

CARACTERIZAÇÃO DE COMUNIDADE RURAL DO SUL DA BAHIA: A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NA IDENTIFICAÇÃO E CONHECIMENTO DE AGRAVOS DE SAÚDE

Jair Ribeiro Pereira^a

Yara Juliano^b

Jane de Eston Armond^c

Neil Ferreira Novo^d

Resumo

Este trabalho objetiva verificar as características socioeconômicas e da saúde, condições de vida, perfil de morbidade e sugerir ações que possam melhorar a qualidade de vida das pessoas da comunidade rural de Itiúba, Jaguaquara (BA). O método utilizado foi de corte transversal, descritivo. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a ficha "A" do Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB). A população é composta por 195 famílias, das quais foram entrevistadas 187, tendo em vista que 8 não moravam em Itiúba no momento da pesquisa – novembro e dezembro de 2008. Os resultados apontaram uma comunidade com problemas nas áreas econômicas (praga de vassoura de bruxa no cacau), social (alto número de analfabetos) e, na saúde, falta de saneamento básico como: água tratada, rede de esgoto e carência de uma Unidade de Saúde adequada para atender a demanda da população. Quanto aos agravos referidos como mais importantes, identificaram-se hipertensão arterial e dorsalgia. Cabe a todos os envolvidos com a comunidade uma ação sinérgica para a solução dos problemas existentes.

Palavras-chave: Comunidade rural. Programa de Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Saúde Pública.

^a Mestre em Materno Infantil pela Universidade de Santo Amaro (UNISA).

^b Professora Titular de Bioestatística da Universidade de Santo Amaro (UNISA).

^c Professora Titular de Saúde Coletiva da Universidade de Santo Amaro (UNISA).

^d Professor Titular de Bioestatística da Universidade de Santo Amaro (UNISA).

Endereço para correspondência: Av. Marechal Deodoro da Fonseca, 717A, Muritiba, Jaguaquara, BA. CEP: 45345-000. rpjair@yahoo.com.br

CHARACTERIZATION OF THE RURAL COMMUNITY OF SOUTHERN BAHIA: THE IMPORTANCE OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM IN THE IDENTIFICATION AND KNOWLEDGE OF HEALTH PROBLEMS

Abstract

This study aims at determining the socioeconomic characteristics and health, conditions of life, morbidity profile in order to propose actions that can improve the quality of life of the people of the rural community of Itiúba - Jaguaquara (BA). The method used was a cross-sectional, descriptive questionnaire and the type "A" form of the Information and Primary Care System (ISPC). The population consists of 195 families, 187 of which were interviewed, taking into account the fact that 8 of these did not live in Itiúba at the time of the survey – November and December, 2008. The results showed a community with problems in the economic (the plague of witches broom on cocoa), social areas (high number of illiterates), and in respect to health, it lacks basic sanitation such as potable water, sewer system and an adequate Health Unit to meet the demands of the population. As to the health problems referred to as the most important arterial hypertension and dorsalgia were identified. It is a responsibility of all those involved with the community to act in synergy to solve the existing problems.

Key words: Rural community. Family Health Program. Public Health System. Public Health.

CARACTERIZACIÓN DE COMUNIDAD RURAL DEL SUR DE LA BAHIA: LA IMPORTANCIA DEL PROGRAMA SALUD DE LA FAMILIA EN LA IDENTIFICACIÓN Y CONOCIMIENTO DE AGRAVOS A LA SALUD

Resumen

Este trabajo objetiva verificar las características socioeconómicas y de la salud, condiciones de vida, perfil de morbilidad y sugerir acciones que puedan mejorar la calidad de vida de las personas de la comunidad rural de Itiúba, Jaguaquara (BA). El método utilizado fue de corte transversal, descriptivo. Se utilizó como instrumento de colecta de datos la ficha "A" del Sistema de Información y Atención Básica (SIAB). La población es compuesta por 195 familias, de las cuales 187 fueron entrevistadas, teniendo en vista que 8 no vivían en Itiúba al momento de la investigación - noviembre y diciembre de 2008. Los resultados apuntaron una comunidad con problemas en las áreas económicas (plaga de la escoba de bruja en el cacao), social (alto número de analfabetos) y, en la salud, falta de saneamiento básico como: agua tratada, red de alcantarillado y carencia de una Unidad de Salud adecuada para atender la demanda de la población. Cuanto a los agravos referidos como los más importantes se indentificaron la hipertensión arterial y la

dorsalgia. Cabe a todos los envueltos con la comunidad una acción sinérgica para la solución de los problemas existentes.

Palabras-clave: Comunidad rural. Programa de salud de la familia. Sistema único de salud. Salud pública.

INTRODUÇÃO

Já em meados do século XIX, Virchow entendia que a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social, que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem submeter-se à pesquisa científica. Entendia também que o próprio termo “saúde pública” expressa seu caráter político e que sua prática deve conduzir necessariamente à intervenção na vida política e social para indicar e eliminar os obstáculos que dificultam a saúde da população.¹ Portanto os agravos à saúde, provocados por doenças ou circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas e lesões auto ou heteroinfligidas causam danos à integridade física, mental e social dos indivíduos.²

Desde a publicação do “Relatório Black”, em 1982, ficaram evidentes as grandes disparidades sociais na situação de saúde da população britânica; estudos subsequentes, realizados em vários países, mostraram uma forte associação entre as condições de saúde e o nível socioeconômico e ambiental de cada indivíduo.³

Os conjuntos de necessidades de saúde são quatro e seus conceitos devem ser conhecidos pelas pessoas. O primeiro são as boas condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive traduz-se em diferentes necessidades. O segundo conjunto diz respeito ao acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida. É importante destacar, nesse caso, que o valor de uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento. O terceiro refere-se à criação de vínculos afetivos e efetivos entre o usuário e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde. Vínculo deve ser entendido, nesse contexto, como uma relação contínua, pessoal e calorosa. Por fim, o último conjunto de necessidades de saúde está ligado aos graus crescentes de autonomia que cada pessoa tem em seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação.²

No Brasil, a luta pela construção de um sistema de saúde universal, acessível e de qualidade foi marcada pelo movimento da Reforma Sanitária, pautada em uma mobilização reivindicatória alicerçada na necessidade de reconstruir uma estrutura normativa que atendesse às reais necessidades da população nas questões de saúde, enquanto direito de cidadania.⁴

Em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que, com ampla participação, discutiu a situação de saúde no país e aprovou um relatório com recomendações de

descentralização, participação popular e eficiência da gestão local. Essas recomendações passaram a construir o projeto da Reforma Sanitária brasileira. A proposta da reforma brasileira buscava reorientar o sistema de saúde e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).⁵

A criação do SUS teve como premissa básica que todas as pessoas têm iguais direitos na atenção à saúde, cabendo ao Estado garantir as condições para o exercício desse direito.⁶ Com a criação do SUS, o direito universal à saúde foi reconhecido e a atenção primária priorizada, exigindo-se ações mais efetivas, na implantação de um modelo integral, capaz de ser resolutivo em todos os níveis de atenção.⁷

Na 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde, realizada no Canadá, em 1986, identifica-se a necessidade de se rever o paradigma de atenção à saúde centrada no biológico, para substituí-lo por um modelo mais abrangente, que resgate as dimensões psicológicas, socioculturais e ambientais do ser humano. O novo modelo passa a ter como objetivo não só a ausência de doenças, mas, principalmente, a qualidade de vida. Dentro desse contexto, surge no Brasil o Programa de Saúde da Família, que prevê um novo modelo de atenção primária.⁸

No Brasil, concretamente, o período mais recente da descentralização da saúde tem-se caracterizado pela implantação e expansão do Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em 1994.⁷ Portanto o PSF não é somente um novo modelo de atenção primária; é um novo modelo da atenção à saúde mais racional, equânime e resolutivo, com consequências em outros níveis.⁸

A Organização Mundial da Saúde afirma que as comunidades organizadas podem e sabem definir com clareza suas necessidades imediatas.⁸ Além disso, a população deve não só ser informada, mas, principalmente, participar do processo de forma dinâmica, conscientemente engajada no planejamento, implementação, monitoração e avaliação dos trabalhos.⁹

Tendo em vista a escassez de trabalhos científicos em comunidades rurais, optou-se pelo desenvolvimento deste trabalho em uma comunidade rural do estado da Bahia, para observar as condições de vida, de saúde e de acesso de seus habitantes a saúde.

Portanto, propôs-se este estudo com objetivo de conhecer as características socioeconômicas e de saúde, verificar condições de vida e conhecer o perfil de morbidade, a fim de subsidiar ações para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos da comunidade de Itiúba, localizada no Município de Jaguaquara, no estado da Bahia, Brasil.

MÉTODOS

Foi realizado estudo de corte transversal descritivo, na comunidade do povoado de Itiúba, que fica no município de Jaguaquara (BA).

Os estudos transversais são feitos para descrever os indivíduos de uma população com relação a suas características pessoais e suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos, em determinado momento. Tais estudos, além de fáceis, são rápidos e relativamente baratos. A questão é que eles são de difícil interpretação.¹⁰

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a ficha (A) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por ser um questionário já validado no Brasil.¹¹ Este questionário foi aplicado a todas as famílias da comunidade no período de novembro e dezembro de 2008.

A coleta de dados foi autorizada pelo presidente da Associação Comunitária de Itiúba, em comum acordo com o coordenador da Unidade do Programa de Saúde da Família. Os respondentes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constam as informações necessárias ao entendimento para a participação na pesquisa, e que todos são livres para não participar, se assim optarem, sem que percam qualquer benefício advindo da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Santo Amaro, com o nº 102/2008.

A população do estudo é constituída por 195 famílias cadastradas pelo Programa de Saúde da Família (PSF).

O critério para escolha dessa comunidade diz respeito à escassez de trabalhos científicos em comunidades de áreas rurais. Os critérios de exclusão são famílias que possuem casa na comunidade, mas não estão morando no momento da pesquisa no local, e parentes que não mais habitam com a família. Também foram excluídos parentes e amigos que estejam passando uma temporada com qualquer família na comunidade estudada.

Como limitação do estudo, há o modelo da ficha (A) do SIAB que, muitas vezes, não esclarece todas as variáveis, e a aplicação do questionário a apenas um membro da família (diretriz do programa), o que pode não refletir a real situação familiar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),¹² a população de menores de um ano de idade era de 2,3% em Jaguaquara, 2,0% na Bahia, e de 1,9% no Brasil. A comunidade estudada apresenta índice um pouco menor que a média do país. Na **Tabela 1**, os indivíduos menores de um ano de idade correspondem a 1,2% da população.

Na mesma tabela, 50,4% da população de Itiúba tem 15 a 49 anos. Esse perfil mostra uma comunidade de jovens adultos prontos para exercer uma atividade remunerada, no entanto esta não é a realidade desse grupo de indivíduos, pois as intercorrências (vassoura de bruxa no cacau) que aconteceram não permitiram um desenvolvimento sustentável da população estudada.

Tabela 1. Habitantes da comunidade, segundo grupo etário – Itiúba (BA), 2007

Grupo etário	N	%
< 1 ano	8	1,2
1 a 4 anos	35	5,2
5 a 14 anos	167	24,7
15 a 49 anos	341	50,4
< 50 anos	125	18,5
Total	676	100,0

Outra característica obtida na tabela está relacionada à população de 50 ou mais anos, grupo que aparece com 18,5%, de indivíduos. Esse número fica próximo ao do IBGE 2004, que traz Indicadores Demográficos e Sociais inclusive da população com mais de 50 anos. Em Jaguaquara, o percentual dessa população alcança 16,7%, na Bahia 14,8% e no Brasil 15,8%.¹² A comunidade de Itiúba segue a tendência do aumento do envelhecimento da população brasileira.

Os dados da **Tabela 2** apresentam a população de Itiúba acima de 15 anos de idade, segundo alfabetização: são 37,1% os analfabetos. Segundo dados do IBGE,^{13,14} a taxa de analfabetismo da população acima de 15 anos no Brasil é de 10,4% e na Bahia é de 18,8%, quase o dobro da taxa nacional e muito próxima da taxa da região Nordeste, que é de 21,9%. Além disso, a taxa de analfabetismo dessa população na zona rural é uma das mais altas do país – 31,6%. É importante saber também que, quando analisadas as taxas de analfabetismo funcional, esse quadro torna-se ainda mais crítico. A Bahia praticamente dobra a média geral, indo para 35,6%; no campo, a taxa sobe para 55,6%.

Tabela 2 – Habitantes da comunidade acima de 15 anos de idade, segundo alfabetização – Itiúba (BA), 2007

Alfabetizado	N	%
Sim	293	62,9
Não	173	37,1
Total	466	100,0

Pela ficha (A) do SIAB não há possibilidade de detecção de analfabetos funcionais, pois esta apenas contempla alfabetizado sim ou não.

A **Tabela 3**, que expõe os dados relativos aos habitantes da comunidade de Itiúba segundo suas ocupações, apresenta, em primeiro lugar, a atividade do Lar, com 15,7%, mostrando

que a função de cuidar da casa e dos filhos é a mais exercida pelas esposas; em segundo lugar aparecem os aposentados, que comentaremos depois; em terceiro lugar surge o lavrador (agricultor), provedor, com 12,3%, atuando em pequenas propriedades e utilizando o “manejo tradicional”, da lavoura de cacau.

Tabela 3. Habitantes da comunidade, segundo suas ocupações – Itiúba (BA), 2007

Ocupação dos sujeitos	N	%
Do lar	106	15,7
Aposentado	88	13,0
Lavrador	83	12,3
Comerciante	20	3,0
Professor	16	2,4
Pedreiro	8	1,2
Vendedor	6	0,9
Serviço geral	6	0,9
Outras (pouca frequência)	30	4,4
Pessoas sem Ocupação	313	46,3
Total	676	100,0

Os agricultores dessa comunidade, acostumados à monocultura do cacau, não estavam preparados para o enfrentamento de uma crise como a que se abateu sobre eles, desde as décadas de 1980 e 1990. Em consequência, tem-se verificado o êxodo dos jovens para as grandes cidades, principalmente São Paulo.

Segundo o IBGE 2005,¹⁵ o grupo de maior número entre os migrantes brasileiros é o de nordestinos, com 54,1%. O Sudeste continua a ser o maior polo de atração dos nordestinos: 67,3% deles dirigiram-se para essa região.

Como a migração rural é uma realidade, cabe aos prefeitos e a outras esferas do poder público desenvolver políticas efetivas para a permanência e qualificação dos jovens em suas comunidades rurais.

A **Tabela 3** também mostra que 13,0% dos indivíduos da comunidade são aposentados. Esta é uma população que precisa de maiores cuidados em relação à saúde. Cabe ao poder público prover acesso e serviço de saúde de qualidade, para o atendimento a essa faixa etária da população mais vulnerável, pois o recurso advindo da aposentadoria rural quase nunca

ultrapassa um salário mínimo. Segundo o IBGE,¹⁶ em 2005, no Brasil, 65,3% dos idosos foram considerados chefes do domicílio. A comunidade de Itiúba não foge à regra, já que os aposentados são arrimos de família.

No mesmo ano, o IBGE¹⁶ mostrou que a população com 60 anos ou mais foi superior a 18 milhões, correspondendo a quase 10% da população brasileira. A comunidade de Itiúba tem 13,0% de aposentados, média maior que a brasileira.

Nos dados relacionados às doenças referidas pelos participantes da pesquisa, expostos na **Tabela 4**, chama a atenção o fato de 10,7% da população de Itiúba ser portadora de hipertensão arterial, doença crônica que se caracteriza pelo aumento dos valores da pressão sistólica e diastólica, e pode ser definida como pressão sanguínea elevada. Esta doença afeta hoje cerca de 20% da população mundial adulta e a prevalência na população adulta brasileira está em torno de 15% a 20%, o que não é diferente do resto do mundo.¹⁷

Tabela 4. Habitantes da comunidade, segundo agravos referidos – Itiúba (BA), 2007

Agravos	N	%
Hipertensão arterial	72	10,7
Problema na Coluna	30	4,4
Dor de cabeça	15	2,2
Diabetes	12	1,8
Gastrite	12	1,8
Colesterol alto	7	1,0
Anemia	7	1,0
Distúrbio Mental	6	0,9
Outras	41	6,1
Pessoas sem doenças referidas	474	70,1
Total	676	100,0

O presente estudo da comunidade de Itiúba apresenta dados menores que a média mundial e brasileira.

Os “problemas na coluna espinhal” foram referidos por 4,4% dos respondentes. Outro dado referido, que chamou a atenção, está relacionado com a frequência da diabetes, pois, na comunidade de Itiúba, 1,8% refere sofrer desta doença. Os percentuais médios de afetados por esta doença no Brasil e em Salvador, segundo o Ministério da Saúde, são, respectivamente, 7,6%, e 7,9%.¹⁸

Neste estudo, a comunidade de Itiúba apresenta frequência da diabetes menor que os dados do Ministério da Saúde 2005,¹⁸ em relação a Salvador e ao Brasil. Novos trabalhos deverão ser elaborados para identificar a prevalência do agravo nesta população, baseada no diagnóstico de doença e não apenas na autorreferência.

No estudo, 77,5% da comunidade de Itiúba informaram que são abastecidos por água da rede pública; para a comunidade rural, essa percentagem é bastante significativa, ficando próxima dos padrões urbanos. A percentagem da população brasileira com abastecimento de água encanada de boa qualidade é da ordem de 20%.¹⁹ A comunidade de Itiúba, segundo os dados obtidos, distancia-se dessa realidade. No entanto, o que fez com que as famílias se considerassem atendidas por água de rede pública está relacionado com a canalização feita na década de 1980, em tubos de PVC, pelo prefeito da época. Segundo Amaral,²⁰ tratou-se de um tipo de implantação do serviço de abastecimento de água de Itiúba. Infelizmente, a água que agora chega aos domicílios não tem nenhum tratamento.

Continuando a verificação em relação ao saneamento básico, 2,3% da população da Itiúba referiram ter os dejetos de suas residências canalizados para a rede geral. Segundo o IBGE,¹⁶ que investigou os domicílios com serviços públicos de saneamento completo, aqueles que têm acesso ao abastecimento de água com canalização interna estão ligados à rede geral de esgotamento sanitário e/ou rede pluvial e são atendidos por coleta de lixo diretamente no domicílio. Em 2005, 61,1% dos domicílios brasileiros estavam enquadrados nesse critério. Esta, entretanto, não é a realidade da comunidade rural de Itiúba.

Os dados da **Tabela 5** mostram que 91,6% da população referem procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) em caso de doença.

Tabela 5. Tipo de assistência escolhida por domicílio – Itiúba (BA), 2007

Em caso de doença procura	N	%
Hospital	7	3,9
Unidade de Saúde	163	91,6
Farmácia	8	4,5
Total	187	100,0

Sabendo que todo indivíduo, em qualquer lugar, em qualquer situação, tem direito a todo atendimento que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, cabe a todas as pessoas buscarem conhecer seus direitos, garantidos pela Constituição e pelo SUS. Entretanto, no que diz respeito ao conhecimento de seus direitos, são poucos os itiubenses que os conhecem e os reivindicam de forma consciente e educada.

Na Unidade de Saúde de Itiúba, segundo relato do médico, quando solicitada uma ultrassonografia para uma gestante, dificilmente a paciente consegue realizá-la. Falta o sistema de referência e contrarreferência. Para que esses sistemas aconteçam de forma eficaz, é preciso conhecê-lo e cumpri-lo. Entretanto o encaminhamento (logística) da clientela para outra unidade que ofereça o serviço precisa ser feito, em alguns casos, em ambulância e Itiúba não possui nenhuma, nem mesmo uma linha telefônica na Unidade de Saúde da comunidade.

Para finalizar, apresenta-se uma síntese dos principais resultados obtidos com a pesquisa realizada na comunidade rural de Itiúba, município de Jaguaquara (BA).

Conforme visto, na comunidade estudada ainda predomina o patriarcalismo, no qual cabe à mulher o cuidado dos filhos e do lar e aos homens prover o sustento da família. A principal atividade para a manutenção das famílias vem da agricultura de pequenas propriedades de cacau.

Na questão da educação, o índice de analfabetismo referido é alto, ainda que todos os jovens em idade escolar estejam matriculados na escola pública, segundo a ficha (A) estudada.

Quanto a um sistema de água tratada adequado para o consumo humano, na comunidade de Itiúba não existe.

Entre os agravos de saúde, a hipertensão arterial e os problemas na coluna espinhal foram os mais referidos. A quase totalidade das famílias referiu procurar a Unidade de Saúde para a resolução de seus problemas.

Sendo uma comunidade rural, os agravos em saúde foram ampliados por falta de melhores condições sanitárias, acesso ao sistema de saúde e falta de organização da própria comunidade para cobrar seus direitos.

As variáveis estudadas da comunidade rural de Itiúba evidenciam a necessidade de serem superados os desafios apresentados. Para que isso aconteça, entretanto, é preciso que todos os elementos envolvidos possam desempenhar seu papel de forma consciente e dedicada, na busca de qualidade de vida para as pessoas e preservação do meio ambiente.

REFERÊNCIAS

1. Fundação Oswaldo Cruz. Documento apresentado por ocasião do lançamento da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença. Rio de Janeiro. Extraído de [<http://www.determinantes.fiocruz.br>], acesso em [5 de novembro 2006].
2. Cecílio LCO. As necessidades de Saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Extraído de [<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/star.htm?sid=25&inf>], acesso em [22 de março de 2009].

3. Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da pesquisa mundial de saúde, 2003. R. Bras. Saúde Matern. Infant. 2005 dez.;5(1):11-22.
4. Machado MF, Monteiro EM, Queiroz DT, Vieira NF, Barroso MG. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ci. Saúde Col. 2007;12(2):335-42.
5. Associação Paulista de Medicina. O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde SUS. São Paulo; 2001. p. 22-46.
6. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Manual de treinamento introdutório do Programa Saúde da Família. São Paulo; 2004. p. 85-97.
7. Bezerra NO, Nascimento MA. Implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em Feira de Santana-BA no ano 2000 como experiência piloto: vontade política ou "Interesses políticos"? R. Baiana de Saúde Públ. 2005;29(2):175-88.
8. Souza CN, Goes WB, Grisi S. Avaliação do atendimento médico de equipes do Programa Saúde da Família através de auditoria de prontuários. In: Cianciarullo TI, Gualda DM, Silva Gt, Cunha ICK. Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe; 2002. cap. 9, p. 145-142.
9. Pupulin AR, Guilherme ALF, Araujo SM, Falavigna DLM, Dias MLG, Oliveira NL et al. Envolvimento de acadêmicos em programa integrado visando à melhoria nas condições de vida de comunidades. Acta Scientiarum 2001;23(3):725-9.
10. Vieira S. Noções básicas. In: Vieira S, Hossne WS. Metodologia científica para a área de saúde. Rio de Janeiro: Campus; 2001. cap. 1, p. 13.
11. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Manual de treinamento introdutório do Programa Saúde da Família. São Paulo; 2004. p. 85-97.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE detecta mudanças na família brasileira. Extraído de [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774&id_pagina=1], acesso em [13 de novembro de 2008].
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE detecta mudanças na família brasileira. Extraído de [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774&id_pagina=1], acesso em [13 de novembro de 2008].

14. Secretaria da Educação (BA). Mapa do analfabetismo. Extraído de [http://www.sec.ba.gov.br/topa/mapa_analfabetismo.htm], acesso em [24 de junho de 2009].
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Indicadores Demográficos e Sociais. Extraído de [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774&id_pagina=1], acesso em [13 de novembro de 2008].
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Indicadores Demográficos e Sociais. Extraído de [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774&id_pagina=1], acesso em [13 de novembro 2008].
17. Cunha IC. Hipertensão arterial: um desafio para o idoso e sua família In: Cianciarullo TI, Guarda DM, Silva GTR. Saúde na família e na comunidade. São Paulo: Robe Editorial; 2002. cap. 16, p. 327-319.
18. Ministério da Saúde (BR). Indicadores e Dados Básicos 2007. Indicadores socioeconômicos. Extraído de [<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/b01.def>], acesso em [14 de novembro de 2008].
19. Costa SS, Maciel Filho AA, Cancio JÁ, Oliveira ML. A seleção de indicadores sanitários como instrumento de vigilância e controle da qualidade da água para consumo humano na prevenção e controle de doenças de veiculação hídrica [internet]. Trabalho apresentado ao 21º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental. Extraído de [<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacg/e/cd-cagua/ref/text/60.pdf>], acesso em [7 de dezembro de 2008].
20. Amaral IR. Jaguaquara-dados históricos intendentess (1921/1930) & prefeitos (1931/2007). Salvador: Gráfica Salvador; 2008.

Recebido em 31.7.2009 e aprovado em 9.4.2010.