

JULIANA CAMPOS LEAL

**ÍNDICE DE VULNERABILIDADE À SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE
EQUIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DA
EXPERIÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE SERRANO, EM BELO
HORIZONTE – MG**

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2011

JULIANA CAMPOS LEAL

**ÍNDICE DE VULNERABILIDADE À SAÚDE E EQUIDADE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DA EXPERIÊNCIA DO
CENTRO DE SAÚDE SERRANO, EM BELO HORIZONTE – MG**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS

2011

JULIANA CAMPOS LEAL

**ÍNDICE DE VULNERABILIDADE À SAÚDE E EQUIDADE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DA EXPERIÊNCIA DO
CENTRO DE SAÚDE SERRANO, EM BELO HORIZONTE – MG**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

Banca Examinadora

Prof. Edison José Corrêa

Prof. Maria Teresa Marques Amaral

Aprovada em Belo Horizonte, em 14 de maio de 2011.

À Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e à Universidade
Federal de Minas Gerais, pela oportunidade.

Aos colegas de trabalho do Centro de Saúde Serrano,
pela contribuição, participação na coleta dos dados e pela
oportunidade de verdadeiramente trabalhar em equipe.

À gerente local Isabel, pelo apoio e autorização para
publicação do estudo.

Ao meu tutor, Warley, pelo incentivo e acompanhamento.

Ao orientador, Edison, pela paciência e enorme
contribuição.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
Justificativa	8
Objetivos	9
Metodologia	9
CONCEITOS FUNDAMENTAIS PARA O PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	10
Princípios básicos do SUS	10
Abrangência da Atenção Básica à Saúde	11
Estratégia Saúde da Família	12
População adscrita	12
Território	12
Vulnerabilidade e Índice de Vulnerabilidade à Saúde	13
DEMANDAS DE USUÁRIOS E AS VULNERABILIDADES SOCIAIS	14
As demandas dos usuários	14
Discussão dos dados	14
CONCLUSÕES	17
REFERÊNCIAS	18

INTRODUÇÃO

A atenção primária no município de Belo Horizonte é organizada por distritos sanitários, sendo cada um deles subdividido em áreas de abrangência, geralmente relacionadas a um Centro de Saúde – ou Unidade Básica de Saúde – e microáreas, estas definidas segundo a lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária-, ou seja, pela identificação de espaços onde se concentram grupos populacionais relativamente homogêneos de acordo com as condições de existência.

A subdivisão em microáreas de acordo com a classificação de risco pelo Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS) objetiva a prática da vigilância à saúde, bem como o planejamento de uma atenção diferenciada de acordo com as necessidades de cada uma delas (BELO HORIZONTE, 2003).

A organização da atenção primária, incluindo número de equipes de Saúde da Família (SF) por distrito sanitário, baseia-se no IVS, de forma a disponibilizar mais recursos humanos para as áreas de risco médio, elevado e muito elevado, nesta ordem. As equipes de Saúde da família responsabilizam-se por um número definido de microáreas.

O Centro de Saúde Serrano (CSS), localizado no Distrito Sanitário Noroeste, tem população adscrita de 16.818 habitantes (BRASIL, 2002), constituindo área de abrangência dos bairros Serrano, Alípio de Melo e São Salvador. Esta população, de acordo com os critérios epidemiológicos, está classificada em risco elevado (662 habitantes), médio (9.962 habitantes) e baixo (6.194 habitantes). O CSS possui duas equipes de Saúde Bucal, uma equipe de Controle de Zoonoses, e três equipes de Saúde da Família, cada uma delas composta por um médico generalista, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e quatro a cinco agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes contam, ainda, com profissionais de apoio: um ginecologista, dois pediatras, três auxiliares de enfermagem e um assistente social.

A área de abrangência da Equipe de Saúde da Família 2 (ESF2 ou Equipe Vermelha), na qual trabalha a autora, é constituída por casas de alvenaria, ruas

planas, asfaltadas ou com calçamento, coleta de lixo, rede de esgoto e água tratada em todos os domicílios, iluminação pública em todas as vias. Os setores sob responsabilidade dessa equipe, bem como a categoria de risco de cada um deles, estão discriminados no Quadro 1, de acordo com os dados do censo demográfico 2.000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os ACS realizam visitas domiciliares mensais, verificam os dados cadastrais e os atualizam no censo BH Social, e segundo este, a EFS2 era responsável, em 2009, por 3.574 indivíduos classificados como risco médio. Esses dados relativos à população de baixo risco, em 2009, não estão disponíveis, porque as microáreas desta categoria não possuem ACS, e, portanto não dispomos de dados atuais relativos à sua população.

Quadro 1. População total, por categoria de risco, segundo o setor censitário: área de abrangência da equipe de Saúde da Família 2 (Equipe Vermelha), Centro de Saúde Serrano, Belo Horizonte

Setor censitário	População por categoria de risco			População geral
	Elevado	Médio	Baixo	
265	0	1.049	0	1.049
271	0	786	0	786
272	0	968	0	968
273	0	0	1.077	1.077
275	0	0	968	968
280	0	0	921	921
281	0	433	0	433
Todos	0	3.236 (52,18%)	2.966 (47,82%)	6.202 (100%)

Fonte: Censo Demográfico do IBGE do ano 2000

O diagnóstico situacional, realizado como parte dos estudos do módulo Planejamento e avaliação das ações de saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CARDOSO, FARIA e SANTOS, 2008), apontou os problemas principais da área da ESF2 sob dois pontos de vista distintos, o dos indivíduos da população adscrita e o dos profissionais integrantes da equipe. A

população enumerou como problemas na comunidade o uso de drogas, o desemprego, a falta de espaços para lazer e a, violência, dentre outros. Com relação aos serviços de atenção à saúde, foram citados o elevado tempo de espera para atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), a demora no agendamento de consultas especializadas, e a dificuldade no agendamento de retornos médicos, por falta de vagas.

A equipe, por sua vez, percebeu como problemas principais a alta rotatividade dos médicos de Saúde da Família no serviço, o não envio de informações acompanhando a contra-referência, pelos profissionais da atenção secundária, dificultando a coordenação do cuidado; a inexistência de uma comissão local de saúde atuante e a não-participação da comunidade no planejamento das atividades das equipes; o número elevado de habitantes por equipe; e a demanda crescente da população classificada como baixo risco, que será o foco principal desse trabalho.

Justificativa

A ESF2 tem população adscrita de 6.202 habitantes (BRASIL, 2002), excedendo o limite máximo preconizado pelo Ministério da Saúde, de 4.000 habitantes por equipe (BRASIL, 2006). Essa situação é explicada, em Belo Horizonte, pelas características da população adscrita: equipes responsáveis por população de menor risco (médio e baixo) têm um maior número de indivíduos sob sua responsabilidade. Se a população de alto risco é maior, ou seja, mais vulnerável, o número de indivíduos adscritos à equipe é menor.

Como podem ser observados (Quadro 1), três setores censitários (273, 275 e 280), totalizando 2.966 pessoas sob a responsabilidade da ESF2, são de categoria de risco baixo, embora, de acordo com percepção da equipe, estejam demandando cada vez mais atendimento em todos os setores da Unidade Básica de Saúde (UBS): consultas médicas e de enfermagem, vacinação, curativos, dispensação de medicamentos. A equipe percebe como importante problema a falta de recursos físicos e humanos para prestar atendimento de qualidade a todos os que necessitam do serviço.

A observação da demanda crescente da população classificada como risco baixo pelos serviços do Centro de Saúde Serrano (CSS) motivou, portanto, a realização desse trabalho.

Objetivo

São os seguintes os objetivos do presente trabalho:

Objetivo geral

Apontar os pontos de reorganização da agenda da equipe de Saúde da Família e do planejamento de suas atividades, respeitando a universalidade e a equidade.

Objetivos específicos

Rever conceitos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Básica à Saúde.

Rever o diagnóstico situacional de Equipe de Saúde da Família 2, bem como os dados de levantamento realizado em 2009, para estudar as demandas da população adscrita e planejar as ações da equipe.

Metodologia

Para a consecução dos objetivos foi realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde e no Google. Foram também consultados o acervo da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, na Biblioteca Virtual do curso

Os dados utilizados nesse trabalho foram obtidos a partir dos registros de breve entrevista, realizada com todos os indivíduos que procuraram o Centro de Saúde Serrano (CSS) durante cinco dias dos meses de junho e julho de 2009. Os dados foram obtidos por agentes comunitários, à entrada da Unidade Básica de Saúde, em regime de escala, sendo sua utilização autorizada pela gerência local.

CONCEITOS FUNDAMENTAIS PARA O PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A estratégia de Saúde da Família se consolidou como modelo de organização da Atenção Básica à Saúde (ABS) – ou Atenção Primária à Saúde (APS) – no Brasil, reafirmando os preceitos do SUS. O planejamento das ações da APS requer o conhecimento dos princípios do SUS, que serão descritos a seguir.

Princípios básicos do SUS

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os princípios do SUS, que podem ser divididos em éticos ou doutrinários, e organizacionais ou operativos. Os primeiros englobam universalidade, equidade e integralidade; e os demais, descentralização, regionalização, hierarquização e participação social.

Universalidade pressupõe acesso da população a todos os níveis de assistência a saúde, como direito do cidadão.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art. 196)

Equidade visa reduzir disparidades sociais, provendo maior recurso àqueles que mais necessitam. Na área da saúde, consiste em disponibilizar serviços para grupos populacionais “SUS-dependentes” sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que têm acesso garantido no sistema de saúde suplementar.

Integralidade da assistência é o princípio que assegura o direito dos indivíduos de serem atendidos na íntegra em suas necessidades, valorizando a integração de ações para promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Para assegurar este princípio é necessária a articulação da saúde com outras políticas públicas, e torna-se fundamental o mecanismo de referência e contra-referência. Portanto, a integralidade é

[...] entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990, art.7).

O princípio da descentralização responsabiliza as três esferas do governo – federal, estadual e municipal – pela gestão do sistema, cada uma delas autônoma em suas decisões e atividades.

Regionalização e hierarquização da rede assistencial, preconizadas nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (BRASIL, 2002), responsabilizam os gestores estaduais e municipais pela articulação e garantia da eficácia e efetividade do SUS, através da organização dos serviços em níveis crescentes de complexidade.

A participação da comunidade na gestão do SUS é prevista pela legislação, Constituição Federal (BRASIL, 1988), artigo 198, inciso III, que estabelece as normas gerais do controle social, e torna-se possível através das Conferências e Conselhos de Saúde previstos na lei 8.142 (BRASIL, 1990).

Abrangência da Atenção Básica à Saúde

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006, p.10).

A Atenção Básica à Saúde (ABS) – referida na literatura internacional como Atenção Primária à Saúde (APS) e como tal assumida, recentemente, pelo governo brasileiro (MS, DAB, 14 de dezembro 2010) – constitui o eixo estrutural do sistema de saúde, fundamental para assegurar sua reorganização segundo os princípios operacionais do SUS. Envolve a aplicação de práticas gerenciais e sanitárias a grupos populacionais específicos, divididos em territórios, através do trabalho em equipe, visando melhorar seu estado de saúde, diminuir custos, e aumentar a satisfação dos usuários com relação ao serviço. APS tem objetivos estabelecidos pelo Ministério da Saúde: eliminação da hanseníase e da desnutrição infantil, controle da tuberculose, acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e promoção da saúde. São fundamentos da APS: acesso universal e contínuo dos usuários a serviços de saúde qualificados e

resolutivos, caracterizados como a preferencial porta de entrada do sistema de saúde, cuidado integral e longitudinal, continuado, estabelecimento de vínculo entre os profissionais e os usuários, avaliação e monitoramento dos resultados alcançados para planejamento e programação das ações; fluxo efetivo destes pelos diferentes níveis do sistema, com coordenação do cuidado pelos profissionais da APS; orientação individual, familiar e comunitária para educação em saúde (HARZHEIM, 2009).

Estratégia Saúde da Família

Mais que um programa, falamos hoje em estratégia Saúde da Família, que abrange duas grandes concepções:

População adscrita

A estratégia Saúde da Família (SF) surgiu em 1994, como decisão governamental de reorganizar a rede de assistência básica à saúde através de uma política que garantisse a universalização do acesso da população brasileira à APS e consolidasse a descentralização preconizada pelo SUS. É considerada como um modelo de APS focado na comunidade e na unidade familiar. Seu foco, pois, não é apenas no indivíduo e na doença, como ocorria no modelo tradicional hegemônico. No Brasil, a implementação da estratégia SF veio ao encontro da consolidação dos princípios do SUS, adotando políticas de saúde para melhor estruturar seus princípios organizativos e transformá-los em ações efetivas (CAMPOS *et al.*, 2009).

Território

“O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças” (BARCELLOS *et al.*, 2002, p.2). Não diz respeito apenas ao espaço geográfico, mas à presença de uma população, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas e necessidades particulares. De acordo com BARCELLOS e ROJAS 2004, p.2-3) o território possui “perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza”.

Segundo Mendes (1993), o território está em constante processo de construção e transformação, e pode ser subdividido em: território-distrito, como delimitação político-administrativa; território-área, área de abrangência de uma unidade ambulatorial; território-microárea, delimitado com a lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária; território-moradia, local de residência da família.

Vulnerabilidade e Índice de Vulnerabilidade à Saúde

Na área das ciências da saúde, vulnerabilidade é entendida como um processo de estar em risco para adoecimento ou alteração nas condições de saúde física e mental, em decorrência de fatores econômicos, sociais, psicológicos, familiares, cognitivos ou físicos (SHEPARD *apud* PAVARINI, 2009).

Para classificar a população do município de Belo Horizonte quanto à vulnerabilidade e planejar as políticas públicas da saúde foi utilizado o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS). Trata-se de um indicador composto, que associa indicadores populacionais com indicadores de saúde, considerando condições de moradia, renda familiar e mortalidade infantil. O indicador é aplicado a cada setor censitário do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e seu valor final varia entre 0 e 1. Quanto maior seu valor, menos favorável é a situação da população naquele setor, ou seja, mais vulnerável para adoecer e morrer.

DEMANDAS DE USUÁRIOS E AS VULNERABILIDADES SOCIAIS

Será abordada a seguir, a questão das demandas dos usuários de diferentes microáreas sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 2, com graus diferenciados de vulnerabilidade à saúde, baseada em uma enquete realizada pela gerência do Centro de Saúde Serrano (CSS), com o intuito de avaliar a adequação da oferta dos serviços às necessidades da população adscrita.

As demandas dos usuários

O Centro de Saúde Serrano (CSS) realizou uma enquete durante cinco dias dos meses de junho e julho 2009, objetivando estudar a demanda dos usuários (motivo pelo qual procuraram o serviço). Os dados obtidos através da enquete foram sintetizados em um quadro, de acordo com a demanda dos usuários (Quadro 2). Nesse quadro, a população foi dividida em dois grupos, de acordo com sua classificação de vulnerabilidade.

- Grupo 1, de risco elevado e médio e com cobertura de Agente Comunitário de Saúde (ACS) do Programa de Saúde da Família (PSF).
- Grupo 2, de risco baixo e, sem cobertura de ACS do PSF. Os dados são apresentados em ordem decrescente dos motivos de demanda ao CSS.

Discussão dos dados

A análise dos dados registrados no Quadro 2 permite observar que no período estudado ocorreram 1.703 demandas, sendo 1.647 referentes à população adscrita ao Centro de Saúde Serrano, e 56 de indivíduos não adscritos, ou seja, pertencentes a outra área de abrangência. O maior número de demandas foi relacionado à dispensação de medicamentos, correspondendo a 24,54% do total de atendimentos. Também foi significativa a procura por atendimento em acolhimento, busca por resultados de exames e agendamento de retorno, vacinação e administração de medicamentos, e consulta com médico generalista.

Quadro 2. Número de demandas de usuários ao Centro de Saúde Serrano, em Belo Horizonte, por equipe de Saúde da Família, e de acordo com classificação de vulnerabilidade, no período de 25, 26, 29, 30 de junho e 01 de julho/2009.

Classificação de vulnerabilidade	Grupo 1: risco elevado (E) ou médio (M), com ACS			Grupo 2: risco baixo (B), sem ACS			Grupos 1 e 2	Não classif.
Tipo de risco	E/M	M	M	B	B	B	E, M, B	Não adscrita
População	662/3749	3236	3607	995	2966	1189	16404	
	Equipes	1	2	3	1	2	3	1,2 e 3
Demandas								
Dispensação de medicamentos	128	91	105	21	44	29	418	24
Atendimento em acolhimento	69	61	85	10	23	14	262	0
Buscar exames/Agendar retorno	80	42	40	6	10	5	183	0
Vacinação/Administração de medicamentos	35	27	29	13	16	15	135	17
Consulta com médico generalista	34	29	28	4	11	2	108	0
Aferição de pressão arterial	25	20	10	4	17	2	78	2
Consulta com enfermeira	27	25	11	3	1	7	74	0
Coleta de material para exames laboratoriais	21	18	13	2	6	0	60	1
Agendamento de consultas especializadas	22	16	12	1	4	0	55	0
Consulta com pediatra	18	16	14	2	3	1	54	2
Consulta com ginecologista	12	4	11	0	7	0	34	0
Realização de curativo	7	4	10	0	2	6	29	0
Atendimento odontológico	12	2	2	1	2	3	22	1
Atendimento pela assistente social	12	3	4	0	0	1	20	0
Atendimento pela gerência	6	1	4	1	1	1	14	1
Grupos operativos	6	3	1	2	1	0	13	0
Sessão de acupuntura	0	3	1	1	2	0	7	2
Atendimento pela equipe de controle de zoonoses	2	0	3	0	0	0	5	0
Atendimento de urgência/Caso agudo	0	1	0	0	0	0	1	0
Outros	15	11	16	9	13	11	75	6
Total das demandas	531	377	399	80	163	97	1.647	56

Fonte: Cadastro dos Agentes Comunitários de Saúde e dados da equipe; consolidado do estudo de demanda realizado no ano de 2009 (dados locais – não publicado).

O acolhimento, de acordo com a Política Nacional de Humanização, é a prática de escuta humanizada e qualificada do usuário por qualquer um dos funcionários, durante todo o horário de funcionamento, buscando atender suas necessidades. No quadro, entretanto, foram denominadas como atendimento em acolhimento as demandas espontâneas trazidas pelos usuários, no turno da manhã, excluindo as atividades programadas, como por exemplo, consultas eletivas previamente agendadas e grupos operativos. Outros setores também apresentaram demanda importante, foram eles: aferição de pressão arterial consulta com enfermeira, coleta de material para exames laboratoriais, agendamento de consultas especializadas, consulta com pediatra e ginecologista.

A Equipe 1, responsável por um setor classificado como risco elevado, apresentou maior procura por atendimento odontológico e por assistente social, em comparação com as equipes 2 e 3, que possuem apenas população de baixo e médio risco adscrita.

A análise dos dados da equipe 2, expostos no quadro, permite observar que não houve diferença importante com relação às demais equipes (1 e 3) Que outras equipe participaram da amostra? com relação às demandas de atendimento para aferição de pressão arterial, atendimento pela gerência e atendimento odontológico. Considerando o atendimento ginecológico, as usuárias classificadas como baixo risco demandaram maior número de consultas em comparação com as de risco médio. A demanda por dispensação de medicamentos e vacinação/administração de medicamentos foram superiores no primeiro grupo, totalizando 48,35% e 59,25% respectivamente. Um terço das vagas para coleta de material para exames laboratoriais foram destinadas a usuários do grupo 2, ou seja, classificados como baixo risco. No acolhimento e em consultas com médico generalista, aproximadamente 37% dos atendimentos foram prestados também a este grupo.

CONCLUSÕES

A realização do trabalho possibilitou uma revisão sobre os princípios do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica em Saúde, e a Estratégia de Saúde da família, bem como uma reflexão da Equipe de Saúde da Família sobre seu processo de trabalho, o diagnóstico situacional e o planejamento de suas atividades. Para seu desenvolvimento foram encontradas algumas dificuldades, como por exemplo, a indisponibilidade de dados atuais sobre a população classificada como baixo risco residente na área de abrangência (dados oficiais do ano 2000, estudo de demanda realizado no ano de 2009).

O estudo permite observar dois aspectos que merecem destaque: o grande número de usuários adscritos às equipes, no caso de equipe Vermelha, 6202, excedendo o limite preconizado pelo Ministério da Saúde; e a utilização do serviço pela população classificada como baixo risco, que está demandando atendimento na unidade básica de saúde.

A autora conclui que é preciso rever o processo de trabalho de toda a unidade básica de saúde para acolher e prestar atendimento qualificado e com equidade a todos os usuários, respeitando sempre o princípio da equidade. A análise dos dados motivou discussão de gerência com as equipes de saúde da família do Centro de Saúde Serrano, com reorganização do processo de trabalho e agendas das equipes. Os setores classificados como baixo risco de acordo com o índice de Vulnerabilidade à Saúde, passaram à responsabilidade do clínico de apoio, ficando adscrita às equipes somente a população classificada como risco médio e elevado.

|

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I.. **O território e a Vigilância da Saúde**. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde - Proformar – Unidade de Aprendizagem I, Módulo III. Rio de Janeiro, 2004 *apud* GONDI, G.M.M.*et al* O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. Disponível em:
<http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_2.df>. Acesso em: 18 dez. 2010

BARCELLOS, C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I.**Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, v.11, n.3, 2002 *apud* GONDI, G.M.M.*et al* O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. Disponível em:
<http://www.saudecoletiva2009.com.br/cursos/c11_2.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2010

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Organização territorial dos serviços municipais de saúde em Belo Horizonte**. Disponível em:
<<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geepi/territoriosnasmsa.doc>>. Acesso em: 6 nov. 2010

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. **Censo Demográfico 2000: Resultados do Universo**. Agregado de Setores Censitários – Síntese. Documentação do Arquivo. Rio de Janeiro. 2002. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/censo/divulgacao_digital.shtm>. Acesso em: 2 nov. 2010

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2010

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 21 nov. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso**. Brasília. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%202002.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios**

e diretrizes. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1ed, Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf>
Acesso em: 21 nov. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde.** Brasília. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2010

CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo/Hucitec; Rio de Janeiro/Ed.Fiocruz. 2009. 871p.

CARDOSO, F.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. **Unidade didática I: Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde.** Belo Horizonte: Nescon /UFMG, Coopmed, 2009. 80p.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUSA, M. S. L.. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos.** Belo Horizonte: Nescon /UFMG, Coopmed, 2009. 96p.

HARZHEIM, E. **Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios do SUS. Brasília, 2009.** Disponível em:
<http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/ciclo_debates_redes_regionalizadas_sus.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2010

MENDES, E.V. *et al.* Território: Conceitos Chaves. In: **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo, HUCITEC; Rio de Janeiro, ABRASCO, 1993, p 166-169. Disponível em:
<http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U2T1.pdf>. Acesso em: 19 dez.2010.

SHEPARD, M.P, Mahon M.M. **Vulnerable families: research finding and methodological challenges.** J Fam Nurs 2002 October - December; 8(4):309-14, *apud* PAVARINI, S.C.I. *et al.* Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 3, June 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2010