



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Especialização em Saúde da Família**



Marcella Pereira dos Santos Viana

**A Estratégia Saúde da Família em área rural no Estado do Rio  
de Janeiro: Relato de uma experiência**

Nova Friburgo/RJ  
2016

Marcella Pereira dos Santos Viana

**A Estratégia Saúde da Família em área rural no Estado do Rio de Janeiro:  
Relato de uma experiência**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado, como requisito parcial  
para obtenção do título de especialista  
em Saúde da Família, a Universidade  
Aberta do SUS

Orientadora: Marcia de Almeida Levy

Nova Friburgo/RJ

2016

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por proteger meus passos, abençoar e me tornar um instrumento Dele para ajudar meus pacientes.

Agradeço também à minha família, minha base mais sólida, meus pais e meu irmão. Vocês sempre estiveram ao meu lado, me apoiando e torcendo a cada passo. Muito obrigada por tudo!

Ao meu namorado Romulo, meu amor, que sempre me incentivou e apoiou a cada obstáculo e esteve comigo sempre, não medindo esforços para me ver feliz. Com todo o seu amor e dedicação me faz uma pessoa melhor a cada dia.

Ao meu amigo, enfermeiro Jorge, que esteve comigo, tanto me deu forças e me ensinou durante a jornada de trabalho na ESF de Rio Bonito de Lumiar. Apreendi muito com você!

Aos meus supervisores, Márcia Levy e Pedro Xavier, por terem dado seu apoio durante todo o processo de trabalho.

Aos meus pacientes, que em mim confiaram e que me deram o prazer de suas convivências. Ensinam-me a cada novo diagnóstico e me motivam a aprender cada vez mais.

Não poderia encerrar meus agradecimentos sem agradecer os agentes comunitários da ESF de Rio Bonito de Lumiar, que me acolheram tão bem.

## RESUMO

O trabalho está voltado para o relato de experiência dos desafios vivenciados por um profissional médico membro da equipe da Estratégia Saúde da Família, em atuação em uma área rural, na região sudeste do Brasil. O estudo, com caráter qualitativo, foi realizado em Rio Bonito de Lumiar, uma área rural, no município de Nova Friburgo na região serrana do Rio de Janeiro. Com o objetivo de melhor organizar o processo de trabalho na área rural, o trabalho aponta o papel da ESF, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que são os pilares básicos para um acesso de melhor qualidade. As categorias de análise adotadas para apontar as dificuldades foram as dimensões socioculturais, geográficas e organizacionais. Constatou-se que ainda há uma carência de acesso a saúde na área rural e que, por conta de uma falta de planejamento organizacional nesta área, o profissional médico muitas vezes se encontra limitado a fornecer uma assistência adequada.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; População Rural; Acesso a Saúde.

## **ABSTRACT**

The work is facing the challenges of experience report by a medical professional experienced member of the Family Health Strategy team in action in a rural area in southeastern Brazil. The study, with qualitative, was held in Rio Bonito Lumiar, a rural area in Nova Friburgo municipality in the mountainous region of Rio de Janeiro. In order to better organize the work process in rural areas, the study highlights the role of the ESF, the principles and guidelines of the Unified Health System (SUS) which are the basic pillars for a better quality access. The categories of analysis taken to point out the difficulties were the socio-cultural, geographical and organizational dimensions. It was found that there is still a lack of access to health care in rural areas and that, due to a lack of organizational planning in this area, the medical professional often is limited to provide adequate assistance.

Keywords: Family Health Strategy; Rural Population; Access to Health.

## SUMÁRIO

1. <b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
1.1 Situação Problema .....	8
1.2 Justificativa .....	9
1.3 Objetivos .....	10
Objetivo Geral .....	
Objetivo Específico .....	
2. <b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	11
3. <b>METODOLOGIA</b> .....	14
3.1 Cronograma .....	18
3.2 Recursos Necessários .....	19
3.3 Resultados Esperados .....	19
4. <b>CONCLUSÃO</b> .....	20
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	21
5. Anexo 1.....	23
6. Anexo 2 .....	24

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo refere-se ao Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido pela Universidade Aberta do SUS (UNASUS) em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Elegi esse tema, pelo fato de ter vivenciado uma experiência completamente diferente do esperado quando ingressei no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) no estado do Rio de Janeiro. Optei por trabalhar no município de Nova Friburgo, por ter nascido e crescido neste município. Iniciei a atividade como médica de família em março de 2015. Após dois meses de atuação na unidade de Varginha fui transferida para uma unidade localizada em São Pedro da Serra. Em outubro de 2015, foi solicitada a minha transferência para uma região próxima a Lumiar. Vivenciei assim três lugares bem distintos. O primeiro, urbano com forte atuação da associação de moradores local. O segundo, também urbano, mas com uma população reduzida e um distrito relativamente bem organizado, região de forte turismo. Por fim, fui transferida para a unidade de Rio Bonito de Lumiar. Localizada no município de Nova Friburgo, no vale do Macaé, área de proteção ambiental de Macaé de Cima, próxima ao distrito de Lumiar e as localidades de Toca da Onça e Galdinópolis. O trabalho da equipe é itinerante feito em diferentes meios de transportes devido à enorme extensão territorial. Após duas mudanças de unidades de saúde, quando ingressei na terceira unidade, percebi o enorme desafio que estava proposto: trabalhar em pleno estado do Rio de Janeiro, mas com uma população completamente rural.

O presente estudo é norteado pelo trabalho em saúde em meio rural com os desafios que representam. Visa contribuir para a atuação da equipe de saúde da família em meio rural na região sudeste do país de forma a suprir algumas das necessidades de saúde da população adstrita, considerando a complexidade e as particularidades dos indivíduos, das famílias e do território em questão.

Utiliza como metodologia um relato de experiência que busca refletir tomando como base a revisão de literatura a respeito de medicina de família em meio rural. E tenta contribuir com a escassa literatura encontrada sobre essa prática.

Por fim, o estudo aponta sobre a importância de se encontrar alternativas criativas, principalmente quando se trata de abordar problemas de maior nível de

complexidade e incertezas, que se sobreponham às abordagens clássicas, em particular as que envolvem os paradigmas das ciências naturais e biomédicas que se mostram insuficientes para a prática do cuidado em populações específicas.

## **1.1 Problema**

A área rural possui distintos desafios e obstáculos. A extensão territorial, o transporte deficiente, a dificuldade no acesso aos recursos diagnósticos em saúde, o exaustivo trabalho rural são apenas algumas dificuldades encontradas.

O processo de formação para o profissional médico na região sudeste do país, em geral é pautado no modelo biomédico e centrado no hospital. Os cenários de aprendizagem para os estudantes de medicina são, na maioria das vezes, urbanos e lidam com as questões relativas ao trânsito, violência urbana, stress, dentre outras.

A escassa literatura sobre medicina de família no ambiente rural também amplia as dificuldades que vivem os profissionais recém-formados quando encaminhados para trabalhar em regiões do país com características diferenciadas aos cenários antes utilizados como ambientes para aprendizagem.

A questão principal que norteia esse estudo se dá em torno do trabalho da equipe de saúde da família em meio rural. Como provocar transformações em busca da melhoria na qualidade de vida e saúde dessa população específica?



## 1.2 Justificativa

Ao iniciar as atividades junto à equipe de trabalho e adaptar as premissas propostas pela saúde da família, percebi que havia uma necessidade muito além do setor de saúde naquela área. Apesar da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ser baseada em diretrizes que garantem a promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência médico-curativa, na prática as coisas funcionam diferente. Percebi que esse novo modelo assistencial proposto pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 esbarra em entraves subjetivos que dificultam a execução linear do que propõe a ESF.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo principal estabelecer vínculos e compromissos de responsabilidade entre a população e os profissionais de saúde. Visa uma mudança do modelo assistencial vigente e para tanto, a equipe da ESF atua na organização e resolução de problemas encontrados em um território definido.<sup>6</sup>

A magnitude dos problemas de saúde da população faz com que a Estratégia de Saúde da Família procure implantar e implementar redes de assistência integrada e inter setorial que contemplem as necessidades de cada área adstrita.

O papel do profissional na ESF é cuidar do paciente como um todo, relacionando seu processo saúde-doença ao meio em que vive e ao seu ambiente familiar. Os profissionais devem dar prioridade à prevenção e promoção da saúde. Muitas vezes, para alcançar este objetivo, utilizam como estratégias de trabalho, as capacitações, as informações, as palestras educativas, os grupos sociais, a associação de moradores, além da incorporação de recursos tecnológicos para a promoção dos conhecimentos e esclarecimento do usuário.

Diante disso, esse estudo pretende refletir sobre o desafio de implantar e atuar em equipe de saúde da família, nos moldes propostos pelo Ministério da Saúde, em condições tão adversas e tão distintas daquelas aprendidas durante o processo de formação do profissional médico.

### 1.3 Objetivos

#### Objetivo Geral:

Refletir sobre os desafios vivenciados pela equipe de saúde da família em atuação em meio rural na região sudeste do Brasil.

#### Objetivos específicos:

- Apontar as percepções do profissional médico durante o trabalho realizado pela equipe da Estratégia Saúde da Família de Rio Bonito de Lumiar;
- Refletir sobre o processo de trabalho da ESF em zona rural na região sudeste do Brasil;
- Pontuar as dificuldades encontradas nas dimensões sociais, geográficas e organizacionais.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é um importante instrumento quando se pretende conhecer melhor uma temática. É uma ferramenta para aqueles que buscam estudiosos de alguns campos do conhecimento.

Foi com a intenção de entender melhor a dinâmica de vida e o processo saúde-doença da população rural no Brasil que saí em busca de uma bibliografia coerente. Entretanto me deparei com uma dificuldade não antes imaginada. A literatura sobre atuação da ESF em área rural na região sudeste do Brasil é bastante escassa. Assim, em busca de entender o modo de vida dessa parcela da população para atuar como médica da equipe da ESF recorri inicialmente a artigos do campo da economia e geografia.

Existe uma multiplicidade de conceitos sobre população rural e urbana pelo mundo (Girardi, 2008). Certos países apresentam a classificação a partir do espaço físico, outros utilizam como base a densidade demográfica, ocupação, dentre outros critérios.

Segundo o mesmo autor, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000, v.7) considera:

“urbanas as sedes municipais (cidades) e as sedes distritais (vilas), cujos perímetros são definidos por *lei municipal*. Também são consideradas urbanas as *áreas urbanas isoladas*, igualmente definidas por lei municipal, porém separadas das cidades ou das vilas por área rural ou outro limite legal. As áreas rurais são aquelas fora dos perímetros definidos como urbanos”.

Estudos indicam uma queda considerável da população rural no Brasil. Segundo o IBGE, em 1950 a população rural brasileira correspondia a 63,84% da população total. Vinte anos depois os habitantes das zonas rurais correspondiam a 44% da população total. Atualmente, os dados do IBGE indicam que apenas 16% da população brasileira vivem em área rural. Segundo Girardi (2008), região Sudeste foi a primeira a apresentar diminuição da população rural já na década de 1960 contrastando com o aumento da população na zona urbana da região no mesmo período. A modernização da agricultura e a intensificação da industrialização do Sudeste a partir da década de 1960, segundo o autor, explicam esta dinâmica populacional. Dados atuais do IBGE apontam que a população rural no estado do Rio de Janeiro representa apenas 3,6% do total enquanto 96,4% residem em área

urbana. No município de Nova Friburgo, região serrana do estado do Rio de Janeiro, os dados apontam que 12% da população residem na zona rural.

Essa redução progressiva da população rural, talvez explique a escassez de literatura sobre a atuação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no meio rural na região sudeste do nosso país. Entretanto em um país com a dimensão do Brasil somada à importância das atividades do campo, tais como agricultura e pecuária, para a economia do país é de surpreender a carência de estudos publicados sobre processo saúde-doença nessa parcela da população.

No campo da saúde, a Constituição Federal garante saúde para toda a população brasileira. Segundo o artigo 196 do Capítulo II:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Como forma de reorganizar o sistema de saúde no Brasil, o Governo Federal lançou em 1994 a Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e que tem como objetivo geral:

“Melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade”.

A ESF é operacionalizada por meio de equipes multidisciplinares, cuja finalidade é a promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção, recuperação e reabilitação dos indivíduos e famílias. O objetivo da ESF é elaborar ações que possam evitar ou reduzir os riscos causados pelas endemias que afetam direta ou indiretamente a população brasileira, garantindo, incentivando e articulando o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de saúde, educação, segurança entre outras (BRASIL, 2001). Soma-se ainda a necessidade de uma mudança de paradigma, trazendo a promoção da saúde para um novo patamar e tornando a ESF uma ferramenta capaz de reorientar as ações de saúde, colaborando com a substituição do modelo assistencial hegemônico, centrado no médico e no hospital; para um modelo que prioriza o trabalho em equipe e busca a prevenção de doença e promoção da saúde de forma humanizada com acesso universal para a população residente em determinado território.

Autores sinalizam que um dos pilares que sustenta a proposta de mudança do modelo assistencial vigente é o trabalho em equipe. A interação constante e intensa dos trabalhadores de diferentes categorias (agentes comunitários, médico, enfermeiro e técnico de enfermagem) com saberes e atuações distintas possibilitam uma ação técnico - científica voltada para a melhoria da saúde e qualidade de vida das famílias e dos indivíduos residentes na área. Sendo assim, o trabalho em equipe se transforma em uma poderosa fonte de construção de idéias e soluções de problemas.

Estudo realizado por Kassouf (2005) a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), coletada em 1998 pelo IBGE, para analisar os determinantes da procura por atendimento à saúde nas áreas urbana e rural do Brasil, revelou que mais de 8,5% dos adultos entre 40 e 60 anos do meio rural avaliaram seu estado de saúde como ruim e muito ruim, contra 6,3% na área urbana. O mesmo estudo apontou que a proporção de indivíduos que utilizam o sistema público de saúde no meio rural é bem maior quando comparada ao urbano. E ainda que a população do meio urbano, na maioria das vezes, busca o atendimento médico com a finalidade de exames de rotina ou de prevenção, enquanto que no meio rural o principal motivo é para tratamento de doenças.

O autor reforça a premissa de que o modelo de saúde no Brasil ainda é centrado no atendimento em postos de saúde e hospitais, onde a ênfase é dada ao tratamento de doenças.

O estudo defende, como sendo ideal, dar prioridade às atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, com ênfase no modelo proposto pela Estratégia de Saúde da Família. As melhorias da infraestrutura do domicílio e do peridomicílio, aliado ao aumento da escolaridade melhoram o nível de saúde da população e conseqüentemente reduz os custos diretos e indiretos do sistema de saúde no país.

### 3. METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste estudo foi de um relato de experiência a partir da vivência como médica em uma equipe de Saúde da Família em Rio Bonito de Lumiar, área rural do município de Nova Friburgo. Toma como referencial a escassa literatura disponível sobre o trabalho em equipe da ESF em ambiente rural. Busca elencar as fragilidades e fortalezas percebidas durante o atendimento aos usuários, na proposta da equipe, no anseio demonstrado pelo enfermeiro, e na esperança expressada no olhar dos agentes comunitários de saúde.

#### *Cenário*

A equipe de saúde da família de Rio Bonito de Lumiar é composta por 1 médico e 1 enfermeiro. Não conta com técnico ou auxiliar de enfermagem. De forma itinerante, a dupla (médico e enfermeiro) atua em diferentes localidades. O atendimento é realizado em subunidades, localizadas em Rio Bonito da Praça, em Cabeceira de Rio Bonito, em Galdinópolis, em Rio Bonito de Baixo e em Macaé de Cima, totalizando aproximadamente 430 famílias, e um número populacional de 1280 pessoas cadastradas. A equipe observa que este número vem caindo gradativamente, pois os jovens estão migrando para a cidade em busca de emprego. A pirâmide etária aponta prevalência da população idosa. Apesar de ser área rural, não prevalece a agricultura como meio de sustento dos indivíduos. Algumas famílias atuam no sistema de facção como meio de subsistência e a maioria dos jovens trabalham na indústria de engarrafamento de água. Os motivos mais frequentes de atendimento médico são acompanhamento de hipertensão arterial sistêmica, dores crônicas e infecção urinária baixa.

A extensão territorial é bastante grande. As famílias residem em sítios. A estrada é de terra batida e as chuvas são uma constante, dificultando ainda mais o acesso às famílias.

### *O processo de trabalho*

A equipe de agentes comunitários de saúde (ACS), que é composta por 4 ACS, chega a andar 22 quilômetros por dia para visita domiciliar, sem acesso a celular ou rádio na região. Algumas subunidades ficam distantes 12 km uma das outras. O meio de transporte utilizado pela equipe de saúde é o ônibus, exceto em Macaé de Cima que conta com o carro cedido pela prefeitura uma vez por semana. O atendimento é realizado em Igreja ou em casas cedidas pelos moradores. Em um dia de trabalho, muitas vezes, percorremos um total de 54 quilômetros de distância com possíveis intercorrências no percurso. As visitas domiciliares muitas vezes são realizadas com transporte público. Os meios de comunicação são raros e apenas em Rio Bonito da Praça tem um telefone fixo, que por queda de árvores, em período de chuva forte e/ou vento, fica desativado dificultando mais ainda a comunicação.

O atendimento realizado é por livre demanda, com consulta médica e de enfermagem. Os atendimentos abrangem a saúde da mulher incluindo pré-natal, prevenção de câncer de colo uterino através da coleta de preventivo, exame das mamas, planejamento familiar e orientações diversas; saúde do homem com orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis, câncer de próstata, planejamento familiar e orientações diversas; saúde do idoso com orientação nutricional, higiene, hidratação, cuidados com acidentes domiciliares; controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus; saúde da criança incluindo a puericultura e orientações gerais. As subunidades não possuem condições para realização de curativos ou retirada de pontos por falta de material e ambiente adequado.

### *A expectativa e os desafios*

O constante desafio do médico é manter-se atualizado, em conteúdo e práticas, na reflexão dos resultados alcançados e na troca de experiências com outros profissionais de saúde. Meu anseio era o de construir uma prática que reconheça o médico como integrante de uma equipe responsável por buscar maneiras para promover medidas efetivas e que impactem positivamente no processo de saúde e doença.

Os médicos da área rural ficam isolados e possuem uma responsabilidade clínica maior, em relação aos profissionais de saúde da área urbana. Nesse ambiente, torna-se claro o conceito da clínica como soberana para a formulação de

hipóteses diagnósticas. O Grupo de Trabalho (GT) de Medicina Rural, vinculado à Diretoria de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) formulou um documento, em 2011, onde considera que, “o profissional de saúde rural costuma agir mais em situações de relativo “isolamento” ou com equipes menores e recursos restritos. Isto torna o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade ainda mais importantes.”<sup>4</sup>

Da mesma forma, os indivíduos e famílias residentes da área também se sentem isolados, pois a realização de exames complementares é sempre dificultada pela própria distância dos centros urbanos. O encaminhamento para especialistas é praticamente impossibilitado. A rede de atenção à saúde praticamente inexistente. Conforme aponta Cohn et al (2002) “a insuficiência quantitativa de oferta implica, em certa medida, na insuficiência qualitativa. ”

O espaço rural tem uma característica peculiar que é a questão geográfica incluindo a dificuldade de acesso e a distância exorbitante entre cada uma das famílias. A atuação da equipe da ESF em um determinado território permite um diagnóstico local de saúde, a elaboração de ecomapas que sustentam e fornecem suportes necessários aos indivíduos e famílias, e o fortalecimento de parcerias intersetoriais em busca de melhorias das condições de vida da população. No caso de Rio Bonito de Lumiar são cerca de duas horas de coletivo para chegar a subunidade de Rio Bonito da Praça, podendo se estender em caso de chuvas fortes ou problemas mecânicos do coletivo.

A ampliação do cuidado individual de forma a envolver aspectos familiares e comunitários pode ser facilitada, mas depende do nível de organização do sistema de saúde e das características dos profissionais de saúde.

A comunidade rural possui suas complexidades e ainda permanece um desafio o desenvolvimento e organização do processo de trabalho nesse local. Dentre tantos fatores, encontram-se como principais os culturais, socioeconômicos, geográficos e organizacionais.<sup>4</sup>

A gestão política precisa ter um olhar especial para essa população a fim de criar meios para a resolutividade da atenção, gerando impacto positivo na vida dessas comunidades.



Conforme artigo publicado na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, no ano de 2013,

“As práticas em áreas rurais, onde especialistas e serviços especializados são limitados ou distantes, requer educação médica específica orientada para o meio rural para produzir um número suficiente de médicos e outros profissionais de saúde com formação adequada”.<sup>5</sup>

A ideia de que os cuidados dispensados na atenção primária são simples há muito deixou de ser realidade. Eles são complexos e de difícil solução principalmente em situações tão específicas como no caso da população rural. As instituições de ensino de graduação da área da saúde não podem se furtar a incluir o ambiente rural como cenário de aprendizagem para os estudantes que precisam dar conta das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações interfiram na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde de uma comunidade.

#### *Proposta de intervenção*

Diante de toda a discussão relatada em meu trabalho, avalio que certas medidas podem ser abordadas para organizar e chamar a atenção do profissional de saúde, para que o mesmo se sinta capaz e motivado a trabalhar na área rural. Melhorar a qualidade de saúde nas áreas rurais deve partir primeiramente de nós, profissionais de saúde.

Algumas sugestões para melhorar a organização do processo de trabalho na área rural seriam: abordar de maneira clara e objetiva os aspectos da medicina rural durante a graduação, com o objetivo de despertar um possível interesse através do entendimento desse cenário que muitas vezes é esquecido; capacitações e treinamento aos médicos que iniciam suas atividades no meio rural, pois muitas vezes o profissional de saúde nega-se a trabalhar nesses locais, desmotivados pela infraestrutura precária; e melhorar a comunicação do médico da área rural com o serviço de saúde, já que em muitos locais o telefone e a internet não estão disponíveis.

### 3.1 CRONOGRAMA

Ações	Meses/2015 e 2016					
	ago	set	out	nov	dez	jan
Reflexão sobre o trabalho na ESF	X	X				
Definição do tema do estudo			X			
Revisão de literatura			X	X		
Redação do texto				X	X	
Finalizado do texto e reflexão com a equipe				X	X	X

### **3.2 RECURSOS NECESSÁRIOS**

Os recursos utilizados para o desenvolvimento deste estudo basearam-se em pesquisas de literatura e reflexão com moradores da região e com a própria equipe de saúde. Para tanto, fez-se necessário computador com acesso à internet, organização do tempo disponível para leitura crítica do material coletado e, o mais importante, criação de espaços de diálogo com a população e com a equipe.

### **3.3 RESULTADOS ESPERADOS**

São fundamentais os espaços de diálogo onde se discutam as diversas situações problemas, desenvolvendo um olhar crítico-reflexivo, a capacidade para expressar as percepções de cada um com liberdade para fortalecer a Estratégia em Saúde da Família, o trabalho em equipe e a construção de relações solidárias e respeitadas.

Assim a perspectiva de trazer à luz as diferentes experiências dos profissionais que atuam em áreas rurais, e que vivenciaram no seu cotidiano os desafios de se cuidar das premissas da atenção primária nos cenários rurais me parece bastante promissora.

Nessas regiões trabalha-se com a imprevisibilidade. Isso requer uma constante atitude de alerta sobre o próprio trabalho; uma avaliação contínua sobre o que fazemos ou o que devemos fazer para melhorar o processo de saúde das famílias e dos indivíduos residentes na área. Fica claro que o médico tem uma contribuição importante neste processo, pois ele faz parte de uma equipe, fornece estratégias e procedimentos para intervir no processo saúde-doença de cada residente da área.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo também reforça o entendimento de que a construção em saúde exige a contribuição de diferentes profissionais, portanto, não se pode radicalizar optando por uma única tendência, é preciso retirar de cada experiência o que ela oferece de melhor de acordo com a nossa opção metodológica, por isso é preciso estudar, conhecer, para saber a quem estamos servindo com nossa prática profissional.

Com o desejo de servir à construção de uma sociedade melhor, acredito na prática que o êxito na qualidade envolva diferentes saberes, diferentes profissionais, numa atitude de âmbito coletivo. Faz-se necessário sair da teoria e inserir no cotidiano o hábito de realizar atividades que despertem para a busca, a compreensão, a troca de experiências e planos de intervenção coletivamente construídos e pactuados.

Por fim, concluo que palavras como saúde, dificuldade, percepção, compreensão e inovação são palavras-chaves para um profissional da Estratégia de Saúde da Família em área rural comprometido com a melhora na qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.
2. ASSIS M.M.A., VILLA T.C.S., NASCIMENTO M.A.A. **Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática**. Ci. Saúde Col. 2003;3:815-23.
3. COHN, A. et al. A saúde como direito e como serviço. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.
4. ANDO N.M., TARGA L.V., ALMEIDA A., SILVA D.H.S., BARROS E.F., SCHWALM F.D., SAVASSI L.C.M., BREUNING M., LIMA M.C., AMARAL FILHO R., HORTA T.C.G., **Rev Bras med fam comunidade**. Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 6(19): 142-4, Declaração de Brasília “ O conceito de rural e o cuidado a saúde. ” Disponível em: <DOI: 10.5712/rbmfc6(19)390>
5. TARGA L.V., ANDO N.M., SILVA A.L., SILVEIRA R.P., PORTO M.M.A., AMARAL FILHO R.C.G. et al. As recomendações da Wonca para a saúde das populações rurais. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2013;8(Suppl 1):4-6. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(1\)724](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(1)724)>
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: **uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16)>
7. BRASIL. Ministério da saúde. Programa Saúde da Família – PSF. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.36p.
8. [www.scielo.org](http://www.scielo.org)
9. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988, Capítulo II, artigo. 196. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>
10. KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil, **RER**, Rio de Janeiro, vol. 43, nº 01, p. 000-000, jan/mar 2005 – Impressa em março 2005.
11. GIRARDI, E. P. **O rural e o urbano, isso é uma tipologia?**, Presidente Prudente, SP 2008.

12. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse preliminar do censo demográfico 2000. Rio de Janeiro, 2000, v.7

## ANEXO 1



Cópia de fotografia do mapa que consta a área rural de Rio Bonito. A fotografia foi feita de um painel na Rua Doutor Ernesto Basílio, Nova Friburgo.

## ANEXO 2



Subunidade de Galdinópolis. Casa cedida pela comunidade, com 2 salas e 1 banheiro único para usuário e profissional. A comunidade é composta de 246 usuários.



Igreja Sagrado Coração de Jesus, onde funciona a subunidade chamada Rio Bonito de Baixo, com 196 usuários.



Subunidade de Macaé de Cima, localizada na Igreja, com sala única para atendimento médico e o Enfermeiro atende na entrada da igreja. A comunidade é composta por 307 usuários. Acesso somente por carro.



Unidade Receptora da população de Cabeceira e Praça. Pertence a Associação Rural, que cedeu o espaço para atendimento. Comunidade é composta por 531 usuários (Cabeceira: 121 usuários; Sertão: 218 e Praça: 192 usuários).



Todo o percurso transcorre em estrada de chão. O meio de transporte é o público e o mesmo se faz 3 vezes ao dia.