

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Pós Graduação Saúde Coletiva

Fabiana Pimenta Silva

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SÓCIO SANITÁRIO DA POPULAÇÃO DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE NOVA LIMA/MG**

Belo Horizonte, 2012

Fabiana Pimenta Silva

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SÓCIO SANITÁRIO DA POPULAÇÃO DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE NOVA LIMA/MG**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem e Saúde Pública, como requisito para aprovação no curso de Especialização em Saúde Coletiva, área de concentração: Programa Saúde da Família.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Lenice de Castro Mendes Villela

Belo Horizonte, 2012

Fabiana Pimenta Silva

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E SÓCIO SANITÁRIO DA POPULAÇÃO DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE NOVA LIMA/MG**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, como requisito para aprovação no curso de Especialização em Saúde Coletiva, área de concentração: Programa Saúde da Família.

Aprovação: 09 /11 / 2012

Profa. Clara de Jesus Marques Andrade.

Profa. Simone Mendes Carvalho.

Profa. Orientadora – Lenice de Castro Mendes Villela

Belo Horizonte, 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela Grandeza e Força e por tudo que sou.

Aos meus pais pelas oportunidades que sempre me deram para que eu possa ser uma pessoa melhor e com maior capacitação profissional.

A Lenice pela orientação e incentivo.

Aos meus familiares e em especial meu noivo, por entenderem as ausências.

Aos meus colegas de classe pelo apoio e descontração.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi traçar o perfil epidemiológico e sócio sanitário da área adstrita de uma Unidade Básica de Saúde da Família a fim de efetivar a Atenção Primária à Saúde no município de Nova Lima, Minas Gerais e organizar duas equipes da Estratégia Saúde da Família na UBS estudada. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal descritivo no período de julho de 2011 a agosto de 2012. A coleta dos dados foi realizada no banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por meio do consolidado mensal da ficha 'A' e 'SSA2'. Para a consolidação dos dados foram construídas planilhas utilizando o programa *Excel* do *Microsoft Office* e submetidos a análise descritiva por meio de medida de posição - média aritmética. As duas equipes, Equipe Vermelha e Equipe Verde, estão equiparadas em relação ao total de pessoas (4556), há uma predominância de adultos jovens, principalmente na faixa etária de 20 a 39 anos e um número representativo de idosos. O número de famílias cadastradas é 1419 na Equipe Verde e de 1397 famílias na Equipe Vermelha, com uma densidade domiciliar de 3,2 e 3,3 pessoas/domicílio respectivamente. A Equipe Verde nos meses de maio, junho e julho de 2012 foram notificados 7 óbitos e 34 hospitalizações. A Equipe Vermelha apresenta 11 óbitos e 44 internações. Não há registro de morte em mulheres em idade fértil, adolescentes e crianças nas duas equipes. Também não há registro de internações de crianças menores de cinco anos por desidratação ou pneumonia. O estudo possibilitará subsidiar aos gestores desenvolver o processo de credenciamento da Estratégia Saúde da Família das equipes de saúde. Além de possibilitar aos profissionais a necessidade de desenvolver um trabalho principalmente com hipertensos, diabéticos e pessoas idosas. Uma das limitações foi a utilização das variáveis referente aos aspectos demográficos e de algumas variáveis de morbidade e óbito. Necessário se faz a elaboração de um novo diagnóstico que considera outros aspectos, como a classificação de risco das famílias e análise da demanda espontânea da UBS.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Planejamento Integral de Saúde. Regionalização.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the epidemiological and social health of the area linked to a Basic Family Health to conduct the Primary Health Care in Nova Lima, Minas Gerais and organize two teams of the Family Health Strategy in UBS studied. This is a descriptive epidemiological study from July 2011 to August 2012. Data collection was performed on the database of the Information System of Primary Care (SIAB), through monthly consolidated statement of 'A' and 'SSA2'. For the consolidation of data were constructed using the program Excel spreadsheets Microsoft Office and submitted to descriptive analysis by position measurement - arithmetic. The two teams, Red Team and Green Team, are equivalent to the total of people (4556), there is a predominance of young adults, mostly aged 20 to 39 years and a representative number of elderly. The number of registered families is at 1419 Green Team and Red Team in 1397 families with a household density of 3.2 and 3.3 persons / household respectively. The Green Team in the months of May, June and July 2012 were reported 7 deaths and 34 hospitalizations. The Red Team has 11 deaths and 44 hospitalizations. There is no record of death in women of childbearing age, adolescents and children on both teams. There is also no record of hospitalizations of children under five by dehydration or pneumonia. The study will enable managers to develop subsidize the accreditation process of the Family Health Strategy health teams. Besides enabling professionals to the need to develop a work primarily with hypertensive, diabetic and elderly. One limitation was the use of variables related to demographic variables and some of morbidity and death. It was suggested the development of a new diagnosis that considers aspects such as the risk classification of families and analysis of spontaneous demand of UBS.

Descriptors: Primary Health Care Family Health. Integral Health Regionalization Planning.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivos Específicos.....	10
3 METODOLOGIA.....	11
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	14
4.1 Cenário do Estudo.....	12
4.2 Perfil Sócio Demográfico da área adstrita a Unidade Básica de Saúde.....	14
4.3 Perfil de Morbimortalidade da área adstrita a Unidade Básica de Saúde.....	15
4.4 Implantação e Formação das duas equipes para atender a Estratégia de Saúde da Família.....	18
4.4.1 <i>Descrição do Perfil Populacional das Equipes da Unidade Básica de Saúde</i>.....	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXOS.....	26

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, reconhece a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Está regulamentado pela Lei 8080 de 1990, que operacionaliza o atendimento público da saúde da população brasileira e dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (BRASIL, 1990). Esse sistema, no decorrer dos anos, tem sido orientado pelas suas normas operacionais, instituídas por meio de portarias que deliberam as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e Municípios possam assumir as novas diretrizes no processo de implantação do SUS.

Em 2006, o Ministério da Saúde estabeleceu a portaria de Nº 399 de 22 de fevereiro, que divulga o Pacto pela Saúde e em seu artigo 2º aprova as diretrizes operacionais do pacto pela saúde e a consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esta portaria estabelece um termo de compromisso pela gestão federal, estadual e municipal no intuito de formalizar o pacto pela saúde nas suas dimensões: pela vida e gestão (BRASIL, 2006a)

O SUS, como política do Estado brasileiro, propõe a melhoria da qualidade de vida, a afirmação do direito à saúde e remete a discussão para promoção da saúde, uma das estratégias de política na Atenção Primária à Saúde (APS). Para garantir esta proposta, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde pela Portaria Nº 687, de 30 de março de 2006. A Promoção da Saúde foi reafirmada pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 quando caracteriza a APS como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006b, p.12).

É nessa lógica de promoção e educação em saúde que a Portaria 2488 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)” (BRASIL, 2011a). Modelos que podem garantir uma assistência à saúde de forma mais equânime em todas as regiões do país (BITTAR, et. al 2009). O PACS foi implantado em 1990 no nordeste e serviu de base para o PSF (SILVA; OLIVEIRA, 2010). A Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em nível nacional em 1994, como Programa de Saúde da Família (PSF), trouxe a intenção de promover a reordenação do modelo assistencial praticado até o momento, resgatado pela insatisfação da população, ineficiência do setor e incapacidade de atender os princípios do SUS (REIS, 2007). A Saúde da Família inicialmente elaborada como um programa passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (BRASIL, 2005). Neste contexto, a APS tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização e expansão de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a). O novo modelo de saúde contrapõe aquele modelo tradicional de assistência à saúde, caracterizado com um atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade (BRASIL, 2005). Uma diferença fundamental entre o modelo tradicional de APS, centrado em médicos especialistas, com o modelo da ESF é que os médicos especialistas tendem a trabalhar com indivíduos: indivíduos - criança, indivíduos - mulher e indivíduos - adulto. Porém, a equipe da ESF e, dentro dela, os médicos de família e comunidade, são formados numa perspectiva de trabalho com populações adstritas (MENDES, 2012).

A ESF exige um conhecimento adequado da área adstrita, uma vez que, os serviços de saúde estão em permanente interação com o meio ambiente, afetando-o e sendo por ele afetados. O ambiente influencia todo o processo de formulação de objetivos e pode atingir todo o comportamento da equipe, portanto, é inquestionável que a área adstrita seja estudada antes de qualquer intervenção (RIBEIRO et al, 2008). O diagnóstico situacional é uma etapa fundamental para planejar as ações em saúde. No setor saúde, executar o planejamento, permite melhorar o desempenho, aperfeiçoar a produção e pôr em prática com eficácia e eficiência as funções de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde com a meta para a qualidade de vida da população (SILVA; OLIVEIRA, 2010).

É nesse contexto que se justifica o estudo proposto, onde se insere uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que se apresenta num momento de transição de modelo de assistência a saúde, de PACS para ESF, e que tem como meta a formação de duas equipes de Saúde da Família. Uma divisão adequada do território facilitará um atendimento de qualidade à população e proporcionará maior organização das equipes, considerando que estão alocadas em uma mesma UBS, ou seja, dividindo o mesmo espaço de trabalho. Portanto, traçar o perfil populacional e epidemiológico faz parte de um processo fundamental para identificar necessidades de saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação e iniciar a organização do serviço de saúde, permitindo buscar os problemas e apresentar possíveis soluções. Além disso, esses dados subsidiarão o diagnóstico situacional, que bem elaborado com avaliação de saúde e risco da população, favorecerá a divisão das áreas territoriais de abrangência das futuras equipes, evitando desorganização, estress dos funcionários e maior qualidade dos serviços prestados a comunidade, de maneira segura, equânime e humanizada (UFMG, 2010).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Traçar o perfil epidemiológico da área adstrita de uma Unidade Básica de Saúde da Família para efetivar a Atenção Primária à Saúde no município de Nova Lima.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar o perfil sócio sanitário da população adstrita de duas equipes de saúde da família para organizar a Unidade Saúde da Família.

Identificar perfil epidemiológico da mortalidade geral e morbidade na faixa etária de 0 a 14 anos e de 15 anos e mais.

Comparar os dados populacionais das duas Equipes de Saúde da Família em processo de formação.

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa refere-se a um estudo epidemiológico transversal e descritivo realizada em uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de Nova Lima, Minas Gerais.

Para a coleta dos dados utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por meio do consolidado mensal da ficha 'A' e 'SSA2'. O SIAB é uma ferramenta padrão de coleta de informações da população adstrita à UBS, um requisito básico para a adequada organização das ações da ESF e do PACS (BITTAR et al, 2009). Ao SIAB cabe oferecer os dados da análise situacional para que o planejamento seja realizado de acordo com as necessidades de cada comunidade de maneira específica, descentralizada e territorializada, tendo em vista a produção da qualidade de vida em sua área geograficamente restrita (BITTAR et al, 2009). É um sistema produzido para agregar e para processar as informações sobre a população assistida. Essas informações são coletadas em fichas de cadastramento e acompanhamento e analisadas com base em relatórios de consolidação dos dados (REIS, 2007). A ficha 'A' é preenchida nas primeiras visitas que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz às famílias de sua comunidade, deve ser preenchida uma ficha por família. Contém informações como, identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais. O relatório 'SSA2' consolida informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada área (BRASIL, 2000). Cabe à gerência em Unidade de Saúde acompanhar a consolidação dos dados para tornar efetiva a avaliação, planejamento, administração de recursos e acompanhamento e coordenação do processo de trabalho (BITTAR, 2009).

Os dados foram coletados no arquivo da Unidade Básica de Saúde, onde estão inseridas duas equipes de saúde, e no setor de informática da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Nova Lima. O período considerado para análise dos registros em Ficha 'A' da população de toda a UBS foi de julho de 2011 a junho de 2012, já que os relatórios de dados gerais da UBS encontravam-se nos arquivos. Entretanto, os relatórios das fichas 'A' por microárea não estavam arquivados e o sistema não permite impressão dos meses anteriores. Sendo assim, para análise de cada equipe foram resgatadas as fichas A apenas dos meses de março, junho e agosto de 2012. Os dados da ficha 'SSA2', que é considerada um consolidado da produção mensal da equipe, foram coletados dos meses maio, junho e julho de 2012. Esses meses foram selecionados, pois as duas equipes estavam similares em relação ao número de agentes comunitário de saúde (ACS).

Para a consolidação dos dados foram construídas planilhas utilizando o programa *Excel* do *Microsoft Office*, que foram submetidos a análise descritiva por meio de medida de posição - média aritmética. Para apurar o total de pessoas atendidas pela UBS e por cada equipe de saúde foram analisadas as variáveis da ficha 'A' de condição referida gestante e sóciodemográficas referente ao sexo, faixa etária. Para as morbidades foram selecionadas as variáveis: alcoolismo, doença de chagas, deficiência, diabetes, epilepsia, hipertensão, hanseníase, tuberculose. Para as variáveis da ficha 'SSA 2' definiu-se o total de nascidos vivos, total de hospitalizações, total geral de óbitos, total de óbitos em adolescentes por violência.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Cenário do Estudo

Constituído uma UBS, que utiliza como modelo de atenção à saúde o PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde), é uma das 18 Unidades Básicas de Saúde do município de Nova Lima. O horário de atendimento é de 07: 00 horas às 18:00 horas de segunda-feira à sexta-feira. A UBS está situada a região centro-sul, em casa alugada e para seu acesso as ruas são pavimentadas. A sede própria da UBS está em fase de construção desde 2008, mas sem previsão de entrega, pois as obras estão paralisadas.

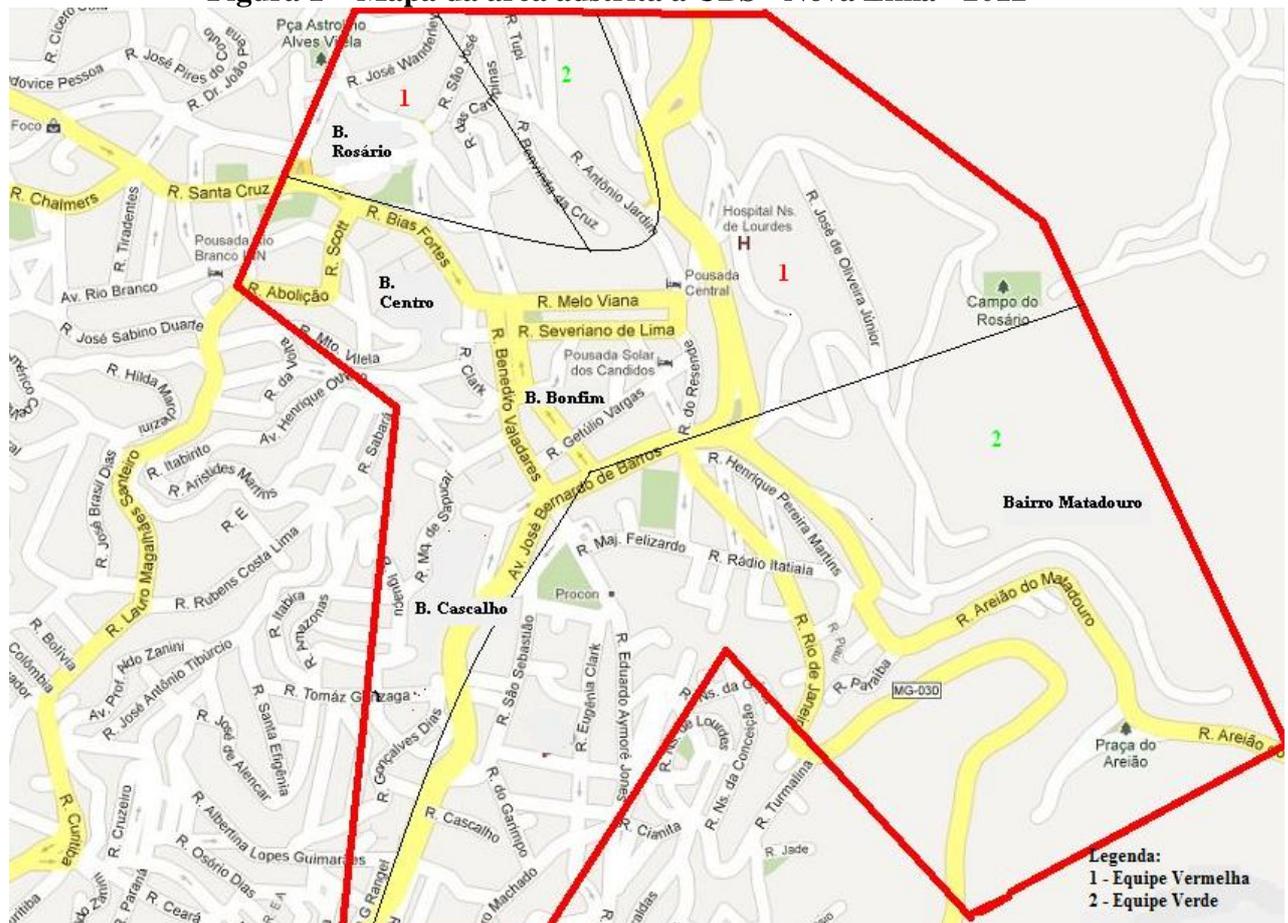
O quadro de recursos humanos da UBS é formado por duas enfermeiras, uma ginecologista, dois pediatras, sete profissionais nível médio de enfermagem (cinco profissionais para apoio e dois para ESF), duas recepcionistas, 17 ACS, um médico de apoio, duas auxiliares de serviços gerais, duas dentistas, duas atendentes de saúde bucal, um porteiro e uma gerente. Há a disponibilidade de serviços para curativos, vacinas, aferição de pressão arterial e glicemia, consultas de enfermagem conforme demanda espontânea e programada, consultas ginecológicas programadas e pré – natal (36 atendimentos semanais), consultas pediátricas programadas e puericultura (39 atendimentos semanais), consultas com médico generalista (40 atendimentos semanais), visitas domiciliares de enfermagem e médica às terças-feiras e/ou conforme a disponibilidade de veículo pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

Em USF em que existem diversas Equipes, são necessários profissionais que atuem na gerência, no apoio administrativo, na limpeza e segurança, pois essas atividades dão suporte ao trabalho das Equipes. Sua inclusão na USF deve ser efetuada de

forma competente e com repartição de responsabilidade, que também deve ser incentivada. A presença de diversas ESF na mesma USF propicia maior intercâmbio entre os profissionais e maior eficiência no uso de recursos compartilhados (administrativos, coleta de exames, farmácia, imunização) (BRASIL, 2005, p.197).

Os equipamentos sociais da área adstrita são: uma Associação e Sindicato dos servidores públicos, três associações de bairros, um campo profissional de futebol, cinco igrejas católicas, nove igrejas protestantes, três quadras, duas praças, três Organizações não Governamentais (ONGs), uma Casa Lar dos idosos, uma Casa Lar de adolescentes, uma escola estadual de ensino médio, uma escola municipal ensino fundamental, uma escola pública de idiomas, duas escolas particulares profissionalizantes, um SENAI, a sede da Prefeitura, a Câmara de Vereadores, uma policlínica, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), um fórum eleitoral, 1ª e 2ª vara cível, vara criminal, vara da infância e da juventude, a rodoviária, três cemitérios públicos, o Sindicato dos Mineiros, um Hospital filantrópico. A figura 1 apresenta o mapa da área adstrita a UBS, além de demonstrar a área de abrangência das duas equipes de saúde da família.

Figura 1 – Mapa da área adstrita a UBS - Nova Lima - 2012



Fonte: Nova Lima mapa, mapa interativo, 2012
Escala: 2:200m

4.2 Perfil Sócio Demográfico da área adstrita a Unidade Básica de Saúde

De acordo com o consolidado da ficha 'A' de junho de 2012, a população total da área da UBS é de 9103 pessoas, representando 11,24 % da população do município de Nova Lima que é de 80 998 (IBGE, 2010). A população da área de abrangência da UBS é representada por 45% de homens e 55% de mulheres, que se equipara ao perfil da população geral do município: (48%) homens e (52%) mulheres. Um dado importante é que 33% das pessoas cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde afirmaram que utilizam plano de saúde, ou seja, a maioria das pessoas (68%) são SUS dependentes para assistência a saúde.

A tabela 1 mostra o comportamento do perfil populacional no período de julho de 2011 a junho de 2012 com predominância de adultos na faixa etária de 20 e mais com destaque para a faixa etária de 20 a 39 anos (32,6%). Os idosos, acima de 60 anos, representam 17,6% da população, número maior do que a população de idosos do município (12,1%). Em proporção menor a população é representada pelos adolescentes, 10 a 19 anos, com 13%.

A média mensal do número de famílias cadastradas na ficha 'A' foi 2806 famílias. Considerando esse dado pode-se calcular que a densidade dos domicílios é 3,3 pessoas/domicílio sendo semelhante a do município que é 3,4 pessoas/domicílio (BRASIL, 2012a) e semelhante ao IBGE que é 3,3 pessoas/domicílio (IBGE, 2010). Também é interessante ressaltar que o número de nascidos vivos na área de abrangência da UBS de julho de 2011 a junho de 2012 foi de 67 crianças com uma média mensal de 5,6 nascimentos conforme a ficha 'SSA2'.

Tabela 1 – Distribuição Média mensal da população da UBS segundo faixa etária e sexo – Nova Lima, MG - julho de 2011 a junho de 2012

	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	T pop	% pop
Masc.	18,2	165,3	98,9	138,3	251,0	332,5	1437,3	556,5	558,7	582,1	4138,7	45,4
Fem.	21,4	172,0	83,8	124,2	260,6	339,8	1535,4	737,8	685,8	1021,7	4983,1	54,6
Total	39,6	337,3	182,8	263,3	511,6	672,3	2972,7	1294,3	1244,4	1603,8	9121,8	100,0
% pop	0,4	3,7	2,0	2,9	5,6	7,4	32,6	14,2	13,6	17,6	100,0	

Fonte: SIAB, 2012 (Ficha A)

A área adstrita da UBS é constituída por cinco bairros totalmente incluídos na área de abrangência e três bairros parcialmente incluídos. As vias são totalmente pavimentadas, com predominância de ruas íngrimes em função do relevo do município. Não há área de invasão e nem vilas. Todos os domicílios têm o abastecimento de água por rede pública,

98,47% da população usa a filtração para o tratamento da água, 0,04% fervura, 0,39% usa cloração, e 1,11% sem tratamento. A rede esgoto é disponibilizada para toda a população, 97% têm energia elétrica, 100% com coleta pública do lixo. O tipo de casa que predomina é tijolo\adobe sendo apenas uma residência que se apresenta com material aproveitado (material impróprio, papelão, lata, lona e outros) (SIAB, 2000). Merece destaque a presença de um “bota-fora” em um dos bairros. Segundo Bandeira e Floriano (2004), bota fora é um local destinado a descarte de material refugado, seja da construção civil, eletrônico e outros.

4.3 Perfil de Morbimortalidade da área adstrita a Unidade Básica de Saúde

Em relação à população que têm diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial, houve um aumento progressivo dos cadastrados em cada trimestre, evidenciado na tabela 2. Esses dados permitem inferir que há maior vigilância à população com diagnóstico destas morbidades. O índice de acompanhamento dessas pessoas, ficha 'SSA 2', foi de 79,4% diabéticos e 79,5% hipertensos no ano de 2011. No mesmo ano, o município apresentou 85% de acompanhamento aos diabéticos e 86,2% aos hipertensos, dados bem próximos ao nacional. No Brasil, em 2011, o índice de acompanhamento pela ESF e PACS às pessoas com diabetes é de 86,3% e às pessoas com hipertensão arterial é de 86,4% (BRASIL, 2012a). É importante otimizar o acompanhamento dessas pessoas, pois o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável. Há evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações, além das possíveis e progressivas possibilidades da população à assistência à saúde. (BRASIL, 2006c). A incidência do diabetes mellitus é crescente, a nível mundial, além de apresentar elevada morbimortalidade com diminuição da qualidade de vida. No Brasil, esperava-se em 2010 cerca de 10 milhões de pessoas com diabetes (BRASIL, 2006c). No entanto os dados do SIAB mostraram um número menor, o que não atingiu 330 mil (BRASIL, 2012a). Considerando esses fatores, a prevenção do diabetes e de suas complicações é prioridade na APS e pode ser realizada por meio da prevenção dos fatores de risco, identificação de pessoas com alto risco para diabetes e de casos não diagnosticados para tratamento, além da intensificação do controle de pacientes com o diagnóstico para a prevenção de complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2006c).

Em relação a hipertensão, em 2006 estimava-se 17 milhões de pessoas com hipertensão arterial sistêmica no Brasil, com incidência crescente e com aparecimento em grupos etários mais jovens. Porém dados do SIAB (BRASIL, 2012a) revelam um número de

aproximadamente 1,5 milhão de hipertensos cadastrados no Brasil. Na maioria das vezes, a hipertensão arterial é assintomática, o que dificulta o diagnóstico e o tratamento, acrescido da baixa adesão ao tratamento por parte do portador. Os fatores de risco devem ser adequadamente abordados e controlados, pois associados aos hábitos e estilo de vida, levam ao aumento contínuo da incidência e prevalência dessa patologia (BRASIL, 2006d).

Em relação ao estudo, outra morbidade referida é o alcoolismo, apenas 0,7% da população da UBS acima de 15 anos é alcoolista - tabela 2. Segundo o Ministério da Saúde, o I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira, 2007, da população com 18 anos ou mais, 9% seria dependente de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2012b). Na revisão do estudo de Ramos e Woitowitz (2004), afirmou-se que há uma prevalência considerável na população mundial, podendo ser o responsável por gerar agravantes sociais como a violência, acidentes e suicídios e ainda foi constatado que cerca de 90% da população adulta do Ocidente consome bebida alcoólica e, entre estes, 10% fará o uso nocivo e outros 10% desenvolverá uma dependência, ou seja, em cada cinco pessoas que consomem bebida alcoólica, uma terá um agravo de saúde em decorrência do álcool. Visto esse dado, pode-se inferir uma subnotificação da população estudada, considerando que os resultados do estudo apresentam-se menor que o esperado.

Em relação à epilepsia, a população assistida na UBS apresenta 0,2 % de casos em indivíduos maiores de 15 anos e 0,1% em menores de 15 anos apresentados na tabela 2 e tabela 3 respectivamente. De acordo com a Liga Brasileira de Epilepsia citada por Silva e Oliveira (2010), a incidência da patologia é variável nas diferentes regiões do mundo, sendo mais frequente em países em desenvolvimento, em que esse valor é de aproximadamente 2%, enquanto nos países desenvolvidos decresce para 1%.

Para a tuberculose, a tabela 2 demonstra um decréscimo no número de casos, mas também pode-se supor em subnotificação, pois espera-se que 1% da população seja sintomático respiratório (SR) e desses, 4% têm tuberculose (BRASIL, 2011b). Sobre a tuberculose, as ações de controle, como a busca ativa de sintomáticos respiratórios deve ser permanente para a realização de exames (BRASIL, 2011b). Segundo o Ministério da Saúde, a taxa de incidência de tuberculose na região Sudeste é 27,9, em Minas Gerais é de 16,17 e em Nova Lima 39,5 para 100 mil habitantes (BRASIL, 2012c).

Com relação à hanseníase, os dados analisados não apresentam nenhum cadastro de pessoa com esta morbidade. Porém, o resultado não exclui ações contínuas de busca ativa de pessoas que apresentem sintomas suspeitos. No município referido, o tratamento desta patologia é centralizado em uma das outras UBS da rede de Atenção Primária à Saúde e,

segundo informações da enfermeira referência no serviço, há apenas 4 casos em tratamento provenientes de outros municípios no ano de 2011.

Ao comparar as tabelas 2 e 3 percebe-se um número maior das morbidades em maiores de 15 anos. A tabela 3 mostra que 99,6 % da população menor de 15 anos não tem nenhuma patologia das referidas na ficha 'A'. Esse dado era esperado, pois a UBS tem uma população idosa de aproximadamente 17%. "Qualquer que seja o indicador de saúde estudado, as pessoas com idade superior a 60 anos sempre apresentarão índices mais elevados de morbidade e maior proporção de agravos, quando comparados aos demais grupos etários" (VICTOR, 2009, p. 50).

Porém, o valor referente a 72%, ausência de morbidades em maiores de 15 anos, apresentados na tabela 2, provavelmente deve-se considerar a subnotificação e/ou não verbalização por parte das pessoas cadastradas. Segundo Giroto et al (2010) deve-se salientar que o SIAB trabalha com informações autorreferidas, o que pode subestimar as morbidades registradas nesta fonte, outra justificativa também seria o fato de algumas famílias não receberem visitas das equipes e /ou ACS.

Tabela 2 – Distribuição das doenças referidas da UBS em maiores de 15 anos – Nova Lima, MG - julho de 2011 a junho de 2012

Doenças referidas	1º trim	2º trim	3º trim	4º trim	% doenças
Alcoolismo	59,7	50,0	51,0	57,0	0,7
Doença de chagas	3,0	3,0	2,7	2,0	0,03
Deficiências não especificadas	97,7	90,7	89,3	87,7	1,2
Diabetes	406,7	424,0	430,0	436,0	5,5
Epilepsia	12,0	12,0	12,0	15,0	0,2
Hipertensão	1557,3	1591,0	1607,3	1624,0	20,5
Tuberculose	4,3	2,0	2,3	1,3	0,03
Ausência	5726,3	5545,0	5572,0	5575,0	72,0
Total população > 15 anos	7867,0	7717,7	7766,7	7798,0	100,00

Fonte: SIAB, 2012 (Ficha A)

Em relação ao total de óbitos no período de julho 2011 a junho 2012, foi de 54 pessoas, sendo que, um óbito ocorreu em mulher em idade fértil, três óbitos em crianças menores de um ano por outras causas, excluí pneumonia e desidratação, e nenhum óbito em adolescentes, conforme ficha 'SSA 2'.

Tabela 3 – Distribuição das doenças referidas da UBS em menores de 15 anos - Nova Lima, MG - julho de 2011 a junho de 2012

Doenças referidas	1º trim	2º trim	3º trim	4º trim	Média	% doenças
Deficiências não especificadas	3,0	3,0	2,7	2,0	2,7	0,2
Diabetes	0,3	1,0	1,0	1,0	0,8	0,1
Epilepsia	1,0	0,0	0,7	1,0	0,7	0,1
Tuberculose	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,1
Ausência	1386,7	1297,0	1310,7	1322,7	1329,3	99,6
Total população < 15 anos	1392,0	1302	1316,0	1327,7	1334,4	100,0

Fonte: SIAB, 2012 (Ficha A)

4.4 Implantação e Formação das duas Equipes de Saúde para atender a Estratégia Saúde da Família

O plano municipal de saúde 2010/2013 de Nova Lima traz como proposta a implantação de uma Unidade Saúde da Família (USF) com duas equipes na UBS estudada. Recomenda-se pelo Ministério da Saúde que uma USF tenha no máximo quatro equipes em instalações e espaços adequados para um maior intercâmbio entre os profissionais e maior eficiência dos recursos compartilhados (BRASIL, 2005).

A implementação da estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial à saúde que efetivem o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. Com as observações realizadas e os resultados obtidos no processo de pesquisa, é possível apontar 'boas práticas', assinalando caminhos que podem ser percorridos e outros que devem ser evitados. Entretanto, nenhum guia ou regulamentação deve inibir a criatividade local, nem desconsiderar a diversidade existente em nosso País, que é, ao mesmo tempo, nossa maior riqueza e nosso maior desafio (BRASIL, 2005, p. 203).

Para divisão das equipes devem-se considerar dois territórios, a área de abrangência que é o espaço de responsabilidade de uma equipe da ESF e a microárea que é o território de responsabilidade de um ACS. Conforme o Plano Diretor da APS, o processo de territorialização envolve a descrição do perfil territorial-ambiental que engloba a geografia e ambiente, a delimitação do território da unidade da ESF num mapa, as vias de acesso e as características dos domicílios, do perfil demográfico, do perfil socioeconômico e do perfil institucional (MENDES, 2012).

Conforme a portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. O limite máximo recomendado de pessoas

por equipe de saúde da família deve ser no máximo de 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando os critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. Outro parâmetro a ser observado é o total de pessoas atendidas pela UBS, pois se recomenda que, uma UBS com a Estratégia de Saúde da Família em grandes centros urbanos atenda no máximo de 12 mil habitantes. A população da UBS apresentada no referido estudo, agosto de 2012, era 9103 pessoas, portanto dentro das recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL 2011a).

No referido estudo, a discussão para a divisão da área de abrangência em duas áreas menores para as duas Equipes Saúde da Família teve início em 2010. Realizou-se, então, uma divisão da área geográfica em duas áreas menores respectivas para cada equipe. Porém, a discussão para mudança do Processo de Trabalho tendo como referencia as diretrizes da ESF teve início no ano de 2012 com a participação de uma segunda enfermeira de referência para as futuras equipes saúde da família. A partir da mudança no processo de trabalho, surgiu a necessidade de comparar as duas áreas a fim de equipará-las caso fosse necessário. Sendo assim, segue a comparação dos dados atuais do SIAB, extraídos da ficha 'A' e 'SSA2' das duas equipes em processo de implantação.

4.4.1 Descrição do Perfil populacional das Equipes de Saúde da Unidade Básica de Saúde

Conforme a tabela 4 percebe-se que as duas equipes, Equipe Vermelha e Equipe Verde, estão equiparadas em relação ao total de pessoas - 4556. Em ambas equipes há uma predominância de adultos jovens, principalmente na faixa etária de 20 a 39 anos e um número representativo de idosos. O número de famílias cadastradas é 1419 na Equipe Verde e de 1397 famílias na Equipe Vermelha, com uma densidade domiciliar de 3,2 e 3,3 pessoas/domicílio respectivamente. Esses dados demonstram uma uniformidade populacional entre as duas áreas adstritas podendo assim, desenvolver as atividades de promoção e prevenção em saúde com maior intercâmbio.

Como o Ministério da Saúde recomenda adstrição de até 1000 famílias por equipe (BRASIL, 2005), percebe-se que o número de famílias cadastrado está acima do que é orientado - tabela 4. A forma de corrigir o número de pessoas que ultrapassa o que é preconizado seria redividir a área de abrangência da UBS. Sendo assim, existe a proposta por

parte da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Lima de transferir para outra Unidade de Saúde um número de famílias referente a um bairro inteiro, correspondente a quatro microáreas. Retirando aproximadamente 350 famílias da Equipe Vermelha, num total de 1130 pessoas e 310 famílias da Equipe Verde, num total de 1010 pessoas.

Outro dado disponível a ser comparado é o número de nascidos vivos em maio, junho e julho conforme dados da ficha 'SSA 2' do SIAB. Acrescenta-se na Equipe Verde oito crianças e na Equipe Vermelha 11 crianças.

Em síntese, a partir da comparação dos dados percebe-se uma aproximação entre as duas equipes. Apesar de atenderem um número de pessoas acima de 4000, apenas uma microárea da Equipe Vermelha ultrapassa o número de 750 pessoas. As demais microáreas estão dentro dos padrões recomendados.

Tabela 4 - Distribuição Média mensal da população por equipe segundo faixa etária e sexo - Nova Lima, MG - março, junho e agosto de 2012

Faixa etária	Equipe Vermelha	% população	Equipe Verde	% população
<1	26,7	0,6	21,0	0,5
1 a 4	153,0	3,4	174,5	3,8
5 a 6	90,7	2,0	99,0	2,2
7 a 9	131,0	2,9	132,0	2,9
10 a 14	246,3	5,5	258,5	5,7
15 a 19	320,3	7,0	333,5	7,3
20 a 39	1483,3	32,6	1475,0	32,4
40 a 49	636,0	14,0	647,0	14,2
50 a 59	634,0	13,9	641,5	14,1
> 60	834,7	18,3	774,5	17,0
População total	4556,0	100,0	4556,5	100,00
Famílias cadastradas	1397,7		1419,0	

Fonte: SIAB, 2012 (Ficha A)

Em relação às morbidades e ao número de gestantes, as duas equipes apresentam números próximos - tabela 5. A partir destes dados, as equipes podem conjuntamente planejar o cuidado e assistência aos usuários. Além do desenvolvimento mútuo dos Programas de Atenção a Saúde, ou seja, pré-natal, puericultura, hipertensos e diabéticos, Atenção ao Idoso e outros.

Tabela 5 - Distribuição das Doenças Referidas e Condição Referida por Equipe de Saúde - Nova Lima, MG - março, junho e agosto de 2012

Doença referida	Equipe Vermelha	% doenças	Equipe Verde	% doenças
Alcoolismo	28,3	0,6	25,5	0,6
Chagas	1,0	0,02	1,0	0,02
Deficiência	42,0	0,9	52,0	1,1
Diabetes	219,3	4,8	212,0	4,7
Epilepsia	8,0	0,9	6,0	0,1
Hipertensão	809,3	17,8	814,5	17,9
Tuberculose	1,3	0,03	0,5	0,01
Condição referida (Gestante)	16,3	0,4	16,0	0,4

Fonte: SIAB, 2012 (Ficha A)

Conforme os dados da ficha 'SSA 2' do SIAB, a Equipe Verde nos meses de maio, junho e julho de 2012 foram registrados sete óbitos e 34 hospitalizações. A Equipe Vermelha anotou 11 óbitos e 44 internações. Nenhum registro de morte em mulheres em idade fértil, adolescentes e crianças nas duas equipes. Também não há registro de internações de crianças menores de cinco anos por desidratação ou pneumonia. Apenas notificação de complicações da diabetes, álcool e outros.

Todas as microáreas da UBS apresentam o indicador “15 anos e mais alfabetizados” acima de 97%. O indicador “usuários de plano de saúde” 30 % da população da Equipe Verde tem plano de saúde (1371 pessoas) e 37 % das pessoas da Equipe Vermelha (1664 pessoas) tem plano de saúde. Vale ressaltar que toda a área de abrangência da UBS é classificada em médio risco (MINAS GERAIS, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ESF é sem dúvida promissora no país. Os gestores municipais devem entender melhor suas diretrizes para implantá-la, pois são notáveis os bons resultados no acompanhamento da saúde da população. A experiência com este estudo a partir da análise e discussão dos dados possibilitou confirmar a divisão das áreas da UBS. Ao traçar o perfil epidemiológico da área foi possível comparar os resultados das duas Equipes Saúde da Família propostas e a organização da Unidade Saúde da Família e permitirá aos profissionais identificar os grupos populacionais mais numerosos com a possibilidade de desenvolver um trabalho de educação em saúde principalmente com hipertensos, diabéticos e pessoas idosas.

Percebeu - se a necessidade da atualização dos dados de maneira sistemática para que as informações sejam analisadas de uma forma mais fidedigna. A territorialização de uma UBS, de uma Equipe Saúde da Família e de uma microárea demanda um diagnóstico completo, contemplando os aspectos geográficos para que possa haver discussões e propostas conclusivas e assertivas baseadas em vários critérios e não apenas no critério geográfico. Vale destacar a importância da Classificação de Risco das famílias utilizando o instrumento proposto pela Secretaria do Estado de Minas Gerais, pois proporcionará um diagnóstico ainda mais criterioso para subsidiar a territorialização de toda a área, não só da UBS, mas de todo o município.

A utilização do SIAB é importante como instrumento de avaliação e planejamento das ações às famílias acompanhadas, no entanto, a desatualização de seus cadastros permite que diminua seu potencial enquanto norteador das ações da UBS. Mesmo assim, utilizar o SIAB é reconhecer a importância do sistema de dados e reforçar sua necessidade para construção de um diagnóstico situacional. Apesar de alguns estudos apontarem suas deficiências, ainda é o recurso disponível na APS e necessita cada vez mais uma alimentação correta, pois é uma base fundamental de dados.

Este estudo irá subsidiar aos gestores desenvolver o processo de credenciamento da ESF das equipes de saúde. Uma das limitações foi a utilização das variáveis referente aos aspectos demográficos e de algumas variáveis de morbidade e óbito. Necessário se faz a elaboração de um novo diagnóstico que considera outros aspectos, como a Classificação de Risco das famílias e análise da demanda espontânea da UBS. Possibilitando avaliar a vulnerabilidade das famílias e por quais motivos a população demanda os atendimentos na UBS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDEIRA, Clarice e FLORIANO, Eduardo Pagel. **Avaliação** de impacto ambiental de rodovias. **Caderno Didático nº 8**, 1ª ed. Santa Rosa, 2004. Disponível em <www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/rodovias.pdf> Acesso 01 set 2012.

BITTAR, Telmo Oliveira et al. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO**, v. 14, n. 1, p. 77-81, janeiro/abril 2009. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>> Acesso em 01 set 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 1990. Disponível em <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> Acesso em 01 set 2012.

_____. Ministério da Saúde. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica** / Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, 2000. Disponível em <189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_siab2000.pdf> Acesso em 15 de out 2012.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0007_M.pdf> Acesso em 01 set 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 399/GM** de 22 de fevereiro 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399> Acesso em: 01 set 2012 (a).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 687** de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/.../Politica_nacional_%20saude_nv.pdf> Acesso em 01 set 2012 (b).

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - nº 16 - Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.pdf>. Acesso em 01 set 2012(c).

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - nº 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf> . Acesso em 01 set 2012 (d).

_____. Ministério da Saúde . **Portaria 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). Disponível em < www.saude.mt.gov.br/> Acesso em 01 março 2012 (a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: 2011. Disponível em < portal.saude.gov.br/.../manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo...> Acesso em 01 set 2012 (b).

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica: SIAB: indicadores**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/siabfBR.DEF>. Acesso em 01 set 2012 (a)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2012. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (b)

_____. Ministério da Saúde. **Sala de situação saúde**. Disponível em <http://189.28.128.178/sage/> 2010. Acesso em 05 abril 2012 (c).

GIROTTI, Edmarlon; ANDRADE, Selma Maffei de; CABRERA, Marcos Aparecido Sarriá. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, jun. 2010 . Disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php>> Acesso em 03 out. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sinopse do censo demográfico 2010 Minas Gerais. **IBGE**. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=212&uf=31>> Acesso em 01 ago 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. / Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em < bvsmms.saude.gov.br/.../cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude> Acesso em 01 out 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde . **Plano Municipal de Saúde**. Nova Lima 2010/2013.

NOVA LIMA MAPA, mapa interativo . Escala 2:200m . Disponível em < <http://www.gosur.com/pt/brasil/minas-gerais/nova-lima-mapa> > Acesso 01 set. 2012.

RAMOS SP, WOITOWITZ AB. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2004; 26(supl.1):SI18- -SI22. Disponível em www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500006...sci... < Acesso em 01 ago 2012.

REIS, Marcos Aurélio Seixas dos et al . A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, Dec. 2007 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em 24 de outubro de 2012.

RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos, et al. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na estratégia saúde da família. **Cogitare enferm** 2008Jul/Set; 13(3):448-52. Disponível em <132.248.9.1:8991/hevila/cogitareenfermagem/2008 > Acesso em 01 ago 2012.

SILVA, Simone Albino da e OLIVEIRA, Nilcilene. Diagnóstico de saúde de uma população atendida pelo programa de saúde da família em Alfenas – MG **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 182-189, abr./jun. 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS / Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde / Belo Horizonte (**PET-Saúde**). Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima. Trabalho apresentado ao Grupo Tutorial Barreiro de Cima do como parte de desenvolvimento de artigo científico. Belo Horizonte, 2010.

VICTOR Janaina Fonseca et.al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm** 2009;22(1):49-54. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?> > Acesso em 01 set 2012.

ANEXO 1 - FICHA 'A' do Sistema de Informação de Atenção Básica

FICHA A	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				UF <input type="text"/>
ENDEREÇO		NÚMERO <input type="text"/>	BAIRRO		CEP <input type="text"/>
MUNICÍPIO <input type="text"/>	SEGMENTO <input type="text"/>	ÁREA <input type="text"/>	MICROÁREA <input type="text"/>	FAMÍLIA <input type="text"/>	DATA <input type="text"/>

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUENTE A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

<i>ALC - Alcoolismo</i>	<i>EPI - Epilepsia</i>	<i>HAN - Hanseníase</i>
<i>CHA - Chagas</i>	<i>GES - Gestação</i>	<i>MAL - Malária</i>
<i>DEF - Deficiência</i>	<i>HA - Hipertensão Arterial</i>	
<i>DIA - Diabetes</i>	<i>TB - Tuberculose</i>	

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
Número de cômodos / peças		Poço ou nascente	
Energia elétrica		Outros	
DESTINO DO LIXO		DESTINO DE FEZES E URINA	
Coletado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Queimado / Enterrado		Fossa	
Céu aberto		Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Benzedeira		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Ônibus	
Rádio		Caminhão	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar:		Carroça	
		Outros - Especificar:	
A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?		NIS do Responsável _____	
A família está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)?			

OBSERVAÇÕES

