



Construção do perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos de uma microárea pertencente a uma estratégia de saúde da família: ações do pet-graduassus

Defining the sociodemographic and clinical profile of individuals from a microarea covered by the family health strategy: pet-graduassus actions

Bruna Rezende Martins¹, Caroline Bertelli¹, Karoline Oliveira Almeida¹, Clauceane Venzke Zell^{1,2} Ediane Borges Torres Franz², Lisiane de Oliveira², Priscila Borges Sanfelice², Lia Gonçalves Possuelo¹

1 - Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

2 - Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos da microárea dez pertencente a uma Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul. **Método:** através de um estudo quantitativo e transversal, realizado de junho a agosto de 2016, utilizaram-se as fichas disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde Eletrônico (e-SUS), as quais serviram como base para realização do cadastro individual dos usuários pertencentes a microárea, em que avaliou-se a idade, cor da pele, sexo, escolaridade, situação de trabalho e patologias referidas da população. **Resultados:** foram considerados para a pesquisa 224 (80%) cadastros. A idade dos moradores variou de 0 a 76 anos. Quanto aos dados referentes à escolaridade e situação laboral foram considerados apenas os indivíduos entre 18 e 59 anos, passando a utilizar um total de 120 (52%) cadastros. Visualizou-se que 71 (60%) dos moradores não haviam concluído o ensino fundamental e que 62 (52%) dos mesmos estavam desempregados no momento da coleta. Para análise da situação de saúde utilizou-se os 224 cadastros, onde pode se observar que 20 (9%) dos moradores tem hipertensão arterial sistêmica (HAS), destes 16 (80%) eram mulheres com uma média de idade de 57 anos. **Conclusão:** o cadastramento individual é de suma importância para que dados referentes ao nível de escolaridade, situação laboral e de patologias referidas sejam analisados e sirvam como direcionadores das atividades realizadas pelas Estratégias de Saúde da Família, além de aumentar o vínculo usuário-serviço.

caroline97bertelli@hotmail.com

Palavras-chave:

Perfil de Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Cadastro; Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the sociodemographic and clinical profile of individuals from “micro-area 10” of the Family Health Strategy of the municipality of Santa Cruz do Sul, Brazil **Method:** this was a quantitative and cross-sectional study, carried out from June to August 2016, based on records provided by the Unified Electronic Health System (e-SUS), which registers users belonging to micro-area and information about their age, skin color, sex, schooling, work situation and referred pathologies. **Results:** the sample consisted of 224 (80%) records. The age of residents ranged from 0 to 76 years. Regarding schooling and work situation, only individuals between 18 and 59 years old were considered, for a total of 120 (52%) records. Moreover, 71 (60%) of the residents had not finished elementary school and 62 (52%) were unemployed at the time of data collection. To analyze the population’s health condition, 224 records were analyzed, showing that 20 (9%) of the residents had systemic arterial hypertension (SAH), and of these, 16 (80%) were women with a mean age of 57 years. **Conclusion:** it is highly important to keep individuals records so that data about level of schooling, work situation and related pathologies can be analyzed and underpin activities carried out by the Family Health Strategy, in addition to strengthening the user-service bond.

Keywords:

Health Profile; Family Health Strategy; Censuses; Primary Health Care; Unified Health System.



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu com o intuito de oferecer um atendimento integral ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), agindo de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidas a partir da Lei nº 8080/90. Dentre eles, cita-se a universalidade, integralidade, territorialização e foco na população adscrita como pilares centrais para que se atinja uma saúde de qualidade.^{1,2}

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sua mola precursora para expansão e consolidação da APS. As ESF's caracterizam-se como a principal porta de entrada dos usuários no SUS e destacam-se por suas ações de caráter multidisciplinar, baseadas na promoção, proteção e recuperação da saúde da população, agindo holisticamente e respeitando às demandas e individualidades de cada território.^{2,3}

Cada ESF é formada por, no mínimo, um médico de família e comunidade ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ainda fazer parte da equipe os profissionais de saúde bucal, cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal. Conforme a organização, as unidades devem trabalhar com a definição de um território de abrangência, onde há famílias vinculadas, e que representa a área sob a qual a ESF tem responsabilidade.²

A partir da definição pré-estabelecida do território e da população adscrita da ESF, as equipes de saúde, prioritariamente os ACS, tem como parte do seu trabalho a realização do cadastramento das famílias vinculadas ao serviço, através de visitas domiciliares. O cadastro dos usuários é uma importante ferramenta, pois permite à criação e o fortalecimento de vínculo, bem como, a construção do perfil sociodemográfico, a identificação de componentes epidemiológicos, sanitários e familiares que, posteriormente, auxiliam no direcionamento das atividades de saúde, a fim de que se possa solucionar e/ou amenizar os agravos visualizados.³⁻⁶

O ACS, ao realizar o cadastramento individual da população adscrita, age como um elo entre a comunidade e o serviço de saúde, possibilitando que as necessidades da população atendida cheguem até os profissionais e que situações de vulnerabilidade e risco enfrentados por cada família sejam identificadas.^{1,5,7}

Devido a situações administrativas e burocráticas, por vezes, determinadas microáreas

não tem cobertura de ACS. Desta forma, bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde) podem auxiliar a equipe da unidade de saúde no cadastramento das microáreas que corresponde ao território da ESF.

O PET-Saúde é uma parceria entre os ministérios da saúde e da educação, que tem como objetivo inserir o graduando precocemente no serviço de seu município, a fim de que o mesmo possa conhecer mais sobre o SUS. Além disso, o programa propicia aos acadêmicos a construção de uma visão mais humanizada e integral, ao favorecer o vínculo com os usuários e realizar atividades com os mesmos.^{8,9}

Enquanto justificativa, convém considerar que os resultados obtidos a partir deste estudo serão de grande valia, visto que poderão ser utilizados como instrumento para que a equipe de saúde atuante na ESF realize ações específicas de saúde, a partir das necessidades elencadas.

Diante disso, o objetivo deste estudo detém-se em descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos indivíduos que residem na microárea dez, pertencente a uma Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Cruz do Sul (SCS).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa transversal e quantitativa, realizada de junho a agosto de 2016, em uma Estratégia de Saúde da Família, a qual tem aproximadamente 3.191 residentes adstritos em seu território e foi inaugurada em novembro de 2015. A ESF localiza-se no município de Santa Cruz do Sul – RS e possui dez microáreas (MA), das quais, seis localizam-se na área rural e quatro na área urbana do município, sendo que quatro MA não contam com cobertura de ACS.

Localizada na área urbana e próxima a um distrito industrial, a microárea avaliada era composta por uma população predominantemente jovem e que apresentou elevados níveis de vulnerabilidade socioeconômica. O território possuía altos números de mudanças de endereço. Associou-se isto ao fato de que a maioria dos moradores não possuía casa própria, realizando *usucapião* do terreno onde residiam.

A alta rotatividade dos moradores ocasiona déficits no cadastramento e no controle dos mesmos pela unidade de saúde, entretanto, acredita-se que quase toda a microárea tenha sido cadastrada.

Para a realização deste estudo, utilizaram-se as

fichas disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde Eletrônico (e-SUS), as quais foram aplicadas na MA dez da ESF e serviram como base para realização do cadastro individual dos usuários pertencentes a microárea, onde avaliou-se a cor da pele, o sexo, escolaridade, situação de trabalho e patologias referidas da população.

As variáveis consideradas no estudo foram: idade, sexo (feminino/ masculino); cor da pele (branco/ pardo/ preto/ amarelo/indígena); escolaridade (creche/pré-escola- exceto classe alfabetizada) /ensino fundamental 1º - 4º série/ ensino fundamental 5º - 8º série/ ensino fundamental completo/ ensino fundamental especial/ ensino médio 2º ciclo (científico, técnico, etc)/ ensino médio especial/ ensino médio EJA (supletivo)/ superior/ aperfeiçoamento/especialização/mestrado/doutorado/ nenhuma opção).

Sobre a situação de trabalho, as opções disponíveis eram: empregador; assalariado com carteira de trabalho; assalariado sem carteira de trabalho; autônomo com previdência social; autônomo sem previdência social; aposentado/pensionista; desempregado; não trabalha; outro. E, por fim, as opções sobre as patologias referidas foram: se possuíam ou não hipertensão arterial sistêmica (HAS); se já haviam sofrido acidente vascular encefálico (AVE); se possuíam ou não diabetes mellitus; e se eram fumantes.

Para efetuar a análise dos dados referente à escolaridade e a situação de trabalho, optou-se por considerar apenas os usuários que possuíam entre 18 e 59 anos, a fim de fazer um comparativo entre a relação do nível de escolaridade e a situação laboral dos moradores.

Os cadastros foram efetuados pelos bolsistas do PET – GraduaSUS, que são graduandos de quatro cursos da área da saúde: enfermagem, odontologia, fisioterapia e medicina, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). O cadastramento foi realizado juntamente com seus preceptores que são funcionários da Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul e com as ACS, que atuam nas outras microáreas pertencentes a ESF.

Foram incluídos, no estudo, indivíduos e famílias que estivessem residindo no microárea dez da unidade de saúde no período em que os dados foram coletados. Por sua vez, utilizou-se como critérios de exclusão, a rasura e/ou preenchimento incorreto dos cadastros.

Os dados foram tabulados no programa Excel e, subsequentemente, utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS v.20) para realização de análises descritivas e univariadas.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CAAE: 14624913.0.0000.5343) sob o parecer nº 236523.

RESULTADOS

Realizar cadastramentos e reconhecer territórios ou microáreas, assim como foi feito neste estudo, auxilia no reconhecimento de demandas e na potencialização das ações da tríade promoção-prevenção-recuperação, fortalecendo e melhorando as vivências de cada usuário.

No total, foram efetuados 279 cadastros individuais e, a partir da aplicação dos critérios de exclusão 55 foram desconsiderados, totalizando 224 (80%) cadastros para análise.

Na tabela 1 estão descritas as características sociodemográficas, onde se observou uma frequência maior de mulheres, 119 (53%), quanto à cor da pele, 116 (52%) eram brancos e referente à idade, a mesma variou de 0 a 76 anos, com média de 25 anos.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos moradores da microárea.

CARACTERÍSTICA	N=224	%
Sexo		
Masculino	105	47%
Feminino	119	53%
Cor da pele		
Branca	116	52%
Preta	47	21%
Parda	61	27%
Amarelo	0	0%
Indígena	0	0%
Faixa Etária – 0 a 76 anos		
Média de idade – Total	25 anos	-
Média de idade – Homens	22 anos	-
Média de idade – Mulheres	26 anos	-

Para analisar a situação socioeconômica da microárea, optou-se por utilizar somente os dados dos usuários que possuíam entre 18 e 59 anos, a fim de que fosse possível elucidar se o nível de escolaridade influenciava na situação laboral dos moradores, o que

reduziu o n de 224 para 120 (52%).

Segundo a tabela 2, verificou-se que 71 (60%) dos moradores não haviam concluído o ensino fundamental e que 62 (52%) dos mesmos estavam desempregados no momento da coleta.

Conforme a tabela 3, sobre as patologias referidas, observamos que 20 (9%) dos moradores tem hipertensão arterial sistêmica (HAS). A maior frequência da doença está entre as mulheres da comunidade, 16 (80%), das quais seis (37%) são fumantes. Quanto à HAS nos homens, apenas quatro (20%), relataram possuir a patologia, destes, apenas um (25%) relatou ser fumante.

A idade das moradoras com HAS na microárea dez variou de 37 até 76 anos e a média de idade ficou em 57 anos, enquanto a idade dos homens com HAS variou de 24 a 66, sendo que a média masculina foi de 48 anos. Além disso, foram contabilizados quantos moradores tiveram acidente vascular encefálico, onde se destacaram apenas duas pessoas, ambas são do sexo feminino e que possuíam HAS.

Quanto aos residentes portadores de Diabetes Mellitus (DM) tipo II, dos 11 diabéticos, cinco eram homens e possuíam idade inferior a 60 anos, em contrapartida cinco das seis mulheres com DM tipo II possuíam mais de 60 anos.

Tabela 2 – Características socioeconômicas dos moradores da microárea.

ESCOLARIDADE	N =120	%
Ensino Fundamental 1º - 4º série	19	16%
Ensino Fundamental 5º - 8º série	52	43%
Ensino Fundamental Completo	11	9%
Ensino Fundamental Especial	1	1%
Ensino Médio 2º Ciclo (Científico, técnico, ETC)	28	23%
Ensino Médio Especial	4	3%
Ensino Médio EJA (SUPLETIVO)	1	1%
Superior, Aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado	2	2%
Nenhum	2	2%
SITUAÇÃO DE TRABALHO		
Empregador	5	4%
Assalariado com carteira de trabalho	26	22%
Assalariado sem carteira de trabalho	5	4%
Autônomo com previdência social	2	2%
Autônomo sem previdência social	12	10%
Aposentado/Pensionista	6	5%
Desempregado	62	52%
Outro	2	1%

Tabela 3 – Características clínicas dos moradores da microárea.

PATOLOGIAS REFERIDAS	SEXO				
	Total	Masculino		Feminino	
	224	105	%	119	%
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)					
Possuem HAS	20	4	20	16	80
Não possuem HAS	204	101	49	103	51
Fumantes					
Fumam	42	21	50	21	50
Não fumam	182	84	46	98	54
Acidente Vascular Encefálico					
Sofreram AVE	2	0	0	2	2
Não sofreram AVE	222	105	100	117	98
Diabetes Mellitus (DM) tipo II					
Possuem DM tipo II	11	5	45	6	55
Não possuem DM tipo II	213	100	47	113	53

A seguir serão elucidadas as discussões acerca dos resultados obtidos após a análise das 224 fichas cadastrais. Debateremos os principais achados deste material com as informações disponibilizadas na literatura científica.

DISCUSSÃO

Após a análise das 224 fichas de cadastro individuais, foi possível esboçar o perfil sociodemográfico e clínico de um território pertencente a uma ESF localizada no interior do Estado do Rio Grande do Sul.

Considerados como um importante determinante na prevenção e promoção da saúde, um território compreende diversas peculiaridades e múltiplos determinantes do processo de saúde-doença. Sendo assim, os territórios, nada mais são do que um espaço vivo, geograficamente delimitado e que está ocupado por uma população específica. A identificação das necessidades da população tem início a partir do reconhecimento do território onde a mesma está inserida.^{9,10} Sendo assim:

Cada território possui peculiaridades em respeito a seus usuários e equipes, à sua capacidade de estrutura física e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições inerentes ao local em que se encontra inserido. Assim, as estratégias para a melhor condução dos sistemas de Saúde terão que se adequar, necessariamente, a essas diferenças regionais, pois não existe um padrão único e imutável de gestão.^{9 p-7)}

Ao destacar o reconhecimento dos territórios como um espaço social é possível passar a vê-lo como um ambiente de construções e desconstruções, onde se pode notar o processo de trabalho dos usuários, como os mesmos podem possuir classes econômicas diferenciadas e terem acessos desiguais aos bens de consumo, incluindo os serviços de saúde. Os profissionais que compõem uma ESF devem possuir uma gama de habilidades para conseguirem lidar com os dilemas e as vulnerabilidades percebidas de maneira que sejam compreensivos e saibam articular o cuidado com as redes de atenção à saúde para a o alcance da promoção, prevenção e/ou recuperação de saúde.^{11,12}

Ao ocorrer o processo de reconhecimento de determinado território, é possível compreender suas dimensões sócio históricas, possibilitando a

aproximação dos profissionais de saúde com os usuários do serviço.¹²

A análise territorial implica uma coleta sistemática de dados, os quais irão expressar situações-problema naquela população e naquele território, indicando suas inter-relações espaciais. Possibilita, ainda, identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para as intervenções – o que permite a escolha de ações mais adequadas, constituindo-se em ferramenta poderosa para o planejamento por intermédio da microlocalização dos problemas de saúde.^{11,12}

Consideradas como pequenas extensões do território de uma unidade de saúde as MA precisam passar por um processo subjetivo, normalmente realizado através da observação dos dados, vivências dos ACS e/ou pela equipe de saúde a fim de que sejam consideradas como territórios de risco ou não.¹³

Ao analisarmos os dados referidos pelos 224 usuários, há predominância de uma população jovem, que possui baixa escolaridade e desemprego, identificou-se um território bastante complexo e distinto, onde vulnerabilidades e disparidades econômicas, sociais e culturais entre os residentes estão refletidas, caracterizando a microárea com um perfil de risco.

Uma das características que prioriza o perfil de risco da microárea está nas desigualdades entre os níveis de escolaridade. Este dado é frequentemente utilizado nos estudos para a saúde, já que serve como indicador para avaliar estilos de vida e comportamentos, além de que, o baixo nível de escolaridade também pode estar vinculado ao aumento do preconceito, da discriminação racial, do baixo suporte social e de hábitos de vida incongruentes.^{14,15}

Os dados referentes ao nível de escolaridade evidenciaram que uma alta taxa da população entre 18 e 59 anos não havia finalizado o ensino fundamental, e mais, que apenas dois moradores (1,7%), haviam concluído o ensino superior. Diante dessas informações e de acordo com a literatura, acredita-se que indivíduos com menor tempo de formação possuiriam menor capacidade para o autocuidado e de engajamento em programa de prevenção e promoção em saúde.¹⁴

Supõe-se, ainda, que a baixa escolaridade seria um dos grandes fatores para a alta taxa de desemprego (51,6%), limitando o acesso aos bens de consumo dos indivíduos. O trabalho é considerado com uma das peças centrais da existência humana, servindo como

referência para padrões de identidade, estilo de vida e de acesso aos recursos financeiros.^{16,17}

Destaca-se ainda, que a não continuidade do estudo diminui as qualificações do trabalhador, reduzindo suas oportunidades no mercado de trabalho. Sendo assim, a não obtenção de empregos fixos abre precedentes para o aceite por trabalhos mal remunerados, salários baixos e com condições laborais precárias, podendo ocasionar na diminuição da autoestima e na perda dos direitos, inserindo o indivíduo em uma trajetória de vulnerabilidade.^{17,18}

A desigualdade social repercute na qualidade de vida e, como decorrência, na saúde das famílias e seus indivíduos, uma vez que a saúde encontra-se relacionada a apropriadas condições de vida e a políticas sociais e econômicas equânimes. Assim, estes resultados podem contribuir tanto para o planejamento de visitas domiciliares e outras ações de vigilância em saúde, como, também, para a adequada destinação de recursos, entre os cuidados de saúde direcionados a essas famílias na ESF. As características de determinada comunidade correspondem a uma diversidade e a uma complexidade de fatores que influenciam a saúde local e a forma como esses se relacionam.^{17,18}

Levantou-se ainda, informações quanto aos 20 moradores (9%) com HAS. Destes, 16 eram mulheres com idade média de 56 anos, enquanto os quatro homens possuíam idade média de 48 anos. Essas informações corroboraram com as existentes na literatura, onde se viu que os valores pressóricos masculinos se elevam antes dos 50 anos, em contrapartida com as mulheres que passam a sofrer mudanças nos valores pressóricos após os 50 anos em decorrência das alterações hormonais provenientes do climatério e da menopausa.¹⁹

Mulheres com hipertensão arterial sistêmica elevada possuem uma maior propensão a sofrerem acidentes vasculares encefálicos (AVE) e infarto do miocárdio (IAM)¹⁹, o que vai de encontro com os achados deste estudo, onde duas mulheres sofreram AVE e IAM.

Duas das mulheres que tiveram AVE e IAM, fumavam. O fumo induz profundas alterações hemodinâmicas, uma vez que a nicotina causa vasoconstrição, aumento da resistência periférica e diminuição das propriedades viscoelásticas das artérias, sendo também, um dos ocasionantes da elevação da pressão arterial sistêmica.²⁰ Reitera-se, ainda que o tabagismo, presente em sete dos 20 portadores de

HAS do território também é um importante fator para o risco de doenças cardiovasculares, principalmente para o infarto do miocárdio, o acidente vascular encefálico e a morte súbita.

Um estudo feito através do inquérito nacional de Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD), no ano de 2008, evidenciou que a baixa escolaridade esteve associada a uma maior prevalência de DM do tipo II. Tal associação já havia sido verificada anteriormente, tanto no Brasil como em outros países.²¹ O achado vai de encontro com os dados evidenciados, já que dos 11 usuários com DM tipo II, apenas um havia concluído o ensino fundamental e médio.

O grau de escolaridade coloca-se como um importante indicador socioeconômico, sendo considerado um delineador da posição social de um indivíduo. Tal característica implica em riscos diferenciados no adoecer e morrer, uma vez que está relacionada ao acesso e ao consumo dos serviços de saúde, influenciando decisões familiares a respeito de alimentação, cuidados com o corpo e prevenção de doenças.²¹

As limitações encontradas para a conclusão deste trabalho estiveram ligadas à alta rotatividade dos usuários da microárea, o que ocasionava déficits no controle dos cadastros e falhas no processo de cobertura. Além disso, outra limitação se deve ao fato dos cadastros serem autorreferidos, o que apesar de ter relação com a verdadeira ocorrência das doenças, pode levar a uma subestimação dos casos de algumas patologias encontradas na população analisada.

CONCLUSÃO

Ao concluir o perfil clínico e sociodemográfico da microárea, ficou evidente a importância do cadastramento individual para que dados relativos à escolaridade e situação de trabalho fossem elucidados, assim como, informações referentes a patologias de ordem crônica como a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus fossem destacadas.

Dada a importância de estudos como este, entende-se que mais achados com o mesmo teor sejam publicados, a fim de que seja possível analisar e perfil cada microáreas para que ocorra um direcionamento das atividades de saúde de acordo com as demandas populacionais de cada território.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Universidade de Santa Cruz do Sul, a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação pela possibilidade de vivência dentro do Programa PET – GraduaSUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.
3. Silva LA, Chaves SCL, Casottic CA. Desafio da atenção primária à saúde em municípios de pequeno porte com baixo desenvolvimento socioeconômico. Rev Baiana Saúde Pública 2016;40(2):457-79. doi: <https://doi.org/10.22278/2318-2660>
4. Datasus. Sistema de Informação da Atenção Básica – Cadastramento Familiar. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/siabfdescr.htm>>. Acesso em: 30 de Out 2017.
5. Liacc/samonte. Organização dos macroprocessos básicos da atenção primária à saúde – Oficina III: Cadastro Familiar e Diagnóstico Local. Minas Gerais, 2013.
6. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2013;18(7):2147-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº. 421 de 03 de março de 2010. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2010.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº. 422 de 03 de março de 2010. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3 ed. Brasília, 2009.
10. Gonçalo TA. Território e processo de trabalho em saúde: representações sociais de agentes comunitários de saúde (Caicó/RN). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2016, 81 f.
11. Pinto AGA, Jorge MSB, Marinho MNASB, Vidal ECF, Aquino PS, Vidal ECF. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. Rev Bras Enferm 2017;70(5):970-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0033>
12. Dias GL, Camponogara S, Costa VZ, Cunha QB. A relação saúde e meio ambiente na atenção primária e na estratégia de saúde da família: uma revisão narrativa. Rev APS 2017;20(4):636-44.
13. Garcia ACP, Lima RCD, Galavote HS, Coelho APS, Vieira ECL, Silva RC, Andrade MAC. Agente Comunitário de Saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. Trab Educ Saúde 2017;15(1):283-300.
14. Malucelli A, Junior AVS, Bastos L, Carvalho D, Cubas MR, Paraíso EC. Classificação de microáreas de risco com uso de mineração de dados. Rev Saúde Pública 2010; 44 (2), 292-300. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000200009>
15. Nakata PT, Koltermann LI, Vargas KR, Moreira PW, Duarte ERM. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. Rev Latino-Am Enfermagem 2013;21(5):1-7.
16. Souza, DE. Determinação social da saúde: associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida Salvador, 2012, 116f.
17. Cabieses B, Zitko P, Pinedo R, Espinoza M, Albor C. Como se ha medido la posición social e investigación en salud? Una revisión de la literatura internacional. Revista Panamericana de Saúde Pública 2011;29(6):457-68.
18. Gonçalves LG. Desemprego, trabalho sem proteção social e saúde: uma análise do indivíduo e do contexto. Belo Horizonte, 2008, 101f.
19. Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. O controle da hipertensão arterial em mulheres e homens: uma análise comparativa. Rev Esc Enferm USP 2016;50(1):50-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100007>
20. Giorgi DMA. Tabagismo, Hipertensão Arterial e Doença Renal. Revista Tabagismo e HA 2010;13(4):256-9.
21. Flon LS, Campos MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. Rev Bras Epidemiol 2017;20(1):16-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010002>

Recebido em: 23/01/2019

Aceito em: 26/03/2019

Como citar: REZENDE, Bruna et al. Construção do perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos de uma microárea pertencente a uma estratégia de saúde da família: ações do pet-graduasus. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 4, dez. 2018. ISSN 2595-3664. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/ripsunisc/article/view/13097>>. Acesso em: 16 abr. 2019. doi:<https://doi.org/10.17058/rips.v1i4.13097>.