

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DÉBORA MARTINS DA SILVA

**ATUALIZAÇÃO DO CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA : ELABORAÇÃO DE UM PLANO
DE INTERVENÇÃO**

MONTES CLAROS/ MINAS GERAIS

2018

DÉBORA MARTINS DA SILVA

**ATUALIZAÇÃO DO CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA : elaboração de um plano de
intervenção**

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

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano

MONTES CLAROS / MINAS GERAIS

2018

DÉBORA MARTINS DA SILVA

**ATUALIZAÇÃO DO CADASTRAMENTO DAS FAMÍLIAS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA : elaboração de um plano de
intervenção**

Banca examinadora

Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano – Orientadora (UFSJ)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 23 de abril de 2018.

RESUMO

O cadastramento familiar é um dos fundamentos do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) e objetiva conhecer as famílias adscritas às equipes da ESF, oferecendo informações para a realização do diagnóstico situacional em saúde. Trata-se de uma atividade a ser realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde e deve ser contínua, em virtude da dinamicidade do território e das famílias. Na Equipe de Saúde da Família I, no município de Salinas, norte de Minas Gerais, no levantamento de dados, foram elencados problemas relacionados à unidade de saúde (estrutura e funcionamento) e acerca de saúde no território. A desatualização do cadastramento das famílias na Equipe de Saúde da Família Floresta I foi descrito como problema prioritário. O presente trabalho tem como objetivo apresentar um plano de intervenção, visando atualizar o cadastramento das famílias adscritas à Equipe de Saúde da Família Floresta I, em Salinas, Minas Gerais. A metodologia da proposta incluiu o Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) e revisão de literatura realizada na página oficial do Ministério da Saúde e nas bases de dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde. Espera-se que a partir da implantação da proposta haja uma atualização do cadastramento das famílias adscritas ao território de abrangência da Equipe Saúde da Família Floresta I. Compete aos membros da equipe a compreensão do cadastramento familiar como um processo contínuo, para prover subsídios para a programação de ações pela equipe.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Cadastro.

ABSTRACT

Family registration is one of the foundations of the work in the Family Health Strategy and aims to meet the families assigned to the FHT teams, offering information to perform the situational health diagnosis. It is an activity to be carried out by the Community Health Agents and must be continuous, due to the dynamicity of the territory and the families. In the Family Health Team I, in the city of Salinas, northern Minas Gerais, in the data collection, problems related to the health unit (structure and functioning) and about health in the territory were listed. The outdated registration of families in the Family Health Team of the Floresta I Family was described as a priority problem. The present work aims to present an intervention plan, aiming to update the registration of the families enrolled in the Floresta Health I Family Team in Salinas, Minas Gerais. The methodology of the proposal included the Strategic Situational Planning Method (PES) and literature review carried out on the official website of the Ministry of Health and the databases indexed in the Virtual Health Library. It is expected that from the implementation of the proposal there will be a updating the registration of families assigned to the territory covered by the Floresta Health Family Team I. It is the responsibility of the members of the team to understand family registration as a continuous process to provide subsidies for the programming of actions by the team.

Key words: Primary Health Care. Family Health Strategy. Census.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Breves informações sobre o município de Salinas, Minas Gerais	6
1.2 O sistema municipal de saúde.....	6
1.3 A Equipe de Saúde da Família Floresta I, seu território e sua população	6
1.4 Estimativa rápida: problemas relacionados à unidade de saúde – estrutura e funcionamento e problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	11
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo).....	11
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral.....	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 Estratégia de Saúde da Família: conceito e objetivo	19
5.2 Estratégia Saúde da Família: conhecimento do território e da população adscrita	19
5.3 Relevância do cadastramento familiar para o diagnóstico situacional.....	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	24
6.2 Explicação do problema (quarto passo).....	24
6.3 Seleção dos “nós críticos” (quinto passo).....	25
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Salinas, Minas Gerais

Salinas é uma cidade com 41.494 habitantes. Sua densidade demográfica é de 20.75 habitantes/km². Está localizada na mesorregião Norte de Minas Gerais e compõe, com outros municípios da região, o Alto Rio Pardo, encontrando-se distante 639,5 km da capital do Estado, Belo Horizonte. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - 2010 foi de 0,679 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2017).

Quanto ao trabalho e rendimento em 2015, o salário médio mensal era de 1.6 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 16.7%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 43.7% da população nessas condições. Quanto à educação, em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública do município tiveram nota média de 6.4 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97.2 em 2010. Quanto à economia, em 2014, havia um produto interno bruto (PIB) per capita de R\$ 11451.25. Em 2015, 88.5% do seu orçamento eram provenientes de fontes externas (IBGE, 2017).

No que se refere à saúde, a taxa de mortalidade infantil média no município é de 12.54 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1.3 para cada 1.000 habitantes. Quanto ao território e ambiente, apresenta 66.5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 63.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 2.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2017).

O município é conhecido pelas famosas cachaças. A cidade recebeu o título de Capital da Cachaça e conta, desde 2012, com o Museu da Cachaça, que retrata todo ciclo de produção da aguardente, desde o cultivo de cana de açúcar, a produção artesanal da cachaça de alambique até sua comercialização. Salinas tem se tornado um pólo de educação regional, apresentando um total de 60 estabelecimentos de ensino (PREFEITURA MUNICIPAL DE SALINAS, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Salinas pertence à Região Ampliada de Saúde do Norte de MG que se encontra dividida em 09 (nove) Regiões de Saúde, tendo como municípios pólos Brasília de Minas/São Francisco, Janaúba/Monte Azul, Francisco Sá, Pirapora, Salinas/Taiobeiras, Januária, Coração de Jesus, Manga e Montes Claros/ Bocaiúva. Nestas nove Regiões de Saúde estão distribuídos 86 municípios (SES-MG, 2012). Quanto aos consórcios de saúde, o município conta com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Entorno de Salinas e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas (CISRUN).

Quanto ao financiamento da saúde, conforme dados do Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS), para o 2º bimestre de 2017, o total das Despesas com Saúde (Exceto Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio) foi de 29.385.000,00; a participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde foi de 79,74 %; a participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012 foi de 17,76 %; e, a despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante foi de R\$ 152,08 (SIOPS, 2017).

Quanto à rede de serviços, o município conta com 63 estabelecimentos de saúde, cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no mês de junho de 2017, sendo: Centro de Saúde/Unidade Básica: 12; Hospital Geral: dois; Consultório Isolado: 13; Clínica/Centro de Especialidade: 18; Unidade de apoio diagnose e terapia: nove; Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na área de urgência: uma; Farmácia: uma; Unidade de Vigilância em Saúde: uma; Central de Gestão em Saúde: uma; Centro de Atenção Psicossocial: dois; Pronto Atendimento: um; Polo Academia da Saúde: um; Central de Regulação do Acesso: uma (CNES, 2017).

Quanto à relação dos pontos de atenção à saúde, há uma insuficiência no processo de referência e contra-referência entre os serviços de saúde. As equipes têm dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais e a contra-referência não é feita como desejável. Quanto ao modelo de atenção, há coexistência dos modelos - modelo tradicional de atenção centrado na consulta médica e na demanda espontânea e Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família - APS/ESF.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Floresta I, seu território e sua população

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Osvaldo Fernandes Pereira foi inaugurada em 2010, está situada no bairro Floresta, na Rua Aristides Brito, nº 410, uma das ruas principais do bairro, que faz a ligação com o centro da cidade. É um imóvel próprio.

Nesta UBS estão alocadas duas equipes da Estratégia Saúde da Família. A Equipe de Saúde da Família Floresta I, criada em 2004, e, anteriormente à construção da UBS, funcionava em sede não própria da gestão municipal, e, a Equipe de Saúde da Família Floresta II, criada em 2011.

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 às 17 horas e, para tanto, é necessário o apoio da recepcionista e de dois Agentes Comunitários de Saúde -ACS que dão suporte nos horários de maior fluxo de pacientes, como nas atividades de triagem e organização da vacinação. Esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre os ACS e o enfermeiro da equipe, que justifica a necessidade de utilização do trabalho dos ACS nessas atividades pela dificuldade de contratação de outro profissional para auxiliar nas atividades de atendimento ao público e organização da demanda. Além disso, prejudica o andamento das atividades de visitas domiciliares dos ACS, que ficam impossibilitados de realizá-las por tarefas burocráticas na unidade.

A área destinada à recepção é pequena, abarcando pacientes das duas equipes, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento, cria-se certo tumulto na Unidade, o que dificulta o acolhimento adequado dos pacientes e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos, os usuários necessitam aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Existe sala de reuniões, onde a equipe se reúne com a comunidade e realiza atividades de educação em saúde através dos grupos. A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de luta da comunidade local.

A Equipe de Saúde da Família Floresta I possui cerca de 4.076 usuários cadastrados. Apresenta seis microáreas em seu território. A equipe é constituída por uma médica, uma enfermeira, cinco ACS e uma técnica de enfermagem. O horário de trabalho da Equipe Floresta I está ocupado com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte), consultas de cuidado continuado/programado e com o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos e acompanhamento de crianças com algum grau de deficiência física ou mental. A equipe começou a desenvolver ações de saúde nas escolas com temas voltados para os adolescentes, grupos com gestantes e grupos de hipertensos e diabéticos, os quais estão sendo realizados com frequência e obtendo-se uma boa participação. Tem-se planejado iniciar um grupo voltado para a saúde dos homens, abordando temas como rastreamento de neoplasia prostática.

A dificuldade de organização das atividades tem sido motivo de algumas discussões entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento e grande procura por vacinação, sendo que campanhas da febre amarela e da influenza ocorreram nos últimos meses demandando direcionamento de profissionais. Com o passar dos meses essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado uma preocupação na equipe em relação à continuidade das atividades.

Os quadros seguintes sintetizam os dados coletados por ocasião do diagnóstico situacional da equipe. Os dados foram obtidos a partir das informações dos cadastros das famílias repassados pelos ACS de cinco microáreas.

Os aspectos demográficos da população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Floresta I são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1- População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Floresta I, município de Salinas, 2017.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-1 ano	15	10	25
1-4 anos	58	36	94
5-14 anos	256	111	367
15-19 anos	202	386	588
20-29 anos	533	517	1050
30-39 anos	558	346	904
40-49 anos	177	227	404
50-59 anos	183	168	351
60-69 anos	99	130	229
70-79 anos	14	30	44
80 anos e mais	7	13	20
TOTAL	2102	1974	4076

Fonte: Fichas A da unidade, 2017.

Os dados sobre instalações sanitárias, por microáreas, são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 -Distribuição das famílias segundo o destino dos dejetos e modalidade e microárea da Equipe de Saúde da Família Floresta I, município de Salinas, 2017.

Microárea	1	2	3	4	5
Sistema público	160	198	150	221	262
Fossa					
Céu aberto					
Total	160	198	150	221	262

Fonte: Fichas A da unidade, 2017.

Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio absoluto de rede com água tratada, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 -Distribuição das famílias segundo abastecimento de água e microárea da Equipe de Saúde da Família Floresta I, município de Salinas, 2017.

Microarea	1	2	3	4	5
Sistema público	160	198	150	221	262
Outro	0	0	0	0	0
Total	160	198	150	221	262

Fonte: Fichas A da unidade, 2017.

Em relação ao destino do lixo, 29 residências apresentam descarte a céu aberto, conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro 4- Distribuição das famílias segundo o destino de lixo e microárea da Equipe de Saúde da Família Floresta I, município de Salinas, 2017.

Microárea	1	2	3	4	5
Coletado	157	180	145	220	260
Queimado/enterrado	0	0	0	0	0
Jogado	3	18	5	1	2
Total	160	198	150	221	262

Fonte: Fichas A da unidade, 2017.

Os dados sobre o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Floresta I são apresentados no Quadro 5.

Quadro 5-Indicadores de saúde segundo a microárea na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Floresta I, município de Salinas, 2017.

Indicadores	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Total
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	0,01	0,02	0,01	0,02	0,01	0,07
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	68	75	77	55	64	339
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	298	290	258	281	304	1431
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	98	83	100	109	90	480
Portadores de hipertensão arterial esperados:	54	48	56	60	53	271
Portadores de hipertensão arterial cadastrados:	45	54	56	58	47	260

→SISAB						
Relação hipertensos esperados/cadastrados	1,2	0,9	1	1,0	1,1	5,2
Portadores de diabetes esperados:	36	22	19	21	26	124
Portadores de diabetes cadastrados: →SISAB	28	18	18	17	20	101
Relação diabéticos esperados/cadastrados	1,3	1,2	1,0	1,2	1,3	6

Fonte: Registros da equipe, 2017.

1.4 Estimativa rápida: problemas relacionados à unidade de saúde – estrutura e funcionamento e problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O projeto de intervenção tomou como base os passos definidos por Campos, Faria e Santos (2010). Inicialmente, foi realizado o levantamento de dados para descrição do município, da unidade, da equipe e da comunidade da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Floresta I. Por meio da estimativa rápida foi possível identificar problemas relacionados à unidade de saúde – estrutura e funcionamento e problemas de saúde do território e da comunidade.

Quanto aos problemas relacionados à estrutura e funcionamento da unidade de saúde, observou-se insuficiência ou ausência de materiais e equipamentos necessários à realização de determinadas atividades, como luvas, gaze, ataduras, esparadrapo, instrumentais para realização de pequenos procedimentos cirúrgicos, papel toalha para secagem das mãos; insuficiência ou ausência de medicamentos na unidade; falta de manutenção periódica de equipamento (autoclave); microárea seis sem ACS, devido à ausência de contratação pela gestão pública municipal; desatualização do cadastramento das famílias; elevado número de consultas médicas por demanda espontânea.

Quanto aos problemas de saúde do território, foi identificada alta prevalência de hipertensão e diabetes em adultos e idosos; demências em idosos, como Alzheimer; osteoporose e osteoartrite em idosos; hiperplasia benigna da próstata, câncer de próstata e do colo do útero; na infância: asma, rinite, parasitoses, amigdalites e otites.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos. Como critérios para seleção dos problemas, foram considerados pela equipe: a importância do problema, sua urgência e a capacidade para enfrentá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 6 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Floresta I, Unidade Básica de Saúde Dr. Osvaldo Fernandes Pereira, município de Salinas, estado de Minas Gerais.

Equipe de Saúde da Família Floresta I - Priorização dos Problemas				
Problemas	Importância*	Urgência* *	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção/ Priorização****
Da ÁREA DE ABRANGENCIA, DA UNIDADE DE SAÚDE.				
Desatualização do cadastramento das famílias	Alta	10	Parcialmente dentro	1
Microárea 6 no território descoberta de cobertura de ACS devido à ausência de contratação pela gestão pública municipal	Alta	10	Fora	2
Elevado número de consultas por demanda espontânea	Alta	8	Parcialmente dentro	3
Insuficiência ou ausência de materiais e equipamentos	Média	5	Fora	4
Insuficiência ou ausência de medicamentos	Média	5	Fora	5
Falta de manutenção periódica de equipamento (autoclave)	Média	4	Fora	6
PROBLEMAS DE SAÚDE PREVALENTES				
Hipertensão e diabetes em adultos e idosos	Alta	10	Parcialmente dentro	1
Demências,	Média	5	Parcialmente	2

osteoporose e osteoartrite em idosos			dentro	
Hiperplasia benigna da próstata, câncer de próstata e do colo do útero em adultos e idosos	Médio	4	Parcialmente dentro	3
Infância: asma, rinite, parasitoses, amigdalites e otites.	Médio	4	Parcialmente dentro	4

Fonte: Elaborado pela autora

*Alta, média ou baixa

** 1-5 pontos: urgência média; 6-10: urgência alta

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Nesse sentido, o problema desatualização do cadastramento das famílias foi eleito como prioritário pela equipe e será o foco deste trabalho.

2 JUSTIFICATIVA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) estrutura-se para agir sobre um território e tem, na área adscrita de cada equipe e na divisão espacial das microáreas, as duas formas de delimitar a população pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Assim, são definidos recortes territoriais, que correspondem à área de atuação das equipes, segundo agregados de usuários a serem atendidos (no máximo, 4.000, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição). A microárea é formada por um máximo de 750 usuários, constituindo a unidade operacional do agente comunitário de saúde (BRASIL, 2011).

A Equipe de Saúde da Família Floresta I foi implantada em 2004. A partir do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, foram definidas seis microáreas, as quais possuem um ACS responsável pelo cadastramento das famílias mediante visitas domiciliares.

Contudo, na Equipe de Saúde da Família Floresta I, o cadastramento das famílias das áreas de abrangência não é atualizado anualmente ou sempre que necessário e consolidado a partir da ficha A. Por este motivo e, considerando que o cadastramento familiar tem por finalidade fornecer informações necessárias para o diagnóstico situacional em saúde, auxiliando no planejamento e na organização das ações de promoção e prevenção da saúde (SOUZA, 2000), na elaboração do presente plano de intervenção, foi selecionado pela equipe o problema: “Desatualização do cadastramento das famílias na Equipe de Saúde da Família Floresta I”.

Cabe destacar que, na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB está prevista, dentre as atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de atenção básica manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (BRASIL, 2011)

Dentre as atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde, constam trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados (BRASIL, 2011).

No entanto, embora manter atualizado o cadastramento das famílias seja uma atribuição definida na PNAB, na Equipe Floresta I, isto não é uma realidade, o que justifica a necessidade do presente plano de intervenção com, favorecendo o cadastramento das famílias adscritas à Equipe de Saúde da Família Floresta I, em Salinas, Minas Gerais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um plano de intervenção visando atualizar o cadastramento das famílias adscritas à Equipe de Saúde da Família Floresta I, em Salinas, Minas Gerais

3.2 Objetivos específicos

- Estruturar uma reunião de equipe para discussão e reflexão quanto ao objetivo do cadastramento e da sua função como instrumento de diagnóstico da situação de saúde e de programação de ações;
- Estruturar uma capacitação para os ACS abordando cadastramento familiar e fichas para acompanhamento (Fichas B) e Ficha para acompanhamento da criança – Ficha C (Cartão da Criança);

4 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma proposta elaborada a partir da seleção do problema: “Desatualização do cadastramento das famílias na Equipe de Saúde da Família Floresta I”, pela Equipe de Saúde da Família Floresta I em Salinas, Minas Gerais. O plano de intervenção foi desenvolvido continuamente, como parte das atividades da disciplina Planejamento, avaliação e programação em saúde, do Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais.

Para a elaboração do presente plano, durante o curso da disciplina Planejamento, avaliação e programação em saúde, foram percorridas as seguintes etapas, intimamente articuladas e complementares, com base em Campos, Faria e Santos (2010):

- ✓ Leitura do texto: *Planejamento estratégico situacional*, com o objetivo de compreender os aspectos gerais e conceituais do planejamento e refletir sobre a importância do planejamento no trabalho das equipes de saúde. Neste texto foi apresentado o método do Planejamento Estratégico-Situacional (PES);
- ✓ Atividade 1: Realização do levantamento de dados essenciais para descrição do município, da unidade, da equipe e da comunidade da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Floresta I em Salinas, MG, conforme um roteiro para atividade de diagnóstico situacional disponibilizado na disciplina;
- ✓ Atividade 2: Participação no fórum de discussão sobre como fazer para identificar os problemas de saúde da população de sua área de abrangência;
- ✓ Leitura do texto: *Diagnóstico situacional em saúde* com o objetivo de discutir a importância da análise da situação de saúde na área de abrangência das equipes de saúde da família e, conhecer a definição, o objetivo e a vantagem do método de estimativa rápida para elaborar um diagnóstico em saúde;
- ✓ Leitura do texto: *Elaboração do plano de ação* com objetivo de discutir a construção do plano de ação para o problema priorizado a partir do diagnóstico. A partir de então, teve-se o conhecimento acerca dos passos para elaboração do plano de ação, conforme Campos; Faria e Santos (2010).
- ✓ Atividade 3: Em um texto, foi feita uma lista com os problemas identificados nos dados levantados na Atividade 1. O diagnóstico foi discutido com a equipe, acatando sugestões

em relação à lista de problemas levantados. Trata-se do primeiro passo do plano de ação: definição dos problemas. Neste mesmo processo, junto com a equipe, foi estabelecida uma ordem de prioridade para os problemas. Trata-se do segundo passo do plano de ação: priorização de problemas. O problema “*Desatualização do cadastramento das famílias na Equipe de Saúde da Família Floresta I*” foi selecionado como prioridade. Em seguida, foram registrados nos textos seguintes passos do plano de ação; terceiro passo: descrição do problema selecionado; quarto passo: explicação do problema; quinto passo: seleção dos “nós críticos” do problema escolhido.

- ✓ Atividade 4: Foi realizado os seguintes passos do plano de ação: sexto passo: desenho das operações; sétimo passo: identificação dos recursos críticos; oitavo passo: análise de viabilidade do plano; nono passo: elaboração do plano do projeto de intervenção.

Foi também realizada revisão de literatura para maior sustentação da proposta na página oficial do Ministério da Saúde e nas Bases de Dados indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores: atenção primária à saúde, estratégia saúde da família e cadastro.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia de Saúde da Família: conceito e objetivo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o mecanismo para reorganização da Atenção Básica (AB) no SUS. Propõe a reorganização das práticas de saúde que leve em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reeditada em 2011, pela Portaria nº 2.488, afirma que a AB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação, de acordo com os preceitos do SUS e reafirma a família como sujeito do processo de cuidado, compreendida a partir do ambiente onde vive e de sua interação com esse (BRASIL, 2011).

A ESF tem como objetivo reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios, com a atenção centrada na abordagem à família, entendida e percebida em seu ambiente físico e social, com o intuito de possibilitar uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da intervenção que não se restrinja a práticas curativas, sobretudo na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2011).

5.2 Estratégia Saúde da Família: conhecimento do território e da população adscrita

A Saúde da Família traz em seu escopo um conjunto de diretrizes, como o trabalho em equipe multiprofissional de base territorial, adscrição de clientela, o acolhimento, o vínculo, a longitudinalidade do cuidado, a integralidade das práticas, o estímulo à participação dos usuários, a articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2011).

No desenvolvimento de suas atividades, a equipe da saúde da família deve conhecer as famílias do território de abrangência (características socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas), identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade (BRASIL, 2011).

Como preconizado na PNAB, o processo de trabalho das equipes de saúde da família envolve a definição do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua, realizando cadastramento familiar e instituindo ações dirigidas aos problemas de saúde das coletividades que constituem o território e realização do diagnóstico local na comunidade (BRASIL, 2011).

As equipes de saúde da família são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território (BRASIL, 2011).

O estabelecimento dessa base territorial é uma estratégia básica para a caracterização da população, de seus problemas de saúde e, também, para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (PEREIRA; BARCELLOS, 2006). A apreensão e a compreensão do território, em que pese toda a sua riqueza e complexidade, sinalizam uma etapa primordial para a caracterização descritiva e analítica das populações e de seus problemas de saúde da população residente na área de abrangência da ESF (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

A análise da situação de saúde do território de abrangência das equipes de saúde da família permite a identificação de problemas de saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes, conhecimento essencial para o planejamento e a execução de ações. A identificação de fatores de risco e de proteção à saúde, existentes na estrutura e na dinâmica que compõem o território em que vive a população adscrita é uma das tarefas fundamentais do processo de trabalho das equipes de AB, o que é viabilizado pela realização do diagnóstico situacional em saúde (BRASIL, 2011).

O diagnóstico do território de abrangência da equipe de saúde da família possibilita levantar dados, transformá-los em informação para produzir conhecimento que subsidie o planejamento de ações. O diagnóstico vai permitir identificar, descrever e explicar os problemas de saúde mais importantes, suas causas e consequências. Para a realização do diagnóstico situacional deve se coletar informações sobre a população, sobre o ambiente (físico e socioeconômico) e o perfil de doenças, sobre os serviços de saúde, ambientais e sociais. Através da coleta destes dados, poderão ser identificados os problemas e seus

determinantes e, assim, propor as intervenções necessárias para o enfrentamento dos problemas tidos como prioritários (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Nessa perspectiva, a realização do diagnóstico situacional em saúde facilita a identificação de problemas e necessidades a serem enfrentadas e revela potencialidades locais, por meio da análise do que determina e condiciona cada situação (BARCELOS; MONKEN, 2007).

O diagnóstico situacional em saúde é a etapa inicial do processo de planejamento local. Quando realizado de forma adequada, este diagnóstico possibilita que a equipe identifique fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença na área de abrangência, os principais riscos de adoecimento e os grupos de riscos, bem como do impacto das ações da equipe sobre o nível de saúde da população (ELIA; NASCIMENTO, 2011).

5.3 Relevância do cadastramento familiar para o diagnóstico situacional

Para realizar o diagnóstico situacional em saúde, a equipe de saúde da família deve realizar o cadastramento das famílias da área de abrangência e levantar indicadores epidemiológicos, sócio-econômicos, demográfico, os aspectos territorial-ambiental, de serviços e atendimentos e sócio-econômico-cultural (BRASIL, 2000a). O cadastramento familiar objetiva conhecer as famílias adscritas às equipes da ESF, sendo uma base importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da equipe de saúde da família (MENDES, 2012). A partir deste cadastro, as informações deverão ser analisadas e discutidas para subsidiar o diagnóstico situacional em saúde da comunidade.

O cadastramento familiar é realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) através de visitas domiciliares, cabendo a estes manter os cadastros atualizados, conforme disposto na PNAB (BRASIL, 2011). Utiliza-se para este cadastro a ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), atualmente Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). A Ficha A coleta dados referentes ao domicílio, sua localização e sua referência na área de abrangência da ESF; aos integrantes da família; às condições de moradia e saneamento; e ao acesso a alguns serviços. Em cada visita, o ACS deve estar com seu cadastro (Ficha A) em mãos para realizar atualizações necessárias. Cabe aos ACS atualizar o cadastro sempre que houver uma alteração importante da composição ou condição familiar para que sejam programadas ações necessárias para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2000b).

Segundo Mendes (2012), o cadastro familiar pode ser feito em fases: i) fase preparatória: envolve encontros preliminares da equipe da ESF, a discussão da metodologia, a responsabilização pelos ACSs em suas microáreas, o esclarecimento das lideranças comunitárias sobre o processo e a elaboração de um formulário de cadastro familiar que contenha dados da Ficha A, acrescidos de algumas informações complementares; ii) fase de execução: envolve aplicar os formulários em visitas domiciliares dos ACSs, priorizar as famílias de maior risco sociosanitário, anotar as respostas nos campos específicos dos formulários, orientar a família sobre a utilização dos formulários e aproveitar para dar orientações às famílias em relação a alguns problemas levantados nos formulários; iii) fase de utilização do cadastro envolve lançar os dados no SIAB e/ou no sistema gerencial da Secretaria Municipal de Saúde, reunir as equipes da ESF para a discussão dos resultados, utilizar o cadastro para a classificação das famílias por risco sociosanitários e atualizar o cadastro anualmente. Este autor acrescenta que para uma ação efetiva e equitativa da ESF é fundamental levar em conta a classificação de riscos das famílias adscritas às equipes do programa com base no cadastro familiar e em outros critérios previamente definidos, como por exemplo, fatores de riscos e protetores (MENDES, 2012).

É importante que os profissionais da ESF conheçam o cadastro familiar, tomem conhecimento de seu objetivo, de sua função como instrumento de diagnóstico da situação de saúde. A análise e discussão dos dados coletados através do cadastramento familiar devem ser realizadas pela equipe para conhecimento da situação de saúde das famílias de cada microárea, classificação das famílias por grau de risco e para programação de ações necessárias para a melhoria da condição familiar. E ainda, é imprescindível considerar o caráter dinâmico e contínuo do processo de cadastramento familiar, dadas às mudanças dinâmicas que ocorrem no território e nas famílias (MENDES, 2012).

Além das informações que compõem o cadastramento das famílias, deverão ser também utilizadas na realização do diagnóstico situacional em saúde, as diversas fontes de informação que possibilitem melhor identificação da área de abrangência da ESF, como dados do IBGE e secretarias de saúde. Devem também ser valorizadas fontes qualitativas e de informações da própria comunidade, instituições locais bem como grupos sociais organizados, que possam auxiliar a ESF a elaborar, posteriormente, um planejamento adequado às reais necessidades da população do território (BRASIL, 2000a). Para tanto, na obtenção das

informações é importante realizar entrevistas com pessoas da comunidade local que tem informações e podem contribuir para o diagnóstico.

Destaca – se, também, a possibilidade de uso do método da Estimativa Rápida para elaboração do diagnóstico de saúde de determinado território. Constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais autoridades municipais organizações governamentais e não governamentais etc. que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

O diagnóstico situacional em saúde é um processo permanente e processual, pois sempre haverá o que conhecer na dinâmica do território e das famílias na área de abrangência da ESF. Assim, o diagnóstico permite o acompanhamento permanente da realidade local, além de ser elemento central no planejamento realizado pelas equipes saúde da família.

Ademais, o diagnóstico situacional em saúde constitui etapa e ferramenta indispensável para o planejamento de ações de atenção à saúde em relação às demandas e necessidades de saúde da população, particularmente as ações de âmbito territorial, como na ESF.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se a um plano de intervenção realizado a partir da priorização do problema “Desatualização do cadastramento das famílias na Equipe de Saúde da Família Floresta I”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Após a identificação e priorização do problema é necessário descrevê-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O cadastramento das famílias das áreas de abrangência da Equipe de Saúde da Família Floresta I não é atualizado anualmente ou sempre que necessário, e consolidado a partir da ficha A.

A Equipe de Saúde da Família Floresta I foi implantada em 2004, quando foram definidas seis microáreas, definidas a partir do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. A partir deste processo, deu-se a adscrição da população e o cadastramento das famílias residentes nas microáreas.

Para descrição deste problema, foram ouvidos relatos dos próprios ACS que informaram, verbalmente, em reunião de equipe, que os dados das famílias estão desatualizados.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

Este quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que necessita-se enfrentar a partir da identificação das suas causas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A desatualização do cadastramento das famílias na Equipe de Saúde da Família Floresta I, conforme relato dos próprios ACS, em reunião de equipe, está associada aos seguintes fatores:

- rotatividade dos ACS, podendo ser um fator que dificulta a atualização do cadastramento das famílias;

- microárea seis descoberta, devido à ausência de contratação de ACS pela gestão pública municipal

6.3 Seleção dos “nós críticos” (quinto passo)

Nesta etapa é realizada uma análise cuidadosa das causas de um problema, e assim, é possível mais clareza sobre onde atuar ou quais causas devemos “atacar”. Para realizar essa análise, utilizou-se o conceito de “nó crítico”, entendido como um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Segundo Campos, Faria e Santos (2010), o “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando.

A Equipe selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que pode ter importante impacto sobre o problema escolhido.

- Dificuldades da equipe em assumir que o cadastramento das famílias é um processo dinâmico, que deve ser constantemente atualizado;
- Desconhecimento dos ACS quanto à necessidade e importância de manter atualizado o cadastramento das famílias das microáreas de abrangência;

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Nesta etapa, devem-se descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida; identificar os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionados ao problema “Desatualização do cadastramento das famílias na Equipe de Saúde da Família Floresta I”, são descritas nos Quadros 10 e 11.

Quadro 10 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desatualização do cadastramento das famílias na Equipe de Saúde da Família Floresta I”, no município de Salinas, estado de Minas Gerais, 2017.

Nó crítico 1	Dificuldades da equipe em assumir que o cadastramento das famílias é um processo dinâmico, que deve ser constantemente atualizado
Operação (operações)	Aumentar o nível de informação dos profissionais da equipe de saúde da família em relação ao cadastramento das famílias
Projeto	“ O cadastramento das famílias: instrumento para acompanhamento e monitoramento da situação de saúde do território da equipe de saúde da família”
Resultados esperados	Equipe informada sobre o cadastramento das famílias
Produtos esperados	Reunião de equipe realizada com discussões sobre o cadastramento das famílias
Recursos necessários	Organizacional: profissionais com disponibilidade para organizar a reunião de equipe Cognitivo: enfermeiro da equipe com conhecimento atualizado sobre o cadastramento das famílias
Recursos críticos	Político: decisão de contratar um ACS para estruturar a microárea descoberta
Controle dos recursos críticos	Gestor local- Favorável
Ações estratégicas	Médico e enfermeiro organizarem uma reunião de equipe para discussão e reflexão quanto ao objetivo do cadastramento e da sua função como instrumento de diagnóstico da situação de saúde e de programação de ações. Nesta reunião, outros aspectos serão abordados: - avaliação do cadastro atual: data da última atualização, existência de famílias não cadastradas, arquivamento da Ficha A; - definição do cronograma para a realização das visitas domiciliares

	para atualização do cadastro familiar pelos ACS. Agendar reunião de equipe
Prazo	Início em um mês e realização em um dia (Duração aproximada de 2 horas) Agendar a reunião com antecedência de um mês
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico e Enfermeiro da equipe
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação contínua e processual tendo como base a verificação dos cadastros das famílias atualizados e o uso das informações no planejamento das ações a serem desenvolvidas pela equipe de saúde da família

Quadro 11 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Desatualização do cadastramento das famílias na Equipe de Saúde da Família Floresta I”, no município de Salinas, estado de Minas Gerais, 2017.

Nó crítico 1	Desconhecimento dos ACS quanto à necessidade e importância de manter atualizado o cadastramento das famílias das microáreas de abrangência da ESF
Operação (operações)	Aumentar o nível de informação dos ACS
Projeto	“ Cadastramento das famílias: necessidade de manter os dados atualizados para o acompanhamento e monitoramento da situação de saúde do território da equipe de saúde da família”
Resultados esperados	Aumentar o nível de informação dos ACS sobre cadastramento das famílias das microáreas de abrangência da ESF

Produtos esperados	Realizar capacitação dos ACS abordando cadastramento familiar (orientações quanto: ao preenchimento da ficha A; necessidade de atualizar o cadastro sempre que houver uma alteração importante da composição ou condição familiar) e fichas para acompanhamento (Fichas B) e Ficha para acompanhamento da criança – Ficha C (Cartão da Criança)
Recursos necessários	Organizacional: profissionais com disponibilidade para organizar a capacitação Cognitivo: enfermeiro da equipe com conhecimento atualizado sobre cadastramento familiar e fichas de acompanhamento
Recursos críticos	Político: decisão de contratar um ACS para estruturar a microárea descoberta
Controle dos recursos críticos	Gestor local- Favorável
Ações estratégicas	Enfermeiro organizar e ofertar capacitação sobre cadastramento familiar e fichas de acompanhamento para os ACS Enfermeiro agendar capacitação com os ACS
Prazo	Início em um mês e realização em um dia (Duração aproximada de 4horas) Agendar a reunião com antecedência de um mês
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico e Enfermeiro da equipe
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Após 4 meses de realização da capacitação, será realizado uma revisão do cadastramento familiar de cada microárea dos ACS, objetivando verificar se os mesmos estão atualizados, se verificado microáreas com cadastramento desatualizado, será organizada uma nova capacitação no prazo de 2 meses.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em um contexto em que o cadastramento familiar constitui-se em uma importante fonte de informações para a realização do diagnóstico situacional em saúde de um dado território de abrangência da ESF, o qual orientará o planejamento das ações de saúde em consonância com a realidade do território e das famílias, objetivou-se apresentar um plano de intervenção para atualizar o cadastramento das famílias adscritas à Equipe de Saúde da Família Floresta I, em Salinas, Minas Gerais.

Espera-se que a equipe possa implantar o plano de intervenção proposto e assim, haja uma atualização do cadastramento das famílias adscritas ao território de abrangência da Equipe Saúde da Família Floresta I. E ainda, que os membros da equipe compreendam o cadastramento familiar como um processo contínuo, cujas informações subsidiam o diagnóstico da situação de saúde e a programação das ações pela equipe.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Município – Salinas (MG)**. 2017. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/salinas_mg>. Acesso em jun. de 2017.

BARCELOS, C; MONKEN, M. Instrumentos paradiagnóstico sócio sanitário no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, A. F; CORBO, A. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro:PSJV/Fiocruz, 2007. p.225-265.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em jun de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. Caderno 1 A Implantação da Unidade de Saúde da Família: Brasília. Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Estabelecimento de Saúde do Município: Salinas**. 2017. Disponível em:<http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=31&VMun=315700> Acesso em jun. de 2017.

CAMPOS, F.C.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

ELIA, P.C; NASCIMENTO, M.C. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. **Physis**, v. 21, n. 2, p. 745-765, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em jun. de 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades – Salinas (MG)**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/salinas/panorama>>. Acesso em jun. de 2017.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, OPAS, 2012.

PEREIRA, M.P.B; BARCELLOS, C. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, 2006. Disponível em:

<<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847>> Acesso em jun. de 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALINAS. **A cidade**. 2017. Disponível em: <<http://www.salinas.mg.gov.br/index.htm> >. Acesso em jun. de 2017.

SANTOS, A.L; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab.educ. saúde**, v. 8, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em jun. de 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS (SES-MG). **Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.219, DE 21 de agosto 2012**. Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Estado de Minas Gerais, e dá outras providências.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS). **Indicadores municipais**. 2017. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/consdetalhereenvio2.php>> Acesso em jun. de 2017.

SOUZA, M.F. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Rev. bras. enferm.**, v. 53, n. spe, p. 25-30, 2000.