



ConScientiae Saúde

ISSN: 1677-1028

conscientiaesaude@uninove.br

Universidade Nove de Julho

Brasil

Vicente Torres, Michelle; Ferreira Leal, Karla Karminete; Modesto Chaves, Yonara
O processo de territorialização no bairro São Pedro em Teresina, Piauí: uma visão de saúde na
população

ConScientiae Saúde, vol. 10, núm. 4, 2011, pp. 672-680

Universidade Nove de Julho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92921260010>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O processo de territorialização no bairro São Pedro em Teresina, Piauí: uma visão de saúde na população

The process of territorialization in São Pedro district in Teresina, Piauí: a vision of health in the population

Michelle Vicente Torres¹; Karla Karminete Ferreira Leal²; Yonara Modesto Chaves²

¹Mestre em Saúde Pública – USP, Docente – FSA, Teresina, PI – Brasil.

²Discente do nono período do curso de Fisioterapia – FSA, Teresina, PI – Brasil.

Endereço para correspondência

Karla Karminete Ferreira Leal
Av. Walfrido Salmito, nº 1.123, Vila Nova, Parque Piauí
64025-525 – Teresina – PI [Brasil]
karlakleal@hotmail.com

Resumo

Introdução: A territorialização é ferramenta útil no serviço de atenção básica à saúde, pois viabiliza a elaboração de um diagnóstico situacional, criando possibilidades de estratégias de intervenção. **Objetivo:** Apresentar o processo de territorialização do bairro São Pedro em Teresina (PI), construir um diagnóstico em saúde e discutir as principais demandas observadas. **Métodos:** Realizou-se um estudo observacional, descritivo, transversal, por meio da análise de dados do Sistema de informação de Atenção Básica (2009) e de visita presencial à área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no bairro São Pedro. **Resultados:** Percebeu-se um maior número de hipertensos na área 141 (n=291), e de diabéticos, na 142 (n=82). Contabilizaram-se 15 amputados e cadeirantes e 19 acamados em todo o território. A área da equipe 47 destacou-se por ter maior demanda sanitária e social e pelos baixos níveis de escolaridade, acessibilidade, evidenciando condições urbanas precárias. **Conclusão:** Visualizaram-se as necessidades relevantes do território e sugerem-se ações estratégicas que atendam às principais demandas.

Descriptores: Assistência à saúde comunitária; Atenção primária à saúde; Diagnóstico da situação.

Abstract

Introduction: Territorialization is a useful tool in the service of basic health care, enabling development of a situational diagnosis, and creating opportunities for intervention strategies. **Objectives:** To present the territorialization process of the district of São Pedro, Teresina (PI), Brazil, build a diagnosis health and discussing the main demands. **Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted through the analysis of data from the Information System of Primary Care (2009) and face with a visit to the area covered by the Family Health Strategy in São Pedro neighborhood. **Results:** We noticed a greater number of hypertensive patients in the area 141 (n=291), and diabetics in the area 142 (n=82). A total of 15 wheelchairs users and amputees and 19 bedridden were identified in the area. Team 47's area stood out for its greater health and social demands and for low levels of education and accessibility, evidencing degraded urban conditions. **Conclusion:** We visualized the relevant needs of the territory, and suggest strategic actions that meet the main demands.

Key words: Community health care; Impact assessment; Primary health care.

Introdução

A atenção primária em saúde abrange um conjunto de atividades planificadas de atenção médica integral que objetivam alcançar melhor nível de saúde para o indivíduo e para a comunidade, aplicando uma metodologia com ótima utilização de recursos disponíveis e a participação ativa das massas organizadas^{1,2}.

Para melhor gerenciamento e planejamento da elaboração de ações a serem implantadas nos serviços de atenção à saúde no Brasil, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) necessitam fazer um diagnóstico de saúde em seus territórios de abrangência. Isso se torna possível de maneira organizada por meio do processo de territorialização, ferramenta útil e inovadora que diz respeito à dedicação ao conhecimento de uma determinada área onde se pretende trabalhar. A análise social do território deve ser construída de forma a contribuir na identificação de informações para operacionalizar as tomadas de decisão e para definir estratégias de ação nas diferentes dimensões do processo de saúde-doença³.

A tarefa de territorializar, quando aplicada à atenção básica em saúde, adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do meio ambiente, da população e dinâmica social existente nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência⁴.

Na perspectiva integradora, o território é visto como revelador de parte ou do todo no que se refere à dimensão política, cultural, econômica e naturalista, devendo ser entendido como algo que surgiu de uma forma articulada, conectada, integrada com outros territórios⁵. Para que o processo de reconhecimento ocorra de maneira satisfatória, faz-se necessária a “familiarização” dos investigadores com esse território⁶.

Neste trabalho, visa-se apresentar o processo de territorialização do bairro São Pedro em Teresina (PI), identificar áreas de vulnerabi-

lidade no campo da saúde da população, construir um diagnóstico em saúde e discutir as principais demandas observadas.

Metodologia

Caracterização do estudo e local da pesquisa

Trata-se de estudo observacional, descritivo, transversal, qualiquantitativo realizado na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, bairro São Pedro, em Teresina, Piauí.

Aspectos éticos e legais

Submeteu-se o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santo Agostinho, o qual foi aprovado sob protocolo número 341/10, sendo realizado de acordo com normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, para pesquisas com seres humanos.

Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A territorialização ocorreu de setembro a novembro de 2010. Optou-se por visitas ao território divididas por área de cada Equipe Saúde da Família (Equipes 47, 141 e 142), e subdivididas por microáreas, atendidas individualmente por um Agente Comunitário de Saúde (ACS), que conduziria os pesquisadores ao longo de todo o processo.

Procurou-se fazer agendamento prévio com os ACS para que o trabalho fosse feito de acordo com sua disponibilidade e sem atrapalhar sua rotina de trabalho. O mesmo procedimento foi realizado com todos os membros de cada equipe da ESF do local, apresentaram-se também esclarecimento sobre a pesquisa e justificativas sobre a necessidade do apoio desses profissionais, ficando pactuada a entrega do trabalho final na Unidade Básica de Saúde.

Os profissionais de cada equipe, em especial os ACS, responderam inicialmente a um questionário que incluiu questionamentos sobre seu conhecimento e impressões relativos aos principais locais de utilização pública e equipamentos sociais que serviam para o uso comum e interação na comunidade, dinâmica de trabalho, migrações, violência, vida cultural e religiosa e dependência química. Os profissionais forneceram ainda informações constantes em suas fichas de rotina na Estratégia de Saúde da Família, incluindo-se dados sobre portadores de necessidades físicas e mentais especiais. Esses dados não foram avaliados de maneira isolada, sendo coletados com o intuito de auxiliar na interpretação das observações presenciadas nas visitas e no caso de necessidade de melhor esclarecimento, após apresentação prévia dos pesquisadores. Algumas pessoas da comunidade também foram entrevistadas para coleta de determinadas informações.

A partir das caminhadas no território, com a observação da dinâmica da comunidade e das conversas com ACS durante as visitas no território e com outras pessoas da comunidade, foram feitas anotações no formato de diário de campo baseadas na observação livre, expressando pensamentos e impressões significativas por meio da percepção individual de cada pesquisador. Também se realizou o registro fotográfico de imagens relevantes, conforme o olhar do pesquisador. Utilizaram-se mapas cartográficos previamente impressos para melhor situação do pesquisador na área analisada.

Para obtenção dos dados relativos aos principais problemas de saúde do território, foram utilizados os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), em 2009. Devido à grande quantidade de informações disponíveis nesse sistema, foi necessária uma seleção criteriosa dos dados mais relevantes a serem expostos, optando-se pelos dados de condições sanitárias no domicílio, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes.

Resultados

Aspectos demográficos sobre o bairro São Pedro

Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁷ de 2010, o município de Teresina (PI) possui atualmente uma população de 797.029 habitantes. O bairro São Pedro, na zona sul de Teresina, segundo o censo de 2000⁸, dados disponíveis no período deste estudo (segundo semestre de 2010), possuía uma população de 9.240 pessoas, sendo 5.012 mulheres; e 4.288, homens. O bairro limita-se a oeste com a Av. Maranhão que separa Teresina do Município Maranhense de Timon, a leste com a Av. Barão de Gurguéia, que o separa do bairro PIO IX, ao Norte com a Av. Nações Unidas, que o separa do bairro Vermelha e ao Sul com a Av. Gil Martins, que o separa do bairro Tabuleta, sendo antigamente considerado parte desses dois últimos bairros. Seu povoamento deu-se em torno da Igreja do São Pedro, que deu origem ao nome do bairro.



Figura 1: Localização do bairro São Pedro na Zona sul de Teresina (PI)

Aspectos analisados a partir do SIAB-2009

Doenças e agravos crônicos não transmissíveis: hipertensos e diabéticos

Observa-se que o bairro possui 665 portadores de HAS; e 193, de diabetes. A equipe 141 concentra o maior número de hipertensos cadastrados (n=291); e a equipe 142, o maior número

de diabéticos (n=82). No geral, mais de 87% de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados são acompanhados (Tabela 1).

Tabela 1: Dados comparativos entre as doenças e agravos crônicos não transmissíveis cadastrados e acompanhados nas equipes cobertas pela ESF no bairro São Pedro, em Teresina (PI)

Variáveis	Cadastrados	Acompanhados
	N (% em relação ao total de cadastrados)	N (% em relação aos cadastrados em cada área)
Hipertensos		
Área 047	141 (21,20)	141 (100,00)
Área 141	291 (43,80)	256 (88,00)
Área 142	233 (35,00)	222 (95,30)
Bairro	665 (100,00)	619 (93,20)
Diabéticos		
Área 047	38 (19,70)	38 (100,00)
Área 141	73 (37,80)	64 (87,70)
Área 142	82 (42,50)	79 (96,30)
Bairro	193 (100,00)	181 (93,80)

Características de atendimentos na Unidade Básica de Saúde (UBS)

Segundo os dados do SIAB (Tabela 2), o maior número de consultas destinou-se a pessoas com a faixa de idade de 60 anos ou mais (1.508). Observa-se que 24,38% do total de consultas destinaram-se aos portadores de HAS; 22,72%, à puericultura e 12,76% aos portadores de diabetes (Tabela 3).

Tabela 2: Número de consultas cadastradas nas equipes cobertas pela ESF no bairro São Pedro, segundo faixa etária, em Teresina (PI)

Faixa etária (anos)	N	%
60 anos e mais	1.508	28,70
50 a 59	669	12,80
40 a 49	649	12,40
20 a 39	1.148	21,80
Abaixo de 20 anos	1.281	24,30
Total	5.255	100,00

Tabela 3: Número de consultas cadastradas nas equipes cobertas pela ESF no bairro São Pedro, em Teresina (PI)

Especificação da consulta	N	%
HAS	3.775	49,50
Puericultura	1.732	22,70
Diabetes	973	12,40
Pré-natal	741	10,00
Prevenção cérvico-uterina	289	3,80
Hanseníase	70	1,00
Tuberculose	23	0,30
DST/HIV	19	0,30
Total	7.622	100,00

Condições sanitárias nos domicílios

A área da equipe 47 abrange o maior número de domicílios (n=1.201) e destaca-se por apresentar menores proporções de indicadores de boas condições sanitárias, quando comparado com as demais. Na Tabela 4, destacam-se as proporções de domicílios que não recebem qualquer tratamento da água destinada ao consumo, sendo essa a realidade de 32,22% das residências sob responsabilidade da equipe 142; e de 26,64% de casas, visitadas pela equipe 47. Quanto ao destino do lixo, verificou-se que em 14,69% das moradias os dejetos são deixados a céu aberto, na área da equipe 47; e em 24,88% dos domicílios, nesse mesmo local, não há esgoto, assim as fezes e a urina dos moradores também ficam expostos ao ar livre. Além disso, 25,5% das habitações nessa área são feitos de taipa não revestida.

Espaços de uso público na comunidade e estabelecimentos relacionados a serviços de saúde no bairro

Observou-se que no bairro existem duas praças, Praça do São Pedro I e Praça do São Pedro II, e dois campos de futebol. Percebe-se ainda a

presença de estabelecimentos comerciais, principalmente concentrados da área de abrangência da equipe 141 (Figura 2).

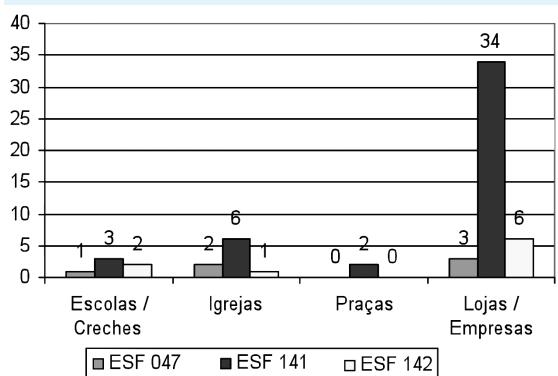


Figura 2: Número de escolas/creche, igrejas, praças e lojas/empresas de todas as equipes do bairro São Pedro

Destaca-se ainda a presença dos seguintes espaços sociais de associações:

- Associação dos Cegos do Piauí.
- Associação Comunitária dos Moradores do Bairro São Pedro.
- Clube de Mães do Bairro São Pedro.

Os estabelecimentos com características de prestação de serviços de saúde identificados no bairro foram:

- Unidade Básica de Saúde: atenção básica, Estratégia Saúde da Família (Prefeitura Municipal de Teresina).
- Centro de Diagnóstico por Exames Dr. Raul Bacellar (Prefeitura Municipal de Teresina): exames laboratoriais, serviços oferecidos aos centros de referência em saúde de Teresina.
- Serviço Escola Integrado de Saúde Carolina de Freitas Lira: clínica escola de instituição de Ensino Superior que oferece serviços ambulatoriais de Fisioterapia e Nutrição.

Aspectos relacionados às observações feitas durante as visitas presenciais ao território

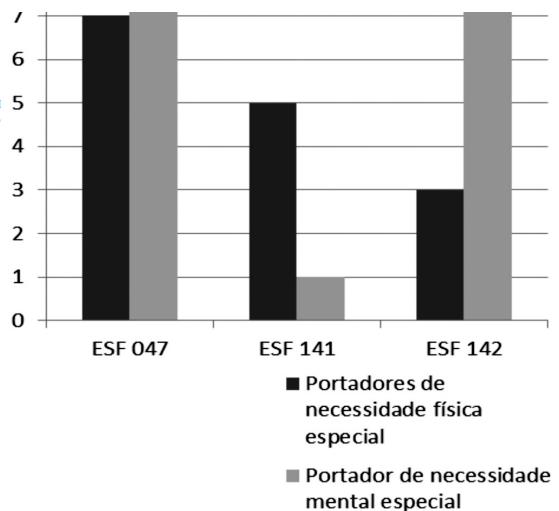


Figura 3: Distribuição das pessoas portadoras de necessidade especial do bairro São Pedro, segundo Equipe ESF

sete portadores de necessidades físicas especiais. Na equipe 141, observaram-se cinco portadores de necessidades físicas especiais e apenas um de necessidade mental especial.

Além disso, em todo o bairro São Pedro, contabilizaram-se 15 amputados e cadeirantes e 19 acamados.

Impressões subjetivas a respeito da dinâmica populacional

A área da ESF-047, segundo o SIAB (2009), apresenta 1.021 famílias cadastradas, sendo o local com o maior número de famílias, e mostrou-se com condições inferiores de saúde e saneamento, quando comparada às outras áreas.

A área coberta pela ESF-047 é composta pela região da comunidade conhecida como "Prainha", referência à proximidade com o rio Parnaíba, que divide o Estado do Piauí do Estado do Maranhão. Durante a visita a essa área, percebeu-se que o terreno possui um relevo irregular, formado por ruas e calçadas estreitas e tortuosas que dificultam a acessibilidade de uma maneira geral. Em algumas áreas, tornou-se inviável a passagem de veículo que não fosse bicicleta, tornando-se o acesso mais viável a pé. Alguns trechos eram inacessíveis mesmo dessa forma pela presença de grotões e áreas de esgoto a céu aberto (Figura 4).



Figura 4: Esgoto a céu aberto. Visita à área de abrangência da equipe 47, bairro São Pedro, Teresina (PI) 2010

Observou-se ainda nesta área a presença de pessoas em idade escolar (crianças e adolescentes) nas ruas, e, segundo relatos de moradores e dos agentes comunitários de saúde uma parcela dessa população não frequenta a escola ou pratica outra atividade destinada a retirá-la das ruas, passando parte do dia ociosa. Segundo os dados do SIAB (2009), apenas 35,48% das crianças de 7 a 14 anos, nessa área, estão nas escolas.

Outro fato relatado refere-se ao perceptível baixo interesse dos pais pela tarefa de incentivar os filhos a frequentar a escola, além disso, verificou-se que as crianças e os adolescentes do local não têm opção de lazer, sendo, muitas vezes, os bares e o consumo de drogas seu destino. Observou-se 12 bares e foram apontados 18 pontos de comércio de drogas.

A área da ESF-141 apresenta a maioria das ruas em bom estado de conservação com avenidas asfaltadas, destacando-se a Av. Barão de Gurguéia e a Av. Gil Martins, ambas são referência no bairro em razão de terem pontos de comércios e passagem de linhas de ônibus urbanos. Destaca-se ainda nessa região a presença da organização não governamental Movimento pela Paz na Periferia (MP3), um centro de convivência aberto à comunidade, em que são desenvolvidas principalmente atividades esportivas, aulas de informática e de reforço e um intensivo trabalho para retirar jovens da dependência de drogas.

A área da ESF-142 também apresenta acessibilidade limitada, embora com uma dimensão menos expressiva do que na área da equipe 47. O principal aspecto que chama atenção a respeito das ruas é o acúmulo de lixo a céu aberto (Figura 6) e principalmente os esgotos, com grotões e galerias que, em época de chuvas, alagam as vias. Outra característica marcante foi que, segundo o SIAB 2009, apenas 35,50% das crianças de 7 a 14 anos estão nas escolas.



Figura 6: Esgoto a céu aberto. Visita à área de abrangência da Equipe 142, São Pedro, Teresina (PI), 2010

Discussão

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados^{9,10}.

Segundo as VI Diretrizes de Hipertensão Arterial Sistêmica¹¹ inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%, sendo mais de 50% entre 60 e 69 anos; e 75%, acima de 70 anos. Em amostra probabilística da população brasileira, em 2003, a Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) mostrou uma prevalência de 6,2% de diabetes autorreferido em pessoas com idade igual ou superior a 18 anos¹². Apesar de as taxas de prevalência de diabetes e hipertensão não serem semelhantes e serem mais baixas que a média nacional, no bairro São Pedro, essa

parcela da população exige atenção em razão da alta morbimortalidade, associada a ambas as enfermidades mencionadas, demandar estratégias de promoção da saúde e a detecção de grupos de risco para intervenções preventivas. No Brasil, políticas e estratégias para seu controle vêm possibilitando a integração de ações preventivas na atenção básica à saúde^{13, 14, 15}. Sugere-se que sejam feitas atividades nos equipamentos sociais disponíveis (praças, escolas) com a participação de profissionais da atenção básica, objetivando transferência de conhecimentos com base na educação popular em saúde.

Um fato que pode colaborar para o agravamento da situação é falta de informação, distorções conceituais, problemas socioeconômicos e carência de recursos para a implementação de terapêuticas¹⁶.

Percebe-se ainda, visualizando-se as Tabelas 2 e 3, que o envelhecimento da população pode trazer repercussões para os serviços de saúde, pois o aumento da expectativa de vida, principalmente em países que ainda não desenvolvidos, vem acompanhado pelo aumento da prevalência de outras morbidades crônico-degenerativas, destacando-se a HAS, considerada como a principal morbidade em idosos, o que traz um maior número de consultas, exames laboratoriais, medicamentos e internações, gerando a necessidade de mais financiamentos e acarretando custos operacionais no setor da saúde¹⁷.

Outra demanda percebida foi a saúde funcional, que pode estar relacionada principalmente com a presença de incapacidade funcional, definida como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade¹⁸.

Pessoas acamadas, amputadas, cadeirantes e portadores de necessidade especial física e mental, além de idosos frágeis, muitas vezes, não conseguem realizar atividades rotineiras. Isso pode implicar em maiores custos para o indivíduo, para a família e para o Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, propõe-se que, na ESF,

sejam tomadas medidas que otimizem a funcionalidade, tais como atendimento multidisciplinar em domicílio em parceria com entidades que vão além da esfera governamental, como, por exemplo, o serviço-escola de instituições de Ensino Superior, com treinamento adequado de cuidadores e portadores da necessidade especial para desenvolverem suas potencialidades.

No tocante às condições sanitárias dos domicílios e da área urbana analisada, perceberam-se quadros mais graves nas áreas 47 e 141. Relata-se que, no Brasil, 36,1% dos domicílios não são abastecidos de água por rede geral; 7,2% do volume de água distribuída não recebem tratamento, e 47,8% dos municípios não contam com serviço de esgotamento sanitário. Diante do exposto, percebe-se que o saneamento básico é precário em muitos locais do Brasil, proporcionando o aparecimento de doenças infecciosas e parasitárias que repercutem principalmente sobre os grupos vulneráveis de idosos e crianças, que possuem a saúde mais frágil¹⁹.

Realizou-se no Brasil um estudo e verificou-se que os estados com piores indicadores sociais – menor esperança de vida (60 a 65 anos) e baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) – apresentam menores índices de cobertura por rede de esgotamento sanitário (< 50%), enquanto aqueles com melhores indicadores sociais – maior esperança de vida (> 70 anos) e IDH (> 0,7) – apresentam maiores índices de cobertura por rede de abastecimento de água (> 60%)²⁰. As condições de saúde das populações estão diretamente relacionadas a precariedades em saneamento básico e à consequente degradação ambiental. Nessa problemática, assumem relevância a escolaridade e o conhecimento sanitário da população exposta nos âmbitos biológicos, ambientais, sociais, econômicos e culturais²¹.

Situações socioeconômicas desfavoráveis associam-se à violência e condições inadequadas de moradia, em que a ausência ou escassez de escolaridade, o desemprego e outras condições associadas à pobreza contribuem para aumentar o risco de que alguns jovens cometam crimes ou deles participem indiretamente, além

disso, o comércio das drogas tem aumentado e nele a violência é a forma usualmente adotada para resolver discrepâncias e expandir a participação no mercado^{19,22}.

Macedo²¹aponta os seguintes itens como determinantes da violência nas últimas décadas: crescimento das desigualdades socioeconômicas; baixos salários e renda familiar que levam à perda do poder aquisitivo; ausência de políticas públicas integradas e condizentes com as necessidades da população em relação à saúde, educação, moradia e segurança; prioridade do desenvolvimento econômico em detrimento do social, com sacrifício para população e maior ônus para os pobres.

A área da equipe 47 é a mais populosa, quando comparada às demais. O adensamento urbano, associado ao precário saneamento básico, acarreta aumento na demanda por água para abastecimento público e eleva-se a geração de esgotos não coletados e não tratados, que ocasionalmente atingem os mananciais de abastecimento, requerendo maiores cuidados no tratamento da água para sua distribuição à população, agregando maiores ônus, sobretudo em termos de riscos à saúde pública^{19,22}.

Conclusão

Foi possível discutir os principais problemas evidenciados na territorialização do bairro São Pedro. Sugere-se que as equipes da ESF elaborem ações estratégicas que minimizem e que proporcionem melhora das condições de vida, principalmente no tocante às áreas de maior vulnerabilidade.

Agradecimentos

Os autores agradecem imensamente a todos os Agentes Comunitários de Saúde e membros da comunidade que se empenharam em auxiliar na elaboração dessa territorialização.

Referências

1. Lago ER, Cruz RB. Atención primaria de salud y medicina general e integral. In: Sintes RA. Temas de Medicina generalintegral v. I, Salud y Medicina. 2006. Havana: Editorial Ciências; p. 121-8.
2. Giovanella, L. A atenção primária á saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad Saúde Pública, v. 22:951-63, 2006.
3. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad Saúde Pública. 2005 jun;21(3):898-906.
4. Pereira MP, Barcellos C. O território no Programa de Saúde da Família. HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. 2006 jun;2(2):47-55.
5. Haesbaert, R. O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios à multiterritorialidade". Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004. 400 p.
6. Montero, M. Hacer para transformar: método en la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós; 2006.
7. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [acesso em 2011 set]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
8. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [acesso em 2010 out]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
9. Willett WC, Dietz WH, Colditz GA. Guidelines for healthy weight. N Engl J Med. 1999;341:427-34.
10. Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, Lee IM, Appel LJ, Smith West D, et al. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the trials of hypertension prevention, phase II. Ann Intern Med. 2001;134:1-11.
11. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010;95(1 Supl 1):S1-51.
12. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior, PRB. Características sócio-demográficas, cobertura de tratamento e auto-avaliação da saúde dos indivíduos que referiram seis doenças crônicas no Brasil, 2003. Cad Saúde Pública. 2005;21 Supl 1:S43-53.

13. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009;43(Supl 2):S74-82.
14. Santos ZMSA, Lima HP. Atitudes e práticas adotadas por trabalhadores hipertensos no controle da doença. RBPS. 2005;18(5):145-51.
15. Vasconcelos E M. Hipertensão arterial sistêmica: uma experiência de 34 anos. Rio de Janeiro: RUBIO; 2004.
16. Andrade LOM, Pontes RJS, Martins JT. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. Rev Panam Salud Pública. 2000 Aug;8(1-2):85-91.
17. Carlos, PR, Palha PF, Veiga EV, Beccaria LM. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da família. Arq Ciênc Saúde. 2008 out/dez;15(4):176-81.
18. Yang Y, George L.K. Functional disability transitions, and depressive symptoms in late life. J Aging Health. 2005;17:263-92.
19. Giatti I. Reflexões sobre água de abastecimento e saúde pública: um estudo de caso na Amazônia brasileira. Saúde Soc, São Paulo. 2007 jan/abr;16(1).
20. Libânio PAC, Chernicharo CAL, Nascimento NO. A dimensão da qualidade de água: avaliação da relação entre indicadores sociais, de disponibilidade hídrica, de saneamento e de saúde pública. Eng Sanit Ambiente. 2005 jul/set;10(3):2190-228.
21. Macedo, A. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. Rev Saúde Pública. 2001;35(6):515-22.
22. Razzollini MTP, Günther WMR. Impactos na saúde das deficiências de acesso a água. Saúde Soc, São Paulo. 2008;17(1):21-32.

