

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA ESTRATÉGIA DA FAMÍLIA EM INDICADORES DA POPULAÇÃO INFANTIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS NO PERÍODO 1998/2013

FAMILY'S STRATEGY IMPACT EVALUATION ON CHILD POPULATION INDICATORS FROM MINAS GERAIS STATE IN THE PERIOD 1998/2013

Eliane Interlandi da Costa Silva¹

Nina Rosa Fernandes Diniz²

Marilene de Souza Campos³

RESUMO:

Após a promulgação da Constituição de 1988, a saúde tornou-se direito de todos e dever do Estado, garantido através de políticas sociais. A implantação do Programa Saúde da Família em 2004, hoje chamado Estratégia Saúde da Família, fez parte da política de Atenção Básica estruturada em um atendimento primário, baseado no reconhecimento das necessidades da população e estabelecimento do vínculo social entre a população e os profissionais. O objetivo desta pesquisa foi avaliar os resultados da política pública em relação aos seus propósitos de formulação. Para tal realizou-se uma pesquisa descritiva de caráter quantitativo, realizada junto aos dados do DataSUS, para o período de 1998 a 2013, para as crianças de 0 a 5 anos do estado de Minas Gerais. A análise dos dados evidenciou o aumento da cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, redução na incidência de desnutrição nesta mesma faixa etária, redução de hospitalização por desidratação e pneumonia em crianças menores de 5 anos e redução da incidência de diarreia em crianças menores de 2 anos de idade. Tais melhorias podem ser diretamente relacionadas à implantação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), aumento das equipes da ESF e atuação das mesmas junto à população mineira.

PALAVRAS-CHAVE: Política Pública de Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Saúde Infantil.

ABSTRACT:

After the 1988 Constitution, health became the right of everyone and the duty of the state, guaranteed through social policies. The implementation of the Family Health Program in 2004, now called the Family Health Strategy, was part of the public policy of Basic Care structured in a primary care based on the recognition of the needs of the population and establishment of the social bond between the population and the professionals. The objective of this research was to evaluate the results of public policy in relation to its formulation purposes. The methodology used was the bibliographic and documental research of a descriptive-explanatory character, carried out together with data from the DataSUS, for

¹ Mestra em Administração Pública pela Universidade Federal de Viçosa e graduada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/7652774266305464>.

² Mestra em Administração Pública e graduada em Bioquímica pela Universidade Federal de Viçosa. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/1619484621958992>.

³ Doutora e mestra em Sociologia pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro e graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora da Universidade Federal de Viçosa *campus* Rio Paranaíba e coordenadora do Mestrado Profissional em Administração Pública. Currículo: <http://lattes.cnpq.br/2307841968343242>.

Revista Brasileira de Gestão e Engenharia – ISSN 2237-1664 Centro de Ensino Superior de São Gotardo	Número XVIII Volume I Jul-dez 2018	Trabalho 03 Páginas 48-63
http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia	periodicoscesg@gmail.com	

the period from 1998 to 2013, for children from 0 to 5 years of the state of Minas Gerais. Data analysis showed an increase in vaccination coverage in children under 1 year of age, a reduction in the incidence of malnutrition in this age group, a reduction in hospitalization for dehydration and pneumonia in children under 5, and a reduction in the incidence of diarrhea in children under 2 years of age. Such improvements can be directly related to the implantation of the Basic Health Units (BHU), increase of the ESF teams and their performance among the population of Minas Gerais.

KEYWORDS: Public Health Policy; Family Health Strategy; Children's Health.

01 – INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde foi regulamentado pelos artigos 196, 197, 198, 199 e 200 da Constituição Federal de 1988, estabelecendo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade no art. 198. Desde então, tem sido um desafio para o Ministério da Saúde cumprir tais diretrizes em um país com dimensões continentais e grandes desigualdades sociais. Na CF-88, a equidade social no âmbito da saúde foi tratada como igualdade no acesso aos serviços e universalidade da cobertura. Como destacam Neri e Soares (2002), a viabilidade do sistema nacional de saúde sustenta-se em aportes financeiros que transcendem a capacidade de financiamento do setor, o que gera problemas de sustentabilidade.

A Lei 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 (BRASIL, 1990). No §1 do art. 2 são definidas as atribuições e objetivos do Estado que para garantir a saúde atua na formulação e execução de políticas econômicas e sociais destinadas à redução de riscos de doenças no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde como política nacional de atenção básica, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas. Em 28 de março de 2006, a Portaria no. 648 estabeleceu o PSF como estratégia prioritária do Ministério da Saúde, para organizar a Atenção Básica mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Revista Brasileira de Gestão e Engenharia – ISSN 2237-1664 Centro de Ensino Superior de São Gotardo	Número XVIII Volume I Jul-dez 2018	Trabalho 03 Páginas 48-63
http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia	periodicoscesg@gmail.com	

Em 2011, devido à necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil, a portaria GM no. 2.488/2011 revogou a portaria GM no. 6482006 e disposições em contrário, ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACs). Assim a ESF foi implementada nas Unidades Básicas de Saúde como forma de reorganizar a prática assistencial no Brasil. O objetivo dessa iniciativa foi reorganizar e reorientar a prática multiprofissional, em comprometimento com o princípio da vigilância à saúde e integralidade do cuidado sobre a população, proporcionando uma assistência contínua e de boa qualidade (TOSIN et. al., 2014). Desse modo, pretende-se avaliar a evolução de alguns indicadores de qualidade da saúde, no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2013, no estado de Minas Gerais, após a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica à Saúde, mostrando o impacto deste novo modelo de prática assistencial na saúde da população infantil do estado.

02 – REFERENCIAL TEÓRICO

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser entendida como a estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde para atender às demandas da população, o que implica considerá-la como parte coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Damasceno et al., 2016). Nesse contexto, surgem importantes instrumentos normativos como a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria no. 2488, de 21 de outubro de 2011, que sintetiza as finalidades e atribuições que envolvem as ações que competem à saúde da família:

Revista Brasileira de Gestão e Engenharia – ISSN 2237-1664 Centro de Ensino Superior de São Gotardo	Número XVIII Volume I Jul-dez 2018	Trabalho 03 Páginas 48-63
http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia	periodicoscesg@gmail.com	

a Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A adoção da Estratégia da Saúde da Família no Brasil (ESF) vem passando por continuas transformações ao longo dos anos, sendo que, em 2013, alcançou, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, a cobertura de 56,2% da população brasileira, com um total de 34.715 equipes implantadas (DAMASCENO et al., 2016). No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Segundo dado dessa política, o Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito. E para vencer esse desafio o Ministério da Saúde criou a estratégia Saúde Mais Perto de Você, instalando as milhares de Unidades Básicas de Saúde perto de onde as pessoas moram.

A política ainda articula a Atenção Básica com iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, universalização do Programa Saúde na Escola, implantação da Academia da Saúde e integração com o Melhor em Casa. O objetivo é fornecer uma Atenção Básica à maioria das necessidades de saúde com agilidade e qualidade, de modo acolhedor e humanizado. A Atenção à Saúde se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

Assim, para garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, a população é atendida por uma equipe multiprofissional em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) caracterizadas por relações de vínculo e responsabilização entre eles. As UBSs devem ser construídas de acordo com o Manual de Infraestrutura do Departamento de Atenção Básica e serem cadastradas

Revista Brasileira de Gestão e Engenharia – ISSN 2237-1664 Centro de Ensino Superior de São Gotardo	Número XVIII Volume I Jul-dez 2018	Trabalho 03 Páginas 48-63
http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia	periodicoscesg@gmail.com	

no sistema de cadastro nacional vigente. As equipes multiprofissionais devem ser compostas por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar os profissionais da saúde bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) ou outros profissionais em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população.

A equipe deve territorializar e mapear sua área de atuação, identificando grupos e famílias, manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação e responsabilizar-se por essa população. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2015), o estado de Minas Gerais tem hoje população de 19.855.332, distribuídos em 853 municípios. São 852 municípios cobertos por Agentes Comunitários de Saúde, 836 contando com Equipe de Saúde da Família e 747 contando com Equipe de Saúde Bucal. A proporção de cobertura populacional estimada hoje é de 77,49%.

03 – METODOLOGIA

A pesquisa quanto aos objetivos pode ser definida como descritivo-explicativa, uma vez que busca descrever o estado da saúde, em relação aos requisitos da prevenção e inclusão das crianças no estado de Minas Gerais. A abordagem é quantitativa, sendo as informações retiradas do banco de dados da DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), do Ministério da Saúde e foram gerados pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). O período coberto é de 1998 a 2013 e a faixa de população estudada de 0 a 5 anos. Em 2014, houve a troca do sistema de informação do SIAB para o SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica), dando início a geração de um novo banco de dados, motivo pelo qual limitamos nossa pesquisa ao ano de 2013.

Revista Brasileira de Gestão e Engenharia – ISSN 2237-1664 Centro de Ensino Superior de São Gotardo	Número XVIII Volume I Jul-dez 2018	Trabalho 03 Páginas 48-63
http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia	periodicoscesg@gmail.com	

Foram escolhidos cinco indicadores de saúde, dentre os vários fornecidos pelo SIAB, por serem os que melhor expressam o impacto na situação de saúde da população infantil do estado. São eles:

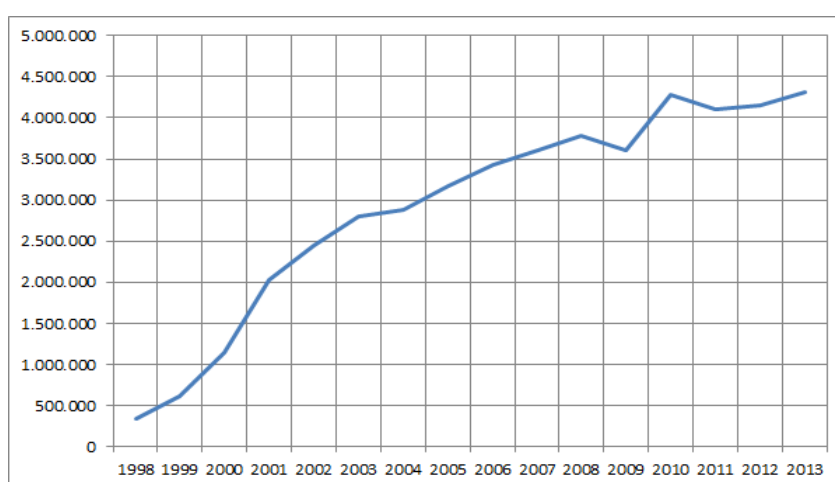
- crianças menores de 1 ano com vacinas em dia;
- crianças menores de 1 ano com desnutrição;
- hospitalização de crianças menores de 5 anos com desidratação;
- hospitalização de crianças menores de 5 anos com pneumonia;
- crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia.

04 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos primeiros anos após a implantação da ESF, os resultados mostram um incremento gradual dos indicadores, pois neste período as equipes ainda estavam sendo implantadas aos poucos nos municípios que iam aderindo ao novo modelo de atenção. Estas equipes realizavam cadastramento das famílias adscritas e levantamento dos dados socioambientais e de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A tabela 1 demonstra o quantitativo de cadastramento das famílias ao longo do período e o gráfico ilustra seu crescimento.

Tabela e gráfico 1: Número de famílias de Minas Gerais cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica por ano - Período 1998 a 2013.

Ano	Nº de Famílias
1998	333.136
1999	620.889
2000	1.143.497
2001	2.028.792
2002	2.446.465
2003	2.803.261
2004	2.874.104
2005	3.163.158
2006	3.423.686
2007	3.601.948
2008	3.785.942
2009	3.606.275
2010	4.278.808
2011	4.097.827
2012	4.157.067
2013	4.312.945
Total	46.677.800



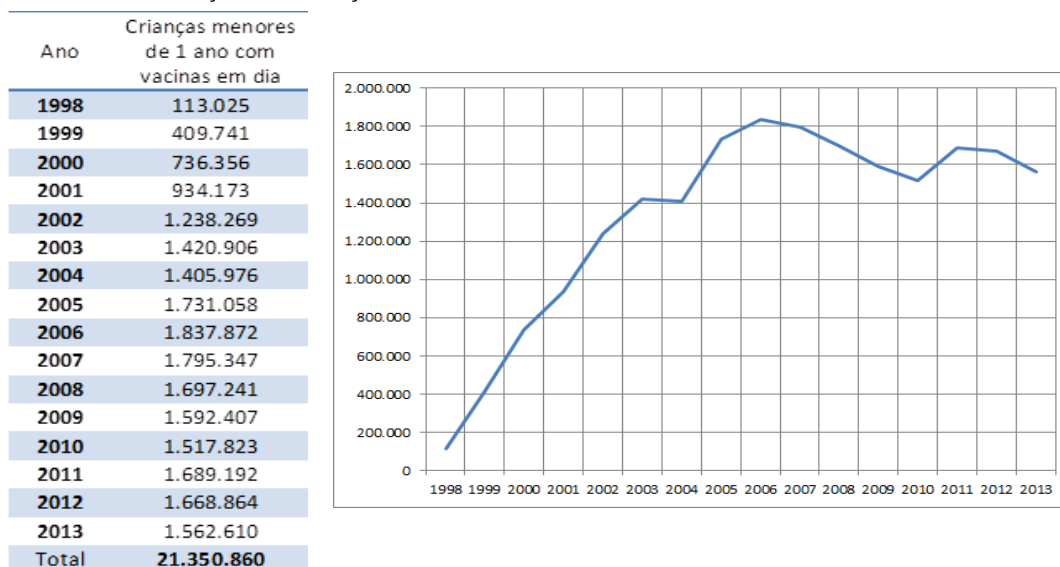
Fonte: DataSUS, 2018.

Apresenta-se a seguir a análise de cada um dos cinco indicadores de saúde escolhidos.

4.1 – Primeiro indicador: Crianças menores de 1 ano com Vacinas em dia

Este indicador contabiliza a proporção da população infantil menor de 1 ano imunizada conforme o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). A meta operacional básica do PNI é vacinar 100% das crianças menores de 1 ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico. A implantação da Estratégia de Saúde da Família nos municípios mineiros proporcionou uma busca ativa das crianças menores de 1 ano nas áreas de abrangência das equipes de saúde, atualizando o estado vacinal daquelas que estavam com vacinas atrasadas. Além disto, o fato de ser solicitada a apresentação da Caderneta de Saúde da Criança em todos os atendimentos nas UBSs proporciona esse acompanhamento frequente. A orientação das famílias sobre a importância das vacinas através de ações educativas, de campanhas vacinais e mutirões de imunização em áreas de difícil acesso também colaboram para o bom desempenho do indicador. A tabela e o gráfico 2 mostram em números absolutos a evolução do número de crianças consideradas pelo cartão vacinal em dia, no período de 1998 a 2013, no estado de Minas Gerais.

Tabela e gráfico 2: Quantitativo de crianças menores de 1 ano com vacinas em dia por ano cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica - Minas Gerais - Período 1998 a 2013



Fonte: DataSUS, 2018.

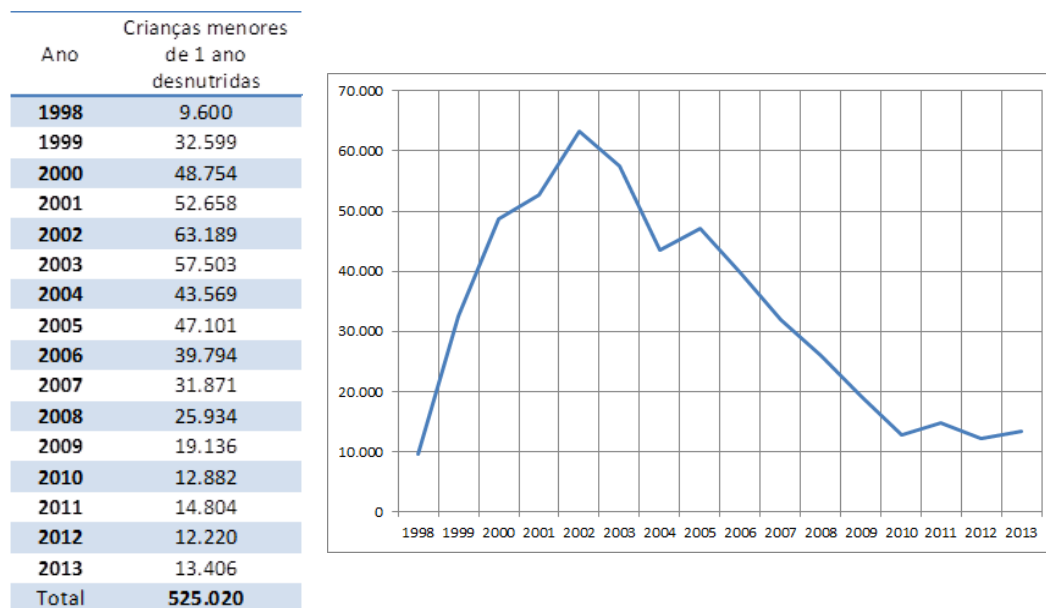
4.2 – Segundo Indicador: Crianças menores de 1 ano com Desnutrição

A desnutrição infantil é um problema de dimensões alarmantes em boa parte do mundo. Associada à pobreza e à desigualdade, é um expressivo fator de mortalidade de crianças nos países em desenvolvimento, apesar dos esforços realizados nas últimas décadas para reduzir esse índice. Segundo um relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicado em 2000, 49% das mortes de crianças menores de 5 anos nos países em desenvolvimento estão relacionadas à desnutrição (OLIVEIRA et. al, 2012). Ela também aumenta o risco de uma série de doenças, pode afetar o crescimento e o desenvolvimento cognitivo e aumentam as chances de complicações de saúde na idade adulta. Por isso, a segurança alimentar e nutricional é uma questão básica da saúde para a infância (FERREIRA et. al, 2009).

Na tabela e no gráfico 3, podemos observar um incremento no número absoluto de crianças menores de 1 ano desnutridas até o ano de 2002 no estado de MG, que corresponde ao período de adesão gradual dos municípios ao programa de saúde da família, com lançamento gradativo dos dados de suas respectivas áreas de abrangência. A seguir, observa-se uma importante redução no índice de crianças desnutridas. O incentivo ao aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida, a pesagem mensal das crianças até os dois anos de vida identificando as que se encontram com baixo peso e a atuação dos profissionais nutricionistas na recuperação destas crianças são ações das equipes de saúde da família que possibilitaram uma mudança positiva no indicador.

Revista Brasileira de Gestão e Engenharia – ISSN 2237-1664 Centro de Ensino Superior de São Gotardo	Número XVIII Volume I Jul-dez 2018	Trabalho 03 Páginas 48-63
http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia	periodicoscesg@gmail.com	

Tabela e gráfico 3: Quantitativo de crianças menores de 1 ano desnutridas por ano cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica - Minas Gerais - Período 1998 a 2013



Fonte: DataSUS, 2018.

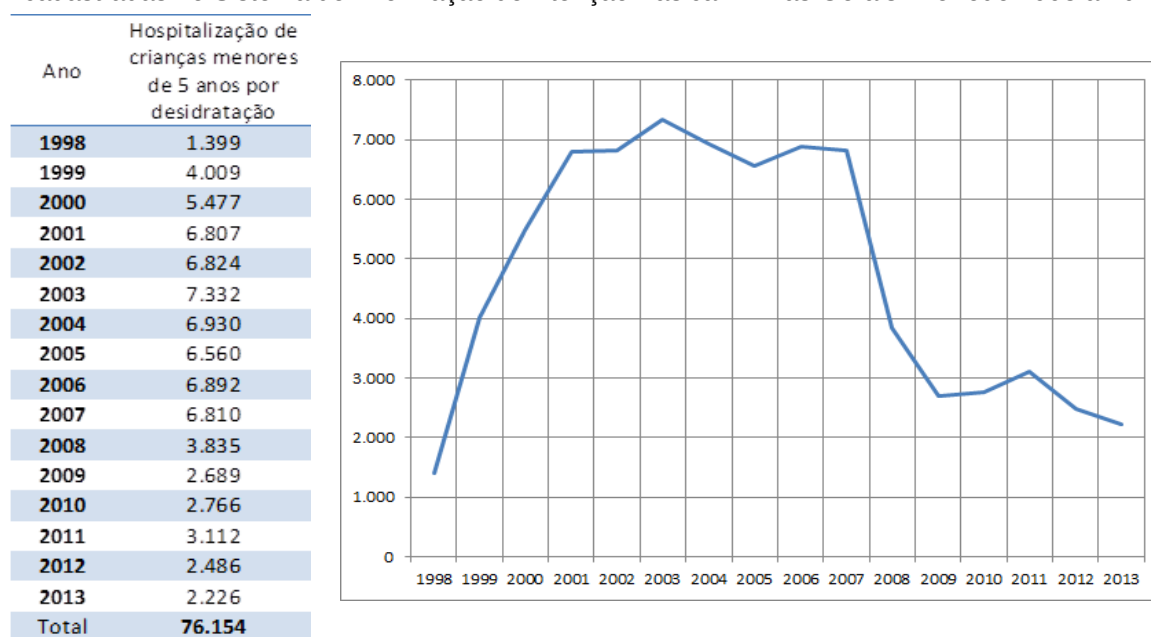
4.3 – Terceiro Indicador: Hospitalização de crianças menores de 5 anos com Desidratação

A desidratação infantil é uma condição grave que pode levar ao óbito, mas evitável por medidas de atenção básica. A frequência de internações por doenças consideradas de fácil prevenção reflete inversamente a qualidade da assistência primária de saúde prestada à população, assim como suas condições de vida (SBP, 2015). Na desidratação aguda há uma perda corporal de água e sais minerais, e em crianças, a grande maioria dos casos é provocada pela infecção intestinal e a gastroenterite, que causa vômitos e diarreia. A gravidade do quadro vai depender da quantidade e da velocidade das perdas de água e eletrólitos. As crianças menores de 1 ano são mais propensas à progressão rápida para um quadro de choque, com risco aumentado de morte (OLIVEIRA, 2009).

A Terapia de Reidratação Oral (TRO) é um tratamento simples e de baixo custo que pode ser iniciada na própria UBS pela equipe de saúde, indicada para crianças com desidratação leve a moderada e que não apresentem vômitos. Ela evita procedimentos mais traumáticos para a criança, como a hidratação venosa em

ambiente hospitalar, e tem eficácia semelhante a esta. Graças ao uso da TRO na atenção básica, a mortalidade na faixa etária de 0 a 5 anos por diarreia e desidratação vêm diminuindo de forma significativa desde a década de 90 (COSTA, 2010). Observamos, através da análise da tabela e do gráfico 4, uma importante redução das internações infantis a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família devido, principalmente, a melhoria do acesso aos serviços de saúde às crianças com problemas agudos e ao uso da TRO.

Tabela e gráfico 4: Hospitalização de crianças menores de 5 anos por desidratação por ano cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica - Minas Gerais - Período 1998 a 2013



Fonte: DataSUS, 2018.

4.4 – Quarto Indicador: Hospitalização de crianças menores de 5 anos com Pneumonia

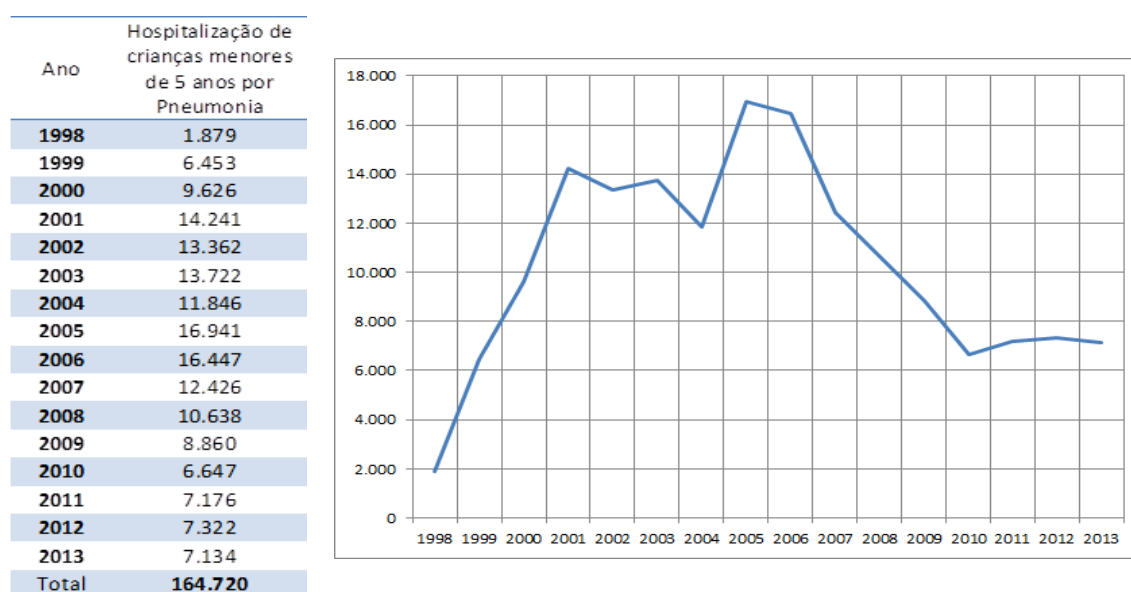
A pneumonia é uma doença que leva ao óbito cerca de 2 milhões de crianças abaixo de 5 anos de idade no mundo, segundo dados da OMS, principalmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, esta afecção é responsável por 30% das hospitalizações de crianças e a taxa de mortalidade média varia entre 11% e 13% dos casos internados na faixa etária de 0 a 4 anos (RODRIGUES, 2007).

As condições que favorecem o aparecimento da pneumonia infantil são: baixo peso ao nascer, desnutrição, falta de aleitamento materno, deficiência de vitamina A, poluição ambiental e exposição à fumaça de cigarro, sendo a desnutrição e o baixo peso ao nascer os fatores de mais alto risco para a evolução para o óbito por pneumonia aguda. Várias destas condições podem sofrer intervenção por ações de saúde realizadas na atenção básica, voltadas para o acompanhamento das gestantes no pré-natal e acompanhamento sistemático das crianças, promovendo melhorias nas condições de vida e saúde desta população, reduzindo a incidência e a gravidade da pneumonia infantil.

A vacinação da criança em dia também é ação do nível primário de atenção à saúde infantil que ajuda a reduzir enormemente a incidência de pneumonia, pois inclui imunidade contra as duas principais bactérias que causam a maior parte das pneumonias e contra o vírus da gripe que, frequentemente, provoca complicações e pode culminar em pneumonias agudas.

Através da análise da tabela e do gráfico 5 podemos observar uma redução importante no número absoluto de internações por pneumonia em crianças menores de 5 anos no estado de Minas Gerais, no período analisado.

Tabela e gráfico 5: Hospitalização de crianças menores de 5 anos por Pneumonia por ano cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica - Minas Gerais - Período 1998 a 2013



Fonte: DataSUS, 2018.

4.5 – Quinto Indicador: Crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia

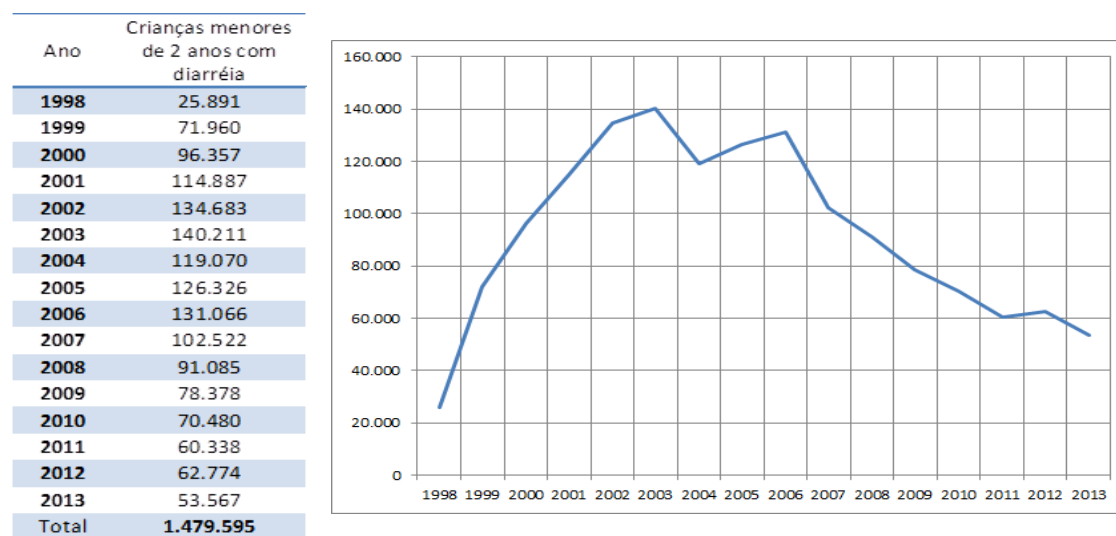
A diarreia é uma doença infecciosa de transmissão fecal-oral seja mediante contato direto, seja veiculada por água e alimentos contaminados. Portanto, é doença bastante prevalente em locais com condições sanitárias desfavoráveis e deve ser entendida dentro de um modelo de multicausalidade, envolvendo fatores socioeconômicos, demográficos, culturais, comportamentais e biológicos (SILVA, 2002).

A incidência da diarreia é maior durante o primeiro ano de vida, quando a criança é mais vulnerável às condições ambientais desfavoráveis. Este fato é agravado pelo desmame precoce e pela desnutrição. A equipe de saúde da família pode intervir nesta cadeia de eventos através de medidas educativas de promoção da saúde, higiene pessoal, alimentar e doméstica, e incentivando o aleitamento materno prolongado.

Pela análise da tabela e do gráfico 6 podemos observar uma redução acentuada da incidência de diarreia em crianças menores de 2 anos. As ESF podem ser corresponsabilizadas por este bom resultado, mas também deve-se às ações sociais do governo de melhoria da renda e das condições de vida da população menos favorecida da população, além dos investimentos em condições sanitárias de água e esgoto.

Revista Brasileira de Gestão e Engenharia – ISSN 2237-1664 Centro de Ensino Superior de São Gotardo	Número XVIII Volume I Jul-dez 2018	Trabalho 03 Páginas 48-63
http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia	periodicoscesg@gmail.com	

Tabela e gráfico 6: Crianças menores de 2 anos com diarreia cadastradas no Sistema de Informação de Atenção Básica - Minas Gerais - Período 1998 a 2013



Fonte: DataSUS, 2018.

05 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos dados avaliados, constatou-se a melhoria das condições de saúde da população infantil em Minas Gerais, no período de 1998 a 2013. Este período foi propositalmente analisado por coincidir com a mudança de orientação no modelo de atenção à saúde básica da população através da Estratégia de Saúde da Família implementada pelo Estado a partir da década de 90 como política pública de saúde.

Verificou-se aumento da cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade, redução na incidência de desnutrição nesta mesma faixa etária, redução de hospitalização por desidratação e pneumonia em crianças menores de 5 anos e redução da incidência de diarreia em crianças menores de 2 anos de idade.

O aumento inicial nos dados demonstra como não havia registro da realidade da saúde brasileira e o quanto o Sistema de Informação de Atenção Básica permitiu conhecer melhor a necessidade e os enfrentamentos da população, para, então, passar a atendê-los.

A melhora de todos esses fatores pode ser diretamente relacionada com a implantação das Equipes de Saúde da Família e seus trabalhos perante a população.

A atuação das equipes é baseada no acompanhamento direto, podendo ser até nas próprias casas, e com campanhas de conscientização que facilitam o vínculo e a intervenção.

Ainda não existe completa cobertura da população mineira com a Estratégia de Saúde da Família e a qualidade das UBSs existentes pode melhorar. Os investimentos em saúde têm aumentado, mas precisam não só aumentar, como também serem melhor gerenciados. Apesar dos desafios ainda existentes, a Política Pública de Atenção Básica de Saúde tem se mostrado eficiente e apresentado resultados significativos para a qualidade de vida da população mineira e do Brasil.

06 – REFERÊNCIAS

BRASIL. *Lei nº. 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 2488*, de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em 23 jul. 2018.

BRASIL. *Constituição Federal*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf>>. Acesso em: 30 maio. 2015.

CARNEIRO JÚNIOR, N. et al. Organização de práticas de saúde equânimes em atenção primária em região metropolitana no contexto dos processos de inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, vol 15 n.3. set/dez, 2006.

COSTA, Auxiliadora Damianne P. V. da, SILVA, Gisélia Alves P. da. Indicação da Terapia de Reidratação Oral no setor de emergência: decisão baseada na clínica? *Revista Paulista de Pediatria*. v. 28. n. 2. São Paulo. Jun. 2010.

DAMASCENO, S et al. Saúde da criança no Brasil: orientação de rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, n.21, v.9, 2016.

Revista Brasileira de Gestão e Engenharia – ISSN 2237-1664 Centro de Ensino Superior de São Gotardo	Número XVIII Volume I Jul-dez 2018	Trabalho 03 Páginas 48-63
http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia	periodicoscesg@gmail.com	

SILVA, Eliane Interlandi da Costa; DINIZ, Nina Rosa Fernandes; CAMPOS, Marilene de Souza. Avaliação do Impacto da Estratégia da Família em Indicadores da População Infantil do Estado de Minas Gerais no Período 1998/2013.

FERREIRA, Ana Cláudia de Araújo; JÚNIOR, Ronaldo Lira; PRADO, Rosana Leal; PADILHA, Wilton Wilney Nascimento. Aleitamento materno exclusivo e desnutrição infantil: relação com o programa saúde da família. *Revista de Iniciação Científica em Odontologia*. v. 7, n. 1. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS, Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Brasília. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>. Acesso em: 30 maio. 2015.

_____. *Portaria nº 648*, de 28 de março de 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html. Acesso em: 30 de maio de 2015.

_____. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualificação da Atenção Básica*. Manual Instrutivo - Anexo. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf> Acesso em 23jul. 2018.

_____. *Portal da Saúde*. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 30 de maio de 2015

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 77-87, 2002.

OLIVEIRA, Norma. Desidratação Aguda: rever conceitos, manter as boas práticas. Compromisso com a vida! *Boletim eletrônico da SOESPE* - Sociedade Espiritossantense de Pediatria. n. 73. Mar. 2009.

OLIVEIRA, Rosana Rosseto de; COSTA, Josane Rosenilda da; MATHIAS, Thaís Aidar de Freitas. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 20. n. 1. Ribeirão Preto. Jan./Fev. 2012.

Revista Brasileira de Gestão e Engenharia – ISSN 2237-1664 Centro de Ensino Superior de São Gotardo	Número XVIII Volume I Jul-dez 2018	Trabalho 03 Páginas 48-63
http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia	periodicoscesg@gmail.com	

SILVA, Eliane Interlandi da Costa; DINIZ, Nina Rosa Fernandes; CAMPOS, Marilene de Souza. Avaliação do Impacto da Estratégia da Família em Indicadores da População Infantil do Estado de Minas Gerais no Período 1998/2013.

REIS, Denizi; ARAÚJO, Eliane; CECÍLIO, Luiz . *Políticas Públicas de saúde no Brasil: SUS e Pactos pela Saúde*. Unifesp. São Paulo.s/d. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf. Acesso em: 30 maio. 2015.

RODRIGUES, Joaquim Carlos. Pneumonia Aguda na Criança. *Sociedade de Pediatria de São Paulo*. 2007. Disponível em: http://www.spsp.org.br/site/ASP/materias.asp?id_pagina=246&Sub_Secao=121. Acesso em: 30 de maio de 2015.

SILVA, Gisélia Alves Pontes da. Diarréia Aguda: fatores de risco e manejo. *Revista de Pediatria do Ceará*. Jan./Abr. 2002

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. *Conversando com o Pediatra - Desidratação*. Academia Brasileira de Pediatria. Disponível em: http://www.conversandocomopediatra.com.br/paginas/materias_gerais/desidratacao.aspx. Acesso em 30 de maio de 2015.

TOSIN, Cássia; THEODORO, Marcia Regina dos Santos; OLIVEIRA, Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de; VISENTIN, Angelita. A transição do modelo tradicional para Estratégia Saúde da Família: a percepção do usuário. *Caderno da Escola da Saúde*. v.1. n. 13. p. 146-166. Curitiba. 2015.

Revista Brasileira de Gestão e Engenharia – ISSN 2237-1664 Centro de Ensino Superior de São Gotardo	Número XVIII Volume I Jul-dez 2018	Trabalho 03 Páginas 48-63
http://periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia	periodicoscesg@gmail.com	