

Problemas de saúde em população cadastrada na estratégia saúde da família: o agente comunitário de saúde como informante-chave

Health problems in a population registered at the family health strategy: the community health agent as the key informant

Daniela Pereira Barroso¹, Laurita Antanielle Alves da Silva², Carlos Alberto Quintão Rodrigues³, Márcio Antônio Ribeiro Vieira⁴, Maria Fernanda Veloso Silva⁵, Camila Soares Dias Loyola⁶, Simone de Melo Costa⁷

DOI: 10.5935/2238-3182.20140049

RESUMO

Objetivo: identificar os principais problemas de saúde nos territórios da Estratégia Saúde da Família na visão dos agentes comunitários de saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** o desenho do estudo é transversal, quantitativo e censitário. A coleta de dados deu-se por meio de questionário semiestruturado aplicado aos agentes comunitários de saúde (ACS) vinculados à Estratégia Saúde da Família. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), sob o parecer número 1.966-10. **Resultados:** participaram do estudo 241 agentes comunitários de saúde. A maioria (97,5%) declarou conhecer a situação de saúde do território. Em relação aos problemas de saúde mais comuns na comunidade adscrita, os agentes destacaram, nas crianças, as doenças do sistema respiratório (82,40%); nos adolescentes, a dependência química (23,56%); e nos adultos e idosos, a hipertensão arterial foi a mais destacada, 77,25% e 79,16%, respectivamente. **Conclusão:** a maioria dos agentes comunitários de saúde conhece a situação de saúde dos territórios onde atua. A identificação dos principais problemas de saúde foi destacada conforme o ciclo de vida da população. O diagnóstico local a partir do ACS, como informante-chave, contribui para definir as prioridades e estabelecer objetivos e metas para o enfrentamento dos problemas nos territórios de Saúde da Família.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to identify the main health problems in the territories of the Family Health Strategy in the view of communitarian agents of health from Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. **Methods:** this was a quantitative, transversal, and census based study. The data collection took place through a semi-structured questionnaire applied to community health agents (CHA) linked to the Family Health Strategy. The research was approved by the Research Ethics Committee from the Montes Claros State University (Unimontes) under the protocol number 1966-10. **Results:** 241 agents participated in the study. The majority (97.5%) declared knowing the health situation in the territory. Regarding the most common health problems in the community, agents pointed out diseases of the respiratory system (82.40%) in children, chemical dependency (23.56%) in adolescents; and hypertension in adults and elders, in 77.25% and 79.16%, respectively. **Conclusion:** most community health agents know the health situation of the territories in which they operate. The identification of the main health problems was highlighted according to the cycle of life of the population. The local diagnosis from the CHA, as key informants, contributes to set priorities and establish goals and objectives for tackling problems in the territories of Family Health.

Key words: Family Health; Primary Health Care; Public Health.

Recebido em: 04/09/2012
Aprovado em: 26/03/2014

Instituição:
PET-Saúde da Unimontes
Montes Claros, MG – Brasil

Autor correspondente:
Simone de Melo Costa
E-mail: smelocosta@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente denominada Programa de Saúde da Família, foi formalizada como proposta institucional em 1994 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fortalecer, principalmente, as ações de prevenção e promoção à saúde.¹

A ESF conta com equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade das equipes, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários da saúde (ACSs), entre outros profissionais, em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. Uma equipe de ESF é responsável por acompanhar, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média de 3.000 a recomendada. O número de ACS não deve ultrapassar 12 em cada equipe, sendo que cada profissional ACS deve ser responsável por, no máximo, 750 pessoas.²

A Estratégia de Saúde da Família organiza o trabalho de acordo com a situação de saúde da população adscrita nos respectivos territórios, por meio de ações direcionadas à promoção de saúde, prevenção de doenças e tratamento de agravos à saúde. O agente comunitário de saúde é o profissional responsável pelo cadastro das famílias e pelo levantamento do perfil socioeconômico e epidemiológico do território sob sua responsabilidade.¹ Sendo assim, o ACS tem importante papel na equipe de saúde da família, caracterizando-se como informante-chave para o diagnóstico local dos territórios da ESF.

Considerando a importância do diagnóstico situacional junto à Estratégia Saúde da Família para a consolidação do SUS, este trabalho teve como objetivo identificar os principais problemas de saúde dos territórios de saúde da família, na visão do agente comunitário de saúde, na cidade sede de macrorregião sanitária, no norte de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi conduzida no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros-MG.

Trata-se de estudo transversal, quantitativo, de cunho censitário. A proposta foi desenvolvida junto aos agentes comunitários de saúde vinculados à saúde da família da zona urbana de município situado no norte de Minas Gerais, Brasil, em 2010. O potencial de participantes para este estudo foi de 259 ACSs, ou seja, a totalidade de profissionais da categoria analisada, distribuídos, na época, entre as 49 equipes de Estratégia Saúde da Família e as 15 equipes de estratégia de agentes comunitários de saúde. O número de ACS distribuído por equipe segue a média de quatro profissionais.

O município cenário deste estudo apresenta população em torno de 361.915 mil habitantes. Tem características de capital regional, classificada como o 5º centro urbano de Minas Gerais.

O instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa foi o questionário semiestruturado aplicado nas unidades de saúde, local de trabalho dos ACSs. O questionário foi elaborado para atender aos objetivos do estudo a partir da pesquisa bibliográfica e envolveu questões sobre a temática situação de saúde dos territórios. Inicialmente, foi realizado estudo-piloto para testar o instrumento de coleta dos dados, com a participação de 10 ACSs. Como não houve necessidade de reformulação e adequações do questionário, a partir do piloto os entrevistados nessa etapa foram incluídos no estudo principal.

Os dados foram analisados no Programa SPSS versão 18.0⁰. Para a análise descritiva foram utilizadas medidas de tendência central: média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo e quartis, bem como o cálculo de proporções. A associação entre as variáveis foi feita pelo teste de Fisher, considerando-se o nível de significância $p < 0,05$.

O protocolo da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 1966/2010, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido dos participantes da pesquisa previamente à coleta de dados.

RESULTADOS

Foram entrevistados 241 agentes comunitários de saúde, o que corresponde a 93,0% do total de profissionais vinculados à saúde da família no município estudado. A maioria dos entrevistados (79,3%) era do sexo feminino. Segundo os entrevistados, o contingente populacional cadastrado no território de saúde da fa-

mília, sob sua responsabilidade, variou de 110 a 5.000 pessoas, com média igual a 2.717,34 ($\pm 1440,10$), percentil 25% correspondente a 2.000 pessoas, mediana igual a 3.000 e o percentil 75% igual a 4.000 cadastrados.

A grande maioria (97,5%) dos profissionais declarou conhecer a situação de saúde do território de trabalho, sem diferença significativa entre os sexos ($p=0,607$) (Tabela 1). Os principais problemas de saúde nos diferentes ciclos de vida, infância, adolescência, fase adulta e idosa foram destacados pelo ACS.

Tabela 1 - Distribuição dos pesquisados conforme sexo e conhecer a condição de saúde da população cadastrada no território saúde da família – Montes Claros, MG – Brasil, 2010

		Você conhece a condição de saúde da população do seu território?		
		Sim	Não	Total
Sexo	Feminino	187	4	191
		97,9%	2,1%	100,0%
Sexo	Masculino	48	2	50
		96,0%	4,0%	100,0%
Total		235	6	241
		97,5%	2,5%	100,0%

Teste de Fisher- $p>0,05$

Para a maioria dos entrevistados (82,4%) as doenças do sistema respiratório são as mais prevalentes nas crianças cadastradas na área de atuação (Figura 1).

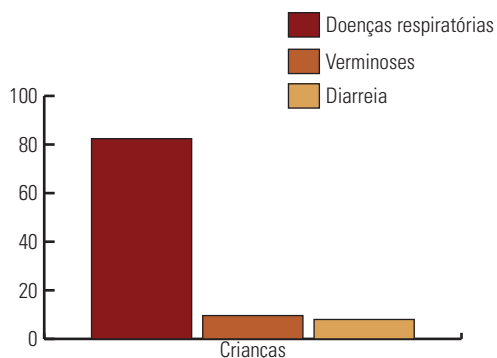


Figura 1 - Distribuição em percentual dos ACS conforme percepção dos problemas de saúde mais prevalentes nas crianças cadastradas em território saúde da família – Montes Claros, MG – Brasil, 2010.

Nos adolescentes, a dependência química foi destacada por 23,6% dos respondentes, seguido de doenças respiratórias (22,4%) (Figura 2).

Em relação aos problemas de saúde mais prevalentes nos adultos, a hipertensão arterial foi o mais destacado (77,3%) (Figura 3), assim como nos idosos (80,0%) (Figura 4).

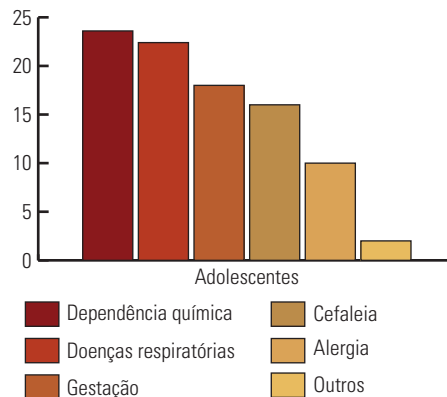


Figura 2 - Distribuição em percentual dos ACS conforme percepção dos problemas de saúde mais prevalentes nos adolescentes cadastrados em território saúde da família – Montes Claros, MG – Brasil, 2010.

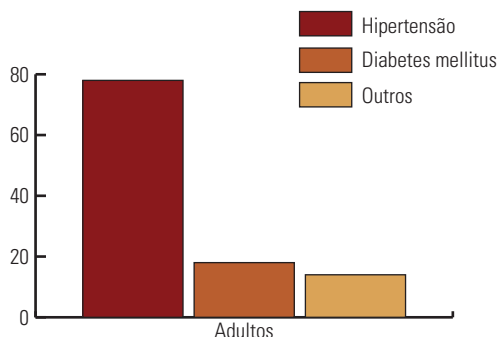


Figura 3 - Distribuição em percentual dos ACS conforme percepção dos problemas de saúde mais prevalentes nos adultos cadastrados em território saúde da família – Montes Claros, MG – Brasil, 2010.

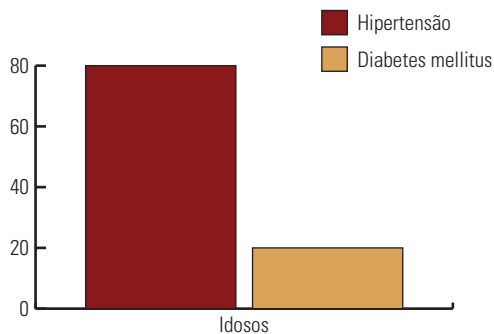


Figura 4 - Distribuição em percentual dos ACS conforme percepção dos problemas de saúde mais prevalentes nos idosos cadastrados em território saúde da família – Montes Claros, MG – Brasil, 2010.

A maioria (98,7%) dos ACSs relatou conhecer os principais desafios a serem enfrentados no território de trabalho. Os desafios identificados foram: a falta de conscientização da população quanto à importância de buscar melhor qualidade de vida e de se responsabilizar pela própria saúde (22,3%), a dificuldade de lidar com os usuários de drogas ilícitas (12,9%) e a falta de participação da comunidade (9,4%) nas ações propostas pela equipe de saúde, no território saúde da família. Outros desafios, em menor percentual, foram destacados, como o baixo poder socioeconômico da comunidade; a falta de infraestrutura adequada no território de trabalho, que dificulta o acesso aos domicílios cadastrados; a estrutura física inadequada da unidade de saúde; a dificuldade em cumprir as metas impostas pelos gestores e o trabalho em equipe saúde da família incompleta, além da dificuldade em encontrar as pessoas nas visitas domiciliares. A visita domiciliar foi a atribuição mais destacada pelos agentes comunitários de saúde (93,6%), seguida de orientações (6,4%) à comunidade.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a média de pessoas cadastradas nos territórios de saúde da família apresentou valor aproximado ao preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de 3.000 habitantes, sendo o máximo de 4.000 pessoas², correspondente ao resultado da grande maioria. Cabe destacar que um território é dividido em microáreas, locais de atuação do ACS, que se responsabiliza pela média de 150 famílias, ou seja, 750 pessoas. Neste estudo, observou-se grande variação numérica de população sob a responsabilidade do ACS, de 110 a 5.000 pessoas. Para explicar esse resultado, tem-se como hipótese que houve falta de entendimento da questão por parte de alguns profissionais que consideraram na resposta o número de famílias e os que consideraram o total de contingente populacional cadastrado no território de saúde da família.

O agente comunitário de saúde é responsável pelo acompanhamento e cadastro de todas as famílias que vivem no seu território de atuação (microárea) por meio de visitas domiciliares mensais. Além das visitas, o profissional desenvolve ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, trabalho com grupos específicos (hipertensos, vacinação infantil) e orientação à população quanto às campanhas de saúde realizadas.³

A grande maioria dos agentes, independentemente do sexo, declarou conhecer a situação de saúde do território sob sua responsabilidade, sendo que grande parte soube mencionar o problema mais prevalente nos diferentes ciclos de vida: infância, adolescência, fase adulta e idosa. Nas crianças, as doenças do sistema respiratório foram destacadas como o problema mais frequente. A maior frequência das doenças do sistema respiratório na infância também foi identificada em outro estudo realizado com mães em uma ESF no estado do Paraná.⁴ Entre as afecções respiratórias estão, basicamente, a asma e as infecções agudas das vias aéreas. Estas atingem cerca de 60% de todas as consultas pediátricas ambulatoriais nos serviços de saúde e são caracterizadas por vários sinais e sintomas, como febre, obstrução nasal, coriza, tosse, dor na garganta, dificuldade para respirar e chiado no peito.⁵

No que diz respeito ao problema de saúde mais prevalente nos adolescentes, a dependência química foi o mais destacado, seguido de doenças respiratórias, gestação, cefaleia, alergia e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). A adolescência é uma fase de desenvolvimento da personalidade e isso requer mudanças físicas e psicológicas, que muitas vezes levam a conflitos individuais e/ou familiares. O uso das drogas nessa fase pode ser devido à busca por alívio e prazer e uma forma de lidar com um suposto sofrimento. Isso porque o adolescente quer descobrir seus limites. Essa é uma fase de risco para a dependência química e a perda do controle sobre os próprios atos e vontades.⁶

O consumo de drogas ilícitas entre os jovens é uma preocupação de saúde pública e requer atenção, apesar de poucas pesquisas destacarem a importância dos fatores de proteção. Em pesquisa realizada com jovens em risco de drogas verificou-se que a disponibilidade de informações foi considerado o principal fator de proteção contra o experimental e o consumo regular de drogas. E as informações de base familiar foram relatadas como a principal fonte.⁷ Nesse sentido, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) conduzida no Brasil com 60.973 estudantes de escolas públicas e privadas concluiu que a família desempenha importante papel protetor para os hábitos de beber, fumar e o uso de drogas.⁸

Quanto ao ACS nesse cenário, por integrar à comunidade e realizar as visitas domiciliares, atua como informante-chave na equipe de saúde. Assim, ele tem o papel de levantar informações para subsidiar o diagnóstico em saúde e o planejamento de ações individu-

ais e coletivas em saúde. Contudo, se o ACS não for capacitado para a problemática que envolve as drogas ilícitas, como abordagem dos usuários e prosseguimento dos casos identificados, ele poderá sentir-se limitado nesse papel de informante. A temática uso de drogas ilícitas, assim como o alto consumo de álcool, apesar de fazerem parte do cotidiano de muitas comunidades, é considerado um tabu e, por isso, pouco se discute o assunto. Além do mais, a problemática das drogas envolve outras questões, como ilegalidade e grupos criminais. Assim, o agente pode se sentir inibido para referenciar os casos identificáveis aos outros profissionais da equipe de saúde.

Apesar de toda problemática que envolve o mundo das drogas, o ACS continua sendo o suporte da equipe de saúde, por ser o elo entre esses e os usuários de drogas e consumistas abusivos de álcool. Neste sentido, a equipe de saúde deve ser preparada quanto à confidencialidade necessária às informações repassadas pelo ACS e quanto à adoção de recursos de proteção à identidade desse informante. A postura ética da equipe contribuirá para atitudes proativas do ACS e redução de omissão dos problemas tabus. Assim, com responsabilidade social e em reflexão coletiva, toda a equipe de saúde da família pode gerenciar o problema da melhor forma possível junto à comunidade, na busca de soluções que agreguem valor à saúde coletiva. Contudo, a busca de solução ou amenização dos problemas drogas ilícitas e etilismo deve envolver diferentes setores sociais, por ser um problema também social.

O abuso de substâncias químicas na infância e adolescência resulta da interação complexa de fatores individuais e sociais. Sendo assim, para atingir o problema fazem-se necessários programas globais e não aqueles que se limitam aos aspectos do estilo de vida dos adolescentes.⁹ Ações intersetoriais são importantes para a resolução dos problemas de saúde pública, como a dependência química. A dependência química requer esforço tanto do estado como da sociedade no geral, para implantação de medidas com resolubilidade a esse grave problema de saúde pública.

Neste estudo, a cefaleia foi destacada como um problema nos adolescentes dos territórios saúde da família. Esse resultado vai ao encontro do estudo realizado na Espanha, com crianças e adolescentes, que resultou como as principais queixas físicas a dor no estômago, seguida de dor de cabeça.⁹ A gestação e doenças sexualmente transmissíveis foram problemas destacados na adolescência. Esses problemas são de-

safios complexos, que requerem intervenções sociais e campanhas de educação sexual com abordagem reprodutiva para promover saúde entre os jovens.

Os problemas de saúde mais prevalentes nos adultos e nos idosos foram a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* (DM). O Ministério da Saúde brasileiro informou que essas duas condições são consideradas os principais fatores de risco para o agravamento das doenças cardiovasculares, principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Entre a população brasileira adulta, maior de 20 anos, a hipertensão atinge cerca de 20% das pessoas e tem cerca de 80% de relação com o acidente vascular encefálico (AVE). A incidência de diabetes *mellitus* vem aumentando a cada dia e estima-se que em 2025 o número de pessoas com essa doença aumente 100% em relação ao ano de 2000, com 5 milhões de pessoas acometidas no Brasil.¹⁰

De forma geral, os problemas de saúde relatados pelo ACS, conforme ciclo de vida, estão em consonância com os resultados encontrados em revisão bibliográfica. Nessa revisão, nas crianças os maiores problemas foram a desnutrição, as doenças respiratórias agudas e a verminose; nos adolescentes, os problemas foram relacionados ao uso de álcool e drogas e ao aumento da gravidez precoce; já nos adultos o problema mais identificado foi a hipertensão arterial.¹¹

No presente estudo, a maioria dos agentes relatou conhecer os principais desafios da sua microárea de atuação. O processo de territorialização permite aos agentes comunitários de saúde reconhecerem os problemas locais de saúde, como a falta de saneamento básico, o foco de doenças infecciosas e contagiosas como dengue e leishmaniose, violência sexual e doméstica, gravidez na adolescência, tráfico de drogas, entre outros.¹² O reconhecimento dos problemas exige intervenção, então os problemas passam a se caracterizar como desafios a serem enfrentados na comunidade. E quanto aos maiores desafios dos territórios de trabalho, foram destacados em maior frequência aqueles relacionados à corresponsabilidade da população com sua própria saúde, à participação das pessoas nas ações comunitárias e ao trabalho que envolve os usuários de drogas.

Em outro estudo, a violência e o tráfico de drogas foram problemas destacados pelos agentes comunitários de saúde. O profissional finge não ver essas situações, por medo de represália contra si e seus familiares.¹³ Os desafios encontrados no trabalho do ACS exigem criatividade para melhorar o enfrentamento dos obstáculos.¹⁴

A responsabilização da população para o autocuidado trata-se de um importante desafio a ser enfrentado e necessário para melhorar a condição de saúde da população. Nesse sentido, outro estudo avaliou a eficácia da farmacoterapia no tratamento de doenças crônicas, hipertensão e diabetes e dos cadastrados na saúde da família; e concluiu que as alterações na farmacoterapia são insuficientes para o adequado controle das doenças, sendo necessário o desenvolvimento de intervenções da equipe de saúde na promoção da prática do autocuidado em indivíduos e suas famílias.¹⁵ O acompanhamento dos usuários para prevenir as complicações de doenças crônicas e obter alto nível de qualidade de vida deve ser enfatizado, não só para o tratamento farmacológico, mas também para as mudanças no estilo de vida, por meio da educação em saúde para o autocuidado.¹⁶

Os problemas socioeconômicos da população cadastrada nos territórios também foram um desafio destacado pelos agentes. Esse é um desafio de difícil enfrentamento e que hipoteticamente influencia negativamente na condição de saúde da população e no agravamento de condições como o diabetes. Em concordância com essa hipótese, estudo analisou o socioeconômico e as diferenças na carga de mortalidade por diabetes na população finlandesa de 35 a 80 anos. O estudo concluiu que o diabetes é distribuído de forma desigual na população. Em pacientes com baixa posição socioeconômica houve maior prevalência de diabetes, com altas taxas de complicações e mortalidade.¹⁷ Daí a necessidade do monitoramento nos grupos populacionais afetados pelo diabetes e que se apresentam em estado de vulneração social e econômica. Nesse sentido, a visita domiciliar realizada pelo ACS pode ser considerada fundamental para acompanhar a condição de saúde/doença nesse grupo populacional.

Em outra pesquisa, a visita domiciliar foi considerada, pelos sujeitos cadastrados no território saúde da família, importante prática para reconhecer a saúde da população e facilitar o acesso ao serviço de saúde. O domicílio foi considerado um local importante para reconhecer e desenvolver as ações em saúde para toda a família.¹⁸ Sendo assim, tem-se como hipótese para o presente estudo que a visita domiciliar realizada pela maioria dos agentes tenha criado condições favoráveis para se conhecer os principais problemas da microárea de atuação. Por isso, o ACS pode ser considerado o informante-chave para

a realização do diagnóstico local nos territórios de abrangência de saúde da família.

O agente comunitário de saúde é um elo entre a comunidade e a equipe de saúde. São consideradas, pelo Ministério da Saúde, atividades do agente comunitário de saúde: utilização de instrumentos para o diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade de sua atuação; execução de atividades de educação para a saúde de forma individual e coletiva; registros de nascimentos, óbitos, doenças e agravos à saúde; estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas; realização de visitas domiciliares periódicas; e participação ou promoção de ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida.¹⁹ Nesse sentido, o papel do ACS no diagnóstico de saúde da população é de suma importância para a condução do trabalho da equipe de saúde da família.

Quanto às limitações deste estudo, tem-se que se trata de um estudo transversal, sendo assim, os resultados apresentados dizem respeito ao período avaliado. Hipóteses foram levantadas na tentativa de explicar os resultados encontrados, no entanto, tratam de hipóteses não testadas, mas que poderiam nortear novos estudos junto à ESF. O estudo foi de cunho censitário, apresentando baixo percentual de perdas (7,0%), o que torna os resultados representativos do município cenário da pesquisa.

CONCLUSÕES

A grande maioria dos ACSs declarou conhecer a situação de saúde do território sob sua responsabilidade profissional. Diferentes problemas de saúde foram identificados conforme o ciclo de vida da população. Nas crianças, os problemas respiratórios foram os mais comuns; nos adolescentes, o uso de drogas ilícitas; e nos adultos e idosos, a hipertensão arterial. O diagnóstico local, a partir do agente como informante-chave, contribui para definir as prioridades e estabelecer objetivos e metas para o enfrentamento de problemas nos territórios de saúde da família.

A diversidade e complexidade dos desafios reforçam a necessidade do trabalho em equipe multiprofissional e de ações intersetoriais para dar resolubilidade ou amenizar os diferentes problemas apresentados pelos agentes comunitários de saúde nos territórios de saúde da família.

AGRADECIMENTOS

Ao PET-Saúde (2010-2011), pela bolsa de incentivo à educação pelo trabalho e integração ensino-serviço-comunidade e por contribuir para a formação dos estudantes e profissionais da área da saúde por meio do desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão. A Unimontes e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, por viabilizarem as ações locais do PET-Saúde. Aos agentes comunitários de saúde, atores fundamentais para a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente comunitário de saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis*. 2011; 21(3):899-916.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. República Federativa do Brasil; 2011 out 21. [Citado em 2012 jan 11]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>
3. Pavoni DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(2):265-71.
4. Castilho SG, Bercini LO. Acompanhamento de saúde da criança: concepções das famílias do município de Cambira, Paraná. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2005; 4(2):129-38.
5. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à saúde da criança. Maria Regina Viana. Belo Horizonte: SAS/DNAS; 2005.
6. Scaduto AA, Barbieri V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(2):605-14.
7. Sanchez ZM, de Oliveira LG, Ribeiro LA, Nappo SA. O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):1257-66.
8. Malta DC, Porto DL, Melo FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Family and the protection from use of tobacco, alcohol, and drugs in adolescents, National School Health Survey. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(1):166-77.
9. Molinero O, Salguero A, Castro-Piñero J, Mora J, Márquez S. Substance abuse and health self-perception in Spanish children and adolescents. *Nutr Hosp*. 2011; 26(2):402-9.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
11. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1996; 120(6):472-82.
12. Nascimento EPL, Correa CRS. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(6):1304-13.
13. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):231-40.
14. Gomes KO, Cotta RMM, Mitre SM, Batista RS, Cherchiglia ML. O agente comunitário de saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis*. 2010; 20(4):1143-64.
15. Zavattini MA, Obreli-Neto PR, Cuman RKN. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(4):647-54.
16. Arruda-Barbosa L, Dantas TM, Oliveira, CC. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. *Rev Bras Prom Saúde*. 2011; 24(4):347-54.
17. Manderbacka K, Peltonen R, Koskinen S, Martikainen P. The burden of diabetes mortality in Finland 1988-2007 - A brief report. *BMC Public Health*. 2011; 11:747.
18. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliar sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(1):131-40.
19. Brasil. Decreto nº 3189, de 4 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências [internet]. República Federativa do Brasil; 1999 out. 4. [Citado em 2011 ago 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm.