

EXTENSÃO RURAL E SAÚDE: A EXTENSÃO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE GOIANA – PERNAMBUCO

Andréa Franklin de Carvalho¹

RESUMO: *O presente estudo tem por objetivo analisar o trabalho de extensão desenvolvido pelo Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Goiana, Pernambuco, de julho de 2000 a dezembro de 2003. Pretende-se, a partir da perspectiva da extensão rural, mostrar que a prática da extensão está presente na atuação das equipes do Programa de Saúde da Família. A coleta dos dados foi realizada no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) do Sistema Local de Saúde, por levantamento realizado na Secretária de Saúde de Goiana, bem como em reuniões com as equipes do PSF-Goiana. Os resultados indicam que houve melhora significativa nos indicadores da atenção básica de saúde em Goiana a partir da implantação do PSF. Ao mesmo tempo identificamos que o PSF de Goiana precisa incorporar em sua estratégia política uma maior articulação com as representações da sociedade civil organizada para que possa, seguindo a política da estratégia do PSF, compor parcerias que auxiliem a resolução dos problemas vivenciados nas comunidades assistidas na perspectiva do desenvolvimento local sustentável.*

Palavras-chave: Extensão Rural; Programa de Saúde da Família; Desenvolvimento Local

INTRODUÇÃO

A proposta do Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como uma das mais importantes estratégias assumidas pelo Ministério da Saúde (MS) no que se refere à organização do modelo de assistência básica de saúde. Tendo como princípio básico a família, compreendendo-a como eixo das transformações sociais, ressaltando a importância de fortalecer os laços de solidariedade e garantindo o atendimento e a participação social dos membros que a compõem, visando, desta forma, atender às necessidades básicas e o acesso à saúde (BRASIL, 2004).

O Programa de Saúde da Família proporciona à equipe de saúde uma visão ampliada dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, além de permitir fazer intervenções de impacto para a melhoria na qualidade de vida, bem como a humanização das práticas de saúde, traduzida pelo estreito relacionamento da equipe com a comunidade local.

É calcado nesta visão que os trabalhos das equipes do PSF são implementados e têm como base conceitual, das atividades desenvolvidas em comunidades rurais, a Extensão Rural. Normalmente estes conceitos estão associados à palavra educação. Vieira cita a ABCAR que define a Extensão Rural como:

“É um tipo informal de educação destinada a agricultores, donas de casa, jovens e outras pessoas que tenham interesse no melhoramento da agricultura e do lar e em melhores condições de vida para as populações rurais. É um processo de ajuda ao povo para que solucione os problemas que vai encontrando no dia a dia, na agropecuária, na comercialização, na administração da propriedade e do lar, na saúde e no melhoramento da comunidade” (ABCAR, citado por Luiz Góes Vieira, 1988, p.25).

¹ Enfermeira, Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Extensão Rural e Desenvolvimento Local – POSMEX – UFRPE. E-mail: theo franklin2@uol.com.br.

Para Caporal, a extensão tem como propósito:

“Educar as pessoas para que viessem a adotar novas idéias, parece ter sido a motivação central do extensionismo, mesmo que para isso fosse necessário lançar mão de uma teoria difusionista alienante, calcada num processo educativo vertical, dominador, ‘bancário’, para usar a expressão do professor Paulo Freire, cujos resultados não poderiam ser positivos para todos, pois de imediato impedia a análise da realidade objetiva em que estavam inseridas a maioria das famílias rurais como as quais buscava trabalhar” (CAPORAL, 1991, p. 23).

Fonseca (1985), no livro *A extensão rural no Brasil: um projeto educativo para o capital*, cita algumas definições de ER, no contexto latino-americano:

- a) sistema especial de educação rural que atinge adultos e jovens através de metodologia adequada e da ação de líderes em grupos e comunidades, visando à adoção de novas práticas agropecuárias e domésticas;
- b) sistema educativo e informal que busca obter mudanças de atitudes, procura aperfeiçoar as aptidões e melhorar as condições de vida da população rural, através da tecnificação do trabalho agrícola e fomento da organização comunitária;
- c) modalidade informacional e democrática de educação de adultos e jovens que visa transmitir ao agricultor e a sua família os conhecimentos necessários à solução dos problemas que impedem a elevação de seus níveis de vida;
- d) processo educacional que visa induzir o povo a interpretar e responder, de maneira apropriada, as mensagens de mudanças para a promoção do desenvolvimento sócio-econômico do meio rural através da integração das forças vivas da comunidade” (Lopes, Renato Simplício, citado por Fonseca, 1985, p 50).

Assim, a palavra educação apresenta-se no sentido da indução, da busca da mudança de atitudes, dos valores culturais, do aperfeiçoamento de aptidões. Como bem afirma Fonseca, “uma síntese dos princípios difusionistas.”

A história da ER no Brasil passou por diversas fases distintas: Familiar Assistencialista, Produtivista, o Crítico Reflexivo e de Transição Ambientalista (CAPORAL, 1998).

Para nosso propósito, a fase Familiar Assistencialista, registrada por Caporal, mostra a inter-relação com o segmento da saúde, voltada à melhoria da condição de vida da família no meio rural. Esta fase está representada pela introdução da ER no Brasil, em 1948. Este serviço tinha como principal objetivo educar e melhorar as condições de vida das famílias rurais. Tinha como base a teoria da “sociologia da vida rural”. Os núcleos de trabalho eram a família e a comunidade e as ações eram levadas ao meio rural por um técnico das ciências agrárias e uma auxiliar com formação em alguma área da economia doméstica.

Desta forma, as ações desenvolvidas por essa equipe técnica eram uma ação paralela à perspectiva de educar, baseando-se na assistência técnica, economia e social (condições sanitárias, alimentação, saúde, moradia, etc) incrementando a produção rural no sentido de proporcionar uma melhor condição de vida para os agricultores e seus familiares.

A função da ER e do extensionista, na Fase Assistencialista, era aquela de ajudar as pessoas a aprender a pensar sobre os seus problemas e as formas de resolvê-los ou ajudá-los a ajudar a si mesmos. “Fora os temas de produção agrícola e das atividades domésticas (...) dedicavam um certo tempo à tarefa de organizar grupos de agricultores, donas de casa e jovens” (SIDERSKY, 2003, p.25-26).

Outra ação desenvolvida junta a esses beneficiários era o crédito rural supervisionado, considerado um instrumento de trabalho do extensionista e tinha como objetivo financiar não só a produção, mas também a melhoria do lar e aspectos sanitários das moradias (Costa, 2001).

Entretanto, a partir da década de sessenta,

“Houve uma avaliação do sistema ER, dando início a estratégia da modernização por via da difusão de inovações tecnológicas. O crédito supervisionado é substituído pelo crédito “orientado”, destinado, exclusivamente, a projetos de introdução de novas tecnologias agrícolas” (SIDERSKY, 2003, p. 16)

Este forte caráter social é explicado pela deficiência, na época, de programas sociais que atendessem ao meio rural tanto pelo Plano SALTE (1949-1953), quanto pelo Plano de Metas (1956-1960), tendo uma participação considerada “quase simbólica da agricultura”, (COSTA, 2001, p. 11).

Neste sentido, a extensão rural foi aos poucos abandonando o caráter social de sua intervenção, principalmente nas fases Produtivista, o Crítico Reflexivo e de Transição Ambientalista. “Sendo substituído, após a Fase Produtivista, por novos programas específicos voltado a área de educação, saúde, etc. (CAPORAL, 1998, p. 24)

É neste cenário que a prática da extensão rural está presente na atuação das equipes do Programa Saúde da Família e, como veremos mais adiante, os métodos e os meios utilizados pela ER são os mesmos utilizados pelo Programa de Saúde da Família.

BREVE PERCURSO SOBRE A ORIGEM DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF.

Apesar da existência do SUS (Sistema Único de Saúde) desde 1988, seus princípios norteadores não foram de imediato implantados em função de uma estrutura política, econômica e dos serviços de saúde que desfavoreciam o atendimento das necessidades básicas da população, uma vez que os esforços voltavam-se a privilegiar a atenção à doença e a grupos restritos (BRASIL, 2003).

Com a participação dos movimentos populares, as legislações elaboradas com o objetivo de efetivar a implantação desses princípios apontaram a necessidade de efetivar a organização de estratégias que os consolidassem na prática dos serviços de saúde. Chega-se desta forma à compreensão de que a atenção básica, ao reunir elementos que permitem a atuação relacionada à promoção da saúde e à prevenção de doenças, é capaz de responder às necessidades básicas de saúde da população – a partir da identificação de seus determinantes (BRASIL, 2003).

Foi com o surgimento dos programas de atenção básica ampliada, como estratégia de modificação da forma de organização da assistência prestada que uma nova visão de saúde básica tomava corpo. O PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), implantado em 1991, inicia uma nova trajetória na saúde pública no Brasil (GOIANA, 2004).

Muitos autores afirmam que o PACS é um antecessor do PSF (Programa de Saúde da Família) e atualmente o próprio Ministério da Saúde aponta o PACS como estratégia transitória para o PSF (LUNARDELO, 2004, p. 39)

Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família, ampliando as atividades do PACS e incorporando a atuação dos agentes comunitários e outros profissionais da área às suas atividades. Seu principal propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais

perto da família e, com isso, melhorando a qualidade de vida do povo brasileiro (GOIANA, 2004).

A estratégia do PSF, segundo o MS, incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, mediante estes princípios (BRASIL, 2000).

A prática extensionista está no Brasil há mais de cinquenta anos. Desde seu início, vem disseminando conhecimentos nas áreas de agricultura, pecuária, pesca, economia doméstica e organização social. “Tendo sempre permeado em sua prática a função eminentemente educativa” (MENDONÇA, 2005, p. 2). As equipes do PSF têm desenvolvido a prática extensionista voltada à educação como sinônimo de mudança.

“A extensão é fundamentalmente educacional pois procura desenvolver a capacidade vocacional dos jovens e dos adultos. A sua forma de ação é integral uma vez que todos os aspectos da produção rural são contemplados bem como a família e a vida social” (VIEIRA, 1988, p.34).

“A concepção de saúde enquanto direito do cidadão é reforçada pelo programa de Saúde da Família” (NASCIMENTO & PINHEIRO, 2002, p. 2). A nova atuação do profissional de saúde fortalece os vínculos de responsabilidade com a comunidade, fincando o compromisso de mudar aquela realidade a partir do momento em que compartilha o espaço, vivenciando os dilemas, se solidariza e propõe mudanças. São levados em conta fatores como renda, saneamento, habitação e cultura. Desta forma, os profissionais podem prevenir e tratar as doenças.

Para Freire (1992), qualquer iniciativa de educação popular, estando ou não vinculada a uma prática extensionista, deve considerar a importância da relação homem-mundo naquilo que expressa quando percebemos a relação do homem com o mundo e com os homens, permitindo que se efetive uma conscientização acerca da realidade vivenciada.

Neste sentido, faz-se necessário descrever como as equipes do PSF desenvolvem o trabalho de extensão. Para isso, descreveremos as principais atribuições dos membros das equipes de acordo com a formação técnica: o médico tem como atribuição o de atender a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, e desenvolver com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população; a enfermeira supervisiona o trabalho do ACS e do Auxiliar de Enfermagem, realiza consultas na Unidade de Saúde, bem como assiste as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem, no domicílio. Tanto do enfermeiro quanto do médico, suas ações devem ser de caráter integral; o auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem na Unidade Básica, no domicílio e executa ações de orientação sanitária; o Agente Comunitário de Saúde faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realiza o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

Assim, “como a extensão utiliza métodos educativos específicos de alcance individual, grupal e massal, em consonância com os níveis sócio-culturais” (VIEIRA, 1988, p. 38), o PSF percorre a mesma trajetória metodológica da ER na abordagem da comunidade. É tanto que os meios visuais utilizados largamente pela ER são os mesmos do PSF, ou seja: cartaz, álbum seriado, flanelógrafo, série de diapositivos, audiovisual, retroprojeter, gravador de fita, videocassete, televisão, teatro vivo e de fantoche, jogos de simulação, rádio. Estes instrumentos são indicados por diversas razões “uma delas é que a cultura rural é eminentemente oral e outra o

fato de que as imagens atraem e mantêm a atenção de maneira poderosa” (BORDENAVE 1988, p. 67).

GOIANA E O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

O município de Goiana dista 63 Km da cidade de Recife, capital do Estado de Pernambuco. Geograficamente, Goiana está situado na Mesorregião Mata Pernambucana e Microrregião Mata setentrional. Tem por limites: ao norte, o município de Paraíba; ao sul, Itaquitinga, Igarassu e Itamaracá; ao leste, o Oceano Atlântico e ao oeste, os municípios de Contado e Itambé.. Localiza-se entre as coordenadas geográficas 7°33’45” Latitude e 35°00’00” de Longitude e altitude 14 metros (FIDEM) A temperatura média anual fica em torno de 25°C. Os meses de maior precipitação pluviométrica média anual estão distribuídos em março, junho e julho. Apresenta uma área total de 492,2 Km². e uma população de aproximadamente 71.177 habitantes tendo uma densidade demográfica de 144,46 habitantes/m².

No município de Goiana, o Programa de Saúde da Família nasceu de uma iniciativa política em reorganizar o sistema de saúde municipal que na época atravessava por uma fase de dificuldades. Os principais motivos que nortearam a criação do PSF em Goiana foram: as 15 unidades (postos) de saúde da rede básica, com profissionais, que estavam distantes (sem vínculo) da população, só pregando a assistência curativa. Entretanto, o Município apresentava altos índices de crianças desnutridas, gestantes sem garantia de pré-natal adequado, resultando em gestantes despreparadas para o trabalho de parto e sem cobertura vacinal, além da falta de acompanhamento contínuo ao hipertenso, diabético, jovens dentre outros problemas decorrentes de uma não-atuação da atenção básica eficiente.

A implantação do PSF em Goiana iniciou-se em julho de 2000, com sete equipes de saúde da família que eram compostas por um médico generalista, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e sete Agentes Comunitários de Saúde – ACS’s. A escolha das áreas obedeceu ao preceito constitucional da equidade, ou seja, áreas com indicadores de saúde desfavoráveis e o índice de pobreza mais acentuado do que em outras regiões do município.

O trabalho desenvolvido pelas equipes, nesse primeiro ano, consolida-se e, diante dos resultados obtidos na Secretária de Saúde de Goiana, em setembro de 2001, apresenta mais uma solicitação para a formação de mais seis equipes do PSF.

O trabalho realizado pela Unidade de Saúde da Família tem por objetivo as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio pelos profissionais que compõem a equipe do PSF. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

A Equipe de Saúde Bucal – ESB – inicia seus trabalhos em novembro de 2001 e é composta por seis Cirurgiões Dentistas – CD e seis atendentes de Consultório Dentário – ACD. A Equipe de Saúde Bucal tem por objetivo estimular e executar medidas de Promoção à Saúde, sensibilizar as famílias para a importância da Saúde Bucal na manutenção da Saúde, organizar o processo de trabalho de acordo com as diretrizes do PSF e realizar visitas domiciliares e tratamento odontológico, além de trabalhos educativo e preventivo em escolas locais.

PRINCIPAIS RESULTADOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM GOIANA.

Os resultados foram gerados pelo Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) do Sistema Local de Saúde de Goiana e compreende o período de julho de 2000 a dezembro de 2003. Este sistema é alimentado através das informações adquiridas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e através do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). O objetivo do SIAB é contribuir para ampliar o uso desses instrumentos pelos profissionais gestores, compreendendo-o no contexto das práticas de Monitoramento e Avaliação em Saúde, destinadas à tomada de decisão técnica e política, que garanta a atenção com qualidade (BRASIL, 2004, p. 7).

Dos dados coletados que correspondem ao item: *Nascidos vivos e crianças de baixo peso*, temos que o número de crianças nascidas em Goiana, no período de 2000 a 2003, nas áreas cobertas pelo PSF, sofreram um significativo aumento de nascidos vivos ao longo dos anos estudados, estando relacionado ao trabalho e aos recursos oferecidos à população referente ao planejamento familiar.

É importante destacar que, apesar da extensão social em saúde ser desenvolvida pelas equipes da Unidade de Saúde da Família, em torno do Planejamento Familiar, os insumos oferecidos: anticoncepcional, ligação de trompas, vasectomia, dentre outros ainda, são ainda insuficientes para a cobertura das unidades no Município. Vale salientar a resistência cultural no uso do preservativo masculino. Estas são barreiras que o trabalho de extensão enfrenta e precisa, urgentemente, lidar de maneira pontual.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como criança de baixo peso as que têm peso igual ou inferior a 2.500 gramas. Temos que os valores para nascidos vivos com baixo peso encontram-se abaixo de 10% do total de nascidos vivos. Desta forma, credita-se que a atuação das equipes na assistência pré-natal das gestantes está controlando o indicador. Entretanto, destacamos que os fatores que influenciam o baixo peso ao nascer são: gestantes menores de 20 anos, fumante, gravidez de risco, pré-maturidade, dentre outros.

Para o *Aleitamento Materno*, temos que ressaltar que, apesar de não se chegar a uma cobertura esperada (100%), há um aumento significativo no percentual de 41% no Aleitamento Exclusivo para 52% ao longo do período relacionado. Este dado pode ser confirmado mediante a análise do percentual de Aleitamento Misto² que era de 59% e, ao longo dos anos, caiu para 48%.

O aleitamento materno é de fundamental importância na saúde da criança, podendo evitar doenças prevalentes na infância (infecção respiratória – IRA, diarreia, febres de formas graves, desnutrição dentre outras). Estas doenças podem levar ao óbito ou a seqüelas graves. O aleitamento materno também ajuda diretamente na motricidade, desenvolvimento e também aumenta a auto-estima entre mãe e filho. Embora seja um trabalho de difícil aceitação pela comunidade, o trabalho realizado pelas equipes do PSF começa a mudar a realidade das comunidades assistidas. Aos poucos às barreiras culturais estão sendo demolidas, e a população começa a dar sentido à estratégia de trabalho adotada.

Cobertura Vacinal - os resultados apresentados estão sempre crescentes no período relacionado. A cobertura vacinal que era de 85% em crianças menor de 1 ano, em 2000, passa, em 2003, para 93%. E para crianças de 1 a 2 anos que era, em 2000, de 84% de cobertura, passa, em 2003, para 94%. Os trabalhos de extensão desenvolvidos pelas equipes do PSF estão trazendo ótimos resultados devido ao incentivo e conscientização dos pais em torno da importância da imunização e a busca das crianças inadimplentes, ou seja, das crianças que atrasam seu calendário vacinal. No que se refere à Vacinação de Gestantes, os resultados

² Aleitamento Misto é o uso de leite materno associado a outro leite ou a outro líquido (água, chá dentre outros).

mostram que a cobertura vacinal para este público sai dos 75%, no ano de 2000, atingindo o percentual de cobertura de 89%, em 2003. Mais uma vez os resultados dos trabalhos das equipes conseguem melhorar os índices de cobertura vacinal de gestantes no Município.

Os resultados positivos dos indicadores de vacinação em crianças e gestantes diminuem a incidência das doenças preveníveis pelas vacinas. Com isso, diminuem os riscos de doenças como tétano neonatal, paralisia infantil, tuberculose, difteria, rubéola, dentre outras.

No caso da *Desnutrição*, é de certa forma bastante complexo e delicado discutir este tema apenas com o foco na saúde. Já que este é um problema de cunho sócio-político-econômico e de abrangência mundial, é um desafio para as ações desenvolvidas pelo PSF. Os resultados analisados, durante o período correspondente ao estudo, mostram uma variação nos resultados, ou seja: no que se refere à desnutrição em crianças menor de 1 ano, temos, para o ano de 2000, um percentual de 11%, aumentando para 12% nos dois anos seguintes 2001 e 2002, respectivamente e caindo para 9% em 2003. O forte trabalho realizado pelas equipes do PSF direcionado ao aleitamento materno tem contribuído para a diminuição da desnutrição em Goiana na faixa etária, “*menor de um ano*”.

Quanto a crianças entre 1 e 2 anos, o percentual de desnutrição torna-se variável, ou seja, em 2000 o percentual identificado é de 18%, tendo um aumento de 24%, em 2001 e aumentando mais ainda para 30%, em 2002. No entanto, em 2003, diminui mais uma vez para 24%. É importante destacar que os resultados computados para o ano de 2000 são referentes a seis meses, dado de implantação do PSF-Goiana (julho de 2000). Entretanto, é importante destacar que uma ação voltada ao combate à desnutrição necessita de um trabalho em parceria com vários atores sociais na perspectiva do desenvolvimento local. Logo, a ação do PSF visa apoiar e promover o estabelecimento de parcerias na perspectiva do desenvolvimento local sustentável das comunidades locais.

A importância demográfica do grupo de adolescentes (10 a 19 anos) e sua vulnerabilidade aos agravos de saúde, como também às questões relacionadas ao trabalho, educação, cultura, justiça dentre outros determinam a necessidade de uma ação mais específica e abrangente em torno deste público.

O aumento nas taxas de fecundidade em adolescentes tem sido apontado nos levantamentos realizados pelo Ministério da Saúde entre adolescentes de 15 a 19 anos, mas também em meninas de 10 a 14 anos, em todo o Brasil. Em Goiana os dados referentes à *Média Anual de Gestantes* menor de 20 anos são preocupantes.

Os dados coletados, Figura 1, mostram, no total de gestante do Município, que, em 2000, o percentual de gestantes menor de vinte anos era de 30%; em 2001, o percentual é de 24%. É importante destacar que no ano de 2000 a análise compreende apenas 6 meses. Já em 2002 o percentual chega a 27% e em 2003 a 28%. Vale destacar que muitas jovens engravidam em função de um problema social, que é a falta de perspectiva de vida, baixa auto-estima e problemas familiares, como se a gestação pudesse lhes tornar adultas e independentes mais cedo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 117).

Mesmo com a atuação constante das equipes do PSF no acompanhamento a este grupo específico, mais uma vez as ações de trabalho, a problemática vivenciada por esse grupo requer ações conjuntas dos vários atores sociais na perspectiva do desenvolvimento local.

Figura 1 – Média Anual de Gestantes no município de Goiana

| Ano | Média Anual de Gestantes | Gestantes <20 anos | Percentual de Gestantes < 20 anos | Consulta de pré-natal |
|------|--------------------------|--------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| 2000 | 357 | 108 | 30% | 246 |
| 2001 | 414 | 101 | 24% | 293 |
| 2002 | 460 | 127 | 27% | 372 |
| 2003 | 510 | 147 | 28% | 430 |

No que se refere à *Média anual de casos de Tuberculose e Hanseníase no Município*, temos que, em 2000, houve 25 casos de Tuberculose e, nos dois anos subsequentes, houve diminuição dos casos. Não obstante, em 2003, o índice volta a subir e atinge a marca de 24 casos. No caso da Hanseníase, os índices registram aumentos ao longo do ano, ou seja, em 2000, foram registrados 13 casos, em 2001, 15, em 2002, 13 e, em 2003, 22 casos. Entretanto, os marcadores podem estar mascarados devido à falta de recursos para investigação que são inexistentes no Município.

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil e no mundo, a hanseníase e a tuberculose são doenças que ainda apresentam altas taxas de prevalência e incidência, ou seja, um grande número de casos é constante e novos casos surgem todos os anos.

O Brasil é o segundo país em casos de hanseníase. Estima-se que seja detectado um novo caso a cada 12 minutos. Quanto à tuberculose, estima-se que cerca de 50 milhões de brasileiros estejam infectados com a bactéria causadora da doença (BRASIL, 2003).

No estudo realizado, a média de casos de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* é mapeada em Goiana e indica um crescimento ao longo do período estudado, 2000 a 2003. Estes resultados refletem a estratégia da atenção básica na identificação dos casos através da atuação das equipes em consultas e mutirões de investigação (palestras, aferição de pressão e glicose). É importante destacar que a diferença nos resultados entre hipertensão e diabetes é que a primeira o diagnóstico é através do monitoramento da pressão arterial, com uso de tensiômetro e estetoscópio, aparelho disponível nas unidades da família; enquanto, para o segundo, a dificuldade está na deficiência de laboratórios no Município e também devido ao alto custo para o exame simplificado nas unidades (uso de glicosímetro).

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

No município de Goiana, o PSF tem contribuído para o acompanhamento e monitoramento nos principais indicadores de atenção básica e na dimensão de atuação do programa. Neste sentido, a proposta de trabalho social do PSF tem como princípio básico a família, onde se pode identificar que os principais impactos ocorrem diretamente nesta unidade; assim temos que o PSF de Goiana no período de 2000 a 2003 vem atendendo às expectativas.

Dos resultados apresentados, podemos perceber que houve melhora significativa nos indicadores da atenção básica de saúde no município de Goiana, no período de 2000 a 2003. Ao mesmo tempo identificamos que o PSF de Goiana precisa incorporar a sua política uma maior articulação com as representações da sociedade civil organizada para que possa, seguindo a política da estratégia do programa, compor parcerias que auxiliem a resolução dos problemas na perspectiva do desenvolvimento local.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Profissionalização e auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde coletiva**. 2.ed. ver., 1.a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 140 p.
- CAPORAL, Francisco Roberto. **A Extensão Rural e os Limites á Prática dos Extensionistas do serviço Público**. Santa Maria: CPGER/UFSM, 1991.
- CAPORAL, Francisco Roberto. **La Extensión Agrária Del sector Público Ante los Desafios Del desarrollo Sostenible: el caso de Rio Grande do sul, Brasil**. Córdoba: ISEC/ETSAIM, 1998. Tese (Doctorado em Agronomia: Progrma Agroecologia, Campesinado e História), Universidade de Córdoba, Espanha, 1998).
- COSTA, Adriana Lobo. Disponível na Internet: <http://www.fisica.furg.br/mea/remea/vol7/adriane2.pdf> Acesso em 21.10.2004.
- FONSECA, Maria Teresa Lousa da. **A Extensão Rural no Brasil, um projeto educacional para o capital**. Coleção Educação Popular. Edições Loyola. São Paulo. 1985 – 192pg
- LUNARDELO, Simone Renata. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto São Paulo**, Ribeirão Preto, 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
- COSTA NETO, M. M. da (org.). **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BORDENAVE, Juan E. Diaz. **O que é Comunicação Rural**. Coleção Primeiros Passos. Editora Brasilise, São Paulo-SP, 3º edição. 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. (on line}. Disponível na internet: <http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp> Acesso em 13/dez/2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Monitoramento na Atenção Básica de Saúde: roteiros para reflexão e ação. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Coletâneas de Palestras. **Extensão e o Novo Espaço Rural no Nordeste Brasileiro/ organização PRORENDA RURAL**. __ Recife: PRORENDA RURAL-PE, 2003.
- FREIRE, Paulo. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 10 ed. 1992. 93 p.
- NASCIMENTO, Conceição Maria de Moura & PINHEIRO, Roseane Arcanjo. **Comunicação e Pedagogia: a experiência interdisciplinar no pólo de capacitação em Saúde da Família em São Luís – MA**. Trabalho apresentado no NP - Núcleo de Pesquisa Comunicação Científica e Ambiental, XXV Congresso Anual em Ciência da Comunicação, Salvador/BA, 04 e 05. Setembro. 2002.

PREFEITURA DE GOIANA. **Programa Saúde da Família**. Publicação da Secretaria de Saúde de Goiana – Pernambuco. 2004.

Seminário Brasileiro de Extensão pesqueira (1.:2001: Recife, PE). **Extensão pesqueira: desafios contemporâneos**/ organização PRORENDA RURAL. __ Recife: PRORENDA RURAL-PE, 2003.

VIEIRA, Luiz Góes. **Extensão Rural**: origem, evolução, conceituação, filosofia, princípios. SÉRIE: Cadernos de Extensão Rural – nº 1.UFRPE. Recife-PE. 1988.