

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

**PEDRO PAULO LOBO FERREIRA**

**ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA ZONA RURAL DO  
MUNICÍPIO DE DONA EUSÉBIA-MG**

**Juiz de Fora - MG**

**2014**

**PEDRO PAULO LOBO FERREIRA**

**ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA ZONA RURAL DO  
MUNICÍPIO DE DONA EUSÉBIA-MG**

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

Orientadora: Ms. Eulita Maria Barcelos

**Juiz de Fora – MG**

**2014**

**PEDRO PAULO LOBO FERREIRA**

**ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA ZONA RURAL DO  
MUNICÍPIO DE DONA EUSÉBIA-MG**

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

Orientadora: Ms. Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora:

Professora: Ms. Eulita Maria Barcelos (Orientadora)

Professora: Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

---

## Agradecimentos

Agradeço a Deus por me proporcionar a cada dia exercer minha profissão com o prazer da caridade, atender e aprender com pacientes a cada consulta. À minha orientadora Eulita pelo aprendizado, paciência e sabedoria, tornando mais prazerosa a caminhada. À minha noiva Thaís pelo incondicional apoio em todos os momentos; aos meus pais, que formaram a base para que eu construísse este trabalho. À Equipe de saúde PSF 2 e à Vânia, que proporcionou a realização de um sonho!

## Dedicatória

Dedico este trabalho à minha mãe, exemplo de amor e caridade, me passando tais valores desde a infância, demonstrando sempre o valor ao próximo, sem qualquer distinção. Digo sempre que não retornaremos juntos em outras vidas porque o que tínhamos que cumprir juntos está sendo feito; obrigado por todo o apoio nessa caminhada árdua, mas de grande crescimento e por me possibilitar exercer a profissão de "cuidador de gente".

*Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem nós somos e em que estamos nos tornando, mas a maneira como respondemos ao desafio. E, enquanto acreditarmos no nosso sonho, nada será por acaso.*

(Autor Desconhecido)

## RESUMO

Durante meu trabalho na Atenção Básica do Município de Dona Eusébia, foi possível notar a precariedade de atendimento à zona rural, somente havendo, em sua maioria, um atendimento de urgência, sem um acompanhamento longitudinal, principalmente no que se refere aos meios automotivos para se chegar a esse contingente populacional. A equipe de saúde da família vivencia muitos problemas relacionados ao processo de trabalho que causam transtornos na execução das atividades conforme preconizado pelos Programas do Ministério da Saúde.

Com isso a idéia de realizar o atendimento de bicicletas, buscando a adscrição de clientela, acolhimento e acompanhamento longitudinal.

## **ABSTRACT**

During my work in Basic Care of the municipality of Dona Eusebia, it was possible to note the precariousness of care for rural area, only having, mostly, an urgent care, without a longitudinal follow, especially when it comes to automotive to reach this population contingent. With this the idea of performing the care of bicycles, seeking the enrollment of clientele, reception and longitudinal monitoring.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>13</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>14</b>
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>15</b>
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>17</b>
6.1 Primeiro passo: definição dos problemas .....	17
6.2 Segundo passo: priorização do problema .....	18
6.3 Terceiro passo: descrição do problema .....	18
6.4 Quarto passo: explicação do problema .....	19
6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos” .....	19
6.6 Sexto passo: proposta de operações para resolução dos nós críticos .....	19
6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos .....	20
6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano.....	20
6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo .....	21
6.10 Décimo passo: plano de gestão .....	23
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>24</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>

Contextualizando o município, Dona Eusébia é uma cidade formada por cerca de 6.001 moradores, sendo que 776 famílias, num contingente de 2754 pessoas residentes na zona urbana e rural, pertencem ao território da Equipe de Saúde da Família José Francisco Braga. A equipe de saúde da família vivencia muitos problemas relacionados ao processo de trabalho que causam transtornos na execução das atividades conforme preconizado pelos Programas do Ministério da Saúde. Dentre eles, destacamos a inexistência de agendamento de consultas, a desorganização de funções de cada membro da equipe para melhor atender a população, ausência da recepcionista gerando uma sobrecarga e desvio de função muitas vezes da enfermeira ou agente comunitária que exercem a função da recepcionista enquanto que suas atividades específicas ficam sem serem executadas; desorganização dos prontuários, número de demanda elevado, o não atendimento da população quanto à territorialização por difícil acesso.

Na zona rural também deparamos com uma situação bem semelhante, para não dizer pior do que a zona urbana, temos um agravante que é a dificuldade de chegar a todos moradores por meio de transporte convencional que é de carro por causa do acesso difícil. Este fato tem contribuído para uma precariedade no cuidado com esse contingente populacional, sem uma adscrição satisfatória, precárias prevenção de doenças e promoção em saúde. Diante disso, surgiu a necessidade de elaborar uma proposta de intervenção, para realizar a atualização do cadastramento dos moradores e propor uma maneira diferenciada de atendimento a todos os moradores. A dificuldade é a locomoção por carro então a intenção é ir de bicicleta, cobrindo os lugares de mais difícil acesso, já que pelos meios automobilísticos não é possível chegar.

Para atender uma das propostas de Atenção Domiciliar a equipe deve organizar seu processo de trabalho e discutir sobre as diferentes abordagens familiares, o que não se deve é eximir uma parcela da população do cuidado por causa das dificuldades de locomoção (BRASIL, 2004).

O Ministério de Saúde, esclarece que, com base no princípio da territorialização, a equipe de saúde da família deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas adscritas. A Atenção Domiciliar é uma das principais atividades da equipe de Saúde da Família inerente ao processo de trabalho. Todos componentes da equipe precisam ser capacitados para realizar as visitas domiciliares. É necessário saber identificar, cuidar e orientar o paciente e sua família o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar (BRASIL, 2004).

Preocupados com a precária assistência desta população, e também pela falta de informações referentes à mesma, como número de famílias, pessoas e estado de saúde das mesmas, pretende-se realizar as visitas domiciliares utilizando-se o transporte em duas rodas. Este meio de transporte provavelmente facilitará o acesso à equipe aos moradores e propiciará o levantamento dos dados necessários para prestar uma assistência domiciliar que atenda às necessidades da população.

A comunidade rural se mantém, financeiramente, da produção de verduras, hortaliças e principalmente da produção de mudas de plantas (floricultura e fruticultura) porém, não em larga escala, o que torna a grande maioria da população com uma renda muito baixa, evasão escolar pois os filhos trabalham nas lavouras, não se preocupando com prevenção de agravos e promoção em saúde.

O diagnóstico situacional da área de abrangência é essencial porque a equipe de saúde conhece todos os dados referentes à saúde da população, condições sócio-econômicas, condições de moradia, saneamento básico, escolaridade, hábitos de vida e cultura. Estes dados analisados permitem conhecer melhor as condições de saúde e risco da população, para em médio e curto prazo planejar e programar ações preventivas, curativas e reabilitadoras. A equipe

tem poucas informações sobre as pessoas que vivem nesta comunidade rural, então como é possível cuidar ?

Estas necessidades, que são produzidas socialmente, muitas vezes se traduzem também pela dificuldade que algumas pessoas possuem em acessar os serviços de saúde, seja pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados, seja pelo seu estado de saúde, que, muitas vezes, os impedem de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar (BRASIL, 2012, p.21).

Espera-se que os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

## 2 JUSTIFICATIVA

Como mencionado anteriormente, foi identificada a necessidade de intervenção e sistematização de atendimento aos indivíduos que moram em áreas de difícil acesso da zona rural do Município de Dona Eusébia- MG, onde as condições de saúde são precárias na grande maioria de sua população, promovendo prevenção de doenças e promoção da saúde sobre duas rodas. Ressalta-se que é tanto da população carente da zona rural, quanto do profissional de saúde, através de um atendimento digno e de respeito ao próximo, estreitando os laços não somente da relação médico/paciente, mas principalmente da equipe de saúde /comunidade.

Neste sentido, justifica-se a preocupação com a assistência à saúde dos indivíduos porque muitas patologias, se não tratadas adequadamente, manifestam frequentes agudizações e podem ocorrer outras comorbidades, levando a sequelas graves como, por exemplo, a Hipertensão arterial e Diabetes, ou seja, as doenças crônicas não transmissíveis.

Por meio da visita domiciliar pode-se prestar uma assistência de boa qualidade, considerando que o indivíduo está no seu seio familiar, e para o profissional é muito enriquecedor pois ele vai conhecer o contexto que o indivíduo vive e suas relações familiares. “A VD como uma forma de proporcionar uma visão mais ampla das reais condições de vida da família, com possibilidade de interação em ambiente tanto familiar, quanto social” (RODRIGUES, ROCHA; PEDROSA, 2011, p.44).

A escolha da proposta fundamenta-se na realidade que encontro durante meus treinos de Triathlon nas zonas rurais da região. Desde minha formatura vem ganhando força a idéia de transformar a realidade desse contingente populacional de alguma forma, realizando atendimento médico nas comunidades mais carentes e abandonadas pelo poder público, que somente procuram atendimento em quadros agudos. Então vi a possibilidade de iniciar esse projeto no em que fui aprovado pelo PROVAB na Estratégia Saúde da Família, podendo contar com a logística do município, principalmente medicações e vínculo com a comunidade em um processo longitudinal.

### **3 OBJETIVOS**

Elaborar um projeto de intervenção que visa desenvolver ações de Atenção Básica com destaque para a visita domiciliar na área de abrangência da Equipe de Saúde da família José Francisco de Dona Eusébia –MG,

#### 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O primeiro passo foi fazer o levantamento dos problemas na área de abrangência que são muitos, mas infelizmente na área rural não foi possível fazê-lo pela precariedade das condições de locomoção, e este fato tornou-se um grande problema que necessita de uma resolução a curtíssimo prazo. Diante disso foi priorizado o não atendimento da população quanto à territorialização por difícil acesso. Para vencer as barreiras do caminho se pensou no uso alternativo de bicicletas ou motocicletas para realizar as visitas domiciliares e o atendimento domiciliar.

Para subsidiar o referencial teórico sobre o tema proposto foi realizada revisão de literatura por meio de levantamento bibliográfico. A busca bibliográfica, através da internet, foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Google acadêmico e *site* do Ministério da Saúde.

Como critérios de inclusão, foram utilizados artigos no idioma português (disponibilidade do texto completo em suporte eletrônico) e um recorte temporal de 2003-2013.

Foram realizadas leituras detalhadas do material encontrado buscando selecionar aqueles que se identificaram com os objetivos propostos. As principais informações foram utilizadas para a elaboração do referencial teórico.

A próxima etapa foi a elaboração do plano de intervenção seguindo os 10 passos preconizados no Planejamento Estratégico Situacional (PES).

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com o Ministério de Saúde(BRASIL,2012,p.22):

Na Atenção Básica, tem várias ações que são realizadas no domicílio, como o cadastramento, a busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe destacar a diferença destes tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado.

A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família é uma das “bases do tripé de ferramentas (a saber: visita domiciliar/acolhimento/ abordagem familiar) que, juntamente com sua inserção social privilegiada, diferenciam o médico de família” (COELHO e SAVASSI, 2002,p.20).

A incorporação do atendimento domiciliar à saúde aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, quando o espaço-domicílio das famílias e comunidades passam a ser considerados e, assim, a família e seu contexto tornam-se alvos estratégicos de investigação para a ESF. Todavia, o atendimento domiciliar à saúde não deve ser visto como novidade e exclusividade da ESF, uma vez que constitui importante recurso a ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, desde que se faça necessário (MENDES, 2001).

Sendo assim, a assistência domiciliar é definida pela Organização Mundial de Saúde como a provisão de serviços de saúde, com objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna (BRASIL, 2003).

A VD enquanto ferramenta de assistência à saúde objetiva também orientar, educar, reabilitar e fornecer subsídios para que as famílias atendidas tenham condições de se tornarem autônomas e corresponsáveis no cuidado à saúde. Para que isso efetivamente ocorra, é relevante que exista um processo de interação e comunicação horizontal entre os profissionais de saúde e as famílias, em que os sujeitos interajam da mesma maneira e intensidade, e que as representações das mesmas acerca do processo saúde-doença sejam

consideradas no planejamento, organização, execução e avaliação das ações promotoras de saúde (CRUZ e BOURGET, 2010,p.612).

A equipe deve respeitar o espaço familiar, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambiente mais favoráveis à recuperação da saúde. Inserir na dinâmica da vida familiar significa ter uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio humano. Fazer abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver múltiplos fatores no processo saúde-doença da família, influenciando as formas de cuidar (BRASIL, 2004)

Para prestar uma assistência integral está incluído, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios, intervindo dinamicamente nos rumos do cotidiano (BRASIL, 2004).

A construção de ambientes mais saudáveis para a pessoa em tratamento envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros. Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade, reconstruindo relações e significados (BRASIL, 2004)

A assistência domiciliar deve ser pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar por causa dos múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribuem para uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL,2004).

No âmbito de atuação local, a equipe de atenção básica deve identificar parcerias na comunidade (seja com igrejas, associações de bairro, clubes, ONGs, dentre outros) que viabilize e potencialize a assistência prestada no domicílio ao usuário/família (BRASIL,2012,p.23).

## **6 PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Cecílio (2003) e Campos, Faria e Santos (2010) comungam a mesma ideia sobre o plano de intervenção. Eles abordam que o plano de intervenção funciona como um instrumento que possibilita a negociação em relação aos objetivos a serem alcançados. As ações respaldadas no Planejamento Estratégico Situacional são de forma mais densa e efetivamente participativa. Permite estabelecer uma articulação entre a questão situacional imediatista e aquela voltada para o futuro, contempla uma gestão participativa. Mas deve-se considerar a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados.

➤ Os objetivos do plano de intervenção são:

- Realizar a adscrição da clientela;
- Levantar os problemas de saúde e os agravos de risco da população;
- Elaborar um plano para o cuidado longitudinal desses pacientes;
- Avaliar o estado de saúde da população e as suas necessidades.

### **6.1 Primeiro passo: definição dos problemas**

A identificação do problema é fundamental para planejamento de uma ação. O problema é definido como uma questão que gera insatisfação e inquietação em uma pessoa frente aos componentes da realidade que ele quer e pode modificar (CAMPOS; FARIA ; SANTOS, 2010).

Os problemas vivenciados pela equipe são:

- inexistência de agendamento de consultas,
- desorganização de funções de cada membro da equipe para melhor atender a população,
- ausência da recepcionista, gerando uma sobrecarga e desvio de função, muitas vezes da enfermeira ou agente comunitária, que exercem a função da recepcionista enquanto que suas atividades específicas ficam sem serem executadas;
- desorganização dos prontuários;

- número de consultas de demanda espontânea elevado;
- não atendimento da população quanto à territorialização por difícil acesso.

## **6.2 Segundo passo: priorização do problema**

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), para a análise dos problemas levantados, foi necessário seguir o critério de seleção considerando a importância do problema na comunidade, o grau urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe.

Diante desses critérios todos os problemas identificados são importantes e referem à organização do processo de trabalho da equipe mas não interferem no atendimento do paciente pelo médico. Há maior interferência no trabalho da enfermeira e do agente comunitário de saúde que reflete no atendimento da equipe como todo. A gerente já foi comunicada sobre a falta de recepcionista, estamos aguardando a resolução do problema que é de ordem administrativa.

O problema mais marcante que pede uma resolução emergencial é a falta de atendimento dos moradores de uma área de difícil acesso. Isso é um fator que tem impedido conhecer melhor as condições de saúde e risco da população, para em médio e curto prazo planejar e programar ações preventivas, curativas e reabilitadoras.

Diante desse fato foi priorizado intervir na população não atendida utilizando do uso de bicicletas ou motocicleta para vencer as barreiras do caminho e realizar as visitas e o atendimento domiciliar.

## **6.3 Terceiro passo: descrição do problema**

A dificuldade em realizar a adscrição de clientela e uma busca geral de possíveis agravos que apresentem estes pacientes moradores de áreas da zona rural de Dona Eusébia-MG, em que o acesso por meios automobilísticos não é possível, dificulta a intervenção no que diz respeito à promoção e

prevenção em saúde. O desconhecimento do estado de saúde da população é um agravante muito sério e está indo contra os princípios do SUS e dos objetivos da Atenção Primária de Saúde. Este fato impossibilita a programação de ações assistências visto que não se conhece as reais necessidades da população.

#### **6.4 Quarto passo: explicação do problema**

É possível identificar que os atendimentos realizados sob a forma de demanda espontânea, dos pacientes pertencentes a estas áreas da zona rural, apresentam um risco à saúde de grande importância, como por exemplo, AVC, Infarto agudo do Miocárdio e Erisipelas com toxemia, além de Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus e crianças com baixo peso e pouco desenvolvimento.

Com isso há uma grande necessidade de intervenção neste contingente populacional. Os casos agudos são atendidos por demanda espontânea mas os casos crônicos são desconhecidos.

#### **6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

Os problemas foram descritos no item 6.1 e, como dito acima, a grande preocupação é a intervenção na comunidade rural em que não há um acompanhamento longitudinal, o usuário só procura a Unidade em caso agudo, somente sob a forma emergencista, muitas vezes casos mais preocupantes, necessitando até de internação hospitalar.

O nó crítico é o desconhecimento do estado de saúde da população e a falta de cadastramento.

#### **6.6 Sexto passo: proposta de operações para resolução dos nós críticos**

- Cadastramento das novas famílias pelo Agente Comunitário da Saúde;
- Realização de uma abordagem emergencial, levando medicamentos fornecidos pela farmácia pertencente ao Município, para quadros agudos como lesões cortantes, infecções de vias aéreas superiores, picos hipertensivos, dentre outros;
- Abordar os pacientes de forma longitudinal, realizando prevenção de

- doenças, solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos para doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Melitus; marcando o dia de coleta desses exames complementares no município e levando a medicação prescrita;
- Prevenção em saúde, demonstrando o valor dos alimentos para a população, já que a grande maioria se alimenta do que produz, montando uma cartilha com a indicação e importância dos alimentos para determinadas afecções;
- Promover acolhimento desses pacientes, se tratando não somente de doença, mas entendendo a realidade dessas pessoas, importando-se com suas dificuldades;
- Agendar as consultas de pré-natal, vacinação e exame preventivo de colo uterino.

### **6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos**

O Município de Dona Eusébia- MG, diante de suas dificuldades sócio-econômicas, não conta com uma estrutura adequada para o atendimento à grande parte de sua população rural, como os meios de locomoção (carros, ambulâncias e motos) que não conseguem atingir estas áreas, com isso, a capacidade de promover prevenção e promoção em saúde fica prejudicada, não ocorrendo o básico das ações propostas pela Estratégia Saúde da Família, a adscrição de clientela, comprometendo o restante das ações.

Os principais recursos que são necessários para implantação de plano é o financeiro para compra de moto ou bicicletas. Serão utilizadas as estratégias de discutir e sensibilizar o prefeito, secretário de saúde e recorrer aos comerciantes para aquisição dos meios de transportes tão necessários e a disponibilização de medicamentos pela farmácia. Quanto aos recursos humanos e materiais serão utilizados da própria unidade.

### **6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano**

Dispomos de uma farmácia bem equipada para atender às demandas da população, com isso, levaremos algumas medicações de urgência que possam

ser usadas de imediato no atendimento, além de realizar as prescrições de medicações de uso contínuo para que os pacientes possam adquirir no posto ou mesmo levá-las até os usuários na semana seguinte caso não possam comparecer à Unidade.

O atendimento realizado de bicicletas motos possibilita chegar em localidades remotas ,estreitando as relações equipe de saúde e comunidade e trazendo esses pacientes para a Unidade.

Além disso, na cidade dispomos de um laboratório possibilitando que esses pacientes realizem exames laboratoriais se necessário, marcando o dia dos mesmos irem ao laboratório para que não se locomovam em vão.

Quanto ao projeto apresentado ele é viável, o transporte de bicicletas ou motocicletas é o meio e a implantação do projeto é o fim. Precisa-se investir na aquisição do meio para realizar o fim. Neste sentido o gerente de saúde se apresentou sensibilizado.

#### **6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo**

O plano operativo tem como finalidade designar os responsáveis por cada operação estratégica bem como dimensionar os prazos para cumprimento das ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

## Quadro 1 Plano operativo

Plano operativo					
Operações	Resultados	Produto	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Adscrição de clientela	Cadastramento dos usuários da comunidade	Usuários cadastrados passam a usufruir da unidade de saúde	Atender a comunidade rural utilizando como meio de transporte bicicletas ou motocicletas.	Médico e Agente de Saúde	1 mês
Atendimento emergencista	Atendimento de casos agudos graves e encaminhamento se necessário.	Usuário possa contar com a equipe na situação de risco imediato. Além de encaminhamentos	Levar, durante as visitas, medicamentos em caso de urgência, como um pico hipertensivo, nível glicêmico alto ou um corte	Médico	3 meses
Assistência longitudinal	Atendimento à população de forma contínua, prevenção e promoção em saúde	Promoção de uma mudança contínua e saudável da saúde dessa população	Encaminhar e acompanhar o paciente na unidade, realizando um tratamento contínuo	Médico, enfermeiro, dentista, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista	3 meses

Realizar atendimento médico, tanto de forma emergencista como longitudinalmente, trazendo promoção e prevenção em saúde.

Informar essa população sobre a importância dos alimentos que produzem e quais os benefícios de cada uma para tal patologia.

O prazo proposto para implementação do projeto será de 6 meses, de abril 2014 maio e o plano operativo está detalhado no item 6.6.

## 6.10 Décimo passo: plano de gestão

### Quadro 2 Acompanhamento das Ações

Quadro de Acompanhamento das Ações					
Coordenação: Enfermeira – Avaliação quinzenal					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Avaliar população cadastrada	Médico, enfermeiro e Agente de Saúde	15 dias	Sem cadastramento no município	Não há cadastramento efetivo da população rural	1 mês
Avaliar o tratamento emergencista como longitudinal	Médico, enfermeiro, dentista, nutricionista, fisioterapeuta	3 meses	População rural de difícil acesso, não estimado tal tipo de atendimento	Poucos usuários procuram a unidade, mas de forma emergencista	3 meses

Realizar, junto com o agente comunitário de saúde responsável pelo território da zona rural do Município de Dona Eusébia- MG, busca de pacientes já cadastrados no Município e suas possíveis patologias.

A partir de então realizar busca ativa da população não cadastrada nos locais de difícil acesso utilizando bicicleta ou motocicleta.

Reuniões semanais com o agente de saúde realizando o cadastramento desses pacientes e suas possíveis patologias de base anotando-as e traçar o perfil epidemiológico.

Nas visitas domiciliares realizar os atendimentos priorizando o aspecto longitudinal, acolhimento, prevenção e promoção em saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A idéia de realizar o atendimento na zona rural do Município partiu da análise dos pacientes que eram atendidos na Unidade, a grande maioria de forma emergencial, descompensados de diabetes, hipertensão arterial sem qualquer acompanhamento.

Após análise dos usuários cadastrados na Unidade, observei a precariedade do atendimento a esse contingente populacional, o que apontou para criação e implantação da proposta de intervenção na comunidade rural visando a melhoria e otimização do atendimento aos pacientes. As análises sobre as dificuldades da equipe, as ações que serão desenvolvidas por cada membro e a comparação entre o impacto esperado serão discutidos entre os membros da equipe.

O conhecimento sobre a real situação dos pacientes neste território da ESF vai dimensionar as reais necessidades dos pacientes e os problemas, possibilitando ações direcionadas a solucionar as necessidades dos pacientes dentro da capacidade de resolução da equipe.

Como a dificuldade de se chegar a essas comunidades por meios automobilísticos, resolvemos realizar o atendimento de bicicletas ou de motocicletas, já que conheço as estradas das comunidades rurais da região.

Espera-se com esta proposta de intervenção promover e gerar saúde para a população carente dessas regiões.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 v: il. ISBN 978-85-334-1966-7

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília, Ministério da saúde, 2004.

CAMPOS, F. C. C. de ; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 110p.

CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CRUZ, M. M.; BOURGET , M. M. M. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família:conhecendo as percepções das famílias. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.3, p.605-613, 2010. Disponível em: [www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29674/31546](http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29674/31546)

RODRIGUES T.M. M. ; ROCHA, S.S. DA; PEDROSA. J.I. S. A. Visita domiciliar como objeto de reflexão **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.3, p.44-47, Jul-Ago-Set. 2011.

SAVASSI, L. C. M; *et al.* Relatório do GESF: Módulo visita domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. Belo Horizonte:AMMFC,2006.Disponível em:<<http://www.smmfc.org.br/gesf/relatoriavd> (Relatório, 20p)