde das equipes de saúde da família. Entende-se acesso como indicativo do grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde. Este reflete as características do sistema de saúde que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população. De modo geral, observa-se menor acesso e consequente menor utilização de serviços de saúde pelas populações rurais, seja pela menor disponibilidade dos serviços, grandes distâncias a serem percorridas ou dificuldades de transporte (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Considerando o problema identificado pelas equipes de saúde da ESF local, justifica-se a realização deste trabalho, como uma contribuição para o fortalecimento da atenção primária do município de Pintópolis, uma vez que as ações a serem executadas, segundo este plano de intervenção que ora é proposto, pretendem possibilitar a acessibilidade e o acesso dos usuários aos serviços de saúde ofertados pelas equipes da ESF, principalmente daqueles residentes na zona rural, buscando, assim, melhorar a qualidade e a resolubilidade da atenção primária na região.

2 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção voltado aos usuários do SUS, residentes na zona rural do município de Pintópolis, para gerar acessibilidade e acesso à atenção primária à saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

3 CAMINHO METODOLÓGICO

O projeto de intervenção com vistas à garantia da acessibilidade e do acesso dos usuários residentes no meio rural aos serviços de saúde das equipes de saúde da família do município de Pintópolis – MG será efetivado por meio de reuniões com os principais atores envolvidos, isto é, com os profissionais das equipes de saúde: médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dentistas e ASB, bem como o Gestor Municipal de Saúde e os membros do Conselho Municipal de Saúde. Cabe dizer, ainda, que o projeto de intervenção foi sustentado pela pesquisa bibliográfica a respeito da temática em pauta e do conhecimento do município de Pintópolis.

Dessa forma, foi possível aprofundar conhecimentos relativos ao município de Pintópolis, como se organiza a atenção primária e a caracterização do território de abrangência das equipes de saúde da família.

3.1 Descrição do município de Pintópolis – MG e a organização da atenção primária municipal

O município de Pintópolis, criado em 21 de dezembro de 1995, está localizado na região administrativa Norte do Estado de Minas Gerais (MG), distando 639 km de Belo Horizonte, a capital mineira. Segundo o censo do ano de 2008, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município possui uma população de 8.075 habitantes e uma extensão territorial de 1.228,40 km². Pertence à Macrorregião de Saúde Norte, com sede na cidade de Montes Claros, e é adstrito à Gerência Regional de Saúde de Januária – MG, e à Microrregião de Saúde, de sede bipolar, Brasília de Minas / São Francisco.

Exibe uma taxa global de crescimento populacional anual de 5,09; taxa de crescimento populacional anual urbano de 6,92 e taxa de crescimento populacional anual rural de 4,29. A densidade demográfica é de 5,87 habitantes por quilômetro quadrado, e o grau de urbanização registrado é de 31,72%. Segundo os últimos dados, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município ficou em 0,637, no ano 2000 (IBGE, 2010).

Sabe-se que no município de Pintópolis, 99,8% da população é usuária do SUS, e que a ESF foi implantada em 1998, contando, atualmente, com duas equipes participantes, e dotadas

também de equipe de saúde bucal, inseridas na modalidade I: um cirurgião-dentista e uma auxiliar de saúde bucal (ASB). A ESF tem coberto 85,5% da população urbana e rural, o que vem caracterizar o município como prestador de serviços públicos de saúde, no âmbito da atenção primária (SIAB, 2010).

Como infraestrutura física instalada da atenção primária à saúde, possui três unidades de saúde, sendo que duas delas são unidades de saúde da família, e a terceira serve de ponto de apoio para uma das equipes. Há também um ponto de coleta de material para análises laboratoriais, que ocorrem no Laboratório Microrregional de Saúde, com sede no município de Brasília de Minas.

Os serviços especializados de média complexidade são referenciados para os municípios de São Francisco e Brasília de Minas, e os de alta complexidade para o município de Montes Claros, seja por meio de pactuações realizadas diretamente entre esses municípios, ou através do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte de Minas (CISNORTE), do qual Pintópolis faz parte. Há ainda no município uma unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para o atendimento das urgências e emergências locais.

Apesar da ocorrência de alguns avanços, o sistema municipal de saúde continua com foco principalmente na figura do médico, e nas ações curativas, reflexo do conceito local de saúde, ainda presente na região, que a entende como um estado de ausência de doenças, mediante o controle e o tratamento dos sinais e sintomas.

Conforme observações dos profissionais dos serviços locais de saúde, a experiência que o município de Pintópolis tem, em seu modelo assistencial e quanto ao sistema de saúde, é a de um sistema público de baixa qualidade e resolubilidade, pois a atenção primária à saúde, conforme é ofertada no município, ainda não cumpre com os princípios e diretrizes do SUS, principalmente no que diz respeito à integralidade da atenção, resolubilidade e continuidade do cuidado, de forma coordenada com os outros níveis de atenção. Isto tem sido uma característica quase geral no estado, como em quase todo o país, a despeito das tentativas de disfarçar tais vieses, e dos investimentos que caminham em outros sentidos.

3.2 Caracterização do território de abrangência das equipes de Saúde da Família

A primeira equipe de saúde da família, denominada Jovem e Saúde, foi implantada no município de Pintópolis em 1998, através de projeto formulado pelo município, sem discussão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), já que o mesmo não existia até então. Essa equipe é composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, 10 agentes comunitários de saúde (ACS), uma cirurgiã-dentista e uma ASB. À esta equipe de ESF estão adscritas 1.055 famílias, e um total de 4.213 pessoas. Dessa forma, o território de abrangência da equipe Jovem e Saúde é composto por 10 microáreas, sendo seis (6) cobrindo todo o perímetro urbano, e quatro (4) na área rural do município (SIAB, 2010).

Já a equipe de ESF denominada Acari possui 774 famílias adscritas, contemplando uma população total de 3.382 pessoas. Seu território de atuação abrange parte da zona rural com 23 localidades, e totalizando 10 microáreas, todas na zona rural. A composição desta equipe é de um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, 10 ACS, um cirurgião-dentista e uma ASB.

Cada uma das microáreas rurais é composta por várias localidades, algumas muito distantes da unidade de saúde de referência, o que dificulta a visita periódica das equipes de saúde à essas áreas, prejudicando, assim, o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A seguir podem-se observar nos quadros 01 e 02, a descrição das localidades rurais do território de abrangência de cada uma das duas equipes de saúde da família:

QUADRO 1: Localidades rurais do território de abrangência da Equipe de Saúde da Família Jovem e Saúde do município de Pintópolis em 2011.

EQUIPE ESF JOVEM E SAÚDE			
Microáreas	Localidades Rurais	Ponto de apoio*	Distância da unidade de saúde de referência
05	Capim Pubo	02	04 km
	Tapera	00	06 km
06	Riacho Fundo	01	04 km
	Santa Clara	01	03 km
	Lavandeira	01	02 km
07	Alvorada	01	10 km
	Buriti	02	07 km

08	Porteiras	01	25 km
	Lages	01	32 km
	Jaburu	01	37 km

Fonte: SIAB, 2010

QUADRO 2: Localidades rurais do território de abrangência da Equipe de Saúde da Família Acari do município de Pintópolis, em 2011.

EQUIPE ESF ACARI			
Microáreas	Localidades Rurais	Ponto de apoio*	Distância da unidade de saúde de referência
01	Acari	01	01 km
	Pau de Canoas	01	03 km
02	Vieira	01	10 km
03	Para Terra I	01	14 km
	Para Terra III	00	11 km
	Cana Brava	00	15 km
04	Alegre	01	07 km
	São João do Barreirinho	01	13 km
05	Para Terra II	01	32 km
	Quatis	01	23 km
	Lavandeira	00	26 km
06	Nova Nazaré	00	29 km
	Riacho Seco	01	25 km
	Jatobá	01	58 km
07	Cabeceiras	00	60 km
	Coqueiro	00	01 km
	Mimoso	00	03 km
08	São João Batista	01	02 km
	Gangorra	01	04 km
	Cipó	01	06 km
09	Poções	00	12 km

Fonte: SIAB, 2010

* Os pontos de apoio dessas áreas referem-se a escolas, igrejas ou domicílios que servem de local de atendimento das equipes de saúde.

O território de abrangência das equipes da ESF possui como barreiras geográficas alguns córregos, que impedem a passagem das pessoas, nos períodos chuvosos. São eles: o córrego do Buriti, que impede o acesso às localidades de Alvorada, Cipó e Porteiras, sendo que esta última localidade também tem dificultado o seu acesso com as cheias do córrego das Porteiras; o córrego Vieira, que impede o acesso das equipes de saúde à unidade de saúde da ESF de Acari e às localidades Vieira, Alegre, Pau de Canoas e São João do Barreirinho.

O croqui com a descrição do território de abrangência das equipes de saúde bem como suas barreiras geográficas encontra-se no Anexo A.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Conforme explicitado anteriormente, a dificuldade de acessibilidade e acesso dos usuários da zona rural aos serviços de saúde contribui para a falta de assistência à saúde dessa população, no âmbito preventivo-promocional e curativo, provocando, conseqüentemente, o agravamento das condições de saúde e da qualidade de vida da população rural. Esse fato contribui para comprometer os serviços de saúde prestados pelas equipes locais da ESF e para gerar insatisfação dos usuários e dos próprios profissionais das equipes.

De acordo com dados e informações contidos nos cadernos de registro das equipes de saúde, e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), bem como de dados que foram fornecidos, sobre os moradores da zona rural em 2009, através de observações de campo durante o Diagnóstico Situacional, proposto no módulo 3 do Curso de Especialização em Atenção Primária em Saúde da Família da UFMG, e reconsolidados, em 2011, para utilização neste trabalho, a maioria dos usuários que reside no meio rural possui condições de saúde precárias, sendo que apenas 36% deles tem acesso às ações de saúde. Mediante esses fatos, demandam mais cuidados por parte do sistema de saúde local, sendo que uma queixa freqüente desses usuários é a descontinuidade do cuidado, quando há necessidade de referenciá-los a outros níveis de atenção, e para a realização de consultas ou exames especializados, cujo atendimento pode demorar vários meses (SIAB, 2010).

Nesse sentido, o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) pode trazer benefícios a essa população, uma vez que se trata de uma iniciativa autônoma, de municípios localizados em áreas geográficas contíguas, que se associaram para gerir e prover, conjuntamente, serviços especializados e de apoio diagnóstico, com maior densidade tecnológica e destinados à população das municipalidades participantes. Essas associações constituem uma forma inovadora de gestão do SUS. São várias as evidências que sugerem que o consorciamento em saúde tenha levado a um aumento de eficiência e de qualidade dos serviços ofertados (TEIXEIRA; DOWELL; BUGARIN, 2002).

Em municípios de pequeno porte, como é o caso de Pintópolis, a oferta de serviços especializados exige, muitas vezes, escala de produção incompatível com a demanda daquela população. A possibilidade de agregação dos municípios pode, portanto, trazer significativas

economias de escala (TEIXEIRA; DOWELL; BUGARIN, 2002). O município de Pintópolis faz parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde Norte de Minas (CISNORTE), consórcio formado por mais dezessete municípios do norte de Minas Gerais, e que oferece cotas de consultas e exames para algumas especialidades, além do veículo de transporte sanitário, em parceria com o governo do Estado, para transportar os usuários aos locais de atendimento.

Embora a presença de vários fatores, a exemplo da constatada pequena escolaridade e dos precários padrões socioeconômicos e culturais da população, venham certamente contribuir para o agravamento das condições de saúde da população rural, a dificuldade de acessibilidade e de acesso aos serviços de saúde é um fator importante na definição do perfil sanitário dos usuários da zona rural. Os fatores que mais dificultam o acesso e a acessibilidade da população rural, adscrita às equipes da ESF, são de natureza que requerem ações intersetoriais, como: a distância das localidades rurais à unidade de saúde, cuja média é de aproximadamente 20 km; as más condições das estradas de acesso ao meio rural, todas sem pavimentação; a presença de barreiras geográficas, representadas por córregos que impedem a passagem nos períodos chuvosos; a escassez de transporte para a locomoção das equipes de saúde às localidades rurais; a falta de transporte regular para a população da zona rural que tem de percorrer grandes distâncias até chegar aos pontos de parada dos ônibus, que dão acesso a sede do município, embora a Secretaria Municipal de Saúde disponibilize o veículo para o transporte da população até a unidade de saúde de referência, em caso de urgência; a falta de pontos de apoio adequados para o atendimento dos usuários em suas localidades, a falta de acolhimento ao usuário nas unidades de saúde da ESF, caracterizada por recepção desqualificada, falta de ações de referenciamento adequado aos demais níveis de atenção e a consequente interrupção das desejáveis linhas de cuidado.

Cumprir dizer, no entanto, que as análises e alternativas de soluções para o problema de acesso não se restringem aos aspectos geográficos e territoriais, mas, sobretudo, abrangem aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços, envolvendo questões relativas ao acolhimento e à qualidade dos serviços prestados (SOUZA *et al*, 2008).

Segundo Mendes (2008), o acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde,

incluindo o acolhimento, a concretização do atendimento pretendido e a continuidade do cuidado, e a distância dos serviços de saúde.

Sendo assim, o acolhimento deve ser entendido como uma importante ferramenta para possibilitar o acesso, uma vez que proporciona o fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuário/família/comunidade (BRASIL, 2006), e modificando o processo de trabalho das equipes, que passa a se responsabilizar pelas necessidades de saúde da população do seu território de atuação, com vistas ao cuidado integral e humanizado, seja a nível individual ou coletivo. Para que esse processo ocorra com sucesso, é necessária a aplicação de uma metodologia participativa, que busque agregar o controle social, de forma organizada no sistema de saúde municipal (SOUZA *et al*, 2008).

Uma vez que a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis, de acordo com as necessidades apresentadas pelos usuários (SOUZA *et al*, 2008), a maioria dos pesquisadores certamente viria a concordar com a tese de que se trabalhar acesso, sem que se possa garantir a acessibilidade, tornar-se inócuo. Levando em conta, também, que várias dificuldades, conforme apontadas (as más condições das estradas de acesso ao meio rural, a presença de barreiras geográficas, a escassez de transporte para a locomoção da equipe de saúde às localidades rurais, a falta de pontos de apoio adequados para o atendimento dos usuários em suas localidades) se referem às demandas de responsabilidade governamental, que por vezes transcendem o âmbito e o orçamento municipal, e que várias delas assumem natureza intersetorial, a resolução das mesmas esbarra em aspectos e procedimentos de natureza política, e com decisões de âmbito macrorregional, com vistas a contemplar a microrregião.

No apêndice A tem-se um esquema explicativo do problema das dificuldades na acessibilidade e no acesso dos usuários, residentes na zona rural do território de abrangência das equipes da ESF, do município de Pintópolis.

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

5.1 Objetivos do Plano de Intervenção

1. Rever a divisão do território de abrangência das equipes de saúde, propondo a criação de mais e novas equipes de ESF e, possivelmente, sugerindo a criação de novas unidades de saúde, estrategicamente localizadas, de modo a diminuir as trajetórias necessárias para o transporte, tanto das equipes da ESF como dos usuários até as unidades de atenção primária, e até mesmo às unidades de saúde de referência, para a realização dos procedimentos de média e alta complexidade, viabilizando, assim, a oferta de ações de saúde preventivo-promocionais, de diagnóstico e terapêutica, também à população residente no meio rural.
2. Modificar o processo de trabalho das equipes de saúde, com adoção do acolhimento e do fortalecimento de vínculo entre profissionais e usuários, buscando estabelecer a educação permanente como forma de sensibilizar os profissionais de saúde, quanto à necessidade desta mudança de postura profissional, para consolidação de um novo paradigma sanitário, conforme proposto pela ESF (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES, 2009).
3. Propor parcerias intersetoriais de gestão, logística e financiamento, para que as ações de saúde cheguem aos usuários do meio rural, e para que eles possam alcançá-las nas unidades de saúde e nos centros de referência, contribuindo, assim, para o controle dos fatores de risco à saúde, aos quais essa população está exposta.
4. Organizar as formas de controle social do sistema de saúde local e regional, elegendo para o Conselho Municipal de Saúde (CMS) usuários mais conscientes do seu papel como agentes de transformação da realidade, e empenhados em buscar melhorias para a saúde da população, com o poder de cobrar dos gestores municipais, as ações que atendam às reais necessidades dos usuários.

5.2 Demais componentes do plano de intervenção

5.2.1 Grupo de trabalho:

Os profissionais das equipes de saúde dispõem-se a contribuir para a realização deste projeto de intervenção (médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, ACS e ASB), bem como o Gestor Municipal de Saúde e os membros do Conselho Municipal de Saúde.

5.2.2 Público-alvo:

Este trabalho é direcionado para a população adstrita ao território de abrangência das equipes de Saúde da Família, denominadas Equipe Jovem e Saúde e Acari, no município de Pintópolis – MG, e especialmente para os residentes nas microáreas localizadas na zona rural.

5.2.3 Metodologia:

Realizou-se uma revisão de literatura, com ênfase nos princípios relacionados ao problema principal do presente Plano de Intervenção, de forma a contextualizá-lo.

Inicialmente foram realizadas observações de campo, sobre dados quali-quantitativos, junto às equipes de saúde e outros setores públicos, para identificar as possíveis causas e consequências do problema, conforme divulgado pelas equipes de saúde e, a partir daí, pretende-se propor ações que modifiquem efetivamente o quadro atual.

As ações propostas por este plano, bem como análise de viabilidade do projeto, e o desenho das operações, estão descritos nos quadros 01, 02 e 03 do apêndice B, conforme modelo proposto no caderno de estudos do módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (CARDOSO, FARIA, SANTOS, 2008).

5.2.4 Recursos necessários

Para a realização deste trabalho serão necessários recursos financeiros para o custeio de despesas com: material gráfico (impressões), de papelaria (para confecção dos mapas e

atividades coletivas), deslocamentos da equipe ao meio rural e programação das atividades coletivas (educação permanente, qualificação de conselheiros municipais de saúde, divulgação na rádio local e outras ações educativas); recursos físicos, de infraestrutura das unidades de saúde; recursos humanos, e veículos para transporte.

Os recursos educacionais, que dizem respeito aos conhecimentos, valores e habilidades adquiridos e acumulados, bem como aqueles recursos de natureza política, envolvem ações de busca de articulações de poder, para gerar a tomada de decisões, bem como as parcerias para o desenvolvimento do trabalho, citando-se, como parceiros fundamentais, o gestor municipal, a assessoria da secretaria municipal de saúde, o diretor da rádio comunitária local, os presidentes de associações de moradores e os(as) diretores(as) de escolas.

Os recursos financeiros estão descritos no Quadro 01 do apêndice C.

5.3 Plano de ação

Considerando os elementos descritores e explicativos do problema identificado e tomado como objeto de estudo neste trabalho, bem como as informações obtidas através da revisão da literatura pertinente, propõe-se as ações, conforme os quadros 01, 02 e 03 do apêndice B, como forma de garantir a acessibilidade e o acesso dos usuários, residentes na zona rural do território de abrangência das equipes da ESF, do município de Pintópolis.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme descrito neste trabalho, o problema da dificuldade de acessibilidade e do acesso restrito dos usuários, residentes na zona rural do território de abrangência das equipes da ESF, do município de Pintópolis, possui vários e diversos determinantes, sendo que muitos deles ultrapassam o âmbito administrativo-orçamentário do setor da saúde, embora atinjam diretamente a situação de saúde e de qualidade de vida do público-alvo deste trabalho.

Segundo Buss e Filho (2007), os determinantes sociais da saúde são representados nos fatores socioeconômicos, culturais, comportamentais e ocupacionais que representam as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população. Esses determinantes se refletem no perfil sanitário de uma população e requerem para seu enfrentamento ações de caráter intersetorial, conforme propõe o plano de intervenção elaborado para este fim.

Percebe-se que o controle das causas e fatores de risco para a resolução do problema identificado exige uma atuação cooperativa e propostas de soluções articuladas com outras áreas, embora agir conjuntamente com outros setores ainda seja um desafio, porque implica na “assimilação de um novo modelo de atenção à saúde e na contradição entre a integralidade pretendida e a fragmentação imposta pela própria lógica das administrações municipais, centralizadas e setorializadas” (INOJOSA E JUNQUEIRA, 2000, p 161).

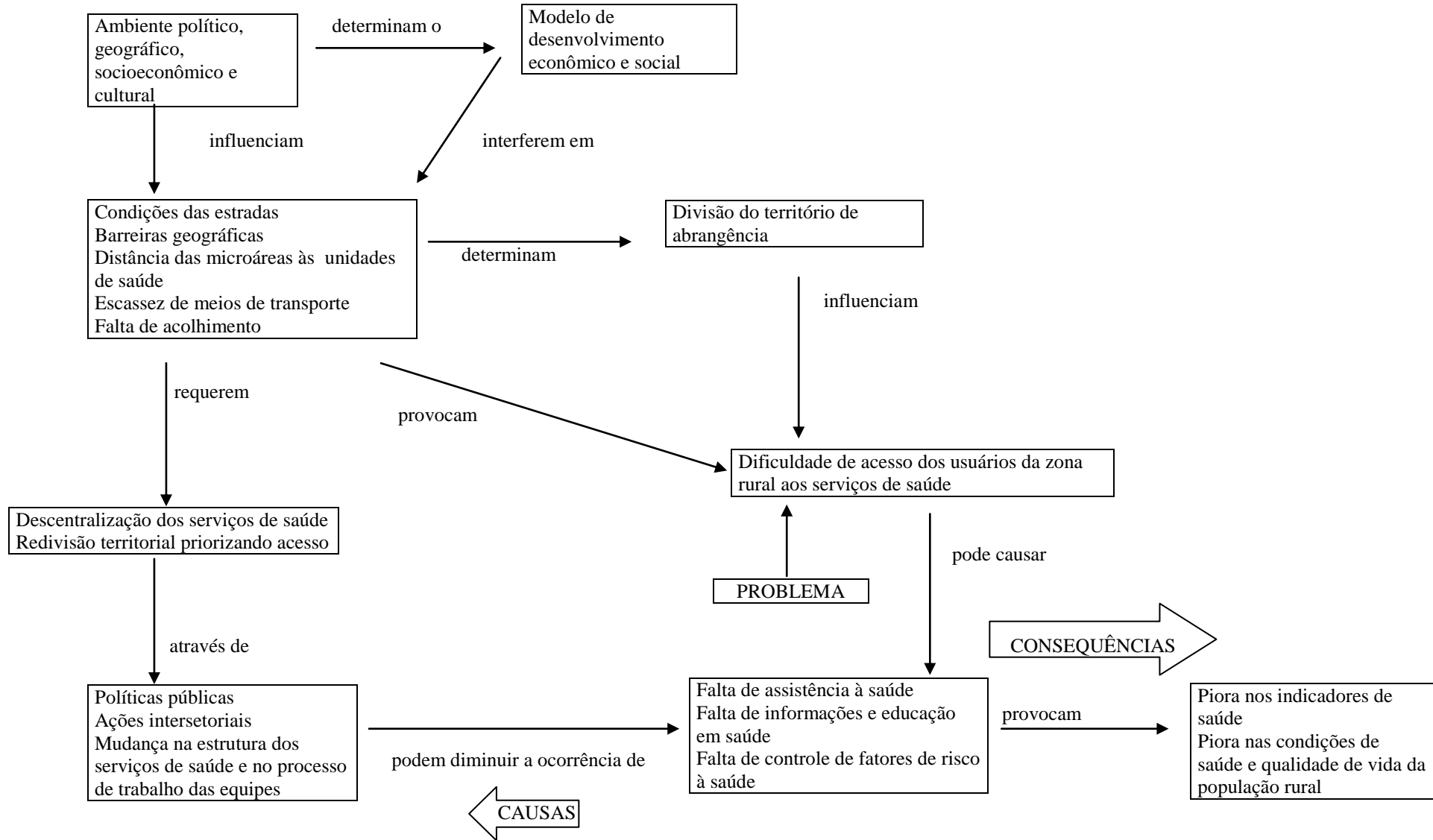
O plano de intervenção apresentado no capítulo anterior, a partir do momento que propõe ações de caráter intersetorial, mobiliza os diversos atores sociais envolvidos com o problema e os incentiva a agir de forma conjunta e organizada, para realizar e controlar a prestação de serviços de saúde mais integrais e resolutivos, provocando uma mudança positiva do conceito e das práticas de saúde no município de Pintópolis-MG.

Recomenda-se, para breve futuro, a retomada deste plano de intervenção, de forma a buscar avaliar sua aplicabilidade, seus resultados e o impacto que as ações aqui propostas venham trazer para a população, e para a organização da atenção primária à saúde, conforme ofertada pelo município.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Série B. **Textos básicos de saúde**. Brasília, DF, p. 10. 2006.
- BUSS, P. M.; FILHO A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **PHISYS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1: p. 77-93, 2007.
- MENDES, E.V. Os fundamentos para a construção e os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde no SUS. In: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Oficina 1: Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte, MG, p. 52. 2008.
- FARIA, H.P. *et al.* Unidade Didática I: Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde: **Módulo 2: Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Editora UFMG. Belo Horizonte, MG, p. 32-35. 2008.
- INOJOSA, R. M.; JUNQUEIRA, L. A. P. O setor de saúde e o desafio da intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, São Paulo, p. 156-164, 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades – Informações Estatísticas**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat>. Acesso em: 15 de abr. 2011.
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – SIAB. **Informações de Saúde**. Consultado em: 26 de abr. 2011.
- SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 Sup, n. 1: p. S100-S110, 2008.
- TEIXEIRA, L.; DOWELL, M.C.M.; BUGARIN, M. Texto para discussão 893: Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**, Governo Federal, Brasília, DF, jul. 2002.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10: p. 2490-2502, out. 2007.

APÊNDICE A: Esquema explicativo do problema dificuldade de acesso dos usuários da zona rural aos serviços de saúde das equipes de ESF.



APÊNDICE B

Quadro 01 – Desenho de operações para o problema dificuldade de acesso dos usuários da zona rural aos serviços de saúde.

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/PROJETO	RESULTADOS ESPERADOS	PRODUTOS ESPERADOS	RECURSOS NECESSÁRIOS
Má divisão do território de abrangência	<p><u>Redivisão Territorial</u></p> <p>Formar grupos de estudo para análise do mapa geográfico do município;</p> <p>Rever a divisão do território de abrangência;</p> <p>Construir o novo mapa territorial das equipes de saúde Jovem e Saúde e Acari.</p>	Redividir 100% da área rural do município entre as duas equipes, priorizando a acessibilidade.	Mapa do território de abrangência das equipes de saúde, com delimitação das microáreas e distância das unidades de referência.	<p><u>Organizacional</u>: para organizar as reuniões de revisão da divisão territorial.</p> <p><u>Político</u>: articulação com a(s) outra(s) equipe(s) de saúde e setor de mapeamento.</p> <p><u>Cognitivo</u>: conhecimento do território rural do município e distância das microáreas.</p>

<p>Estrutura dos serviços de saúde</p>	<p><u>Programas Saúde em Casa e Parceiros pela Saúde</u></p> <p>Descentralizar a oferta de serviços de saúde para as localidades rurais;</p> <p>Criar um programa mensal na rádio comunitária local, para levar informações de saúde à população;</p> <p>Vincular as equipes de saúde e as associações de moradores para o desenvolvimento de ações coletivas de educação em saúde nas comunidades e escolas;</p> <p>Reunir com gestores para articular formalmente o acordo que garanta o veículo para transporte das equipes de saúde.</p>	<p>Melhorar o acesso dos usuários da zona rural, realizando o atendimento nas localidades.</p>	<p>Pontos de apoio para atender na zona rural;</p> <p>Agenda das equipes com programação para atender os usuários da zona rural;</p> <p>Parcerias com a Emater, as associações e a rádio local para alcance do meio rural;</p> <p>Veículos em boas condições e em quantidade suficiente para o transporte das equipes de saúde ao meio rural.</p>	<p><u>Organizacional:</u> para planejamento das microáreas beneficiadas; para organizar agenda das equipes; para organizar fluxo de veículos.</p> <p><u>Político:</u> decisão de destinar recursos para infraestrutura; para articular parcerias intersetoriais; para firmar acordo entre as secretarias.</p> <p><u>Financeiro:</u> para construção e/ou adequação de pontos de apoio; para aquisição e conserto de veículos.</p> <p><u>Cognitivo:</u> elaboração do projeto de estruturação; conhecimentos e habilidades para propor formas alternativas de oferta de serviços de saúde.</p>
--	--	--	---	---

<p>Processo de trabalho das equipes de saúde inadequado para enfrentar o problema</p>	<p><u>Acolhimento</u></p> <p>Realizar trimestralmente atividades de educação permanente com os profissionais de saúde;</p> <p>Implementar o acolhimento e classificação de risco nas unidades de saúde;</p> <p>Informar e educar a população através de visitas domiciliares e palestras educativas quanto às mudanças no processo de trabalho das equipes.</p>	<p>Capacitar os profissionais de saúde para realizar o acolhimento e classificação de risco;</p> <p>Aumentar em 15% a cada ano a satisfação dos usuários com os serviços de saúde.</p>	<p>Profissionais capacitados; demanda espontânea organizada; usuários mais satisfeitos; serviços de saúde mais resolutivos, gerando acesso com qualidade.</p>	<p><u>Financeiro</u>: para aquisição do material necessário à realização das atividades de capacitação.</p> <p><u>Organizacional</u>: espaço físico das unidades de saúde.</p> <p><u>Cognitivo</u>: informação sobre os temas e estratégias pedagógicas.</p> <p><u>Político</u>: articulação com Gestor municipal, e o pessoal da educação social.</p>
---	---	--	---	--

<p>Controle social dos serviços de saúde deficiente e desorganizado</p>	<p><u>Conselho Pró-ativo</u></p> <p>Incentivar a eleição de usuários compromissados com o CMS;</p> <p>Realizar curso de qualificação com os conselheiros municipais de saúde;</p> <p>Submeter este Plano de Intervenção à apreciação e aprovação do CMS;</p> <p>Montar grupos de conselheiros com responsabilidades de fiscalizar e cobrar a implantação e a continuidade das ações propostas neste plano.</p>	<p>Mobilizar e incentivar os usuários para o controle social no sistema de saúde local.</p>	<p>Conselheiros de saúde capacitados e cientes de seu papel deliberativo e controlador dos serviços de saúde;</p> <p>Tornar este plano de intervenção operacionalizável.</p>	<p><u>Financeiro</u>: para aquisição dos recursos audiovisuais e material educativo.</p> <p><u>Cognitivos</u>: conhecimento sobre os temas relativos ao CMS, e sobre as estratégias pedagógicas adequadas.</p> <p><u>Políticos</u>: mobilização social visando efetivo controle social do SUS.</p> <p><u>Organizacional</u>: local para realização do curso de qualificação.</p>
---	--	---	--	--

Quadro 02 – Análise de viabilidade e ações estratégicas

OPERAÇÃO/ PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS	CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS		OPERAÇÕES ESTRATÉGICAS
		Ator que controla	Motivação	
<u>Redivisão Territorial</u>	Organizacional: para organizar as reuniões para revisão da divisão territorial.	Gestor Municipal de Saúde Setor de Mapeamento e Urbanismo	Favorável Indiferente	Apresentar as falhas do mapeamento atual e a proposta de revisão da divisão territorial.
<u>Programas Saúde em Casa e Parceiros pela Saúde</u>	Político: decisão de destinar recursos para infraestrutura; para firmar acordo entre as secretarias de saúde e transporte. Financeiro: para construção e/ou adequação de pontos de apoio e para a manutenção dos veículos.	Prefeito Municipal Gestor Municipal de Saúde Setor de Obras Secretário de Transportes	Favorável Favorável Indiferente Indiferente	Apresentar o projeto de descentralização dos serviços de saúde, evidenciando suas vantagens.
<u>Acolhimento</u>	Político: educação social	Gestor Municipal de Saúde Equipe de saúde	Favorável Favorável	Apresentar aos usuários os benefícios trazidos pelo acolhimento e classificação de risco.
<u>Conselho Pró-ativo</u>	Político: mobilização social	CMS Gestor Municipal de Saúde Equipes de Saúde	Favorável Favorável Favorável	Evidenciar os benefícios para a população quando se tem um CMS atuante.

Quadro 03 – Plano Operativo

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	OPERAÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
<u>Redivisão Territorial</u>	Redividir 100% da área rural do município entre as duas equipes, priorizando a acessibilidade.	Mapa do território de abrangência das equipes de saúde, com delimitação das microáreas e distância das unidades de referência.	Apresentar as falhas do mapeamento atual e a proposta de redivisão territorial.	Daniele Prates e Sílvia Letícia e Elza Nascimento (enfermeiras) e ACS.	Início em 2 meses e término em 6 meses.
<u>Programas Saúde em Casa e Parceiros pela Saúde</u>	Melhorar o acesso dos usuários da zona rural, realizando o atendimento nas localidades.	Pontos de apoio para o atendimento na zona rural; Agenda das equipes com programação de atender os usuários da zona rural; Parcerias com a Emater, associações e rádio local; Veículos em boas condições e quantidade suficiente.	Apresentar o projeto de descentralização dos serviços de saúde, evidenciando suas vantagens.	Jonaci Nunes (Gestor) Sílvia Letícia, Elza Nascimento, Cláudio (médico) e Daniele Prates.	Início em 6 meses; término das melhorias físicas em 24 meses; Parcerias por tempo indeterminado.
<u>Acolhimento</u>	Capacitar os profissionais de saúde para realizar o acolhimento e classificação	Profissionais capacitados; demanda espontânea organizada; usuários	Apresentar aos usuários os benefícios trazidos pelo	Gildázio (enfermeiro coordenador da	Início em 2 meses e manutenção contínua.

	de risco; Aumentar em 15% a cada ano a satisfação dos usuários com os serviços de saúde.	satisfeitos; serviços de saúde mais resolutivos, gerando acesso com qualidade.	acolhimento e classificação de risco.	unidade de saúde).	
<u>Conselho Pró-ativo</u>	Mobilizar e incentivar os usuários para o controle social no sistema de saúde local.	Conselheiros de saúde capacitados e cientes de seu papel controlador dos serviços de saúde; plano de intervenção operacionalizado.	Evidenciar os benefícios para a população de um CMS atuante.	Erly Durães (presidente do CMS), Jonaci Nunes e Daniele Prates.	Início em 6 meses e reciclagens periódicas a cada 2 anos.

APÊNDICE C:

QUADRO 01: Orçamento para o desenvolvimento das ações propostas.

RECURSOS NECESSÁRIOS	VALOR	Nº DE ATIVIDADES PREVISTAS	TOTAIS
Atividades coletivas (educação permanente (ED) com profissionais de saúde, curso de qualificação para CMS)	R\$ 120,00 por atividade*	ED: 4 atividades por ano CMS: uma atividade, a cada 2 anos	R\$ 540,00 ao ano
Publicidade em horário na rádio local	R\$ 500,00 mensais*	1 programa mensal	R\$ 6.000,00 ao ano
Material de papelaria	R\$ 150,00*		
Impressão de material gráfico	R\$ 80,00		
Transporte	R\$ 200,00* por deslocamento	2 deslocamentos mensais da equipe de saúde	R\$ 4.800,00 ao ano
Impressão e encadernação do TCC	R\$ 100,00		
Confecção (arte) e plotagem do pôster	R\$ 120,00		
Total			R\$ 11.790,00 ao ano

* Recursos que serão disponibilizados pela Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO A: Croqui do território de abrangência das equipes de saúde da família do município de Pintópolis-MG.

