

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

FLÁVIA COSTA FIUZA ANTONELLI

**DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE: FERRAMENTA DE
TRABALHO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

UBERABA - MINAS GERAIS
2013

FLÁVIA COSTA FIUZA ANTONELLI

**DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE: FERRAMENTA DE
TRABALHO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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.

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

UBERABA - MINAS GERAIS

2013

FLÁVIA COSTA FIUZA ANTONELLI

**DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE: FERRAMENTA DE
TRABALHO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Banca Examinadora

Dra. Angela Cristina Labanca de Araújo (UNIFENAS-BH)

Ms. Fernanda Carolina Camargo (UFTM)

Aprovado em Belo Horizonte ____/____/____

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só, porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós.”

Charlie Chaplin

Dedico este trabalho:

Dedico este trabalho á minha mãe Celeida, pela confiança e apoio em todo processo de aprendizado, ao meu pai Luiz, pelo carinho dedicado, ao meu marido Elton pela compreensão nas minhas ausências, ás minhas filhas Ana Luíza e Laura por entenderem a importância desta etapa na minha vida. Sem vocês nada teria sido possível!

AGRADECIMENTOS

É difícil agradecer todas as pessoas que de algum modo, nos momentos serenos e ou apreensivos, fizeram ou fazem parte da minha vida, por isso primeiramente agradeço à todos de coração.

Agradeço à minha mãe, Celeida Costa Fiuza, pela presença marcante nas minhas conquistas, ao meu pai Luiz Humberto Antonelli pelo carinho dedicado.

Agradeço à minha irmã, Jaqueline Fiuza Rodrigues pelo companherismo e afeto.

Agradeço às minhas filhas Ana Luíza e Laura pela compreensão aos momentos de minha ausência que as submeti passar, em virtude do trabalho e estudo.

Ao meu companheiro Elton pela cumplicidade e apoio.

Agradeço aos professores que desempenharam com dedicação as aulas ministradas.

Destaco o meu agradecimento à equipe do PSF Nossa Senhora de Fátima, onde realizei parte deste trabalho, à enfermeira coordenadora Rafaella Bicalho, à Secretária Municipal de Saúde de São Gotardo, pelo espaço e apoio ao trabalho.

Agradeço à coordenação do CEABSF, a todas as pessoas que trabalham estruturando o curso, em nome da tutora e orientadora Ms. Fernanda Carolina Camargo por acreditarem no meu trabalho.

E finalmente agradeço a Deus, por proporcionar estes agradecimentos à todos que tornaram minha vida mais afetuosa, além de ter me dado uma família maravilhosa e amigos sinceros. Deus, que a mim atribuiu alma e missões pelas quais já sabia que eu iria batalhar e vencer, agradecer é pouco. Por isso lutar, conquistar, vencer e até mesmo cair e perder, e o principal, viver é o meu modo de agradecer sempre.

RESUMO

Estratégia Saúde da Família (ESF) vem estruturar a atenção básica à saúde, gerando novas práticas. Processo de trabalho ganha novo escopo para o enfermeiro, profissional que integra a equipe de Saúde da Família (SF). O enfermeiro assume papel proativo na identificação das necessidades de cuidado da população, na promoção e proteção da saúde das pessoas, em suas diferentes dimensões. Presente estudo visa apresentar um instrumento de trabalho a ser desempenhado pelos enfermeiros que atuam na SF. Trata-se da realização do Diagnóstico Situacional de Saúde (DSS) e a discussão desta tecnologia na qualificação do trabalho do enfermeiro SF. O DSS pautou-se na técnica da estimativa rápida, revelando como principais problemas de saúde na ESF Nossa Senhora de Fátima de São Gotardo/MG: a participação popular, cobertura de citopatológico, a saúde do adolescente e as ações de puericultura. Há na SF uma simultaneidade das atividades do enfermeiro tanto assistenciais, quanto gerenciais. Essa realidade acarreta sobrecargas, e necessidade de organização da rotina de trabalho mais propositiva para garantir a qualidade do cuidado. É esperado que o enfermeiro desenvolva uma gestão da sua prática que busque minimizar esses impactos estruturais, compartilhando responsabilidades, gerenciando recursos. Desta maneira, o presente estudo defende que ao apoiar sua atuação pela aplicação do DSS, o enfermeiro poderá realizar gerenciamento de prática na ESF aproximado as reais necessidades de saúde da área de abrangência da equipe.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Pública. Diagnóstico da Situação de Saúde. Programa Saúde da Família

ABSTRACT

Family Health Strategy (FHS) comes structuring basic health care, creating new practices. Work process gets new scope for nurses, professional that integrates Family Health's staff (FH). The nurse takes proactive role in identifying the care needs of the population, to promote and protect the health of people in its different dimensions. This study aims to present a working instrument to be played by nurses working in Fh. It is the realization of the Situational Diagnosis of Health (SDH) and the discussion of this qualifying technology on the work of nurses FH. The SDH was based on the technique of rapid assessment, revealing how major health problems in the FHS Nossa Senhora de Fátima/ São Gotardo-MG: popular participation, coverage cytopathology, adolescent health and the actions of childcare. There is a simultaneity activities for nurse at FH, both as management as care. This reality leads to overload and need for organization of the work routine more purposeful to ensure quality of care. It is expected that nurses develop a management practice that seeks to minimize these impacts structural, sharing responsibilities, managing resources. Thus, resent study argues that the support of their work by applying the DSS, the nurse may perform management practice in ESF approximate the real health needs of the area covered by the staff.

Keywords: Public Health Nursing. Diagnosis of Health Situation. Family Health Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

- Figura 1.** Mapa da área de abrangência das equipes saúde da família de São Gotardo. **19**
- Tabela 1.** Distribuição da população cadastrada na ESF Nossa Senhora de Fátima conforme faixa etária e sexo, São Gotardo/MG, 2011. **20**
- Tabela 2.** Distribuição das famílias por microareas conforme abastecimento de água e rede de esgoto e destino do lixo, ESF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011. **21**
- Tabela 3.** Distribuição de condições de saúde referidas por microáreas, ESF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011. **21**
- Tabela 4.** Distribuição de gestantes cadastradas segundo faixa etária e por microáreas, ESF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011. **22**
- Tabela 5.** Distribuição das hospitalizações na ESF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011. **22**
- Tabela 6.** Distribuição do tipo de atendimento realizado na ESF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011. **23**
- Tabela 7.** Distribuição das ações em saúde realizadas na ESF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011. **23**
- Tabela 8.** Distribuição dos procedimentos de saúde realizadas na ESF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011. **24**
- Tabela 9.** Caracterização das visitas domiciliares realizadas na ESF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011. **24**
- Quadro 1.** Distribuição dos recursos comunitários e equipamentos sociais da área de abrangência da ESF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo, 2011. **25**
- Quadro 2.** Síntese de entrevistas com informantes-chave sobre a situação de saúde da área de abrangência da ESF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo, 2011. **26**

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	OBJETIVOS	15
3.	CAMINHOS METODOLÓGICOS	16
4.	RESULTADOS	18
4.1	Caracterizações do Município e da Área de Abrangência da ESF	18
	<i>4.1.1. Aspectos Demográficos e Sanitários da ESF</i>	20
	<i>4.1.2. Aspectos Epidemiológicos da ESF</i>	21
	<i>4.1.3. Produção em Saúde na ESF</i>	22
	<i>4.1.4 Descrição dos Recursos de Saúde da ESF</i>	24
	<i>4.1.5 Mapeamento dos Equipamentos Sociais e Recursos Comunitários</i>	25
4.2.	Identificação dos Problemas da Área de Abrangência da ESF Nossa Senhora De Fátima	26
4.3.	Identificação de Problemas pela Observação Ativa da Área de Abrangência da ESF	27
4.4.	Síntese dos Principais Problemas de Saúde que acometem a Área de Abrangência da ESF	27
5.	DISCUSSÃO	29
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	32

APRESENTAÇÃO

Como enfermeira, graduada em dezembro de 2009 pelo Centro Universitário do Triângulo, tenho trabalhado na Saúde da Família desde Agosto de 2010, inicialmente como coordenadora da equipe Saúde da Família (SF) São Vicente, no período de sete meses, e logo após assumindo como coordenadora da Atenção Básica e Saúde Bucal do município de São Gotardo, Minas Gerais.

Com interesse em aperfeiçoar conhecimentos e habilidades para a gestão dos casos em saúde, questões administrativas e gestão dos recursos humanos, a fim de melhorar a cada dia minha prática na atenção primária a saúde, realizei o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF). Destaco essa experiência como uma grande oportunidade para contribuir para o alcance deste objetivo.

A motivação para trabalhar na saúde da família vem do desafio diário de lidar com as dificuldades específicas do setor e ao despreparo da mão de obra envolvida no processo.

A abordagem ao problema diagnóstico da situação de saúde: ferramenta de trabalho da enfermagem na saúde da família se deve pela análise crítica sobre a importância do diagnóstico administrativo e situacional nos serviços de atenção básica, tendo em vista o planejamento das ações de saúde e a definição de prioridades.

O diagnóstico administrativo e situacional representa um meio de pontuar, analisar e interpretar as relações entre os setores (recursos humanos, físicos, materiais e administrativos) e as atividades de prestação de serviços com eficiência e efetividade, além de identificar a satisfação de clientes com os serviços administrativos, atualizar a comunidade sobre os processos formais e informais existentes que não sejam de seu conhecimento e informar sobre as relações mantenedoras e financeiras. Devem ser analisadas as particularidades no diagnóstico e, a partir dessa constatação, realiza-se um planejamento de ações, definem-se prioridades, sempre se baseando na realidade do serviço, na qual, muitas vezes, trabalha-se com populações de perfil socioeconômico e sanitário distintos.

1 INTRODUÇÃO

O termo saúde coletiva surgiu, mais especificamente, no fim da década de 70, em um momento de reordenamento de um conjunto de práticas assistenciais, diante da necessidade de ampliar a compreensão do processo saúde-doença dos indivíduos e comunidades, pela inserção e valorização dos diferentes saberes profissionais e a integração com os diferentes setores sociais (BACKES *et al*,2012).

A compreensão do coletivo significa, a partir de então, a apreensão do individual em seu contexto estruturado de práticas sociais. Significa reconhecer o indivíduo – ser individual - como um ser social, em constante interação com os outros indivíduos e com o seu entorno, ou seja, o indivíduo se transforma e é transformado continuamente, por meio das relações e interações, tornando-se protagonista e autor do processo saúde-doença em seu contexto real e concreto (BACKES *et al*,2012).

No início de 1990, junto às discussões das políticas públicas, à reforma sanitária e ascensão do Sistema Único de Saúde (SUS), está alicerçado no modelo de atenção primária à saúde com ênfase na saúde da família (SF) (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

Em termos práticos, essas discussões deram impulso à implementação, inicialmente do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, como uma estratégia para a reorganização da produção de cuidados de saúde, que tem como objetivo reorientar a prática assistencial em direção a uma assistência á saúde centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Traz na essência a necessidade de mudança do modulo assistencial, baseando-se na promoção da saúde e na prevenção de doenças (OLIVEIRA; MARCON, 2007; FARIA *et al*, 2009; BRASIL, 2012).

A estratégia da SF está estruturada na lógica de atenção básica à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Para tanto, necessita desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova

relação entre os profissionais de saúde e a comunidade, estes processos de trabalho devem se traduzir, especialmente, em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas, e socialmente apropriadas (OLIVEIRA; MARCON, 2007; BRASIL, 2012).

A SF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe (FARIA *et al.*, 2009; BRASIL, 2012).

Nesta nova proposta de assistência, o processo de trabalho ganha contornos específicos. O profissional, em tese, deve ter qualificação e perfil diferenciados, já que a ênfase da assistência não é nos procedimentos técnicos, mas sim na inter-relação equipe/comunidade/família e equipe/equipe (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

A equipe mínima preconizada para trabalhar na Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta de uma enfermeira, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um médico e agentes comunitários de saúde (ACS) suficientes para cobrir 100% da população cadastrada, no máximo 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2012).

Ao enfermeiro, profissional que integra a equipe de SF, cabe uma das atribuições mais importantes para o desenvolvimento da ESF, já que gerencia o trabalho da unidade de saúde, coordena e supervisiona o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), equipe de enfermagem, assim como materiais, insumos. Ao coordenar a equipe da SF, o enfermeiro tem a atribuição de incentivar o trabalho coletivo para efetivar o trabalho em equipe e atingir a produtividade máxima e um nível de qualidade de serviço em saúde, capaz de superar as expectativas dos usuários (ROCHA *et al.*, 2009).

A enfermagem vem ampliando, a cada dia, o seu espaço na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto no cenário internacional. O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde das pessoas em suas diferentes dimensões. O cuidado de enfermagem é, portanto, um componente fundamental no sistema de saúde local,

que apresenta os seus reflexos a nível regional e nacional e, por isso, também motivo de crescentes debates e novas significações (BACKES *et al.*, 2012).

O trabalho de enfermagem como parte do processo de trabalho em saúde tem a finalidade de prestar cuidados aos seres humanos e tem, como objetivo, o indivíduo, família ou grupo com suas singularidades. Para atuar sobre o objeto, utiliza instrumentos de trabalho (incluindo saberes e condutas), e o produto do trabalho é o cuidado realizado que é produzido e consumido simultaneamente (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; FORTUNA *et al.*, 2005; FURUKAWA; CUNHA, 2010).

No Brasil, vários estudiosos se empenham em dar visibilidade ao papel profissional do enfermeiro, seja como prática social comunitária, autônoma, ou como prática assistencial institucionalizada (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; FORTUNA *et al.*, 2005; FURUKAWA; CUNHA, 2010).

Entretanto, é preciso considerar que a enfermagem como prática comunitária vem apresentando necessidade de ressignificação, em busca de estratégias que fortaleçam seu campo de atuação, para a superação da prática hegemônica, fortalecimento do processo de trabalho (BACKES *et al.*, 2012).

Frente a essa realidade, justifica-se o presente estudo para discutir abordagens assistenciais que possam otimizar o processo de trabalho da equipe de saúde da família em especial, o trabalho enfermeiro.

Neste sentido, o presente estudo visa apresentar um instrumento de trabalho a ser desempenhado pelos enfermeiros que atuam na saúde coletiva, em especial para aqueles inseridos na Estratégia Saúde da Família. Trata-se da realização do diagnóstico situacional de saúde e a discussão desta tecnologia na qualificação e efetividade do trabalho do enfermeiro na Saúde da Família.

2 OBJETIVOS

Discutir a importância da adoção do diagnóstico situacional de saúde na rotina do trabalho dos enfermeiros da Saúde da Família.

Apresentar o diagnóstico da situação de Saúde da equipe SF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo, 2011, como ferramenta para o trabalho da enfermagem na saúde da família.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo de base territorial e por análise de dados secundários, referentes às características da situação de saúde da área de abrangência da ESF Nossa Senhora de Fátima, do município São Gotardo/MG.

Ressalta-se que a realização do Diagnóstico Situacional de Saúde (DSS) da área de abrangência da ESF compõe uma das principais atividades que conduzem o Curso de Especialização da Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (CEABSF/UFMG). Esta atividade insere-se no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde da Unidade Didática I do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (CEABSF/UFMG) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Com isso, os resultados aqui demonstrados, são originários do desenvolvimento desta atividade.

O desenvolvimento do diagnóstico situacional de saúde pauta-se na proposta dos autores Campos, Faria e Santos (2010), em que é empregada a técnica da estimativa rápida. Conforme os autores:

[...] o método da estimativa rápida não é novo, nem é a única técnica possível para se obter informações necessárias ao processo de planejamento. Suas principais vantagens relacionam-se ao fato de serem uma abordagem bastante rápida e eficiente de nos custos, como também por contribuir para a participação da comunidade e facilitar o trabalho intersetorial (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.36).

Então, as etapas para o desenvolvimento da Estimativa Rápida constituíram: a análise de dados secundários, a observação ativa do território e entrevista com informantes-chave (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Os dados secundários foram originados de informações dos relatórios sínteses do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), alimentado pela ESF Nossa Senhora de Fátima, no período de janeiro a agosto de 2011. Ressalta-se que este período correspondia a disponibilidade dos dados pela Secretaria Municipal de Saúde de São Gotardo, quanto a síntese dos relatórios SIAB. As entrevistas com os informantes-chave, o discurso da comunidade, originou-se por uma análise documental, sendo apresentado através das sínteses dos relatos, compilados da atividade do Módulo de Planejamento/CEABSF/UFTM. A opinião dos informantes-chave foram identificadas conforme papel que exercem na comunidade, a fim de resguardar seu anonimato. A

observação direta da área de abrangência, as principais situações problemas identificadas, foram apresentadas de forma descritiva.

As informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados construído no software *Excel*®. A análise quantitativa se deu por estatística descritiva por frequências absolutas (n) e em porcentagem (%). As informações resultantes foram apresentadas em tabelas e quadros para sua melhor compreensão.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÕES DO MUNICÍPIO E DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA ESF

No século XIX, Antônio Valadares e Domingos Pereira Caldas, saindo da região de Pitangui em busca de terras de cultura, fixaram-se às bordas da Mata da corda. O primeiro estabeleceu-se próximo ao atual "Córrego da Confusão" e o segundo apossou-se de terras a quatro léguas de distância do primeiro, no lugar hoje denominado Campos Domingos Pereira (PREFEITURA DE SÃO GOTARDO, 2012).

Em um artigo, sobre a cidade e o município de São Gotardo, de autoria de Padre José Batista dos Santos, publicado no seminário "A Luz", da cidade de Luz. Nele, vê-se o nome de "São Sebastião do Pouso Alegre da Confusão", havendo, a possibilidade de ter o lugar recebido, ao mesmo tempo, os nomes de "Confusão" e "São Sebastião do Pouso Alegre" (PREFEITURA DE SÃO GOTARDO SÃO GOTARDO, 2012).

São Gotardo é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba. Sua população estimada em 2010 é de 31.819 habitantes de acordo com o IBGE. Possui grande número de descendentes japoneses que migraram nos anos 1970 devido ao programa federal PADAP (Programa de Assentamento Dirigido do Alto Paranaíba). Desde o início dos anos 2000, o município de São Gotardo detém uma das maiores taxas de crescimento populacional de toda a região do Alto Paranaíba, fator relacionado a grande oferta de trabalho local, somada a alta remuneração de seus trabalhadores, o que tem contribuído para uma escassez de mão de obra. A produção agrícola é conhecida pela alta produtividade por hectare, superando padrões norte-americanos de rendimentos por área (IBGE, 2010).

O município de São Gotardo tem altitude de 1.100 metros, desta maneira proporciona um clima agradável e frio no inverno, podendo até gear em vales e regiões mais altas. Os principais rios são: Córrego Confusão (que abastece a cidade), além de formar a represa do Balneário e Rio Abaeté (IBGE, 2010).

São Gotardo apresenta índice de GINI de 0,38 que é o indicador de desigualdade social; índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,807, produto interno bruto (PIB) per capita a

preços correntes de R\$13.555,27, taxa de analfabetismo de 15% da população, valor do rendimento nominal médio mensal é de R\$ 510,00. População residente são de 16.096 homens e 15.723 mulheres (IBGE, 2013). Em 2001, conta com 13 estabelecimentos SUS, sendo deles 09 unidades básicas de saúde, 39 ACS, sete equipes de saúde da família (SF), perfazendo a cobertura de 74,42% da população residente (SALA SITUAÇÃO DE SAÚDE, 2013).

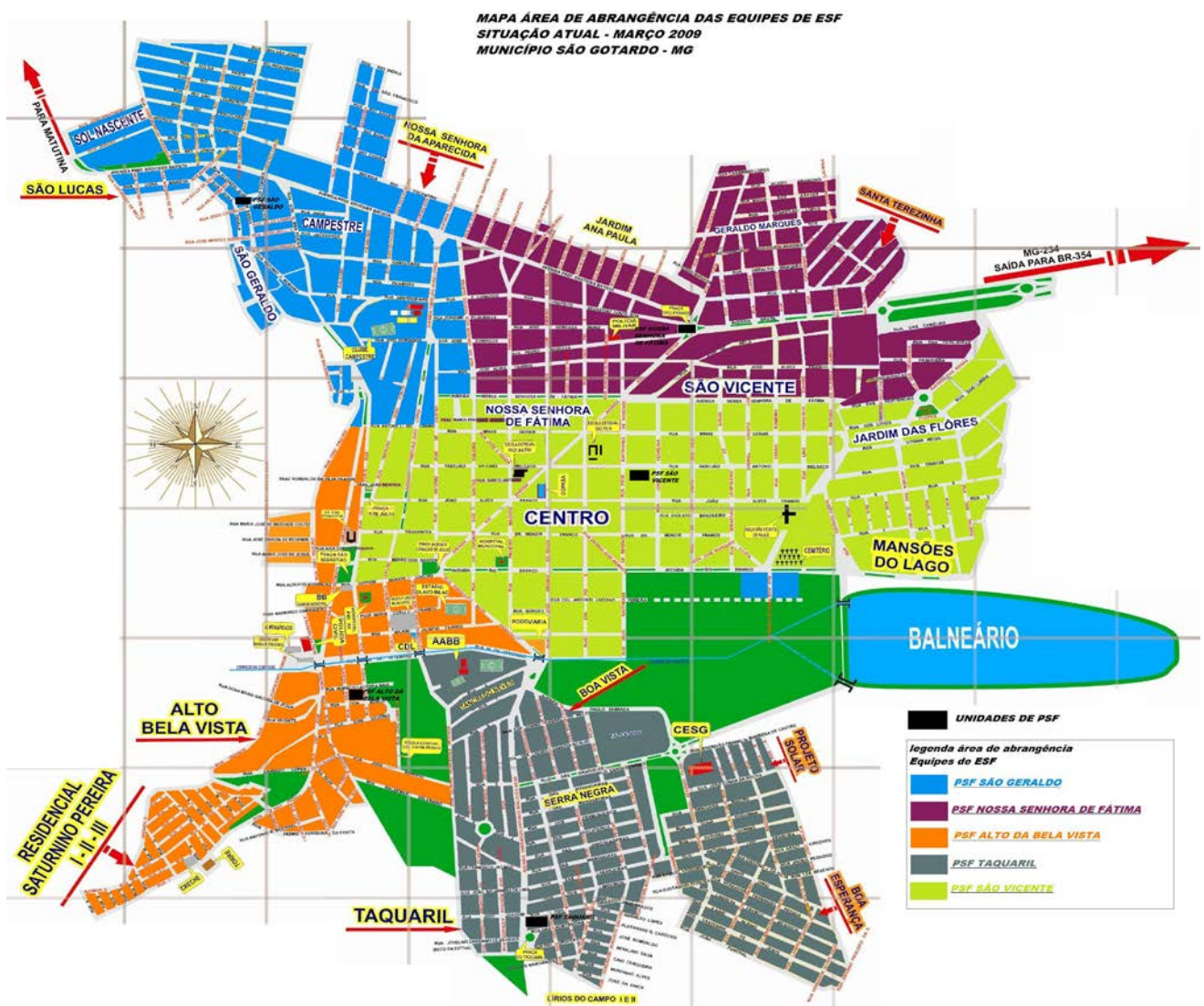


Figura 1. Mapa da área de abrangência das equipes saúde da família do município de São Gotardo/MG, 2010.

O bairro Nossa Senhora de Fátima localiza-se na região norte, conta com vários comércios, quartel da polícia militar, escolas, creche e uma Unidade Básica de Saúde da Família, sendo esta a primeira instalada no município e por este motivo a mais visitada por toda população.

No momento é a referência do município no diagnóstico e tratamento para tuberculose e hanseníase, possui fácil acessibilidade, porém há problemas de infraestrutura, pois é uma unidade adaptada, sem espaço físico adequado, prejudicando prestação de serviço à comunidade. A seguir, será descrita a caracterização das pessoas assistidas pela equipe SF Nossa Senhora de Fátima.

4.1.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SANITÁRIOS DA ESF NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

A população cadastrada na equipe SF Nossa Senhora de Fátima é de maioria feminina (n = 1740), com predomínio da faixa etária adulta jovem a adulta (de 20 a 49 anos). Os menores de 05 anos correspondem a 4,77% da população masculina e 4,12% da população feminina, e os idosos, 11,95% masculinos e 12,65% femininos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da população cadastrada na equipe SF Nossa Senhora de Fátima conforme faixa etária e sexo, São Gotardo/MG, 2011.

FAIXA ETÁRIA	SEXO			
	MASCULINO		FEMININO	
	N	(%)	N	(%)
Menor de 1 ano	11	0,63	31	1,59
1 a 4 anos	83	4,77	80	4,12
5 a 6 anos	51	2,93	48	2,47
7 a 9 anos	87	5,00	80	4,12
10 a 14 anos	155	8,91	170	8,74
15 a 19 anos	145	8,33	170	8,74
20 a 39 anos	559	32,13	611	31,43
40 a 49 anos	232	13,33	280	14,40
50 a 59 anos	209	12,01	228	11,73
60 anos e mais	208	11,95	246	12,65
Total	1740	100	1944	100

O abastecimento de água entre 1154 famílias cadastradas nesta equipe é provido 100% por rede geral de água. O destino do lixo é por coleta pública em 100% das casas e todos os domicílios apresentam rede de esgoto (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das famílias por microareas conforme abastecimento de água e rede de esgoto e destino do lixo, equipe SF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011.

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	TOTAL
Rede geral de água	200	176	184	198	189	207	1.154
Poço ou nascente	0	0	0	0	0	0	0
Fossa	0	0	0	0	0	0	0
Rede geral de esgoto	200	176	184	198	189	207	1.154
Coleta publica	200	176	184	198	189	207	1.154
Queimado / enterrado	0	0	0	0	0	0	0
Céu aberto	0	0	0	0	0	0	0
Total de famílias	200	176	184	198	189	207	1.154

4.1.2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA EQUIPE SF NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Sobre as condições de saúde referidas, hipertensão (n=477) e diabetes (n=106) são as mais incidentes. Não houve registro de portadores de tuberculose ou hanseníase no período analisado. Observa-se que o alcoolismo apresenta-se como o segundo agravo em saúde mais incidente (n=18) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição de condições de saúde referidas por microáreas, conforme número de pessoas que apresentam as condições de saúde, na equipe SF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011.

Condições de Saúde	Micro1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	TOTAL
Alcoolismo	01	-	3	11	3	-	18
Doença de Chagas	2	-	-	-	1	-	3
Deficiência	0	1	5	1	3	5	15
Epilepsia	3	-	2	2	1	-	8
Diabetes	18	12	22	16	21	17	106
Hipertensão Arterial	66	65	86	85	101	74	477
Tuberculose	-	-	-	-	-	-	-
Hanseníase	-	-	-	-	-	-	-

Entre as 29 gestantes cadastradas na equipe SF Nossa Senhora de Fátima, 41,37% são menores de 19 anos, sendo que as gestantes adolescentes concentram-se nas microáreas 4 e 5 (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição de gestantes cadastradas segundo faixa etária e por microáreas, na equipe SF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011.

Faixa etária	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Total
10 a 19 anos	2	2	1	3	3	1	12
20 anos e mais	2	4	2	1	2	6	17
Total	4	6	3	4	5	7	29

O período analisado apresentou 06 óbitos. As internações hospitalares ocorreram pelas internações por complicações por diabetes (n=4) e por abuso de álcool (n=2), seguidas em sua maioria por demais causas (n=45) (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das hospitalizações na equipe SF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, no período de janeiro a agosto de 2011.

Tipo de Hospitalização	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Por abuso de álcool	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Por complicações do diabetes	1		2					1	4
Por outras causas	4	11	3	4	6	5	8	4	45
Hospitalização menor de cinco anos por pneumonia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospitalização menor de cinco anos por desidratação	0	0	0	0	0	0	0	0	0

4.1.3. PRODUÇÃO EM SAÚDE NA EQUIPE SF NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

A produção da equipe SF Nossa Senhora de Fátima demonstra que a maior quantidade de atendimentos está voltada aos portadores de hipertensão (n=652) e aos portadores de diabetes (n= 472), seguidos pela prevenção do câncer cérvico-uterino (n=268) e de atividades de puericultura (n=190) (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição do tipo de atendimento realizado na equipe SF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011.

TIPO DE ATENDIMENTO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Puericultura	22	20	21	29	20	24	21	33	190
Pré- Natal	0	1	1	2	5	4	10	17	40
Prevenção do câncer cérvico-uterino	19	28	29	52	29	30	16	65	268
Diabetes	27	31	80	80	80	73	39	62	472
Hipertensão Arterial	29	80	106	87	90	96	69	95	652
Hanseníase	12	4	5	10	4	4	5	8	52
Tuberculose	9	7	4	12	5	8	8	12	65

Entre as ações de saúde, a solicitação da patologia clínica compõem uma das principais rotinas desses profissional, seguida pelo encaminhamento para especialistas (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição das ações em saúde realizadas na equipe SF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011.

Ações em Saúde	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Encaminhamento para atendimento especializado	24	38	28	21	45	21	15	34	226
Para internação hospitalar	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Para urgência e emergência	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Patologia clínica	49	114	133	107	120	99	37	99	758
Radiodiagnóstico	4	4	13	6	7	8	1	5	48
Exames citopatológicos cérvico-vaginal	0	20	10	11	15	10	6	12	84
Ultrassonografia obstétrica	0	2	2	0	4	3	5	8	24
Outros	45	89	82	69	94	95	40	86	600

Quanto aos procedimentos realizados pela equipe SF Nossa Senhora de Fátima, foram 2316 atendimentos individuais, 1960 consultas médicas e 1460 atendimentos individuais feitos pelo enfermeiro. Em relação a procedimentos, curativos (n= 239) e inalações (n= 100) são mais recorrentes na rotina de trabalho da equipe (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição dos procedimentos de saúde realizadas na equipe SF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011.

Procedimentos	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Total
Visita de inspeção sanitária	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Atendimento individual do Enfermeiro	167	171	160	208	191	169	170	224	1460
Atendimento individual profissional de nível superior	210	300	127	296	318	284	304	477	2316
Curativo	17	22	45	67	20	22	23	23	239
Inalações	7	11	11	24	15	19	3	10	100
Injeções	19	17	11	9	3	8	7	6	80
Retirada de Pontos	11	14	13	15	8	6	9	15	91
Sutura	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tratamento de Reidratação Oral	9	14	22	15	20	9	6	18	113
Grupos de educação em saúde	0	1	1	2	0	1	1	1	7
Número de Reuniões	1	1	2	2	1	1	1	1	10
Consultas	164	301	287	264	327	280	120	217	1960

As visitas domiciliares dos ACS correspondem a 95,92% do total de visitas realizadas pela equipe. Os profissionais do nível médio (n=28) seguidos pelo enfermeiro (n= 16) são os que mais realizam esses procedimentos após os ACSs, dentro do cotidiano de prática da equipe (Tabela 9).

Tabela 9. Caracterização das visitas domiciliares realizadas na equipe SF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo/MG, 2011.

Visitas Domiciliares	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago
Visitas domiciliares do médico	5	6	4	3	4	5	3	4
Visitas domiciliares do Enfermeiro	7	18	12	10	5	7	14	16
Visitas de profissionais de nível médio	16	30	17	45	28	31	23	28
Visitas das ACS	959	1160	960	1164	1143	1157	934	1129
Total de visitas	987	1224	993	1222	1180	1200	974	1177

4.1.4 DESCRIÇÃO DOS RECURSOS DE SAÚDE DA EQUIPE SF NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

A equipe SF Nossa Senhora de Fátima existente foi a primeira Unidade de Saúde do município, é uma sede antiga de propriedade do Governo Estadual e sua área física é

inadequada. Não existe sala de esterilização, sendo que a autoclave é acondicionada e utilizada na sala das ACS. A recepção é pequena, sendo que a sala também é utilizada para pré-consulta. As atividades com a comunidade são realizadas na quadra da Escola Cecília Meireles, que fica ao lado da equipe SF.

Atualmente a Unidade está bem equipada com recursos materiais e profissionais. O quadro de funcionários está completo e não faltam materiais para os trabalhos desenvolvidos na equipe SF. A equipe tem uma boa integração com as demais áreas da Secretaria de Saúde: Ambulatório de Consultas Especializadas, Tratamento fora do Domicílio (intermunicipais), Laboratório, Pronto Atendimento, Farmácia Verde e Fisioterapia. A equipe SF Nossa Senhora de Fátima é a unidade de referência no atendimento de Hanseníase e Tuberculose.

4.1.5 MAPEAMENTO DOS EQUIPAMENTOS SOCIAIS E DOS RECURSOS COMUNITÁRIOS DA ÁREA DE ABRANGENCIA DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Observa-se que há equipamentos sociais disponíveis na área de abrangência da ESF Nossa Senhora de Fátima, os equipamentos sociais são em sua maioria na área de educação, esporte e lazer, segurança e religião (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos recursos comunitários e equipamentos sociais da área de abrangência da ESF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo, 2011.

Instituição	Área de atuação	Publico alvo	População coberta
Escola Municipal Cecília Meireles	Educação	Crianças de 4 à 5 anos	320 alunos
Escola Estadual José Caetano Ribeiro	Educação	Adolescentes e jovens	500 Alunos
Creche Josa Ribeiro	Educação	Crianças de 1 à 4 anos	63 alunos
Quadra coberta da Escola Cecília Meireles	Esporte e Lazer	Adolescentes, Jovens e Adultos	Moradores do município.

Pista de Caminhada	Esporte e lazer	Toda população	Moradores do município.
Quartel de Atendimento da Polícia Militar	Segurança	Toda a População	Moradores do município.
Igreja Nossa Senhora de Fátima	Religião	Toda a População	Moradores do município.

4.2. IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE SF NOSSA SENHORA DE FÁTIMA E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Nesta seção, apresenta-se o fragmento das entrevistas com informantes-chave, resultante das atividades desenvolvidas no módulo de planejamento em saúde, conforme sistematização no Quadro 2.

Quadro 2. Síntese de entrevistas com informantes-chave sobre a situação de saúde e proposta de intervenção para a área de abrangência da equipe SF Nossa Senhora de Fátima, São Gotardo, 2011.

INFORMANTES – CHAVE	PROBLEMAS	PROPOSTA
<i>Moradora Antiga do Bairro</i>	Cães na rua, lixo jogado em lotes vagos, o que causa aparecimento de ratos e baratas.	Conscientização da população, construção de um canil
<i>Moradora Antiga do Bairro</i>	Falta de atividades de lazer para idosos.	Criação de oficinas de bordados e pintura
<i>Membro do Conselho de Saúde</i>	Cães na rua, banheiros entupidos e com mau cheiro.	Construção de um canil e ações do setor de obras da Prefeitura Municipal
<i>Morador Antigo do bairro</i>	Barulho à noite e o desemprego.	Ações da Prefeitura Municipal, criação de mais oportunidades pra os jovens.

<i>Morador do bairro há 30 anos</i>	Cães na rua, buracos, falta de lazer.	Criação de um canil, criação de grupos, atividades para jovens, recapeamento do asfalto.
<i>Moradora do bairro</i>	Pessoas vendendo drogas.	Propor que a polícia faça rondas à noite.
<i>Dono da Floricultura</i>	Buracos, limpeza das ruas, filas para atendimento médico no PSF.	Recapeamento das ruas, a Prefeitura Municipal de maior compromisso com a limpeza da cidade, médico em tempo integral.

4.3. IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS PELA OBSERVAÇÃO ATIVA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE SF NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

A observação ativa da área de abrangência e a aproximação da atuação da equipe ao cotidiano de vida dos usuários evidenciam como problemas relevantes da área de abrangência: lixo em lotes vagos; cães soltos; área de prostituição e alto consumo de drogas ilícitas; falta de lazer para idosos; falta de uma associação de bairro; número alto de gestantes adolescentes.

4.4. SÍNTESE DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE QUE ACOMETEM A ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE SF NOSSA SENHORA DE FÁTIMA E PROPOSTA DE AÇÃO

Verifica-se que grande parte dos anseios estão voltados para o setor administrativo municipal, acredita-se que a estratégia de saúde da família pode colaborar na organização para eleger representantes de bairro, onde estes após reuniões comunitárias estariam demonstrando junto ao município seus anseios e necessidades cotidianas, teriam a possibilidade de buscar alternativas para a situação dos cães nas ruas, a falta de lazer no bairro, o consumo de drogas, prostituição e o lixo em lotes vagos.

Identificou-se um índice de 3,5% de adolescentes grávidas entre 10 a 19 anos ~~grávidas~~, demonstrando a necessidade de oportunizar oficinas, palestras, trocas de experiência entre os pais dessas adolescentes grávidas e que devemos alertar mães adolescentes ~~em alertarmos~~ quanto á educação sexual e métodos contraceptivos.

E, no calendário municipal festivo sempre buscar ofertar reuniões e encontros festivos para usuários da terceira idade, estes são divulgados e a presença demonstra-se muito marcante.

Tem-se de janeiro a agosto de 2011 um total de 268 coletas de citopatológico o que demonstra índice de 19,63% de mulheres que realizaram seu exame de prevenção do câncer de colo uterino. A maioria das mulheres que realizaram o exame (31,84%), se encontra faixa etária economicamente ativa, de 20 a 39 anos de idade. Esta realidade reforça a necessidade de ofertar atendimento para saúde do trabalhador.

Outro dado relevante é o índice de puericultura que demonstra até o mês de agosto de 2011, 16,25% de acompanhamento e avaliação nutricional em crianças menores de 5 anos de idade, reforçando condutas nos primeiros anos de vida.

5 DISCUSSÃO

Na ESF existe um caráter de complementariedade das ações na organização do processo de trabalho da equipe. É pela relação entre os trabalhadores da saúde que ocorre definições de autonomia e liderança, além das competências técnicas de cada categoria. O que se tem observado é que ocorre uma centralidade na figura dos enfermeiros da SF na função de coordenação e gerenciamento da equipe (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; FORTUNA *et al.*, 2005).

Por um lado, essa centralidade pode acabar por acarretar uma sobrecarga ao profissional, pois nem sempre essa atribuição operacional está agregada a uma valorização institucional do enfermeiro. É recorrente desempenharem suas funções em espaços com fragilidades de infraestrutura, desorganização da demanda assistencial ou precariedade de vínculos empregatícios (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

Há uma crise de situação de trabalho dos profissionais de saúde atuantes no âmbito do SUS, que perfaz desde a questão salarial e de carreira profissional até a carência de recursos técnicos e materiais. Entre os principais fatores agravantes, no Brasil, estão os baixos salários e as precárias condições de trabalho dos profissionais do serviço público, geradores de desmotivação, desresponsabilização na execução das atividades – por exemplo, não cumprimento da carga horária – e abandono do trabalho (COTTA *et al.*, 2006; BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011). Dentre outros aspectos, essas situações interferem no processo de trabalho, em que muitas vezes o enfermeiro acaba por reproduzir uma prática tradicional de assistência na atenção básica, pautada em pronta-consulta, tendo em vista que esses aspectos se apresentam como fatores dificultadores para a implementação de práticas inovadoras na atenção básica (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; FORTUNA *et al.*, 2005).

Como menciona o estudo de Feliciano, Kovasc e Sarinho (2010) é comum que durante uma semana típica de trabalho na saúde da família, seja mais limitante a realização de atividades como visitas domiciliares, atividades educativas em grupo e reunião com equipe. Em seu estudo, apontam que:

[...] Numa semana típica, conforme os relatos, ocupavam entre seis e sete turnos com consultas: pré-natal, puericultura, planejamento familiar e prevenção do câncer cérvico-uterino. No tempo restante realizavam atividades educativas grupais, visitas domiciliares, reunião com equipe, atendimento dos doentes de tuberculose e hanseníase, supervisão de agente comunitário de saúde e auxiliares de enfermagem, consolidação dos relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica e coordenação das campanhas de vacinação e semanas comemorativas (amamentação, dengue, dentre outros). Como gerentes respondiam pela manutenção da unidade, suprimentos, marcação de consultas e exames especializados (Feliciano; Kovasc; Sarinho, 2010, p.523).

Com isso, há na SF uma simultaneidade das atividades do enfermeiro que o colocam tanto na parte assistencial, quanto em ações gerenciais da equipe. Essa realidade acarreta uma necessidade de organização da rotina de trabalho mais propositiva para garantir a qualidade do cuidado. É esperado que o enfermeiro desenvolva uma gestão da sua prática que busque minimizar esses impactos estruturais, que consiga compartilhar responsabilidades, gerenciar recursos, a fim de resultados mais efetivos (FURUKAWA; CUNHA, 2010).

É crescente o consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos, afetam a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (OLIVEIRA; MARCON, 2007). É neste sentido que o presente estudo vem apontar a implementação do Diagnóstico Situacional de Saúde como uma ferramenta subsidiadora da atuação do enfermeiro na SF.

Segundo a legislação que regulamenta a profissão (Lei do Exercício Profissional – LEP 7.498/86), o enfermeiro, como integrante de equipe de saúde, tem participação na elaboração, planejamento, execução e avaliação de planos e programas de saúde, como também na educação continuada de pessoal de saúde; na elaboração e operacionalização do sistema de referência e contrarreferência do paciente e nas ações de vigilância epidemiológica (COFEN, 2013).

Neste âmbito, adotar o DSS como instrumento norteador para a organização das ações da ESF, ampara o enfermeiro para um melhor gerenciamento e assistência, na divisão das responsabilidades, por orientar a construção de práticas em saúde que façam convergência as reais necessidades da população adstrita.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico situacional de saúde é uma das mais importantes ferramentas de trabalho na ESF, é um levantamento das condições de saúde e de risco de uma determinada população, que auxilia na priorização de problemas e necessidades, para posteriormente planejar e programar ações.

Haja vista que para planejar e direcionar as ações de saúde é necessário conhecer a realidade, a dinâmica e os riscos que a população/comunidade está inserida, a forma como estão organizados os serviços e as rotinas das unidades básicas de saúde e das equipes de SF.

O enfermeiro como membro da equipe SF assume diversas responsabilidades, como a coordenação e supervisão de Agentes Comunitários de Saúde e dos auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem, além do gerenciamento de demais ações da unidade de saúde.

O presente estudo defende que ao apoiar sua atuação pela aplicação do DSS, o enfermeiro poderá realizar um melhor gerenciamento de sua atuação na ESF. Os resultados do DSS da equipe SF Nossa Senhora de Fátima, apontaram que problemas da área de abrangência envolvem a participação popular, cobertura de citopatológico, a saúde do adolescente e as ações de puericultura.

Nesse sentido o DSS auxiliou no esclarecimento dos problemas e das necessidades sociais e de saúde da área de abrangência da equipe SF, base fundamental para o planejamento estratégico situacional, apoiando o desenvolvimento de ações mais focadas, efetiva relação com o cenário. E, com isso, apoiar o fortalecimento do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.C.P; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface** (Botucatu).v.5, n.9, p.150-3. 2001
- BACKES, D. S; *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária á estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.17, n.1, p.:223-230. 2012
- BERTONCINI,J.H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A.; Condições de Trabalho e Renormalizações nas Atividades das Enfermeiras na Saúde da Família. **Trabalho Educação e Saúde**. v.9, supl.1, p.157-173,2011.
- 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 Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. [Acesso em 12 de jul 2013]. Disponível em: <<http://novo.portalcofen.gov.br/>>.
- COTTA,R, M. M.; *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Viçosa-MG. 2006; 15(3):7-18.
- FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.
- FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO,S.W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*. v.44, n.3, p.520-527, 2010.
- FORTUNA, CM; *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13; n.2; p.262-8, 2005.
- FURUKAWA, PO; CUNHA, ICKO. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**.v.63, n.6, p.1061-6, 2010.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010- IBGE Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>>. Acesso em: 10 de jan. 2013.

OLIVEIRA, R.G.;MARCON,S.S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v.41, n.1, p.65-72. 2007

PREFEITURA DE SÃO GOTARDO. Informações sobre o município.[Acesso em 13 Ago 2012]. Disponível em: <http://www.saogotardo.mg.gov.br>

ROCHA,B. S.; *et al.* Enfermeiros Coordenadores de Equipe do Programa Saúde da Família: Perfil Profissional. **Revista de Enfermagem da. UERJ**.v. 17, n.2, p.229-33, 2009.

SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. Departamento de Informática do SUS. Apoio a Gestão Estratégica. [Acesso em 13 julho 2013]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica. Departamento de Informática do SUS. Situação de Saúde de São Gotardo. Relatórios Consolidado de Famílias- Secretaria Municipal de Saúde de São Gotardo/MG (impresso). 2011