

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO INTERIOR DO ESTADO DE GOIÁS

Gabriella Castro Nery¹
Nasciane Corrêa Devotte²
Anderson Assis de Faria³

RESUMO:

Diagnóstico Situacional resulta em um método de ação, intervenção e observação dos elementos obtidos no território em que almeja executar. Esses elementos são provenientes da atuação permanente da população que operam na área de estudo. O objetivo desta pesquisa foi realizar o Diagnóstico Situacional da Estratégia de Saúde da Família I- João Justino de Moraes em Bom Jardim de Goiás, compreendendo a área de abrangência da Unidade básica de saúde, Dentre os diagnósticos encontrados o questionário guia foi aplicado aos usuários, onde todos os dados obtidos foram considerados, essa análise possibilitou conhecer os fatores que influenciam a saúde da população, A população adstrita e cadastrada pela equipe da ESF I da zona urbana totaliza 1770 pessoas, representando 21% da população do município de Bom Jardim de Goiás que, segundo o IBGE, possui 8.423 habitantes. o desenvolvimento do presente estudo possibilitou elaborar o diagnóstico e conhecer a realidade da população adstrita e os resultados de trabalho nesta Unidade Básica de Saúde.

PALAVRA CHAVE: Atenção Básica; Diagnóstico Situacional; Área de abrangência.

ABSTRACT:

Situational Diagnosis results in a method of action, intervention and observation of the elements obtained in the territory in which it seeks to perform. These elements come from the permanent performance of the population that operate in the study area. , the objective of this research was to perform the Situational Diagnosis of the Family Health Strategy I - João Justino de Moraes in Bom Jardim de Goiás, comprising the area of coverage of the basic health unit, Among the diagnoses found the questionnaire guide was applied to the users , where all the data obtained were considered, this analysis made it possible to know the factors that influence the health of the population. The population enrolled and registered by the ESF I team of the urban area totals 1770 people, representing 21% of the population of the municipality of Bom Jardim de Goiás, according to IBGE, has 8,423 inhabitants. the development of the present study made it possible to elaborate the diagnosis and to know the reality of the population affiliated and the results of work in this Basic Health Unit

KEY WORD: Basic Attention; Situational Diagnosis; Coverage area.

¹ Profissional do curso de Bacharelado em Enfermagem pelo Centro Universitário do Vale do Araguaia – Univar. Contato: gabriellacastro_nery@hotmail.com

² Docente orientadora. Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário do Vale do Araguaia. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família. Docente pelo Centro Universitário do Vale do Araguaia - UNIVAR. Contato: nascianedevotte@gmail.com

³ Docente orientador do Curso de Bacharelado em Enfermagem, Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR, Barra do Garças/MT – Brasil, Mestre em Biologia

1. INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 como um método de reorganização do sistema assistencial, fundamentado no trabalho de multiprofissionais nas unidades básicas de saúde. Estas equipes realizam acompanhamento da população de determinada área, por meio de intervenções de saúde, prevenção, recuperação de doenças e lesões mais constantes (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Caracterizado como estratégia inovadora, o PSF estabelece a implantação e a execução do diagnóstico comunitário tal como alicerce para a elaboração de programas e ações, trabalhando com conceitos de áreas, micro áreas, equipe multiprofissional e demanda organizada (SOUSA et al. 2005).

É de suma importância identificar o território que fundamenta a área de cobertura da Unidade de Saúde (US) com o intuito de identificar como vivem, adoecem e morrem as pessoas, pois o trabalho junto ao PSF inicialmente deve-se levar em conta a percepção do território onde se vai atuar. Assim, esta estratégia de ação em saúde se contrapõe as propostas de criação de programa de atenção á saúde que são aplicados, indistintamente em todo território nacional (MAFRA; CHAVES, 2004).

A gestão programada é capaz de ser entendida por quatro condições principais. O diagnóstico, quando se pode modificar e intervir, a formulação que é a condição futura do projeto de atuação, a estratégia que se reformula conforme a prática e a operação, onde se trabalha sobre a realidade. No diagnóstico, o componente principal é a elaboração de um determinado quadro de complicações, no qual se diferenciam os problemas mais importantes para alguma condição ou advento perante um determinado lugar (ÁVILA, 2012).

Diagnóstico Situacional resulta em um método de ação, intervenção e observação dos elementos obtidos no território em que almeja executar. Esses elementos são provenientes da atuação permanente da população que operam na área de estudo. A investigação pode ser classificada como ferramenta essencial de gestão. É uma análise de circunstâncias de bem-estar e riscos a uma determinada comunidade, para subsequentemente programar e organizar intervenções (SANTOS, 2010).

Os Sistemas de Saúde necessitam estabelecer uma organização sobre um estudo territorial, no qual a classificação dos serviços acompanha um método de demarcação de áreas de abrangência. O notável propósito deste procedimento é motivar e eleger prioridades com objetivo de encarar os problemas apresentados nos territórios de atuação, no qual

representará as condições das ações mais adequadas (ALENCAR, 2011).

É necessário desenvolver metodologias a fim de possibilitar a inclusão de intervenções e de referências em relação ao ambiente e saúde. Um bom motivo é contribuir por meio de razões de contribuição, que apontem a respeito de lesões, circunstâncias sociais e ambientais, com o objetivo de investigar esses indicadores sobre um conjunto. Uma coisa que podem auxiliar essa forma de análise é o mapeamento de riscos (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Mapeamento de risco é um uma representação gráfica de um conjunto de elementos existentes em um determinado local de trabalho. Capaz de promover agravos á saúde dos trabalhadores. Tais condições resultam em inúmeros processos de realização de trabalho através de materiais, equipamentos, instalações e suprimentos (MATTOS; FREITAS, 2009).

A abordagem metodológica de Educação em Saúde consiste em alguma prática desenvolvida que refere na criação de um espaço com o intuito de discussão á respeito dos problemas de saúde da comunidade, tal como um interesse de modificação e de conduta em qualquer processo de educação em saúde que determina a troca, dentre os profissionais e uma população, através da promoção de maiores circunstâncias de vida por meio de um

método de mudanças de hábitos que afetem a saúde (COSTA, 2009).

Portanto, o diagnóstico situacional é o planejamento estratégico que permite desenvolver ações de saúde mais focadas e efetivas em relação aos problemas encontrados. A organização inadequada das diversas interfaces que envolvem uma Unidade Básica de Saúde contribui para um ambiente desfavorável tanto para os usuários quanto para os profissionais, contribuindo assim, para maior estresse e comprometimento da qualidade do serviço ofertado.

É necessário conhecer a realidade de trabalho e a comunidade a qual se destina, a fim de poder programar estratégias capazes de corrigir essa desorganização e contribuir para melhoria das condições de trabalho e de atendimento. Sendo assim, o objetivo desta pesquisa foi realizar o Diagnóstico Situacional da Estratégia de Saúde da Família I- João Justino de Moraes em Bom Jardim de Goiás, reconhecendo as potencialidades e fragilidades das ações prestadas, através da análise situacional, elaborando sugestões de estratégias, visando à melhoria da assistência.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, do tipo pesquisa de campo. Este estudo foi realizado na Estratégia de Saúde da Família I- João Justino de Moraes, que se

localiza na Avenida Joaquim Carlos Garcia, centro, na cidade de Bom Jardim de Goiás- GO.

A UBS oferece atendimento às comunidades dos bairros: Central, Jardim Atlântico, Serra Negra e Industrial. A coleta de dados foi executada em junho de 2017 nas instalações da UBS e em sua área de abrangência, através de entrevistas direcionadas a informantes – chave (funcionários e usuários) e observação de campo, tendo como base as seguintes variáveis: gênero, faixa etária, situação vacinal, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, saúde mental, deficiência, tabagismo, etilismo, tuberculose, hanseníase e gestante. Após a coleta dos dados foi dado início à construção do Diagnóstico Situacional da ESF, analisando-a através de estudos teóricos, correlacionando-os com a realidade encontrada. Após a obtenção dos dados, os mesmos foram tabulados no programa Microsoft Excel 2010. Optou-se por apresentar os resultados através de tabela e gráfico.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população adstrita e cadastrada pela equipe da ESF I da zona urbana totaliza 1770 pessoas, representando 21% da população do município de Bom Jardim de Goiás que, segundo o IBGE, possui 8.423 habitantes (IBGE, 2010). Nesta população, a porcentagem do sexo feminino de 51,3% (908) se equipara ao masculino 48,7% (862).

Moraes et al., 2007 e Travassos 2002 afirmam em seus estudos que há um maior acesso de pessoas do sexo feminino aos serviços de saúde, o que determina a influência e a predominância da assistência à mulher, além das mesmas terem uma maior percepção de prevenção e acesso a informações.

O sexo feminino com idade reprodutiva e de cuidados predomina na área com 65,6% (596). A equipe deve realizar intervenções focada a saúde da mulher de acordo com o planejamento familiar, prevenção do câncer do colo e útero e mama, pré-natal e orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis (LINDNER, S.R. et al., 2006).

Evidencia-se o predomínio de adultos de 20-39 anos 22,8% (404). É sabedor que este grupo é o principal sustentador financeiro da família, tendo que por vezes, se deslocar-se para outros âmbitos em tentativa de buscar um trabalho devido a baixa adequação de emprego naquela área (SOUSA; MARQUEZ 2006).

A segunda faixa etária de maior percentual é de idosos (>60 anos) com 18% (319) e a faixa etária com menor representatividade na população da área adstrita é a de crianças menores de um ano, que representa 0,56% da população (Tabela 1). Sabe-se que devido á uma melhor condição de vida proporcionada pela atuação do PSF, fatores sociais, disponibilidade de medicamentos e atendimento médico

hospitalar, o público idoso manteve-se aproximadamente estável. Já a diminuição nos índices de crianças pode ser resultado das

inserções das unidades básicas, no qual a equipe passou a aprimorar as atividades como planejamento familiar (MACIEL, 2002).

Tabela 01: Relação da faixa etária da população cadastrada.

	Criança <1 ano	Criança 1 a 4 anos	Criança 5 a 9 anos	Criança 10 a 14 anos	Adolescentes 15 a 19 anos	Pessoas 20 a 39 anos	Pessoas 40 a 49 anos	Pessoas 50 a 59 anos	Pessoas <60 anos
ACS 1	02	05	19	24	22	65	57	42	71
ACS 2	03	14	49	23	34	100	57	39	66
ACS 3	0	21	16	14	34	56	47	33	55
ACS 4	03	14	19	18	32	90	61	56	69
ACS 5	02	21	17	16	27	93	38	32	58
Total	10	75	120	95	149	404	260	202	319

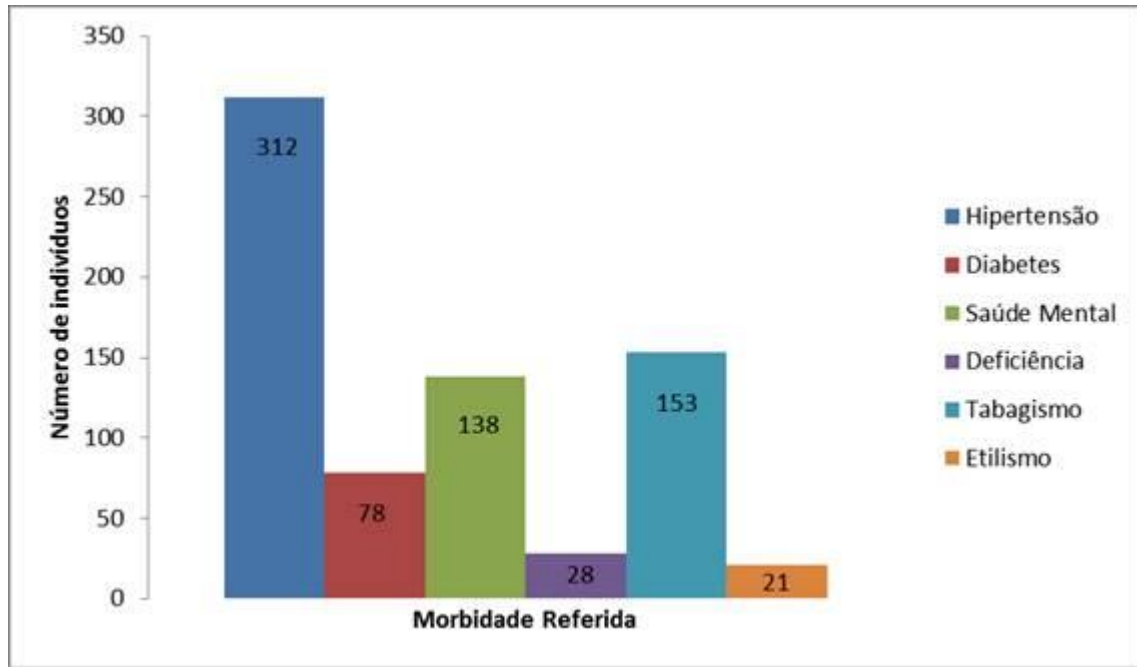
Fonte: Nery; Devotte, 2017.

Quanto à vacinação de crianças até 12 anos, os valores são de 85,3% (256) para imunização. A Cobertura Vacinal é fundamental no indicador de saúde da população, que favorece o cuidado e a atenção da qualidade dispensada pelos serviços. A análise desse indicador, além de oferecer os elementos da saúde infantil e o funcionamento dos serviços, contribui a um adiantamento de elaboração, sobretudo na reorganização das ações. (LUHM; CARDOSO; WALDMAN, 2011).

Na ESF a hipertensão arterial (312 pacientes) é a morbidade mais prevalente, por outro lado, o etilismo foi a morbidade menos prevalente (21 pacientes) (Figura 01).

O índice de pacientes hipertensos é de 17,6% (312) enquanto que aos portadores de diabetes são 4,3% (78). Na maioria das vezes, a hipertensão arterial é assintomática, o que impede o diagnóstico precoce, acrescentado à baixa adesão do portador ao tratamento.

Figura 01: Morbidade referida dos indivíduos cadastrados no ESF I João Justino de Moraes no ano de 2017.



Fonte: Nery; Devotte, 2017.

Os fatores de risco necessitam ser bem abordados e controlados, já que estão relacionados aos hábitos e estilo de vida, que provocam o aumento frequente de incidência e prevalência dessa condição (BRASIL, 2006).

Os portadores de HAS necessitam receber uma assistência multiprofissional, visando a manutenção de níveis pressóricos contidos conforme as características dos pacientes e diminuir o risco de doenças cardiovasculares. A baixa morbidade e mortalidade é a importância da qualidade de vida que são objetivos a serem considerados (BRASIL 2013).

A prevenção do diabetes mellitus e suas complicações são prioridades na saúde pública. Na Atenção Básica ela é capaz de ser feita por meio do reconhecimento de indivíduos com alto risco para esta condição e de casos não diagnosticados para tratamento. O número de portadores no Brasil é crescente, além disso, pode-se evidenciar e ressaltar a morbimortalidade por meio de diminuição da qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Outro dado que merece destaque são os de acompanhamento das pessoas com saúde mental na comunidade, cerca de 7,8% (138). Torna-se indispensável à integração desse paciente e a necessidade de garantir uma forma

caracterizada no acolhimento. Sendo assim, é essencial compreender a equidade como a causa que define a igualdade na assistência à saúde, com atuações e serviços priorizados em cima de funções de situações de risco, condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população (BRASIL, 1999).

As Equipes de Saúde da Família precisam determinar vínculos de comprometimento e responsabilidade entre seus profissionais de saúde e população, relacionado ao conhecimento dos indivíduos, da demanda ativa dos usuários e suas famílias levando em conta o acompanhamento ao longo do tempo de processo de saúde-doença, que enfrentam ou poderão enfrentar, além do atendimento contínuo e humanizado (BRASIL, 2006).

Em relação aos dados de deficiência não especificados, temos 1,6% (28) indivíduos. Segundo Mishra e Gupta (2006) aproximadamente todas as pessoas compreenderão essa situação temporária ou permanente em qualquer momento de suas vidas, e aqueles que permaneceram ao envelhecimento, enfrentaram complicações cada vez maiores com a funcionalidade do seu corpo. A maioria das grandes famílias apresenta um integrante deficiente, e diversas pessoas assumem obrigação de prover suporte e cuidar.

Enxergar a deficiência como uma questão de direitos humanos não incompatíveis,

junto com a prevenção de problemas de saúde na proporção em que cumpra os direitos e a integridade das pessoas com deficiência. Prevenir essa circunstância deve ser visto com alguma estratégia multidimensional que acarreta a vigilância das barreiras impossibilitando dessa forma a prevenção e o tratamento dos problemas de saúde subjacentes (COLERIDGE, 2010).

A incidência do tabagismo vem sendo encontrados na taxa de 8,6% (153). A consumação do tabaco está relacionada às doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer de pulmão e diversas neoplasias. Além disso, é um fator de risco para infecções respiratórias, osteoporose, distúrbios reprodutores, diabetes, úlceras gástricas e duodenais. (NEAL; BENOWITZ, 2010).

Um programa de combate à dependência do tabaco, além de favorecer a comunidade e a população, será capaz de incentivar outros serviços de saúde, divulgando a política antitabagista. Torna-se indispensável que todo programa a respeito da temática seja adequadamente documentado e divulgado, contribuindo desse modo o conhecimento sobre os métodos de controle de tratamento e colaborando para a melhoria da assistência (AZEVEDO et al.; 2008).

O alcoolismo tem uma prevalência considerável, cerca de 1,2% (21), podendo ser

responsabilizado por gerar agravantes sociais como a violência, acidentes e suicídios. O consumo excessivo de bebidas alcóolicas provoca vários problemas à saúde e está na dependência dos seguintes aspectos: volume de álcool consumido, padrão de consumo, efeitos bioquímicos, intoxicação, dependência química (CISA, 2013).

A assistência do profissional de saúde da família ao paciente alcoolista torna-se indispensável e um auxílio para que a família se reestruture, e se sinta encorajada a frente do quadro da dependência alcóolica, que promove uma melhor convivência social e uma recuperação frente ao paciente (TRINDADE et al.; 2012).

As doenças epidemiológicas consideradas centenárias, como a tuberculose não foi citada já a hanseníase apenas três indivíduos estavam realizando o tratamento. O fato de estas morbidades serem pouco referidas pode estar ligado ao preconceito e ao estigma que carrega (SILVA; OLIVEIRA, 2010).

A condição de gestação foi referida por 22 mulheres, sendo que 21% (26) delas, oito gestantes, estão na faixa etária menor de 20 anos. O índice de gravidez na adolescência é excessivo, apesar de que existam intervenções e orientações relativo á prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, o dado deixa inferir que as ações têm uma baixa

atuação no comportamento dos adolescentes (SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Diante desse comportamento, as causas que implicam a gravidez na adolescência e sua etiologia encontram-se relacionadas a vários aspectos, podendo ser citados, fatores biológicos que resultam desde a idade advento da primeira menarca , fatores de ordem familiar, contem relação direta com a época de iniciação na atividade sexual, sendo que elas iniciam a vida sexual precocemente ou engravidam , ou costumavam vir de famílias que também iniciaram na adolescência e fatores sociais , relacionadas a falta de informações sobre o assunto a baixa escolaridade dos pais (AMANCIO; VITALLE, 2010).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta pesquisa foi realizar o Diagnóstico Situacional da Estratégia de Saúde da Família I- João Justino de Moraes em Bom Jardim de Goiás, compreendendo a área de abrangência da Unidade básica de saúde, reconhecendo as potencialidades e fragilidades das ações prestadas, através da análise situacional, elaborando sugestões de estratégias, visando à melhoria da assistência.

Pode-se concluir que a população adstrita e cadastrada pela equipe da ESF I da zona urbana totaliza 1770 pessoas, representando 21% da população do município

de Bom Jardim de Goiás que, segundo o IBGE, possui 8.423 habitantes. Nesta população, a porcentagem do sexo feminino e masculino se equiparam, evidenciando-se o predomínio de adultos de 20-39 ano, seguido de idosos >60 anos. Tendo a faixa etária com menor representatividade na população da área adstrita é a de crianças menores de um ano. Quanto à vacinação de crianças, 256 até 12 anos foram imunizadas.

O índice de pacientes hipertensos (312) foi maior que aos portadores de diabetes (78). Outro dado que mereceu destaque foi o de acompanhamento das pessoas com saúde mental na comunidade, cerca de 138 pessoas. Observando também portadores de deficiência não especificados, temos 28 indivíduos.

A incidência do tabagismo fora considerada alto sendo de 153, comparado ao o alcoolismo que teve prevalência considerável, porem, menor de 21 indivíduos. Observou-se também as patologias epidemiologicamente centenárias, como a tuberculose não foi referida, já a hanseníase apenas um indivíduo estava realizando o tratamento. O fato de estas morbidades serem pouco referida pode estar ligado ao preconceito e ao estigma que carrega. Nesta área adscrita constatou-se 22 mulheres gestantes, sendo que 8 destas estão na faixa etária menor de 20 anos. A realização deste estudo oportunizou o melhor entendimento a cerca da importância do diagnóstico de saúde e

o planejamento das ações ESF, a partir da investigação e discussão de dados. Desse modo, a Estratégia de Saúde da Família é capaz de intervir na vida da população em direção ao desenvolvimento das condições de vida, por exemplo, na sistematização de programas implantados pelos profissionais que exercem numa (USF) Unidade de Saúde da Família, segundo as necessidades reais da comunidade, especificar os indicadores necessários para a estruturação da assistência de enfermagem e favorecer a elaboração das ações de saúde a uma população, tendo consciência de que nenhuma ferramenta será capaz de abranger toda as dificuldades encontradas, bem que todas sejam fundamentais, o diagnóstico é indispensável para dar o inicio a todo um desenvolvimento de mudança e identificação das condições de vida a saúde dessas pessoas que possibilitará uma organização de linhas de cuidados adequados a realidade. A equipe poderá preparar de forma participativa e definir uma sistematização adequada, para o planejamento de ações e as necessidades da população.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, R.P.N. **Mapeamento do território coberto pela usf Adelmo Alves Terto do município de São José Do Belmonte-PE**, Recife, 2011.

ÁVILA, C. **Diagnóstico Situacional: Uma ferramenta possível de planejamento estratégico do centro possível no planejamento estratégico de atendimento e estudo da família**, 2012.

AZEVEDO, R. et al. Abordagem do tabagismo na rede pública. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.2, p.353-355, 2008.

BARCELLOS, C; PEREIRA; M. P. B. **O território no Programa Saúde da Família. Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v.2, n. 2, p. 47-55, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - nº 16 - Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - nº 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**; Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999.

COLERIDGE P, SIMONNOT C, STEVERLYNCK D. **Estudo de deficiência na Cooperação para o Desenvolvimento de E.C. Bruxelas**, Comissão Europeia, 2010.

COSTA, M. C. **A educação em Saúde como estratégia de mudança no perfil epidemiológico do território**, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-. **População recenseada e estimada, segundo os municípios - Goiás -**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_goiias.pdf>, 2010.

LINDNER, S.R. et al. Direitos reprodutivos: o discurso e a prática dos enfermeiros sobre planejamento familiar. **Cogitare Enferm.**, v.11, n.3, p.197-205, 2006.

LUHM, K. R.; CARDOSO, M.R.A.; WALDMAN, E.A. Cobertura vacinal em menores de dois anos a partir de registro informatizado de imunização em Curitiba, PR. **Rev. Saúde Pública**. 2011.

MACIEL, A. **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro/RJ. Revinter, 2002.

MAFRA, M.R.P.; CHAVES, M.M.N. O processo de territorialização e atenção a saúde no programa saúde da família. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.6, n.2, p.127-133, maio/ago. 2004.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.

MISHRA AK, GRUPTA R. **Índice de incapacidade: uma medida de privação entre os deficientes**. Semana Econômica e Política, 2006.

MORAES.M.et.al Estudo de demanda de uma Unidade Básica de Saúde em Pelotas/RS. **Rev. de Saúde da UCPEL**, Pelotas, v.1, n.1, p. 39-44, Jan/Jun, 2007.

MATTOS, U.A.; FREITAS, N.B.B. Mapa de risco no brasil: as limitações da aplicabilidade de um modo operário. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.10 n. 2 p. 251-258, 2009.



REI
ISSN 1984-431X

Revista Eletrônica Interdisciplinar
Barra do Garças – MT, Brasil
Ano: 2022 Volume: 14 Número: 2

NEAL, L.; BENOWITZ, M.D. Nicotine Addiction. **The New England Journal of Medicine**, v.362, n.24, p.2295-2303, 2010.

SANTOS, Luana Caroline. **Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

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

SOUSA.D, MARQUEZ.D. **Análise epidemiológica da área de abrangência do PSF amoreiras**, 2006.

TRINDADE, A. et al. Grupos de familiares de pacientes alcoolistas internados para desintoxicação em leitos psiquiátricos em hospital geral: uma estratégia a ser desenvolvida. **Revista de Enfermagem Rio Grande do Sul Rio Grande do Sul**, v. 8, n. 8, p.265-279, 2012.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, n. 5/6, p.365- 373, maio/jun., 2002.

VITALLE, M. S. S.; AMANCIO, O. M. S. **Gravidez na adolescência**, 2010.