



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

**CONDIÇÕES SOCIOAMBIENTAIS, QUALIDADE DE VIDA E PRESENÇA
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA USF
PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB**

TATIANE BATISTA DE MATOS

ORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ ANTÔNIO NOVAES DA SILVA

JOÃO PESSOA/PB
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

**CONDIÇÕES SOCIOAMBIENTAIS, QUALIDADE DE VIDA E PRESENÇA DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA USF PROSIND I, JOÃO
PESSOA –PB**

TATIANE BATISTA DE MATOS

ORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ ANTÔNIO NOVAES DA SILVA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Centro de
Ciências Exatas e da Natureza –
Campus I da Universidade
Federal da Paraíba – João Pessoa
(PB) em cumprimento às
exigências para a obtenção do
título de licenciada em Ciências
Biológicas

JOÃO PESSOA/PB
2017

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M433c Matos, Tatiane Batista de.

Condições socioambientais, qualidade de vida e presença da hipertensão arterial na população atendida pela USF PROSIND I, João Pessoa-PB / Tatiane Batista de Matos. - João Pessoa, 2017.
61 f. : il.

Orientação: José Antônio Novaes da Silva.
TCC (Graduação/licenciatura em Ciências Biológicas) - UFPB/CCEN.

1. Saúde pública das cidades. 2. Hipertensão arterial. 3. População negra - Saúde. 4. Unidade de Saúde da Família PROSIND I. I. Silva, José Antônio Novaes da. II. Título.

UFPB/CCEN

CDU 614.78(043.2)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
CURSO DE LICENCIATURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

TATIANE BATISTA DE MATOS

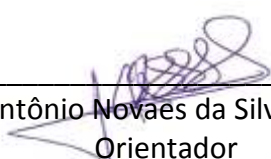
**CONDIÇÕES SOCIOAMBIENTAIS, QUALIDADE DE VIDA E PRESENÇA DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA USF PROSIND I, JOÃO
PESSOA - PB**

**Trabalho – Monografia apresentada ao Curso de Ciências Biológicas, como requisito parcial à
obtenção do grau Licenciada em Ciências Biológicas.**

Data: __05__ / __12__ / __2017__

Resultado: _____Aprovada_____

BANCA EXAMINADORA:


Prof. Dr. José Antônio Novaes da Silva DBM/CCEN/UFPB
Orientador

Profª. Ma. Karina Maria de Souza Soares /UFPB
Examinadora



Profª. Ma. Débora Michele Sales de Lima / UFPB
Examinadora

JOÃO PESSOA/PB
2017

*Dedico esse trabalho com amor aos
meus filhos Miguel e Marina que por
muitas vezes esperaram com
paciência pela minha companhia, a
eles a minha insistência, força e
perseverança.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por me conceder o dom da vida e me fortalecer para que em momentos de dificuldades eu tenha persistido sem desanimar. A minha toda a família, aos meus pais que me criaram com muito trabalho enfrentando muitos desafios, ao meu pai José de Matos pela sua história de vida que é exemplo de trabalho, força e vitória, a minha mãe Ana Lúcia que da sua maneira transmitia o seu amor e cuidado, me dando condição de me tornar uma pessoa melhor a cada dia. Ao meu esposo Jozil Nunes pelo seu companheirismo e ajuda no dia-a-dia para que fosse possível a construção deste trabalho. Aos meus filhos Miguel e Marina, que somente pelo fato de existirem e serem tão maravilhosos me dão motivos para acreditar que é possível construir um mundo melhor, com menos desigualdades e possibilidades de sonhar. As minhas amigas Fátima, Niêdja e Safira, que contribuíram muito na minha formação, as levarei por toda a vida. A todos os professores que passaram pela minha trajetória estudantil, em especial ao meu professor e orientador Doutor José Antônio de Novaes por ser grande exemplo como mestre, demonstrando grande dedicação à docência servindo de inspiração àqueles que buscam esta formação, e me fez refletir com novo olhar sobre a sociedade em que vivemos. Agradeço a toda equipe de saúde da família PROSIND I a qual faço parte, que muito contribuiu para esta construção, esperando que este trabalho possa refletir na práxis da equipe, aos usuários da microárea 06 que fizeram parte diretamente desta pesquisa. Aos membros da mesa examinadora que contribuíram com dedicação ao exame. A todos que de alguma forma contribuiu para a minha formação, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

Em uma visão ampla de saúde deve se considerar muito mais do que ausência de doença. Analisar fatores socioambientais, condição de vida e fatores hereditários e étnicos é a base da construção de um serviço de saúde que tem significado para a população que dele necessita, pois é planejado segundo a realidade e peculiaridade local. Neste estudo visa-se compreender uma amostra da sociedade, que consiste na microárea 06 de abrangência da Unidade de Saúde PROSIND I, parte da Unidade de Saúde Integrada Nova União, localizada no bairro de Mangabeira, João Pessoa, Paraíba, analisando dados como gênero, “raça/cor”, escolaridade, ocupação, faixa etária, e principalmente a incidência da hipertensão arterial e outras enfermidades, como obesidade e diabetes na população negra que é 68,21% desta população, um valor considerável e expressivo. Utilizando pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa usando como parâmetro a triangulação de dados, percebemos que a doença de maior incidência é a hipertensão arterial, atingindo 15,54% dos/as moradores/as, destes 62,16% são mulheres e destas 64,28% são negras, dos hipertensos os homens representam 37,83%, destes 64,28% são negros, então entre homens e mulheres a maior parte dos hipertensos são negros. Foi utilizado como fonte de pesquisa o jornal *O Malho* e a *Gazeta Médica da Bahia* da década de 1930 para analisar a presença da hipertensão arterial na mídia da época, que trouxe como resultado a presença da hipertensão arterial como fator de risco à saúde, comprovando que considerá-la como doença é um conceito recente.

Palavras-chave: População negra. Hipertensão arterial. Unidade de Saúde da Família PROSIND I.

ABSTRACT

In a broad view of health, should be considered much more than absence of disease. Analyze socio-environmental factors, condition of life and hereditary and ethnic factors is the basis of the construction of a health service that has meaning for the population that needs it, because it is planned according to the reality and local peculiarity. This study aims to understand a sample of society, consisting of micro area 06, of comprehensiveness in the family health unit PROSIND I, part of the Integrated Health Unit Nova União, located in the Mangabeira neighborhood, João Pessoa, Paraíba, analyzing data such as gender, "Race / color", schooling, occupation, age group, and especially the incidence of arterial hypertension and other diseases, such as obesity and diabetes in the black population, who are 68,21% of this population, considerable and expressive number.

Using descriptive research with quantitative-qualitative approach using as a parameter the triangulation of data. We noticed that the disease with the highest incidence is arterial hypertension, reaching 15.54% of the residents, of these 62.16% are women and of these 64.28% are black, of hypertensive people, men represent 37.83%, of these 64.28% are black, then among men and women most of the hypertensive are black. The newspaper *O Malho* and the *Gazeta Médica da Bahia* of the decade of 1930 was used as research source to analyze the presence of hypertension in the media of the time, which resulted in the presence of arterial hypertension as a risk factor for health, proving that considering it as a disease is a recent concept.

Keyword: Black population. Arterial hypertension. Family health unit

LISTA DE FIGURAS

Figura01: "No Reinado Do Sol" de Flávio Tavares, Remete a chegada dos escravos à Paraíba Exposta permanentemente em: Estação Cabo Branco de Ciências, Cultura e Artes. FOTO: Tatiane Matos, 2016.

Figura02: Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-Descendente, Ministério da Saúde, 2010.

Figura 03: Construção do Bairro, foto cedida pela CEHAP

Figura 04: Trevo das Mangabeiras, entrada principal do bairro. FOTO: Tatiane Matos, 2016.

Figura 05: Mapa com destaque do bairro de Mangabeira dentro da cidade de João Pessoa

Figura 06: Praça do coqueiral. FOTO: Tatiane Matos, 2017

Figura 07: Estádio de futebol "Wilsão". FOTO: Tatiane Matos, 2017

Figura 08: Igreja católica: A Sagrada Família. FOTO: Tatiane Matos, 2017

Figura09: Igreja Evangélica Presbiteriana. FOTO: Tatiane Matos, 2017

Figura 10: Centro Espírita Luiz Sérgio. FOTO: Tatiane Matos, 2017

Figura 11: Federação dos Cultos Africanos do Estado da Paraíba. FOTO: Tatiane Matos, 2017

Figura 12: HIPERDIA, Ação da Equipe de Saúde da Família, Tatiane Matos, 2017

Figura 13: Grupo operativo, gincana do grupo de idosos. FOTO: Tatiane Matos, 2017

Figura 14: Capa do Jornal *O Malho*

Figura 15: Rua: Maestro João Eduardo Pereira, construções de novos prédios. FOTO: Tatiane Matos, 2016

Figura 16: Rua: Maestro João Eduardo Pereira, sub-residências, quitinetes. FOTO: Tatiane Matos, 2016

Figura 17: Rua: Engenheiro Luiz Ribeiro Beltrão, área insalubre, mato e acúmulo de lixo. FOTO: Tatiane Matos, 2016

Figura 18: Rua: Engenheiro Luiz Ribeiro Beltrão, construção de novos prédios. FOTO: Tatiane Matos, 2016

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela: 01 Número e porcentagem de pessoas que não realizam atividade remunerada, microárea 06 PROSIND I, bairro de Mangabeira, João Pessoa/PB. **Organização:** Tatiane Matos, 2016. fonte: fichas e-SUS. BRASIL, 2013.

Gráfico: 01 Situação de "raça/cor" da microárea 06 PROSIND I, bairro de Mangabeira - João Pessoa, PB. **Organização:** Tatiane Matos, 2016. fonte: fichas e-SUS. BRASIL, 2013.

Gráfico: 02 Distribuição Percentual por Faixa Etária da população da microárea 06 PROSIND I, bairro de Mangabeira, João Pessoa/PB. **Organização:** Tatiane Matos, 2016. fonte: fichas e-SUS. BRASIL, 2013.

Gráfico: 03 Percentual de hipertensos por faixa etária, gênero e "raça/cor" da população da microárea 06 PROSIND I, bairro de Mangabeira, João Pessoa/PB. **Organização:** Tatiane Matos, 2016. Fonte: fichas e-SUS. BRASIL, 2013.

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

ASB: Assistente de Saúde Bucal

CAGEPA: Companhia de Água e Esgoto da Paraíba

CEHAP: Companhia Estadual de Habitação Popular

CNS: Conselho Nacional de Saúde

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF: Equipe de Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MAPA: Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

MS: Ministério da Saúde

MS Office: Microsoft Office

OMS: Organização Mundial de saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

PNSIPN: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SEPLAN: Secretaria de Planejamento

SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica

SISAB: Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 CHEGADA DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL E A LUTA PELA CIDADANIA E SAÚDE.....	11
1.2 A LOCALIDADE.....	15
1.3 CONCEITOS DE SAÚDE.....	22
1.4 DIREITO IGUALITÁRIO À SAÚDE.....	23
1.5 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	24
2 OBJETIVOS.....	26
2.2 OBJETIVO GERAL.....	26
2.3 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	26
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO.....	27
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	27
3.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	27
3.3 LOCAL DO ESTUDO.....	28
3.4 INSTRUMENTOS E PERÍODO DO ESTUDO.....	29
3.5 PESQUISA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA MÍDIA E EM REVISTA MÉDICA NA DÉCADA DE 30 NO BRASIL.....	30
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL : UMA DOENÇA RECENTE.....	32
4.2 COMPOSIÇÃO ETNICORACIAL DA POPULAÇÃO EST.....	35
4.3 CARACTERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS E CONDIÇÕES.....	39
4.4 HIPERTENSÃO: PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS.....	41
4.5 COMPARATIVO DE RESULTADOS DAS MICROÁREAS 06 PROSIND I E 03 MANDACARU IX.....	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIA.....	45
FONTES.....	49
APÊNDICES.....	51

1 INTRODUÇÃO

1.2 CHEGADA DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL E A LUTA PELA CIDADANIA E SAÚDE



Figura 01: "No Reinado Do Sol" de Flávio Tavares. Remete a chegada de navio negreiro à Paraíba. Exposta permanentemente em: Estação Cabo Branco de Ciências, Cultura e Artes. FOTO: Tatiane Matos, 2016.

O desenvolvimento da sociedade colonial e o processo de objetificação dos milhões de negras/os escravizadas/os, que consiste na normalização da violência, cárcere e extermínio dos povos trazidos do continente africano como objetos permutáveis, nos porões dos navios negreiros (como ilustrado na figura 01) marcaram um período longo da história brasileira (1530-1888). Apesar das péssimas condições de vida e trabalho e das diversas formas de violência às quais foram submetidas/os, episódios de resistência e luta foram as bases para a formação de quilombos (OLIVEIRA, 2001).

Os quilombos, a princípio comunidades autônomas de escravas/osfugitivas/os, converteram-se em importante opção de organização social da população negra e espaço de resgate de sua humanidade, cultura e fortalecimento da solidariedade e da democracia, onde negras/os se constituíam e se constituem até hoje como sujeitos de sua própria história. Existem atualmente 1.289 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Palmares,

embora as estimativas do Ministério da Cultura apontem para a existência de cerca de 3.000 em todo Brasil. Grande parte destas comunidades está situada em estados da região Nordeste. Cerca de 50% das 3 mil comunidades quilombolas existentes no Brasil estão no Nordeste. Das 1.289 já reconhecidas pelo governo, 598 se situam na região, no Estado da Paraíba se encontram 39 comunidades quilombolas, onde apenas três ainda não tem a certificação (Fundação Palmares).

Após a abolição oficial da escravatura, foram muitos os anos de luta envolvendo denúncias sobre a fragilidade do modelo brasileiro de democracia racial, até a fundação da Frente Negra Brasileira, em 1931. A partir de então, as questões e demandas de classe e "raça" ganharam projeção na arena política brasileira, fortalecidas, posteriormente, pelo Movimento Social Negro, que atua organizadamente desde a década de 1970 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010).

Entre as décadas de 1930 e 1980, eclodiram no mundo inúmeros movimentos sociais que manifestaram aos chefes de Estado a insatisfação das/os negras/os em relação à sua qualidade de vida.

No Brasil, a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, constituiu um marco na luta por condições dignas de saúde para a população brasileira, uma vez que fechou questão em torno da saúde como direito universal de cidadania e dever do Estado. Na conferência, o Movimento Social Negro participou ativamente, ao lado de outros movimentos, em especial o Movimento pela Reforma Sanitária, do processo de elaboração e aprovação das propostas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010).

Como principal desdobramento da conferência e conquista fundamental dos movimentos sociais, a Assembleia Nacional Constituinte introduziu o sistema de seguridade social na Constituição Federal de 1988, Art. 6º "São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição". Onde a saúde passou a fazer parte como direito universal, independentemente de cor, raça, religião, local de moradia e orientação sexual, a ser provido pelo Sistema Único de Saúde, o SUS (BRASIL, 1988).

Segundo levantamento do Ministério da Saúde em "Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)", as primeiras inserções do tema Saúde da População Negra nas ações governamentais, no âmbito estadual e municipal, ocorreram na década de 1980 e foram formuladas por ativistas do Movimento Social Negro e pesquisadores. Na década de 1990, o Governo Federal passou a se ocupar do tema, em atenção às reivindicações

da Marcha Zumbi dos Palmares, realizada em 20 de novembro de 1995, o que resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra/GTI e do Subgrupo Saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010). Em abril do ano seguinte, o GTI organizou a Mesa-Redonda sobre Saúde da População Negra, cujos principais resultados foram: a) a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; b) a elaboração da Resolução CNS nº196/96, que introduziu, dentre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; e c) a recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme.

No cenário internacional, em 2001, a Conferência Intergovernamental Regional das Américas, no Chile, e a III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, em Durban na África do Sul, marcaram a participação do Movimento Social Negro junto a governos e organismos internacionais com exemplos da Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial e a ONU (Organização das Nações Unidas), reivindicando compromissos mais efetivos com a equidade étnico-racial. No mesmo ano se desenvolveu no Brasil pelo Ministério da Saúde um manual no qual estão elencadas algumas doenças que se associam a população negra, como: anemia falciforme, deficiência em glicose 6fosfatase, hipertensão arterial, diabetes mellitus e síndrome hipertensivas na gravidez (BRASIL, Ministério da Saúde, 2010).

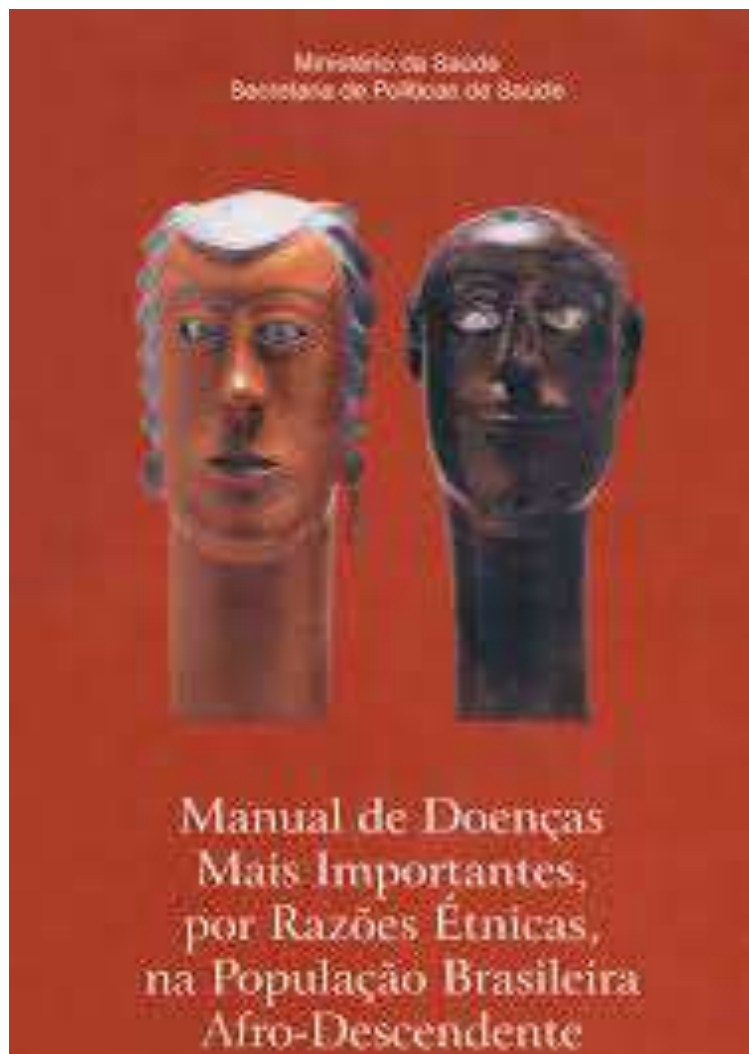


Figura 02: Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-Descendente do Ministério da Saúde, 2010 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_09.pdf

Esse manual teve patrocínio do Ministério da Saúde, por iniciativa dos seus representantes no Grupo de Trabalho Interministerial de Valorização da População Negra, depois de levantamento bibliográfico de seus pesquisadores, o resultado foi enviado a vários estudiosos do tema a fim de receber colaborações, logo após esta fase foram identificadas as doenças que tem respaldo científico para serem consideradas mais incidentes na população negra por em virtude de suas condições étnicas, não levando em conta àquelas que tem como fatores de risco as condições socioeconômicas, de acesso a serviço de saúde de qualidade e ao diagnóstico rápido.

Assim as doenças identificadas no manual como mais importantes foram: anemia falciforme, deficiência de 6-glicose-fosfato-desidrogenase, hipertensão arterial, doença hipertensiva específica da gravidez e diabetes mellitus. Algumas outras doenças, como

síndrome leucopênica e fibromioma uterino, carecem ainda de investigação complementar para serem consideradas como mais frequentes entre negros por razões étnicas e genéticas.(Tauil, 2001)

Através da Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, Art. 1º "Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes dos Anexos a esta Portaria."

Assim o SUS implanta a Coleta de Dados Simplificada da Atenção Básica (CDS-AB), que consiste em fichas simplificadas onde a saúde é abordada em sua totalidade, incluindo aos dados informações como "raça/cor" de pele, condicionando à equipe de saúde, não apenas a conhecer o perfil da população assistida, como também aperfeiçoar o direcionamento de suas ações às diferentes necessidades (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011). E nestes dados consiste este estudo, onde foi levantada a população de determinada microárea de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, levando em conta a situação de saúde de cada indivíduo, os seus hábitos, sua "raça/cor", seu gênero, condições financeiras, escolaridade e faixa etária.

1.2 A LOCALIDADE

Em 16 de julho de 1983 foi fundado o bairro de Mangabeira, com a entrega de 3.328 casas pelo então Governador Wilson Leite Braga (nascido em 18 de julho de 1931) que deu continuidade a um Projeto Habitacional do seu antecessor Tarcísio de Miranda Burity (28 de novembro de 1938 à 8 de julho de 2003), naquela época sentindo a necessidade de suprir o déficit imobiliário, provocado pelo êxodo de muitas famílias oriundas dos quatro cantos do Estado para capital, fugindo da seca e em busca de dias melhores, porém sem ter a onde se abrigar, resolveu construir o Conjunto habitacional Parque Residencial Tarcísio de Miranda Burity, conhecido hoje como bairro de Mangabeira. Problemas como a distância para o centro da cidade, falta de infraestrutura e até mesmo uma legislação municipal existente na época, determinando que o terreno fosse área de preservação ambiental, era motivo de empecilho para que essa realidade se concretizasse. (HISTÓRIA DE MANGABEIRA-Portal Mangabeira, 2006).



Figura 03: Bairro em construção. Foto cedida pela CEHAP

Damiani (1997), afirma que em conjuntos habitacionais pode estar alterada a essência mesma do urbano. São as necessidades básicas, cifradas, codificadas, quantificadas que sugerem a produção de serviços e comércio, os mais elementares, em espaços espacialmente segregados para esse propósito. Estamos diante um novo modo de vida, cujo significado urbano e social é um potencial alvo de estudos.

No início achavam que a construção do bairro, seria o início de uma grande "favela" em João Pessoa, por isso de tudo fizeram para evitá-la, jamais se imaginaria que aqueles primeiros milhares de casas se tornariam num futuro tão próximo, no bairro mais promissor da Paraíba e que seu comércio e prestação de serviços passariam a ser uma solução e exemplo para as demais localidades da Capital, nascendo inclusive no local, uma estrutura digna de cidade. A principal avenida do bairro foi denominada Avenida Josefa Taveira, a pedido de moradores da época, por meio de Projeto de Lei do vereador Mário Antônio da Gama e Melo (1918 à 14 de maio de 2008), para prestar homenagem à uma familiar dos mesmos, não constam em registros históricos e bibliográficos a história nem imagens desta pessoa, por relatos de funcionário da CEHAP, esta foi uma enfermeira que residia na cidade de Bayeux-PB e era uma pessoa solícita e de bons atos. Esta avenida, por exemplo, é uma das maiores avenidas da cidade e com quase 6 km de extensão, há muito perdeu o status de residencial, tornando-se um grande pólo comercial, sendo a segunda maior avenida comercial da cidade. Segundo estudos antes realizados por estudantes da Universidade Federal da Paraíba, do curso de Geografia, em: BAIRRO de MANGABEIRA: Um Subcentro Urbano Na Cidade de João

Pessoa/PB, foi detectado que apenas 5% das residências ainda têm como finalidade à moradia, e o restante é ocupado pelo comércio que não deixa de crescer.

Em 1991 uma agência do Banco do Brasil é implantada na localidade e é um dos grandes responsáveis pelo crescimento econômico, hoje existem diversas agências de bancos privados e públicos, já dentro dos prestadores de serviços e autônomos, são possíveis encontrar no bairro, inúmeros consultórios médicos e odontológicos, Imobiliárias, escritórios de advocacia e contabilidade, contando inclusive com um grande shopping center.

Na área de saúde há o Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), a sede do Distrito Sanitário III, o Complexo Hospitalar Municipal Governador Tarcisio de Miranda Burity (Ortotrauma ou Trauminha), Farmácias Populares e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o bairro conta com 29 Unidades de Saúde da Família (USF).Disponível em:<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/distritos-sanitarios>

Estão Presentes no bairro sedes de importantes órgãos como: A Cental Norte-Nordeste da Unimed, uma Subprefeitura, a Academia de Polícia Militar e Civil, Detran, Inmetro, Unidade Prisional de Segurança Média e Máxima, Companhia Estadual de Habitação Popular (CEHAP), Escola Técnica Estadual, Casa da Cidadania, ESPEP, dois restaurantes populares, e o Centro Cultural Tenente Lucena.



Figura 04: Trevo das Mangabeiras, entrada principal do bairro, inaugurado em 31 de agosto de 2015. FOTO: Tatiane Matos, 2016.

Mangabeira é hoje um dos grandes pólos de desenvolvimento da Capital. Sua potencialidade política e econômica se explica pelos números de habitantes 75.988, segundo o Censo 2010 (IBGE), o bairro mais populoso da cidade.

No tocante populacional, ainda segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, cerca de 94,40% da população que reside nessa localidade é alfabetizada. Já relação ao sexo, o bairro de Mangabeira divide sua população em 40.144 referentes ao sexo feminino e 35.844 ao masculino. Além disso, por se situar na zona sul da cidade, bem acima do nível do mar, tendo uma posição geográfica privilegiada, próxima da falésia do Cabo Branco, como das belas praias que compõem o litoral Sul do Estado, apresenta um excelente clima relatado pelos que moram no local. Mangabeira também é uma área plana que quase não sofre transtornos de inundações em épocas de chuvas. Por isso é bastante procurado, pelo clima saudável e consequentemente pela ótima qualidade de vida, que o bairro oferece e é relatado pelos próprios moradores.



Figura 05: Destaque da posição do bairro de Mangabeira dentro da cidade de João Pessoa. Disponível em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Mangabeira_\(João Pessoa\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Mangabeira_(Jo%C3%A3o_Pessoa))

A vasta plantação de mangaba (fruto) que antes havia no local é que deu o nome de Mangabeira ao bairro pelos populares, contudo esse fruto deixou de existir na localidade e o que se vê hoje é uma quantidade imensa de mangueirais, jambeiros e coqueiros espalhados na comunidade, além de um solitário pé de juazeiro plantado, não se sabe por quem, em frente ao Mercado Público de Mangabeira, sendo este o segundo maior mercado público da cidade. (HISTÓRIA DE MANGABEIRA-Portal Mangabeira, 2006).



Figura 06: Praça do Coqueiral, localizada na Avenida Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha, uma das principais avenidas do bairro. FOTO: Tatiane Matos, 2017.

O bairro contém cinco praças, uma das principais é a praça do coqueiral (figura 6) que servem de área de lazer e convívio, onde acontecem manifestações culturais de grupos populares da região, e a prática de esportes. Além de um estádio de futebol, conhecido popularmente como "Wilsão" (figura 07), em homenagem à Wilson Braga Leite, ainda um clube de futebol, o Auto Esporte Clube.



Figura 07: Estádio de futebol Wilsão. FOTO: Tatiane Matos, 2017.

A população conta ainda com um portal eletrônico, O Portal Mangabeira, com notícias, publicidades do comércio do bairro, concursos, entre outros, encontra-se em: www.portalmangabeira.com.

Mangabeira possui uma grande diversidade religiosa em espaços religiosos, podendo afirmar que possui representatividade com grande significância em diversas religiões, tais como: católica, evangélica, espírita, umbanda e candomblé. Possuindo diversos templos e também a Federação Paraibana de Cultos Africanos, representados nas figuras a baixo.



Figura 08: foto da igreja católica da Sagrada Família. FOTO: Tatiane Matos, 2017



Figura 09: Igreja Evangélica Presbiteriana, localizada na Avenida Com. Alfredo Ferreira da Rocha.
FOTO: Tatiane Matos, 2017.



Figura 10: Núcleo Espírita Luís Sérgio, localizado na Avenida Com. Alfredo Ferreira da Rocha.

FOTO: Tatiane Matos, 2017



Figura 11: Federação dos Cultos Africanos do Estado da Paraíba, localizado na Avenida Josefa

Taveira, 273. FOTO: Tatiane Matos, 2017

Infelizmente o bairro hoje compõe índices de violência, estando entre os primeiros da capital, segundo jornal local (Jornal da Paraíba). Isto pode estar diretamente ligado à desigualdade social, exclusão, pobreza, aglomeração urbana, má distribuição de renda, baixo grau de instrução, entre outros problemas que a sociedade enfrenta (CAMPOS, 2007).

1.3 CONCEITOS DE SAÚDE

Definir saúde apenas como ausência de doenças já não é mais o indicado, pois esta prática evidenciou por um longo tempo um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional.

Por isso a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 reverte esta postura, trazendo uma visão ampliada de saúde, onde a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

A expectativa de vida (tempo provável de vida) retrata as condições materiais e sociais (meio ambiente físico, social, político e cultural em interação com as condições biológicas de cada ser humano). A expectativa de vida, pode se dizer, resulta do processo sanidade/enfermidade, que é multifatorial e complexo e tem a ver com as formas de interação das condições sociais e materiais de vida com as condições biológicas de cada ser humano.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>) podem-se medir as condições sociais e materiais de vida de uma população considerando, entre outros, fatores como, local e condições da moradia (perfil dos domicílios), condições de trabalho (ocupação e renda familiar), acesso às escolas, e qualidade da atenção por parte dos serviços e profissionais de saúde. Com isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) do nosso país é idealizado para ser um serviço que promove a igualdade, reconhecendo as peculiaridades de cada indivíduo, e atendendo as suas demandas, para este atendimento o SUS tem como base as principais diretrizes:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Estas diretrizes priorizam o atendimento segundo a necessidades de cada um, por tanto, aquele que necessita mais receberá mais atenção naquele momento, dando assim à

todos o direito á igualdade. O SUS é idealizado para ser um sistema inclusivo onde todos têm acesso, e recebem devida atenção segundo a sua necessidade e prioridade.

1.4 EQUIDADE DO DIREITO À SAÚDE

Antes do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado tinha o dever de cuidar da assistência pública de saúde, editar normas de proteção à saúde pública, além de prestar assistência médica e hospitalar apenas aos trabalhadores com previdência social, não garantindo de fato o direito à saúde de todos os cidadãos, como reza a constituição de 1946. Só a partir da Constituição Federal de 1988, que foi determinado como dever do Estado garantir saúde a toda a população e para isso, foi criado o SUS, resultado de um processo de lutas, mobilizações, participação e esforços de um grande número de pessoas, devido à insatisfação em relação ao acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde.

Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que explica sobre o funcionamento do SUS, como também aponta que a saúde depende de fatores socioambientais e econômicos como: habitação, alimentação, rendimento, meio ambiente, transporte, lazer, educação, trabalho, liberdade de acesso aos serviços de saúde, os quais podem gerar grandes disparidades na vida dos indivíduos, interferindo na saúde individual e coletiva (BRASIL, 1990).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde (MS) aprovou através do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), em 2008, a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em combate às desigualdades sociais, visto que são grupos vulneráveis e específicos biologicamente e historicamente no que se refere às doenças que acometem a nossa população. Sabemos que as desigualdades, o racismo e discriminação nos serviços de saúde refletem nas desigualdades sociais, por isso, é de grande valia a busca de equidade no uso desses serviços, o qual enfrenta grande desafio, que é a falta de planos de ação para estas políticas, que envolvam pessoas qualificadas para ministrarem cursos e formações nos estados e municípios, a fim de prepararem os profissionais na área da saúde, isso gera alto custo, tornando o que se preconiza inviável (BARBOZA, 2010; ROCHA, 2010; FIGUEIREDO, 2010; PEIXOTO, 2010).

Ainda nos dias atuais existem grupos que sofrem por uma história de exclusão, é através de lutas e busca por direitos que esta desigualdade vem sendo diminuída, através de

políticas públicas direcionadas à estes grupos. Essas constantes batalhas têm contribuído para sensibilização do Ministério da Saúde, e consequentemente faz crescer a “política de construção de identidades” (SILVA, 2009). Entre esses grupos podemos destacar os Movimentos Sociais Negros, que a partir da Conferência de Durban em agosto de 2001, conhecendo a existência de doenças agravantes que atingem a população negra como, doença falciforme, câncer de próstata, miomas uterinos, diabetes mellitus tipo II e hipertensão arterial, entre outras, passaram a cobrar das autoridades uma maior atenção para com essas doenças (BRASIL, 2005).

1.5 HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO NEGRA

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006) “A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular”. A hipertensão arterial pode causar complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades.

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública e uma das doenças crônicas responsáveis por expressivas taxas de internação, custos elevados com a morbimortalidade associada à doença e comprometimento da qualidade de vida para os portadores. Segundo o Ministério da Saúde, hipertensão arterial é quando a pressão que o sangue faz na parede das artérias para se movimentar é muito forte, resultando em um valor igual ou maior que 140/90mmHg (DALLACOSTA, 2010).

Pesquisas não apontam a diferença entre os sexos como fator de risco para a hipertensão prevalência global de hipertensão entre homens e mulheres. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década. Hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas(V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Nível socioeconômico mais baixo está associado a maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares. Hábitos dietéticos, incluindo consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea aumentado, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional são possíveis fatores associados (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Além de ser uma das doenças degenerativas mais graves que assolam a população adulta no mundo, a hipertensão arterial é também a principal responsável pelo desencadeamento das doenças cardiovasculares como, Acidente Vascular Cerebral, Infarto do Miocárdio e Insuficiência Cardíaca, que provocam a morte prematura nessa faixa etária da população, a hipertensão constitui um grande problema de saúde pública, devido aos altos custos com as internações hospitalares por essas doenças desencadeadas. Dentre os principais fatores de risco podemos citar aumento da idade, raça/cor, gênero, grau de urbanização, baixa renda, alimentação, baixa escolarização, estresse, violência e desemprego (SILVA; PETROSKI; PERES, 2012). Por isso a hipertensão é tida como uma doença de caráter multifatorial, por ser influenciada por inúmeros fatores, sejam eles, biológicos ou ambientais (LAGUARDIA, 2005).

Uma das estratégias no cuidado das pessoas com hipertensão arterial é o cadastro de HIPERDIA, que é um sistema de informação que permite cadastrar e acompanhar os hipertensos e diabéticos em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) e que garante o recebimento dos medicamentos prescritos. E tem como principais objetivos permitir o monitoramento dos pacientes cadastrados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à HAS e DM e gerar informações de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Além disso, é uma ferramenta útil que gera informações para os gestores de saúde e Ministério da Saúde a respeito do perfil epidemiológico da população, a fim de propor estratégias, visando à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (CASTRO et al, 2010).



Figura 12: foto Ação da equipe de saúde PROSIND I para a captação de novos casos de hipertensão e diabetes, cadastro e atualização do HIPERDIA. FOTO: Tatiane Matos, 2017.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil da hipertensão arterial e demais situações de saúde, e fatores associados entre as/os moradoras/es da microárea 06, na USF PROSIND I

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Obter e analisar informações relativas a saúde das/os moradoras/es da microárea 06, que estão vinculadas/os à USF PROSIND I;
- Identificar na população estudada, o grupo que apresenta maior vulnerabilidade em relação à hipertensão arterial;
- Comparar a situação de saúde e qualidade de vida das comunidades atendidas pela USF PROSIND I e Mandacaru IX.
- Realizar pesquisa nas revistas *O Malho*, *Gazeta Médica da Bahia* e outras literaturas na década de 1930, a verificar o aparecimento da hipertensão arterial nas publicações da época.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi realizado por meio de uma pesquisa descritiva com abordagem quanti-qualitativa usando como parâmetro a triangulação de dados.

A este método visa descrever as características de uma determinada população, identificar prováveis relações entre variáveis. Uma de suas principais características está no uso de técnicas padronizadas de coleta de dados. Vale salientar, que dentre as pesquisas descritivas estão aquelas cujo objetivo é analisar as características de um determinado grupo, conforme sua distribuição por: idade, sexo, procedência, grau de escolarização, nível de rendimento, estado de saúde físico e mental, entre outras (GIL, 2008).

Dentre as pesquisas descritivas destacam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, nível de renda, estado de saúde física e mental etc. Outras pesquisas deste tipo são as que se propõem estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade que aí se registra etc. São incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população e tudo que esses fatores podem refletir (GIL, 2008).

O uso da triangulação exige, também, a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, atendendo tanto os requisitos do método qualitativo, ao garantir a representatividade e a diversidade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa, quanto às ambições do método quantitativo, ao propiciar o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência de programa sob estudo (MINAYO, 2005).

Neste trabalho a triangulação de métodos é utilizada como estratégia para viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática, possibilitando que os dados coletados façam sentido, utilizando a objetividade da pesquisa quantitativa e centrando-se na compreensão da dinâmica das relações sociais que a pesquisa qualitativa proporciona.

3.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Segundo informações contidas nas fichas A (BRASIL, 2003), na microárea 06 de abrangência da Unidade de Saúde da Família em questão, residem 432 pessoas, que constam em 115 famílias, destas, 60 famílias fizeram parte deste estudo, isto resulta em 239 pessoas.

O estudo se baseou nos dados cadastrais individuais do e-SUS (BRASIL, 2014). As famílias foram selecionadas por fazerem parte dos primeiros cadastros dessa microárea, tendo em vista que o cadastro completo com as fichas e-SUS da microárea em questão ainda estão em construção, pela autora deste trabalho que exerce a função de Agente comunitária de Saúde.

Nesse estudo, consideraram-se criança, indivíduos que possuam de zero a doze anos de idade incompletos, e adolescente de 12 a 15 anos de idade incompletos, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 2008); foram considerados jovens, indivíduos na faixa etária de 15 a 25 anos de idade incompletos. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) assim os classificam (HENRIQUES, 2009); foram consideradas pessoas idosas aquelas que possuíam 60 anos de idade ou mais, de acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Desta forma, foram classificados como adultos, pessoas que estavam com idade entre a faixa etária de jovem e idoso, compreendida entre 25 e 60 anos de idade incompletos.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo ocorreu no bairro de Mangabeira, que se localiza na zona sul da cidade de João Pessoa, Paraíba, com um grupo de moradores residentes na microárea 06, de cobertura da Unidade de Saúde da Família PROSIND I, que faz parte da Unidade de Saúde Integrada, Nova União, uma instituição pública ligada a Secretaria Municipal de Saúde, referência no atendimento às necessidades básicas de saúde da população da sua área de abrangência. A Unidade de Saúde da Família (USF), é a ponta da linha de atenção básica em saúde pública, é para onde a população se encaminha quando percebem qualquer problema de saúde, mas não apenas, pois a Equipe de Saúde trata a saúde de forma ampla, e produz atrativos para que os usuários frequentem a Unidade e cuidem de sua saúde mesmo sem ter queixas de doenças, como exemplos dos grupos operativos como na próxima figura.

A atenção básica tem como uma das principais diretrizes a territorialização, que consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, onde ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social etc). E assim divide-se o território em áreas. A área é formada por um conjunto de microáreas cobertas por uma determinada equipe de saúde da família. A microárea é uma região geográfica delimitada sob responsabilidade de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), que é o elo entre a equipe

de saúde da família e a comunidade, seu trabalho no cotidiano é junto aos domicílios de sua microárea de abrangência, cuja finalidade é facilitar atividades de vigilância e promoção da saúde.



Figura13 : Foto da gincana do grupo de idosos da Unidade Integrada de Saúde Nova União, FOTO: Tatiane Matos, 2017.

A Unidade de Saúde da Família USF em questão é composta por uma equipe das quais conta um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma dentista, uma assistente de saúde bucal (ASB), um marcador consultas, uma auxiliar de serviços gerais, uma recepcionista, e oito Agentes Comunitários de Saúde, embora a área esteja dividida em dez microáreas, sendo assim duas das microáreas está sem cobertura de um Agente Comunitário de Saúde. A Equipe conta com a cobertura de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF), e ainda faz parte do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Portanto, está dentro dos parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde, o qual recomenda que no mínimo, cada “Equipe de Saúde da Família (ESF) seja composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre quatro e seis Agentes Comunitários de saúde”. Os profissionais que compõem a equipe devem residir no município de atuação e os Agentes Comunitários de Saúde nas suas respectivas áreas (BRASIL, 2013).

3.4 INSTRUMENTOS E PERÍODO DO ESTUDO

Em 2013 o Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) assumiram o compromisso de reestruturar o

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com o objetivo de melhorar a qualidade da informação em saúde e de aperfeiçoar o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos/as (BRASIL, 2014).

A essa reestruturação deu-se o nome de Estratégia e-SUS AB, que conta com dois sistemas de software para a captação de dados, sendo eles: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB), que alimentam o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que substitui o SIAB e atende aos diversos cenários de informatização e conectividade nas unidades de saúde da atenção básica.

O ponto de partida dessa reestruturação é o registro das informações em saúde de forma individualizada, permitindo o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, assim como da produção de cada profissional da Atenção Básica (BRASIL, 2014).

O estudo teve como instrumentos as fichas A (fichas do SIAB) e fichas do cadastro individual do e-SUS (fichas do SISAB).

Fichas A, onde são contidas informações básicas do domicílio, esse ficha é preenchida por família, e para este estudo foi extraído destas fichas apenas dados gerais da população, como a quantidade de pessoas que reside em toda a microárea e o número de família contida na mesma.

As fichas de cadastro individual e-SUS, onde é realizado cadastros por indivíduo de forma que a abordagem é feita por cada morador, onde traz dados mais completos, como: raça/cor, orientação sexual/identidade de gênero, uso de plantas medicinais, presença de doenças crônicas, escolaridade, se frequenta curador tradicional, se participa de grupos comunitários, se é membro de povo ou comunidades tradicionais, situação de peso, uso de drogas, uso de práticas integrativas, e um espaço dedicado à moradores de rua, o estudo analisou 239 dessas fichas, isso significa 55,32% de toda a população da microárea.

Os dados foram coletados entre junho e setembro de 2015. E foram analisados no período de janeiro de 2016 e março de 2016.

3.5 PESQUISA DA HIPERTENSÃO NA MÍDIA E EM REVISTA MÉDICA NA DÉCADA DE 1930 NO BRASIL.

A pesquisa foi realizada no jornal *O malho* nas edições semanais no ano de 1935, a partir de acervo da hemeroteca virtual Fundação Casa de Rui Barbosa, em: <http://www.casaruibarbosa.gov.br/omalho/>, tendo em vista que nos anos anteriores desta

década o jornal teve sua sede depredada e incendiada por ir contra a candidatura de Getúlio Vargas em 1930, após a vitória da revolução Getulista o jornal foi impedido de circular seus exemplares. O jornal *O Malho* era visto como de fácil acesso em todas as classes sociais por ter vocabulário simples e seus textos associados a figuras e caricaturas (figura 14), isso facilitava o entendimento mesmo das pessoas de pouca instrução e até mesmo de analfabetos, que eram em grande número na época. A pesquisa foi realizada nos acervos encontrados no portal Casa de Rui Barbosa.



Figura 14: Capa do jornal *O Malho*. Disponível em: <http://omalho.casaruibarbosa.gov.br/>

Na revista *Gazeta Médica da Bahia*, conferiu-se a visão médica da época sobre a hipertensão, foi pesquisadas as edições mensais, bimestrais ou trimestrais dos anos 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, na hemeroteca virtual da Universidade Federal da Bahia, encontrada em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/index>.

A *Gazeta médica* foi a primeira revista médica brasileira, voltada a publicações científicas teve seu primeiro exemplar em 1866 e circulou regularmente até o ano de 1934 voltando a circular entre 1966 e 1972 (NETO, 2010).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para esta pesquisa foram utilizados o jornal *O Malho* do ano de 1935 e a revista *Gazeta Médica* dos anos 1930, 1931, 1932, 1933, 1934. Na análise dos dados quantitativos da população em geral foram utilizadas as fichas A. Ao que se refere aos dados individuais quantitativos foram utilizadas as fichas de cadastro individuais do e-SUS, organizadas em planilha do MS Office Excel 2013 para tabulação, filtradas, trianguladas e calculadas, apresentadas sob forma de gráficos com valores absolutos e percentuais. A tabulação e triangulação geraram um banco de dados, dando origem a várias informações que foram avaliadas de forma qualitativa, não enfatizando apenas os valores numéricos, mas também a capacidade de refletir a totalidade do fenômeno em todas as suas dimensões, dando condição de conhecimento da realidade do alvo do estudo. O quantitativo deve ser entendido como “um cenário que compõe o contexto explicativo de certo fenômeno ou por processo sociopolítico. Os dados quantitativos num primeiro momento, descritivo, advirão hipóteses e outras formulações explicativas” (DESLANDES; ASSIS, 2002 apud SILVA; FONSECA, 2010, p 1).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA DOENÇA RECENTE

A primeira medida experimental da pressão arterial foi feita, em 1711, por Stephen Halles, na Inglaterra, a pressão foi medida em um cavalo, com o aparecimento dos primeiros aparelhos de medida, no início do século, inventados pelo italiano RivaRocci, em 1896, em Turim, foi que a hipertensão foi clinicamente valorizada. Os aparelhos que vieram para o Brasil provinham da França e eram do tipo Pachon. Em 1905 o russo Korotkoff desenvolveu o método auscultatório de medida indireta da pressão arterial, através do esfigmomanômetro (LUNA, 1999).

A relação entre hipertensão e doença renal foi sugerida pela primeira vez por Bright, em 1836, antes de ser conhecida a pressão arterial do homem, ao descrever a cardiopatia de pacientes portadores de nefropatia grave. Bright sugeriu ainda que os rins produziram uma

substância responsável pelas alterações cardiovasculares observadas e, por isso, são considerados precursores da teoria renal da gênese da hipertensão arterial. A doença renal que ocasionava essa hipertrofia cardíaca ficou conhecida como doença renal de Bright (BARTOLLO, L.A, 2001). Volhard e Fahr, em 1914, que descreveram, pela primeira vez, duas formas do processo hipertensivo, benigna e maligna, o que se diferencia no curso e evolução da doença. O curso benigno, os indivíduos eram mais idosos, a pressão arterial não tão elevada e as condições permaneceriam relativamente estáveis por vários anos, e a morte, quando ocorria, era devido a AVC, à insuficiência cardíaca ou à doença associada. Já o curso ruim ou maligno ocorria em qualquer idade, com a pressão arterial muito elevada e associada a rápido declínio da função renal, e a morte ocorria em meses ou poucos anos devido à uremia, à hemorragia cerebral ou à falência ventricular aguda. (BARTOLLO, 2001)

O primeiro livro que apareceu no Brasil sobre distúrbios de pressão foi o de Genival Londres, do Rio de Janeiro, em 1945, chamado "Hipertensão Arterial, patologia, clínica e terapêutica".

Em 1949 Genival Londres, proferindo célebre conferência na Academia Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro, afirmava textualmente: "Não há tratamento para a hipertensão arterial".

Em 1950, o que os clínicos receitavam para combater a hipertensão eram medicamentos inócuos, à base de papaverina, sedativos (fenobarbital ou teobromina) e aminofilina. Aquela época, o único tratamento eficaz era a simpatectomia bilateral ampla, indicada a pacientes com hipertensão maligna ou em fraca insuficiência cardíaca, contudo, a hipertensão retornava em poucos anos, após a operação. Na época o único tratamento clínico eficaz, era a Dieta de Kempner, era receitada pelos melhores clínicos; consistia de 400g diárias de arroz, acompanhada de frutas e açucarados, sendo hipocalórica, hipossódica, hipoproteica, insípida e de difícil tolerância, porém, a única medida terapêutica real àquela época (LUNA, 2009). Ainda hoje o tratamento da hipertensão está diretamente ligado à alimentação, principalmente quando se trata do uso contido do sódio.

Foi no ano de 1954 que surge a clorotiazida, grupo que revolucionou o tratamento da hipertensão arterial, e que, permanece até hoje, como a chave da terapia antihipertensiva, pois são, quase sempre, bem toleradas, baratas e adequadas ao tratamento (LUNA, 2009).

Em pesquisa realizada em 25 exemplares do jornal *O Malhono* ano de 1935, não foi encontrado nenhuma citação à hipertensão arterial, verificou-se que nas suas publicidades haviam muitos exemplos de medicamentos e de doenças que eram tidas como importante para a época como também observado em estudos anteriores no jornal *O Malho* (PEREIRA, 2014),

como exemplo temos: anemia, artrite, asma, depressão, diabetes, febre amarela, malária, sífilis, entre outras e ainda observou-se que em 1930 um exemplar tinha como publicidade do medicamento Urodonal para artério esclerose, e colocava a hipertensão arterial não como doença mas sim como estado emocional.

A pesquisa realizada na *Gazeta Médica da Bahia*, foi encontrada na edição de maio de 1930, página 42, em referência ao lançamento do livro francês *Lestachycardiespermanetesréguliéres* de Camille LIAN, comentários sobre sístoles ventriculares nos casos de tachycardia, sendo o único problema que a aceleração do coração pode trazer, não refere-se a aferição da pressão arterial, e não a coloca como fator de risco para a doença.

Em junho de 1930, página 39, a edição mensal em comentário sobre o livro *Rythmo Fetal* do doutor Affonso Henriques Furtado. Typ. Paraisópolis Minas Gerais traz o termo hipertensão arterial, e a refere como causa para hyperphonese da segunda bulha cardíaca, mas não como doença e sim como fator de risco.

Em edição de agosto de 1930 na página 44, observamos que nos comentários do livro *Abcesso múltiplo do cérebro e cerebello* dos doutores N. Romano, R Eyherabede e A. Blanchi de *La Prensa Médica Argentina*, não houve nenhuma referência à hipertensão arterial, a verificação da mesma e não a coloca como fator de risco para as doenças cerebrais e seus danos.

Em novembro de 1930 a edição, em ata da seção da Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia de 29 de junho do mesmo ano, o doutor Herval Tarquino Bittencourt em análise de um caso de cardiopatia, aurículo ventricular, analisa a pulsação cardíaca, mas não faz nenhuma referência a hipertensão como fator de risco, e não cita a sua aferição.

Em 1931, na edição bimestral de setembro e outubro na página 56, em análise ao uso de substâncias hepáticas para o tratamento de anemias, traz como efeito imediato “um ligeiro aumento das pressões máxima e mínima no que diz respeito à tensão arterial”, também não como doença e sim como um efeito ao medicamento.

Em 1932, verificou-se na edição bimestral de maio e junho, página 4, em análise de um caso de Afasia, em exame objetivo se obteve à escuta, “esforço do segundo tom aórtico, sendo a tensão arterial correspondente a 20 Mx e 9Mn, ao oclometro de Pachon. Entende-se que houve a verificação da pressão arterial mas não tem a hipertensão arterial como doença.

Percebe-se nas pesquisas que apesar do acesso a verificação da pressão arterial a prática não era comum na época em questão, além disso, não se atribuíam as mortes a hipertensão, não se dava a devida importância à doença, como exemplo o obituário do

hospital São João de Deus de todo o ano de 1932, divulgado na *Gazeta Médica da Bahia* na publicação trimestral referente aos meses de julho, agosto e setembro, a hipertensão não era considerada uma doença, o conceito de doença é recente.

4.2 COMPOSIÇÃO ETNICORACIAL DA POPULAÇÃO ESTUDADA

O estudo mostra que 68,21% da população é negra (gráfico 01), incluindo nesse dado pessoas de cor de pele preta e parda, portanto 30,12% da população se denomina branca (gráfico 01), estas informações confirmam as estatísticas do CENSO (IBGE, 2010) que apontam que no Brasil a maioria da população é negra, e na região Nordeste esta predominância é ainda maior.

A microárea é formada por 55,23% de pessoas do sexo feminino e 43,93% de pessoas do sexo masculino. Este fato se justifica por conta da violência urbana, as mulheres contam com uma maior perspectiva de vida comparada aos homens, por se cuidarem mais, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

A média de idade dos moradores da microárea é de 39,2 anos, já entre as mulheres a média é de 40,6 anos, e entre os homens a média é de 37,4 anos, a população é formada por 5,02% de crianças com faixa etária de 0 à 11 anos, 75% destas são negras/os, e adolescentes com faixa etária de 12 à 14 anos são 4,18% da população, 80% deles são negras/os. No Brasil, a Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, (BRASIL, 2008, p10) prioriza-se que a crianças e o adolescentes tenham direito “a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”. Sendo assim deve-se haver nos serviços de saúde ações direcionadas às crianças e adolescentes, ações idealizadas com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, como previsto na Lei Federal nº 11.185/2005.431. O Estatuto da Criança e do Adolescente reservou capítulo próprio ao direito à saúde (art. 7.º a 14). O capítulo trata expressamente de direitos na área de saúde materno-infantil e garante, por meio do SUS, assistência médica, odontológica, farmacêutica e a promoção de programas para a prevenção das enfermidades do segmento infanto-juvenil.

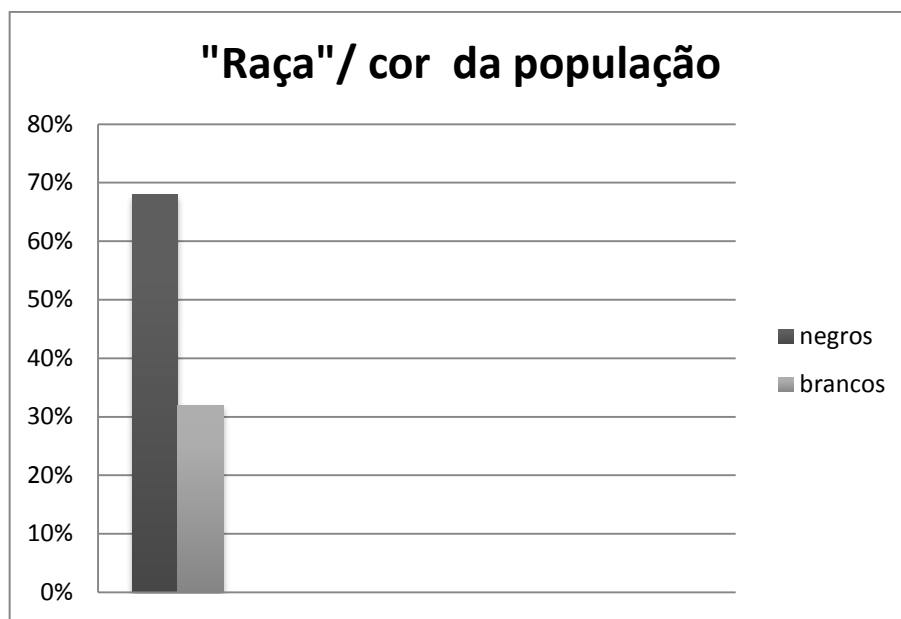


Gráfico 01: Situação de "raça/cor" da microárea 06 PROSIND I, bairro de Mangabeira - João Pessoa, PB.

Organização: MATOS, 2016. Fonte: fichas e-SUS (Brasil, 2013).

Jovens com faixa etária de 15 à 24 anos são 16,73%, da população e 57,5% deles são negras/os. A Lei Federal n.º 8.080, de 1990, estabelece o direito à informação para as pessoas assistidas, em linguagem compatível com o grau de instrução e entendimento da/o usuária/o, sobre seu estado de saúde e os meios existentes para sua manutenção e recuperação. Este é um aspecto extremamente relevante no atendimento de adolescentes e jovens. O Sistema deve garantir a autonomia deste segmento e a transmissão de informações em uma linguagem que permita sua compreensão para garantir o bem estar e o melhor nível de saúde possível (BRASIL, 2012). No que se refere à saúde de adolescentes e jovens, as questões destacadas são as relativas à sexualidade, violência e ao uso de álcool e outras drogas.

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (2008), a incidência da gravidez na juventude e adolescência é maior nas populações de baixa renda e escolaridade, na região nordeste, em municípios de menor porte e entre mulheres negras e índias, (BRASIL, 2012). Além da experiência da gravidez entre adolescentes e jovens, há um significativo aumento do número de casos de AIDS. Pesquisas do Ministério da Saúde apontam para um descompasso entre os níveis altos de preocupação e de conhecimento sobre a doença, dúvidas básicas sobre as formas de prevenção e as dificuldades de incorporação de práticas de sexo seguro entre as e os jovens. Outro dado preocupante é o alto índice de mortalidade por reflexo da violência nas

idades. A violência sexual, doméstica e principalmente intrafamiliar contra as adolescentes e jovens também é significativa.

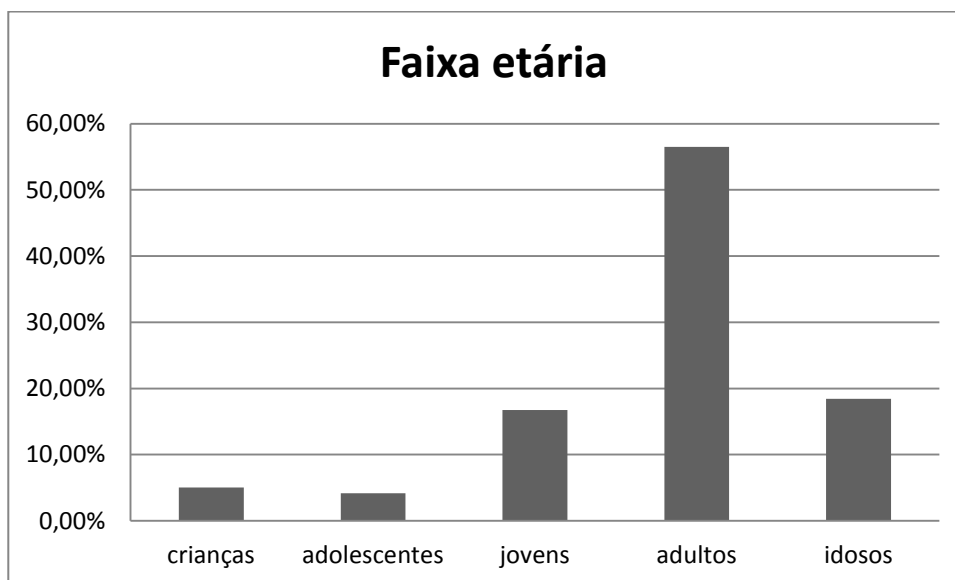


Gráfico: 02 Distribuição Percentual por Faixa Etária da população da microárea 06 PROSIND I, bairro de Mangabeira, João Pessoa/PB. **Organização:** MATOS, 2016. fonte: fichas e-SUS. BRASIL,2013.

A maior parte da população estudada está na faixa etária de 25 à 60 anos 56,48%, classificada como adultos (gráfico 02) e 70,37 deles/as são negros/as. Esta classificação etária é complexa, pois a ideia de ser “acabado”, pode partir da visão biológica do ser e isso difere o ser jovem do adulto, já a visão psicológica não considera a ideia de ser humano acabado, pronto e maduro, e sim que todo ser está em constante construção (HENRIQUE, 2009).

Pessoas com 65 anos ou mais representam 18,41% desta população, 65,9% destes são mulheres, 34,0% são homens, e 56,8% desta faixa etária é formada de negras/os. Segundo o Estatuto do Idoso, em 2003, haviam no Brasil cerca de 8,6% de idosas/os, com estimativa de um aumento para 14% no ano de 2025. Embora o envelhecimento populacional mude o perfil de adoecimento dos brasileiros, levando as instituições governamentais a dar maior ênfase na prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, a maior atenção precisa se voltar para as políticas que promovam a saúde, que contribuam para a manutenção da autonomia e valorizem as redes de suporte social.

Donas de casa	27	11,29%
Estudantes	47	19,66%
Desempregados	18	7,53%
Total	92	38,48%

Tabela: 01 Número e porcentagem de pessoas que não realizam atividade remunerada, microárea 06 PROSIND I, bairro de Mangabeira, João Pessoa/PB. **Organização:** MATOS, 2016. Fonte: Fichas do SISAB

Os resultados apontam que 38,49% da população não exercem atividade remunerada, incluindo donas de casa, estudantes e desempregados, 72,22% dos desempregados são pessoas negras, isso indica o desfavorecimento da/o negra/o no mercado de trabalho. Entre brancas/os e negras/os, existe uma disparidade muito intensa referente à renda familiar, pois, “ao longo das duas últimas décadas do século 20, a renda *per capita* dos negros representou apenas 40% da dos brancos. Os brancos em 1980 ainda teriam uma renda *per capita* 110% maior que a dos negros de 2000” (PNUD, 2005, p. 15). Ainda que entre as pessoas que possuam formação superior há uma maioria de pessoas negras, isto é 57,6%, percebemos que na maioria não estão bem colocados no mercado de trabalho. Entre os negros/as, 65,78% cursaram ou estão cursando o ensino médio e são 78,87% daqueles que apenas cursaram o ensino fundamental, não há registro significativo de analfabetismo, tendo em vista que a própria pessoa classifica seu grau de instrução, então entendemos que por mais que alguns deles tenham cursado alguns anos do ensino fundamental, muitos são analfabetos funcionais (BRASIL, 2014).

Com o estudo conseguimos visualizar que 17,57% da população se encontra acima do peso entre esses, 52,38% são negros/as. Na população 3,36% possuem diabetes mellitus do tipo 2 e destes todos são negros/os. Nestes dois últimos dados refere-se a doenças diretamente associada ao modo de vida, alimentação inadequada, falta de atividade física, entre disponibilidade genética.

Apenas 4,2% da população fazem uso de plantas medicinais, 50% dos que usam são hipertensos e diabéticos. Este dado pode representar uma desvalorização do saber tradicional popular, o pouco diálogo com as pessoas mais velhas, que geralmente são as que guardam consigo este saber, ou mesmo o cotidiano atarefado que leva as pessoas à buscarem soluções imediatas para os seus problemas.

A doença com maior incidência na população estudada é a hipertensão arterial. Atingindo 15,54% da população.

4.3 CARACERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS E CONDIÇÕES



Figura 15: Rua: Maestro João Eduardo Pereira, construções de novos prédios. FOTO: Tatiane Matos, 2016



Figura 16: Rua Maestro João Eduardo Pereira, quitinetes. FOTO: Tatiane Matos, 2016



Figura 17: Rua Engenheiro Luiz Ribeiro Beltrão, área insalubre, mato e acúmulo de lixo. FOTO: Tatiane Matos, 2016



Figura 18: Rua Engenheiro Luiz Ribeiro Beltrão, construção de novos prédios. FOTO: Tatiane Matos, 2016

A microárea abrange duas ruas paralelas, calçadas, com saneamento básico, com residências de alvenaria, fornecimento de água tratada e energia, coleta de lixo, em sua totalidade.

Os domicílios, em sua grande maioria, é constituída de casas, assim como foram entregues pelo Estado através Companhia Estadual de Habitação Popular (CEHAP), algumas delas foram reformadas ou remodeladas para abrigar outras famílias, ou por meio de aluguel ou para abrigar familiares, onde se observa que algumas delas não possuem infraestrutura adequada, sendo assim, em alguns casos existem várias residências em um só terreno, outras foram demolidas para a construção de edifícios e isso diminuem os espaços das residências, ventilação e privacidade. As ruas são aladeiradas dificultando o acesso de pessoas com dificuldade de mobilidade, como idosos, gestantes, pessoas obesas, cadeirantes, entre outros.

Em Barbo e Shimbo (2006) considera-se toda família convivente, que reside junto com outra família denominada principal, um déficit habitacional, com a justificativa de que “não é apenas desejável, mas possível e esperado que toda família nuclear possa ter acesso a um lar exclusivo”. Alves & Cavenaghi (2005) questionam a inclusão de todas as famílias conviventes secundárias no déficit, com o argumento de que “pressupor que toda família nuclear queira ter um domicílio é ignorar as formas criativas de sociabilidade da população e o fato de que os cidadãos, às vezes, optam por viver em famílias estendidas e arranjos amplos, com a presença de múltiplas gerações e parentes”.

Segundo os autores a habitação figura no rol das necessidades mais básicas do ser humano. Seu tamanho e sua qualidade são importantes para a saúde, a segurança e a privacidade, e a sua localização é decisiva para o acesso ao emprego e aos serviços oferecidos pelo município. Para o indivíduo, ela representa uma referência central, uma vez que condiciona as soluções adotadas para suprir as demais necessidades básicas. Para eles, pessoas que moram em casas soltas tem maior qualidade de vida.

4.4 HIPERTENSÃO: PREVALÊNCIA, INCIDÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

De acordo com o resultado do estudo realizado pelo cruzamento de dados das fichas de cadastros individuais em planilha, podemos chegar à seguintes situações de saúde com relação à hipertensão arterial e seus fatores associados.

A população estudada apresentou 15,54% de sua totalidade de pessoas portadoras de hipertensão arterial, destes 65,78% são negros/as, 62,16% dos hipertensos são mulheres, e 65,2% dessas mulheres são negras. Das pessoas que sofrem da doença 37,83% são homens, destes 64,28% são negros. Então tanto entre homens, quanto entre mulheres a maior incidência de hipertensos ocorre entre negras e negros.

A faixa etária predominante está entre a população idosa, chegando a atingir 72,97% dos hipertensos. E destes 66,67% são mulheres.

Portanto concluímos que a população mais acometida pela hipertensão está entre mulheres negras e idosas (Gráfico 03).

Segundo Oliveira e Oliveira (2012), é evidente a diferença entre o gênero quando se trata de hipertensão arterial sistêmica, sabendo que as mulheres por si só, exibem diferenças hormonais ao longo de sua vida, os hormônios parecem estar relacionados à proteção que o sexo feminino possui durante a idade fértil deixando-as de certa forma mais protegidas da hipertensão arterial sistêmica, e após a menopausa com o declínio dos

hormônios esta proteção é reduzida fazendo com que as mulheres estejam mais vulneráveis para hipertensão arterial sistêmica.

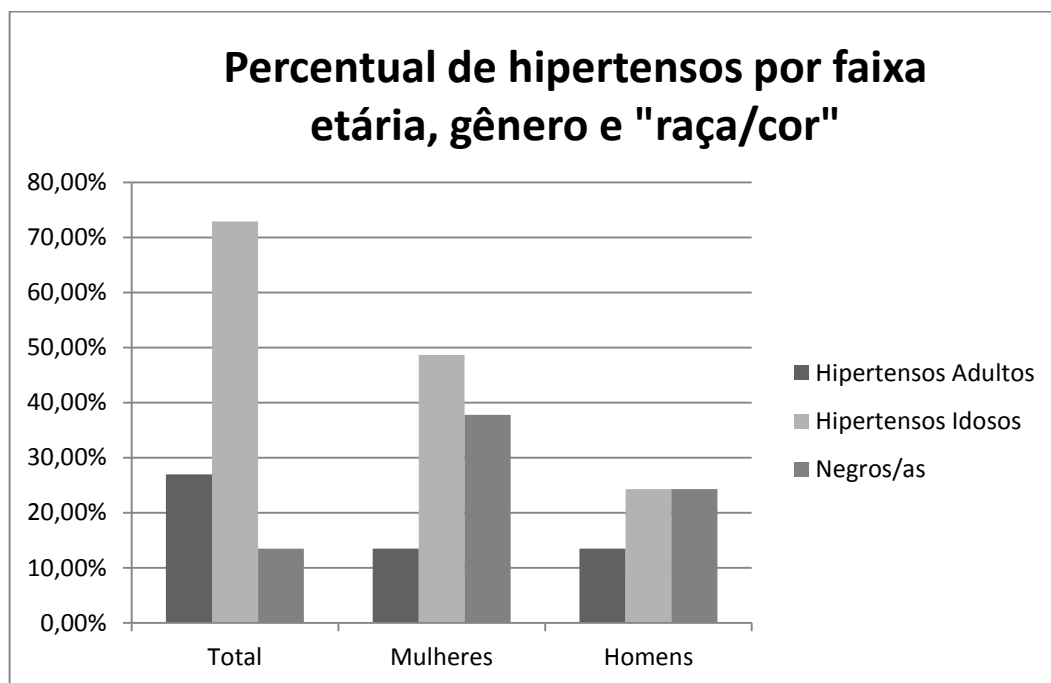


Gráfico: 03 Percentual de hipertensos por faixa etária, gênero e "raça/cor" da população da microárea 06 PROSIND I, bairro de Mangabeira, João Pessoa/PB. **Organização:** MATOS, 2016. Fonte: fichas do SISAB

Ainda segundo os autores, em mulheres, alterações cardiovasculares levando ao aumento da pressão arterial ocorrem principalmente após a menopausa, por estar relacionadas aos hormônios sexuais como os estrogênios, que em taxas adequadas, além disso há identificação de vários fatores de risco para hipertensão arterial para as mulheres, tais como: a hereditariedade, a idade, o grupo étnico, estilo de vida, sedentarismo, o nível de escolaridade, o status sócio-econômico, a obesidade, o etilismo, o tabagismo, o uso de anticoncepcionais orais, muito colaboram para os avanços na epidemiologia cardiovascular, e, consequentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos, que abarcam os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos.

As informações aqui apresentadas também corroboram as encontradas por Silva (2007) que desenvolveu um trabalho com a comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos, lá se identificou que a hipertensão é mais incidente entre as mulheres da referida comunidade.

Lessa et al (2006) também revelaram que, na cidade de Salvador, a população negra apresenta um maior percentual no que se refere à hipertensão arterial e ressaltaram ainda que, entre as mulheres, existe uma maior prevalência.

Mas não apenas a pré-disposição genética das negras e negros são fatores isolados para o aumento dos índices pressóricos dessa população, outros como fatores socioeconômico, ambientais

e culturais são tão relevantes quanto. Segundo Cooper et al. (1999) em pesquisa percebeu-se que as/os negras/os que vivem nas zonas urbanas da Jamaica e os norte-americanos sofrem mais que as/os negras/os da zona rural da Nigéria.

No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece que existem grupos específicos e vulneráveis às enfermidades, devido às práticas de exclusão e discriminação que vêm sofrendo ao longo dos anos. As práticas de exclusão sofridas pelas mulheres negras de raça, gênero e classe social, dificulta a construção de sua identidade, implicando sua autoaceitação e autoestima, não permitindo o desenvolvimento de estratégias afirmativas para o enfrentamento desses problemas, elevando os riscos de complicações, havendo um maior comprometimento da sua saúde (CORDEIRO; FERREIRA, 2009).

4.5 COMPARATIVO DE RESULTADOS DAS MICROÁREAS 06 PROSIND I E 03 MANDACARU IX

Analizando os resultados obtidos nesta pesquisa e comparando com estudos similares realizados na microárea 03 da Unidade de Saúde da Família Mandacaru IX podemos chegar á seguinte conclusão.

Na situação dos domicílios, observamos que nas residências da microárea 03 da unidade de Saúde Mandacaru IX existem 15,4% das residências sem saneamento básico, e grande área sem calçamento, esgoto a céu aberto, e áreas muito insalubres, enquanto na microárea 06 da USF PROSIND I 100% das residências possuem saneamento básico e as ruas são calçadas, porém existem pequenas áreas de acúmulo de lixo em calçadas.

Quanto à população, percebemos que nas duas microáreas existe a predominância do sexo feminino. Na microárea 03 há maior número de crianças chegando à 17,9%, enquanto na microárea 06 apenas 5,02%, este dado pode representar menor índice de planejamento familiar entre as famílias da microárea 03. O número de adolescente é equivalente entre as duas microáreas, assim como entre os jovens. As duas microáreas apresentam a mesma prevalência com relação à faixa etária, sendo mais da metade da população enquadrada como adultos.

Percebemos que entre a população negra há uma maior representação na microárea 03, onde 73,1% são negros enquanto na microárea 06 são 68,61%, porém nas duas microáreas os negros/as são maioria.

Na microárea 03 observa-se que 46,3% dos moradores não realizam atividades remuneradas, onde na microárea 06 são 38,49%.

A presença da hipertensão arterial nas populações das duas microáreas apresentam algumas similaridades, tais como: prevalência no sexo feminino e na população negra e se difere no que se diz respeito a faixa etária, na microárea 03 há maior quantidade de casos em adultos a cima dos 30 anos, já na microárea 06 a maior parte dos casos estão entre os idosos

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada no jornal *O Malho* e na *Gazeta Médica da Bahia* na década de 1930 nos dá um parâmetro da realidade da presença da hipertensão arterial na mídia brasileira da época, e como ela era vista, o que hoje é considerada uma das enfermidades mais expressivas da atualidade, a bem pouco tempo atrás não era reconhecida como doença, não tendo a importância real à situação de saúde dos indivíduos, e assim as práticas de saúde da época não eram voltadas à esta necessidade.

Ao estudarmos a população em questão podemos conhecer dados antes ignorados e pouco levado em consideração pela Equipe de Saúde da Família em suas estratégias e ações.

O estudo foi realizado principalmente através de fichas de cadastro individual do e-SUS (SISAB), realizado com 239 pessoas, que representa 55,32% da população da microárea 06 pertencente à Unidade de Saúde da Família PROSIND I, situada no bairro de Mangabeira.

Na população há prevalência do sexo feminino, atingindo 55,23% da população nas diversas faixas etárias.

Podemos observar que a população é formada em sua maioria de negras e negros, incluímos na população negra pessoas que se auto declaram de "raça/cor" preta e parda, sendo 68,61% da população geral estudada. E percebemos que existe uma grande desvantagem da população negra comparada com a população branca com relação a ocupação de cargos no mercado de trabalho, apesar de ter mais negros e negras com formação em superior. E à presença de doenças sistêmicas, principalmente se tratando da hipertensão arterial que atinge 14,63% da população negra entre homens e mulheres, mas a prevalência está entre as mulheres.

A maior incidência da doença está entre mulheres negras e idosas.

Observamos também a vulnerabilidade que mulheres negras gestantes sofrem durante o período de gestação, e podemos realizar um estudo de um caso específico que condiz com a literatura, que diz que fatores sociais e econômicos podem lhes expor a

problemas de saúde, refletindo também na saúde do bebê, no caso foi analisado a presença da Sífilis na gravidez.

Este estudo nos trouxe a possibilidade de analisar dados numéricos levando em consideração os seus significados, levando em conta o que ele nos pode expressar assim os números pode nos trazer a realidade da microárea e nos faz refletir as suas características e histórias, só assim a Equipe de Saúde pode elaborar ações significativas para a população assistida, em cima das suas reais necessidades.

REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz; CAVENAGHI, Suzana. **Família e domicílio no cálculo do déficit habitacional no Brasil**. In: XI ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional. Anais... Bahia, BA. 2005.

BARBO, André Roriz de Castro; SHIMBO, Ioshiaqui. **Uma reflexão sobre o padrão mínimo de moradia digna no meio urbano brasileiro**. R. B. Estudos Urbanos e Regionais, São Carlos, v. 8, n. 2, p. 75-94, nov. 2006.

BARBOZA, Renato; ROCHA, Ane Talita da Silva. **Acesso da população masculina aos serviços de saúde: alguns caminhos para o enfrentamento de vulnerabilidades**. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 192-195, ago. 2010.

CAMPOS, João Jerry. Considerações finais. In:_____. **Violência urbana: a distribuição dos homicídios na cidade de João Pessoa no período de 2005 e 2006**. João Pessoa: UFPB, 2007. 44 f. cap. 5. (Monografia). Disponível em: <http://www.geociencias.ufpb.br/~paulorosa/gema/images/stories/monografias/2007/mono_jerry.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2016.

CORDEIRO, Rosa Cândida; FERREIRA, Silvia Lúcia. Discriminação racial e de gênero em discursos de mulheres negras com anemia falciforme. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 352-358, jun. 2009.

CASA DE RUI BARBOSA. **O Malho**. Fascículos: 83-108, 1935. Disponível em: <<http://www.casaruibarbosa.gov.br/omalho>>. Acesso em: 12 set. 2017.

CASTRO, Natércia Gomes de, et al. **Hiperdia: Conhecimento da Cobertura do Programa no Maranhão, São Luís**. Cad. Pesq, v. 17, n. 2, maio/ago. 2010. Disponível em: <<http://www.pppg.ufma.br/cadernosdepesquisa/uploads/files/Artigo%209%20v17%20n2%283%29.pdf>>. Acesso em: 04, maio, 2016.

DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti; Dallacosta, Hotone. Nunes; Alessandra Daros. **Perfil de Hipertensos Cadastrados no Programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde**. Unoescc & Ciência – ACBS, Joaçaba, v. 1, n. 1, p. 45-52, jan./jun. 2010.

DAMIANI, Amélia Luiza. **População e geografia**. Editora Contexto (EDUSP), 1997.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. Distritos Sanitários. 2016. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude>>. Acesso em: 01 mar. 2016.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. Disponível em: <<http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>>. Acesso em: 03 maio. 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

HENRIQUES, Francelino Alves. **O aprendizado após a juventude discutindo o conceito de “adulto” e as tendências pedagógicas modernas**. Revista FACEVV, Espírito Santo, v. [], n. 2, p. 16-21, 1º Semestre. 2009.

IBGE, **Censo Demográfico**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2010. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

LAGUARDIA, Josué. **Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenia? História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 371-93, maio-ago., 2005.

LESSA, Ínes. et al. **Hipertensão Arterial na População Adulta de Salvador (BA)** - Brasil. Sociedade brasileira de cardiologia, Salvador, v. 87, n. 6, p. 747-756, maio 2006.

LOPES, Fernanda. **Mulheres negras e não negras e vulnerabilidade ao HIV/AIDS no estado de São Paulo**, Brasil. In: Revista de Saúde Pública, v.41, n 2, p. 39-46, 2007.

LUNA, Rafael Leite. Aspectos Históricos da Hipertensão: aspectos históricos da hipertensão no Brasil. **HiperAtivo**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 6-9, jan./mar. 1999.

MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Saúde, sexualidade e gênero na educação de jovens, por quê? In: _____. **Saúde, Sexualidade e Gênero: na educação de jovens**. 1. ed. Porto Alegre: Mediação, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. et al. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

OLIVEIRA, Fatima. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

PAIXÃO, Marcelo; CARVANO, Luiz M. **Relatório das desigualdades raciais no Brasil; 2007-2008**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. **Distrito Sanitário de Saúde III**. Disponível em: <<http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/distritos-sanitarios>> acesso em: 05 set. 2017.

PEREIRA, Maria de Fátima. **CONDIÇÕES SOCIOAMBIENTAIS, QUALIDADE DE VIDA E PRESENÇA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA POPULAÇÃO ATENDIDA PELA USF MANDACARU IX, JOÃO PESSOA – PB**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em ciências biológicas) - Centro de ciências exatas e da natureza, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

PIERIN, Angela Maria Geraldo; MION Jr., Décio. O impacto das descobertas de Riva-Rocci e Korotkoff. **RevBrasHiptens.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 181-9, abr./jun., 2001.

RAMOS, Katiana. JORNAL DA PARAÍBA. **João Pessoa tem 15 bairros considerados perigosos.** Vida Urbana. http://www.jornaldaparaiba.com.br/vida_urbana/noticia/150674_joao-pessoa-tem-15-bairros-considerados-perigosos. Acesso em: 05 set. 2017.

REMÍGIO, Bruna Marcela Gomes. **Implementação do Cadastramento e Acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos pelo Sistema Hiperdia na Unidade de Saúde Boa Vista do Município de Arcoverde – PE**. Plano de Intervenção – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz Recife, 2012.

SAMPAIO, Adriana S. et al. Ecos da hipertensão: vivências de mulheres negras. In: _____. **Relações raciais no Brasil: pesquisas contemporâneas**. São Paulo: Contexto, 2011.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **V diretrizes Brasileira de hipertensão Arterial**. vol.89 no.3 São Paulo Set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012

SILVA, Alessandra Guedesda. **Crescimento populacional do bairro de Mangabeira**. 2006. 16 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Geografia) – Centro de Ciências Exatas e da Natureza. Universidade Federal da Paraíba, 2006.

SILVA, Ricardo. **História de Mangabeira**. Portal Mangabeira. 2006. Disponível em: <<http://www.portalmangabeira.com.br>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

SILVA, José Antônio; FONSECA, Ivonildes da Silva da. **Gestantes Negras**. Vulnerabilidade, percepções de saúde e tratamento no pré-natal na Grande João Pessoa (Paraíba). João Pessoa. 2010.

SILVA, José Antônio Novaes da. **Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos**, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde Soc**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200011>. Acesso em: 16 set. 2016.

SILVA, Diego Augusto Santos; PETROSKI, Edio Luiz; PERES, Marco Aurélio. **Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis**: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública, Florianópolis**, v. 46, n. 6, p. 988-98, jul. 2012.

SOUSA, Rainer Gonçalves. **"Escravidão no Brasil"**; Brasil Escola. Disponível em <<http://brasilestola.uol.com.br/historiab/escravida-no-brasil.htm>>. Acesso em 21 de maio de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília, DF, 2010.

_____. Lei nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Lei Orgânica de Saúde**, Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 26 mar. 2016.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica de Saúde**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 26 e Abril, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica :Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. - 3. ed. – Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (2.^a reimpr.)

_____. Ministério da Saúde. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (4.^a reimpr.)

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Sistemas com Coleta de Dados Simplificada, CDS**. Brasília, DF. 2014.

_____.Ministério da Saúde. **Programa de Melhorias de Acesso e de Qualidade**. Brasília, DF. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Sistemas com Coleta de Dados Simplificada, CDS**. Brasília, DF. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. DF. 2012. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2016.

_____.Ministério da Saúde. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras**. Brasília, DF. 2005.

_____.Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília, DF. 2007.

_____. Fundo de População das Nações Unidas. **Direitos da população jovem: um marco para o desenvolvimento**. 2. ed. Brasília, DF: UNVPA, 2010.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Analfabetismo no País**. 2014. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/34167>>. Acesso em 21 de maio. 2016.

FONTES

GAZETA MÉDICA DA BAHIA, NÚMEROS:

Número 7, volume 60: janeiro de 1930, em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/555/540>

Número 8, volume 60: fevereiro de 1930, em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/554/539>

Número 10, volume 60: abril de 1930, em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/553/538>

Número 11, volume 60: maio de 1930, em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/552/537>

Número 12, volume 60: junho de 1930, em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/551/536>

Número 01, volume 61: julho de 1930, em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/457/444>

Número 02, volume 61: agosto de 1930, em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/456/443>

Número 03, volume 61: setembro de 1930, em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/455/442>

Número 04, volume 61: outubro de 1930, em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/454/441>

Número 05, volume 61: novembro de 1930, em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/453/440>

Número 06, volume 61: dezembro de 1930, em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/453/440>

Número 12, volume 61: junho de 1931, em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/451/438>

Números 1 e 2, volume 62 : julho e agosto de 1931, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/450/437>

Números 3 e 4, volume 62: setembro e outubro de 1931, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/449/436>

Números 5 e 6, volume 62: novembro e dezembro de 1931, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/448/435>

Números 7 e 8, volume 62: janeiro e fevereiro de 1932, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/447/434>

Números 9 e 10, volume 62: março e abril de 1932, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/446/433>

Números 11 e 12, volume 62: maio e junho de 1932, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/445/432>

Números 01 e 02, volume 63: julho e agosto de 1932, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/444/431>

Números 04, 05 e 06, volume 63: outubro, novembro e dezembro de 1932, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/444/431>

Números 07, 08 e 09, volume 63: janeiro, fevereiro e março de 1933, em
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/441/428>

Números 10, 11 e 12, volume 63: abril, maio e junho de 1933, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/440/427>

Números 01, 02 e 03, volume 64: julho, agosto e setembro de 1933, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/439/426>

Números 04, 05 e 06, volume 64: outubro, novembro e dezembro de 1933, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/438/425>

Números 07, 08 e 09, volume 64: janeiro, fevereiro e março de 1934, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/437/424>

Números 10, 11 e 12, volume 64: abril, maio e junho de 1934, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/436/423>

Números 01, 02 e 03, volume 65: julho, agosto e setembro de 1934, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/435/422>

Números 04, 05 e 06, volume 65: outubro, novembro e dezembro de 1934, em:
<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/434/421>

APÊNDICES

APÊNDICE A – FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL (SISAB)

SUS Atenção Básica	CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (NE)*	MICROÁREA	DATA:*/ /
-----------------------------------	--------------------	-------------------	-----------	-----------

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO	
Nº DO CARTÃO SUS _____	RESPONSÁVEL FAMILIAR É o responsável? ☐ Sim ☐ Não Nº DO CARTÃO SUS _____ DATA DE NASCIMENTO: / /
NOME COMPLETO: * _____	
NOME SOCIAL: _____ DATA DE NASCIMENTO: * / /	
SEXO: * ☐ Masculino ☐ Feminino RAÇA / COR: * ☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena Nº HS (PIS/PASEP): _____	
NOME COMPLETO DA MÃE: * _____ ☐ Desconhecido	
NACIONALIDADE: * ☐ Brasileira ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro	PAÍS DE NASCIMENTO: _____ TELEFONE CELULAR: () _____
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO: ** _____ E-MAIL: _____	

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS	
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Enleado(a) ☐ Neto(a) / Neta(a) ☐ Pai / Mãe ☐ Sogra(a) ☐ Irmão / Irmã ☐ Genro / Nora ☐ Outro parente ☐ Não parente	OCUPAÇÃO _____
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE? * ☐ Sim ☐ Não	
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? _____ ☐ Creche ☐ Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª) ☐ Pré-escola (escola CA) ☐ Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) ☐ Classe Alfabetizada - CA ☐ Ensino Médio Especial ☐ Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries ☐ Ensino Médio EJA (Supletivo) ☐ Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries ☐ Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Alfabetização para Adultos (Móvel, etc) ☐ Ensino Fundamental Especial ☐ Nenhum ☐ Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)	SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO ☐ 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
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? ☐ Adulto Responsável ☐ Outra(s) Criança(s) ☐ Adolescente ☐ Solteira ☐ Creche ☐ Outro	
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não	PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? ☐ Sim ☐ Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? ☐ Sim ☐ Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL? _____	
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO? ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL? ☐ Heterossexual ☐ Lésbica ☐ Travesti ☐ Outro ☐ Gay ☐ Bissexual ☐ Transsexual	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? * ☐ Sim ☐ Não SE SIM, QUAL(ES)? ☐ Auditiva ☐ Intelectual/Cognitiva ☐ Outra ☐ Visual ☐ Física
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: ☐ Óbito ☐ Mudança de território	

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde. _____ Assinatura

QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? ☐ Sim ☐ Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? ☐ Abaixo do Peso ☐ Peso Adequado ☐ Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? ☐ Sim ☐ Não
		SE SIM, INDIQUE QUAL(ES): **
		☐ Asma ☐ DPOC/Enfisema ☐ Outros ☐ Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? ☐ Sim ☐ Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? ☐ Sim ☐ Não
FAZ USO DE ALCOOL? ☐ Sim ☐ Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? ☐ Sim ☐ Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? ☐ Sim ☐ Não		TEM OU TEVE CÂNCER? ☐ Sim ☐ Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? ☐ Sim ☐ Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? ☐ Sim ☐ Não
TEM DIABETES? ☐ Sim ☐ Não		SE SIM, POR QUAL CAUSA?
TEVE AVC / DERRAME? ☐ Sim ☐ Não		FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSIQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? ☐ Sim ☐ Não
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não		ESTÁ ACAMADO? ☐ Sim ☐ Não
SE SIM, INDIQUE QUAL(ES): **		ESTÁ DOMICILIADO? ☐ Sim ☐ Não
☐ Insuficiência Cardíaca ☐ Outros ☐ Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? ☐ Sim ☐ Não
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? ☐ Sim ☐ Não		SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):
SE SIM, INDIQUE QUAL(ES): **		☐ Insuficiência Renal ☐ Outros ☐ Não Sabe
		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? ☐ Sim ☐ Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE		
1- QUAL? 2- QUAL? 3- QUAL?		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA		É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? ☐ Sim ☐ Não
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? ☐ Sim ☐ Não		SE SIM, INDIQUE QUAL(ES):
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?		
☐ < 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 5 anos ☐ > 5 anos		
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ☐ Sim ☐ Não		VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? ☐ Sim ☐ Não		SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA?		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? ☐ Sim ☐ Não
☐ 1 vez ☐ 2 ou 3 vezes ☐ mais de 3 vezes		SE SIM, INDIQUE QUAL(ES): **
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO?		☐ Banho ☐ Acesso ao Sanitário ☐ Higiene Bucal ☐ Outros
☐ Restaurante Popular ☐ Doação Restaurante ☐ Outros		
☐ Doação Grupo Religioso ☐ Doação da Popular		

Legenda: ☐ Opção Múltipla de Escolha ☐ Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Campo obrigatório condicionado a pergunta anterior

APÊNDICE B- FICHA A

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE					UF	
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA								
ENDEREÇO				NÚMERO	BARRIO	CEP		
MUNICÍPIO	SECTOR	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA			

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PRONOME, SOBRENOME E NOME NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		Ocupação	DOENÇA OU CONDIÇÃO REPERTIDA (sigla)
				sim	não		

PRONOME, SOBRENOME E NOME NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQÜÊNCIA À ESCOLA		Ocupação	DOENÇA OU CONDIÇÃO REPERTIDA (sigla)
				sim	não		

<i>Legenda para a indicação das doenças e/ou condições referidas</i>		
AIC - Absorção	EP - Epilepsia	HAN - Hanseníase
CHL - Chagas	GES - Gengivite	ML - Malaria
DEF - Deficiência	HA - Hipertensão Arterial	
DI - Diabetes	TS - Tuberculose	

Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO			
TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tipo Adobe		Filtração	
Tipo revestido		Fervura	
Tipo não revestido		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede geral	
		Poço ou nascente	
Número de cômodos / peças		Outros	
Energia elétrica		DESTINO DE FEZES E URINA	
DESTINO DO LIXO		Sistema de esgoto (rede geral)	
Catavento		Fossa	
Queimado / Enterrado		Cau aberto	
Cau aberto			

OUTRAS INFORMAÇÕES			
Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Boticaria		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Ônibus	
Rádio		Caminhão	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar:		Carroça	
		Outros - Especificar:	
OBSERVAÇÕES			

Dá a seguinte explicação: — a segunda bulha cardíaca, ou bulha diastólica é produzida pela «vibração das valvulas sigmóides», sendo a hypertensão arterial o que mais concorre para a hyperphonese dessa bulha; na circulação pulmonar passam-se os mesmos phenomenos, encontrando-se hyperphonese do 2.º tom pulmonar quando ha hypertensão nos dominios da pequena circulação e hypophonese no caso contrario. Pergunta então o A. se não podemos «admittir, no fêto «in utero» uma hypotensão permanente, produzindo o abafamento e mesmo o desaparecimento da segunda bulha»?

Na creança a pressão arterial é mais baixa do que no adulto e a segunda bulha muito menos accentuada que a primeira, devido a serem os grossos vasos relativamente amplos; no fêto essa pressão deverá ser muito mais baixa ainda, por ser maior a arvore vascular, augmentada com o cordão e a placenta. Tambem na pequena circulação, a pressão é reduzida ao minimo, pela passagem do sangue da auricula direita á esquerda pelo buraco de Botal, diminuindo consideravelmente a quantidade de sangue que passa ao ventriculo para ser levado ao pulmão pela arteria pulmonar; e do que sobe pela arteria pulmonar quasi nenhum vae aos pulmões, porque passa pelo canal arterial para a aorta descendente.

Reduzidas assim ao minimo as causas de tensão e vibração das valvulas sigmóides da aorta e da arteria pulmonar, ellas não produzirão som capaz de ser percebido á escuta, concluindo assim o A. ser o rythmo fetal um *rythmo a um tempo*.

A. L.

APÊNDICE D - GAZETA MÉDICA DA BAHIA AGOSTO 1930

Em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/456/443>

Dos 17 doentes, 6 eram completamente amauroticos, 4 tinham diminuição considerável da acuidade visual e os restantes tinham a visão diminuída de um terço.

Natureza e séde das lesões:—3 tumores frontaes, 2 do lobulo temporal direito, 1 do terceiro ventriculo; 1 abcesso do lobulo occipital esquerdo; 1 hematoma da região temporo-parietal direita; 1 myeloma; 2 hydrocephalias internas e 2 externas; 2 provaveis tumores do terceiro ventriculo; 1 liptomeningite chronica; 1 cicatriz post-radica.

Em 8 casos deu-se a morte immediatamente á operação ou em curto espaço depois desta.

Em 6 casos os doentes sobreviveram, apresentando melhoras, e 3 ficaram curados.

A. L.

Abcessos multiples do cerebro e cerebello, como complicação de bronchiectasia.—Drs. N. Romano, R. Eyherabide e A. Bianchi. In *La Prensa Medica Argentina*, 30 Maio 1930.

Os autores, depois de vastas considerações sobre historia, symptomatologia, evolução e formas clinicas dos abcessos cerebraes, passam a relatar a observação de um individuo portador de bronchiectasias, diagnosticadas clinica e radiologicamente, com expectoração abundante e fetida. Depois de 6 mezes de doença, apresenta grandes cephealeas, torpor, somnolencia, e vomitos de typo cerebral, entrando em seguida em coma, e fallecendo 5 dias depois de apparecerem os symptomas nervcosos.

Feita a necropsia, foram observadas no pulmão cavidades de diversas formas e tamanhos, conservando em alguns pontos o aspecto bronchico. O cerebro, sem lesões nem deformações externas, apresentou ao corte varios abcessos

conviêsse no tocante á representação da Sociedade no Congresso em lide.

Ordem do dia. — Alterada por proposta do Prof. A. Tavares, tem a palavra o Dr. Herval Tarquinio Bittencourt para falar sobre «um caso de dissociação auriculo-ventricular». Começa o Dr. Herval a dizer que fôra procurado por uma senhora que, atacada por uma tosse, não podia dormir. Ao exame, encontrou 34 pulsações cardíacas por minuto, ruídos cardíacos normaes, silencio completo no intervallo das revoluções. Interrogando a paciente, soube o communicante que ha 4 annos soffrera uma congestão cerebral, depois do que levou meses a ter vertigens repentinas. Afastada a hypothese, pela exploração do systema neuro-vegetativo duma perturbação nervosa, o Dr. Herval diagnosticou: syndrome de Stokes-Adams, dissociação auriculo ventricular. Requisitado um traçado electro-cardiographico, a conselho do Prof. Armando Tavares, este veio com o diagnostico de bradycardia sinusal myocardica. Evidente a discordancia entre clinica e laboratorio, é a doente mostrada em aula pelo Prof. Tavares, que chegou a conclusão de serem os dados clinicos, no caso, mais seguros. Solicitado um novo traçado, pela falta de clareza do 1.º, este confirmou os valores da clinica, patente o rythmo 2-1 e o augmento progressivo de P. R. frequente nos casos de dissociação incompleta. As extra-systoles do traçado, porém, não se observavam clinicamente. Pedido novo traçado, nas tres derivações, são observadas as extra-systoles interpolares e dahi a sua inobservação clinica. Termina o Dr. Herval a manifestar-se cada vez mais convicto do dualismo cardiaco, em face de mais essa prova. E por tudo, formula o diagnostico de aniscarrhythmia por bradycardia ventricular e tachycardia auricular discordante.

Discussão. — O Prof. Armando Tavares felicita o Dr. Herval pela raridade do caso e brilho da communicação. Faz uma resenha da interessante discordancia havida entre clinica e laboratorio e posteriormente a concordancia per-

Encerrada a discussão tem a palavra o Dr. Armando Tavares para comunicar á Sociedade « *Mais um caso de sopro coronario* ».

Faz a apresentação de um caso curioso de patologia cardiaca. O doente, que foi apresentado e examinado por varios consocios, na sessão passada, apesar do nosso pedido reiterado não compareceu hoje, supomos porque tivesse viajado para o Sul.

Ele nos foi apresentado pelo Dr. Augusto Monteiro, clinico nesta cidade e que o confiou ao nosso cuidado desde Março do corrente anno.

F. G. S., preto, solteiro, 42 anos, estivador, morador á Estrada da Liberdade (Avenida Belo Horizonte) matriculado desde Abril do corrente anno no Ambulatorio da Clinica.

Antecedentes pessoais: variola, sarampo, varicela, paludismo, parotidite infecciosa, blenorragia, duas adenites, um cancro no meio (?) reumatismo durante um anno, Wassermann positiva.

O que mais nos interessa no doente é a escuta do coração: á primeira vista formulamos um diagnóstico de sopro musical diastolico audivel em todo o precordio na face dorsal do torax, desde a 7.^a vertebra cervical até a 5.^a lombar.

Pela presença dos sinais perifericos da insuficiencia aortica (Sinal de Musset, dança das arterias, sinal de pediosa, pulso ungual de Quinke) formulamos uma suspeita diagnostica de insuficiencia aortica mas, os caracteres do sopro, a sua coincidência com o pulso seja pela escuta, seja pela palpação do fremito, nos levaram mais tarde a reformar este juizo.

A radiografia nos dando a imagem do aumento das cavidades esquerdas com a dilatação dos vasos da base fala em favor da 1.^a hipótese (Hogdson).

O esfigmograma não tem o mesmo aspecto: a principio

mentos após a injeção), revelam-se por uma diminuição dos batimentos cardíacos (oscilante entre 2 a 10 por minuto) modificação do aspecto do pulso que se torna mais amplo, cheio, forte. Semelhantes fenómenos, só mui raramente não se verificam (1 % dos casos). No que diz respeito á tensão arterial, observam-se como efeitos imediatos um ligeiro aumento das pressões maxima e minima, principalmente esta ultima.

b) Efeitos mediatos. — Os efeitos tardios, revelam-se evidenciando que a opoterapia hepatica, não é nem hipertensora nem hipotensora, mas atua como verdadeiro regulador da pressão sanguinea. Assim é que se observa, invariavelmente, após uma serie de injeções (12 a 20 no maximo), um aumento geral da tensão nos hipotensos, ao tempo em que ha uma diminuição nos hipertensos, o que induz forçosamente á se concluir que existe uma evidente tendencia equilibradora, com uma verdadeira normalização da differencial. Sobre a temperatura a ação reguladora se evidencia, com o desaparecimento da hipertermia nos doentes hipertermicos e aumento d'alguns decimos nos hipotermicos, maxime si tais oscilações caloricas, se relacionam á syndromes hepaticas não infecciosas (intoxicações, obstruções).

«Tais verificações sobre a temperatura, representam estudos nossos, ao que parece, inteiramente originaes, á julgar pela literatura, que pouco ou nada se refere ao assunto.

«Sob o ponto de vista terapeutico, a ação do extrato hepatico, por via intra-venosa, é francamente acrescida. Assim é que, notamos a melhoria das funções gastricas e intestinaes; o desaparecimento da anorexia; a sedação do sintoma dor, ligado á hipertrofia do orgão; uma accentuada melhoria do aspecto fisico, com uma sensação de euforia, de força, de bem-estar psiquico; o desaparecimento da insônia, o aumento da diurése, principalmente nos edemaciados.

APÊNDICE H - GAZETA MÉDICA MAIO E JUNHO 1932

Em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/445/432>

se a mostrar a perna direita, que na sua expressão, se acha morta.

EXAME OBJECTIVO

O estudo da face nada apresenta de característico: Côr branca, volume normal, ausencia de movimentos involuntarios. Conformação craneana normal, simetria perfeita, sendo tambem normal o estado das suturas e fontanelas. Pele e pelos normaes. Tem tibialgia. Ausencia de ganglios epitrocleanos e inguinaes.

Nada de interessante para o lado do aparelho respiratorio. A' escuta, verifica-se reforço do segundo tom aortico, sendo a tensão arterial correspondente a Mx 20 Mn 9, ao oscilometro de Pachon. Pulso cheio, com 75 pulsações por minuto.

EXAME DE URINA

Volume nictemeral—1000 c. c.
 Côr—amarelo ambar
 Aspecto—limpido
 Consistencia—fluida.
 Cheiro—sui-generis
 Densidade—1.008
 Reação—acida
 Materiaes solidos—11.18
 Cloretos—8,0 p. litro
 Traços de urobilina.
 Ausencia de elementos anormaes

EXAME DO SISTEMA NERVOSO

Liquido cefaloraquidico—Côr clara, transparencia perfeita, tensão 35 (d. sentado), linfocitos 2 por m. c., globulinas presentes pelas reacções de Pandy e Weich-

APÊNDICE i – GAZETA MÉDICA JULHO, AGOSTO E SETEMBRO 1933
 Em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/439/426>

OBITUARIO

Filiaram-se ás seguintes causas os obitos verificados durante o anno de 1932 neste Hospital:

Aortite chronica	2
Arterio-esclerose cerebral	1
Astenia cardiaca.	1
Anemia profunda (paludismo)	2
Beri-beri	31
Congestão pulmonar	1
Cancer da vulva	1
Cancer.	2
Causa indeterminada	1
Colapso	5
Cachexia (enterite)	3
Cachexia (colapso cardiaco)	2
Doença de «Parkinson»	1
Dysenteria bacillar	1
Enterite aguda	54
Enterite chronica	5
Epilepsia (estado de mal)	5
Escorbuto	1
Hemorragia cerebral	3
Insuficiencia aortica	8
Infecção puerperal	1
Insuficiencia hepatica	1
Inanição	3
Insuficiencia mitral	5
Miocardite chronica	2
Paralysis geral	1
Nephrite chronica	3
Syphilis cerebral	2
Septicemia	5
Tuberculose pulmonar	29
Tuberculose mesenterica	14
Uremia	2
Total	198