

CONDIÇÕES DE VIDA DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NAS FAMÍLIAS DE ALTO RISCO

Living of hypertensive and diabetic in the high-risk families

Gabriel Ramirez Moreira¹

Deborah Mafra de Queiroz²

Sandra Alexandra Bezerra³

Kênia Souto Moreira⁴

Maisa Tavares de Souza Leite⁵

Carlos Alberto Quintão Rodrigues⁶

Resumo: Objetivo: Este estudo tem por objetivo avaliar as condições de vida das pessoas com Hipertensão e Diabetes nas famílias de alto risco no território de uma equipe de saúde da família. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa –sob parecer de nº1432 – pela Unimontes. Os entrevistados foram os pacientes hipertensos e/ou diabéticos de famílias classificadas como de alto risco. A análise dos dados foi realizada por meio do programa SPSS versão 18.0. **Resultados:** No perfil sociodemográfico, prevaleceu escolaridade baixa ou nula (84,7%). Os 61,5% dos entrevistados não possuíam informação sobre sua doença antes do diagnóstico, enquanto 92,3% referem que a Equipe de Saúde da Família local desenvolve atividades educativas. Os hábitos de tabagismo, etilismo e alimentação foram desanimadores, com histórico tabagista em 53,8%, etilista em 46,2% e o consumo de menos de 3 porções diárias (recomendável) de hortaliças em 76,9% dos entrevistados. **Conclusão:** Os resultados demonstram a vulnerabilidade das famílias de hipertensos e diabéticos, relacionada às suas condições de vida, aos maus hábitos (tabagismo, etilismo e alimentar), à baixa escolaridade e ao processo saúde-doença, o que torna imprescindível a elaboração de estratégias de promoção de saúde voltadas para as peculiaridades desses portadores de condições crônicas.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Saúde da Família. Condições Sociais. Atenção Primária à Saúde.

1 Especialização em andamento em Atenção Básica e Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

2 Especialização em andamento em Aperfeiçoamento Cirurgia Buco Maxilo Facial pela Associação Brasileira de Odontologia.

3 Especialização em andamento em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes..

4 Especialista em Pós Graduação em Saúde Mental com ênfase em CAPS pela Faculdade de Saúde Ibituruna - FASI

5 Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Professora da Unimontes.

6 Mestre em Ciências da Saúde pela Unimontes. Professor da Unimontes.

Abstract: Objective: This study has as objective to evaluate the living conditions of people with hypertension and diabetes in high-risk families in the territory of a team of family health. **Methodology:** This is a descriptive exploratory study. Data were collected through a structured questionnaire, after approval by the Ethics Committee in Research – an opinion n ° 1432 – by Unimontes. Respondents were hypertensive and / or diabetic in families classified as high risk. Data analysis was performed using SPSS version 18.0. **Results:** It was found in demographic profile, the prevailing low or no schooling (84.7%). The 61.5% of respondents did not have information about their disease before diagnosis, while 92.3% reported that the Family Health Team site develops educational activities. The habits of smoking, alcohol and food were disappointing, with 53.8% in smoking history, alcohol consumption in 46.2% and the consumption of less than 3 servings daily (recommended) vegetables in 76.9% of respondents. **Conclusion:** The results show the vulnerability of families with hypertension and diabetes, related to their living conditions, to bad habits (smoking, drinking and food), low educational and health-disease process, which necessitates the development of strategies health promotion focused on the peculiarities of those with chronic conditions.

Key words: Hypertension. Diabetes Mellitus. Family Health. Social Conditions. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um fator de risco independente e linear para doença cardiovascular. Tal condição gera altos custos de saúde e socioeconômicos decorrentes de suas complicações, como doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. Estudos realizados em algumas cidades brasileiras mostram prevalência da HAS ($\geq 140/90$ mmHg) de 22,3% a 43,9%.¹ Inquérito realizado em 2006 estima 25.690.145 casos diagnosticados de HAS no país.² Dentre os fatores de risco para tal condição, pode-se citar a idade, sexo, etnia, baixo nível socioeconômico, consumo de sal, obesidade, consumo de álcool e sedentarismo. Os fatores associados a uma menor taxa de controle foram idade avançada, obesidade e baixo nível educacional.¹

Outra condição de saúde que está estreitamente relacionada à HAS é o diabetes mellitus (DM), que é um distúrbio metabólico que confere o fenótipo de hiperglicemia. Os diferentes tipos de DM são causados por uma interação complexa de fatores genéticos, desenvolvimentais e do estilo de vida. Os dois tipos básicos de DM são classificados com base em sua patogenia (DM tipo 1 e DM tipo 2).^{2,4} Embora a prevalência mundial de ambos os tipos de DM esteja aumentando, espera-se que o tipo 2 aumente mais devido à maior frequência de obesidade e sedentarismo na população atual.⁵ Inquérito telefônico (Prevalência e fatores socio-demográficos em hipertensos de São José do Rio Preto) estima 6.317.621 casos diagnosticados de DM no Brasil.² Observou-se, ainda, que 46% dos diabéticos desconheciam o seu diagnóstico⁵, o qual torna-se conhecido comumente após o desenvolvimento das complicações do DM, a saber: complicações micro e macro vasculares, gastrintestinais,

genitourinários, além de glaucoma, infecções, entre outras.⁴

As duas referidas doenças crônicas integram o cotidiano do médico da atenção primária e são extremamente influenciadas pelo estilo de vida dos doentes. Entende-se “estilo de vida” como padrões de comportamento identificáveis que podem ter um efeito profundo na saúde do indivíduo e estão relacionados com diversos aspectos que refletem os valores e oportunidades na vida das pessoas.⁶ Vinculado a esse conceito, tem-se os “fatores de risco”, que são aspectos negativos que aumentam o risco de surgimento ou descontrole de doenças crônicas, como idade, gênero e etnia, sobrepeso e obesidade, ingestão de sal, uso de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética.⁷

A Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio de atuação em equipes multidisciplinares, visa a um maior vínculo com a comunidade e prioriza ações de prevenção e promoção da saúde.⁸ A partir dessa lógica de responsabilização pelo *status* de saúde, o serviço deve ultrapassar a atenção à demanda e aos cuidados curativos, e ir à comunidade.⁹ Assim, a ESF tem a função de promover o controle de doenças crônicas e fornecer conhecimento à população acerca delas e de suas formas de prevenção.^{10,11}

Nessa perspectiva, a família deve ser o primeiro sujeito do cuidado com a saúde e, para isso, torna-se necessário identificar os fatores que a colocam em risco e suas repercussões. Para tanto, a atividade de *classificação da família por grau de risco*, proposta pelo Plano Diretor para a Saúde do Estado de Minas Gerais¹², deve cumprir além do objetivo educativo, o de levantar dados para planejamento de intervenções. Para tal classificação, foram utilizados fatores socioeconômicos (alfabetização do chefe da família, renda familiar e abastecimento de água) e a presença de condições ou patologias prioritárias (incluindo risco cardiovas-

cular alto ou muito alto). Desse modo, pela soma de pontos, as famílias são classificadas e registradas como de *baixo, médio* ou *alto risco*.¹²

Partindo de tais observações, este trabalho tem como propósito avaliar as condições de vida das pessoas com Hipertensão e Diabetes nas famílias de alto risco no território de uma equipe de saúde da família, que poderiam ter impacto sobre suas condições de saúde e que permitam elaborar ações mais direcionadas.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho utilizou-se uma abordagem quantitativa, com organização e distribuição dos dados em tabelas. A partir disso, como uma pesquisa descritiva, procurou-se explorar a situação de saúde dos hipertensos e diabéticos, com necessidade de maior investigação (peculiaridades dos doentes crônicos em famílias de alto risco).

Foi feito um levantamento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos em famílias, previamente classificadas como de alto risco, que se encontram no Sistema de Informação da Assistência Básica (SIAB) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em Montes Claros - MG. Utilizaram-se, na coleta de dados, questionários estruturados para entrevista, a qual se realizou em domicílio ou na UBS, no ano de 2009.

A população da UBS constitui-se de 548 famílias, das quais 28 são famílias de alto risco com hipertensos ou diabéticos. Aplicou-se o questionário aos hipertensos/diabéticos das famílias de alto risco, totalizando 26 entrevistados. Infelizmente, quatro hipertensos/diabéticos de famílias de alto risco não foram encontrados em suas casas. Assim, totaliza-se no território 30 hipertensos/diabéticos

em famílias classificadas como de alto risco. A análise dos dados foi realizada por meio do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS 18.0). Os dados foram descritos por meio de proporções e valores absolutos.

Os aspectos éticos foram considerados de acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto desta pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sob parecer de nº 1432/2008.

RESULTADOS

Dos 26 entrevistados, 42,3% eram homens. A maior parte (57,7%) tinha idade maior que 60 anos, enquanto que o segundo maior grupo (38,5%) tinha entre 40 e 59 anos. Aproximadamente, a metade (46,2%) parou de estudar no ensino fundamental (primário) e 38,5% nunca estudaram (Tabela 1).

Tabela 1 Perfil dos hipertensos e diabéticos nas famílias de alto risco, Montes Claros - 2009 (N=26)

| VARIÁVEL | N | % |
|----------------------------------|----|------|
| Gênero | | |
| Feminino | 15 | 57,7 |
| Masculino | 11 | 42,3 |
| Idade | | |
| Adulto jovem (18 a 39 anos) | 1 | 3,8 |
| Adulto meia idade (40 a 59 anos) | 10 | 38,5 |
| Idoso (60 ou mais anos) | 15 | 57,7 |
| Escolaridade | | |
| Nunca estudou ou pré-escolar | 10 | 38,4 |
| Ensino fundamental (primário) | 12 | 46,2 |
| Ensino médio (secundário) | 4 | 15,4 |
| Cor de pele | | |
| Branco | 8 | 30,8 |
| Negro | 4 | 15,4 |
| Pardo | 14 | 53,8 |

A segunda maior parcela dos entrevistados (38,5%) tinha diagnóstico concomitante de HAS e DM, enquanto que a maioria (53,8%) tinha apenas de HAS e a minoria (7,7%) apenas de DM. A condição de HAS/DM de longa data (há mais de cinco anos) prevaleceu (88,5%).

A maioria dos entrevistados (61,5%) não possuía informações sobre a doença, prévias ao diagnóstico. Dos que possuíam tais informações, 15,4% a obtiveram através da família ou dos vizinhos, 7,7% através da escola e apenas 11,5% através do serviço de saúde.

A grande maioria (92,3%) respondeu que a ESF desenvolve atividades educativas. Entre tais atividades, as mais realizadas (84,6%) seriam as reuniões de grupo/palestras, enquanto 3,8% referiram-se aos impressos educativos (Tabela 2).

Tabela 2 - Condição de saúde, doença e assistência dos hipertensos e diabéticos nas famílias de alto risco, Montes Claros - 2009 (N=26)

| VARIÁVEL | N | % |
|---|----|------|
| Portador de HAS ou DM | | |
| Apenas Hipertensão | 14 | 53,8 |
| Apenas Diabetes | 2 | 7,7 |
| Hipertensão e Diabetes | 10 | 38,5 |
| Tempo de diagnóstico de HAS e/ou DM | | |
| < ou igual a 5 anos | 3 | 11,5 |
| Mais que 5 anos | 23 | 88,5 |
| Possuía informação sobre a doença antes do diagnóstico | | |
| Sim | 10 | 38,5 |
| Não | 16 | 61,5 |
| ESF desenvolve atividades educativas | | |
| Sim | 24 | 92,3 |
| Não | 2 | 7,7 |

Quanto à prática de atividade física, 84,6% disseram não praticar nenhuma atividade física regular (Tabela 3).

Tabela 3 - Prática de atividade física pelos hipertensos e diabéticos nas famílias de alto risco, Montes Claros - 2009 (N=26)

| VARIÁVEL | N | % |
|---|----|------|
| Prática atividade física regular | | |
| Não pratica | 22 | 84,6 |
| Atividade física leve | 3 | 11,5 |
| Atividade física vigorosa | 1 | 3,8 |
| Horas semanais de atividade física | | |
| Não faz ou < 1 hora | 22 | 84,6 |
| 1 até < 3 horas | 2 | 7,7 |
| 3 ou mais horas | 2 | 7,7 |

O hábito de tabagismo (atual ou passado) foi encontrado em 53,8% dos indivíduos, sendo que a maioria referiu tabaco, na forma de cigarro industrial. Tal consumo foi quantificado como entre 1 e 20 maços-ano em cerca de metade dos tabagistas (42,8%) e entre 20 e 40 maços-ano em aproximadamente outra metade (42,8%). O início do hábito tabagista se deu antes dos 20 anos de idade em quase todos os casos (92,8%). A parada desse hábito foi após os 30 anos de idade em metade deles (50,0%), porém a segunda maior parcela não parou (35,7%) (Tabela 4).

O hábito etilista atual ou passado foi detectado em 46,2% dos entrevistados, sendo a maioria (58,3%) do tipo destilados e aproximadamente um terço (33,3%) do tipo fermentado (cerveja). A cessação desse hábito se deu após os 30 anos de idade em 50,0% dos casos, porém uma grande parcela não o findou (41,6%) (Tabela 5).

Tabela 4 - Hábito tabagista dos hipertensos e diabéticos nas famílias de alto risco, Montes Claros - 2009 (N=26)

| VARIÁVEL | N | % |
|--|----|------|
| Hábito tabagista atual ou passado | | |
| Sim | 14 | 53,8 |
| Não | 12 | 46,2 |
| Tipo de tabaco utilizado | | |
| Cigarro | 13 | 92,8 |
| Rapé | 1 | 7,2 |
| Quantidade de tabaco consumida | | |
| Menos que 1 maço-ano | 2 | 14,4 |
| 1 até <20 maços-ano | 6 | 42,8 |
| 20 até <40 maços-ano | 6 | 42,8 |
| Idade que começou o tabagismo | | |
| Até 15 anos | 8 | 57,1 |
| Entre 16 e 20 anos | 5 | 35,7 |
| Mais que 20 anos | 1 | 7,2 |
| Idade que parou o tabagismo | | |
| Antes dos 30 anos | 2 | 14,3 |
| Após 30 anos | 7 | 50,0 |
| Não parou | 5 | 35,7 |

A maioria (84,6%) faz pelo menos três refeições por dia. A ingestão de hortaliças (verduras/legumes) ocorre diariamente em mais da metade dos entrevistados e semanalmente em 38,5% deles. Notou-se que, independentemente da frequência com que se come hortaliças, tal consumo ocorre em menos que três porções por vez. A maior parte consome frutas semanalmente (42,3%), enquanto que a segunda maior parte (38,5%) as consome diariamente. De forma semelhante, o consumo de frutas, também, ocorre em menos que três porções por vez, seja ela diária ou semanal. Mais da metade (57,7%) consome ovos ou carne diariamente, geralmente entre uma e três porções por vez.

A avaliação subjetiva do consumo de açúcar, na semana prévia à entrevista, ficou como “muito pouco” ou “não uso”, na maioria dos entrevistados (69,3%). Já quanto ao consumo de sal, a maioria

respondeu “muito pouco” (88,5%). Observou-se, ainda, que os 65% bebem menos que um litro de água por dia (Tabela 6).

Tabela 5 - Hábito etilista dos hipertensos e diabéticos nas famílias de alto risco, Montes Claros - 2009 (N=26)

| VARIÁVEL | N | % |
|---|----|------|
| Hábito etilista atual ou passado | | |
| Sim | 12 | 46,2 |
| Não | 14 | 53,8 |
| Tipo de bebida consumida | | |
| Fermentada (vinho) | 1 | 8,3 |
| Fermentada (cerveja) | 4 | 33,3 |
| Destilada | 7 | 58,3 |
| Idade que começou o etilismo | | |
| Até 15 anos | 4 | 33,3 |
| Entre 16 e 20 anos | 3 | 25,0 |
| Após 20 anos | 5 | 41,7 |
| Idade que parou o etilismo | | |
| Antes dos 30 anos | 1 | 8,3 |
| Após 30 anos | 6 | 50,0 |
| Não parou | 5 | 41,6 |

Tabela 6 - Hábitos alimentares dos hipertensos e diabéticos nas famílias de alto risco, Montes Claros - 2009 (N=26)

| VARIÁVEL | N | % |
|------------------------------|----|------|
| Refeições por dia | | |
| Uma | 2 | 7,7 |
| Duas | 2 | 7,7 |
| Três ou mais | 22 | 84,6 |
| Consumo de hortaliças | | |
| Diariamente | 14 | 53,8 |
| Semanalmente | 10 | 38,5 |
| Raramente | 1 | 3,8 |
| Nunca | 1 | 3,8 |
| Consumo de frutas | | |
| Diariamente | 10 | 38,5 |
| Semanalmente | 11 | 42,3 |
| Mensalmente | 3 | 11,5 |
| Raramente | 2 | 7,7 |

DISCUSSÃO

Os dados mostram um predomínio de hipertensos e/ou diabéticos em faixas etárias acima de 40 anos, fato esperado conforme estatísticas para tais condições, em especial para a hipertensão.¹⁻⁴

Observou-se, ainda, baixo nível de escolaridade, típico da população em estudo, o que nos defronta um aspecto importante na maneira ideal de transmitir informações em saúde para tal grupo. Além disso, estudos mostram que o baixo nível educacional está relacionado com menor taxa de controle da HAS^{1,9}.

Uma questão relevante foi a grande proporção de indivíduos (61,5%) que receberam o diagnóstico sem qualquer informação prévia sobre tais condições. Além do mais, a maior parcela dos que eram informados a obtiveram por meio de familiares ou vizinhos, e não pelo serviço de saúde. Isso leva à reflexão do possível papel da educação em saúde no tocante à conscientização e prevenção de doenças crônicas. Levando-se em conta, ainda, os baixos níveis de escolaridade, já evidenciados, pode-se questionar se as informações em saúde estão chegando, de maneira adequada, aos integrantes de famílias de alto risco. Tudo isso reflete na estratégia de responsabilização e democratização do cuidado à saúde, que vem sendo discutida atualmente e que preconiza um canal efetivo de informação aos doentes⁹.

Apesar de as informações pré-doença terem sido desfavoráveis, o acompanhamento desses pacientes, após o diagnóstico, foi tido como favorável, uma vez que a maioria relatou ser convidado para grupos operativos de hipertensos e diabéticos. Aqui, também, é necessário refletir se a linguagem verbal e não-verbal, utilizada nessas reuniões de grupos, está adequada, enfatizando mais uma vez

as condições de escolaridade do grupo estudado.

Foi notória a frequência de diagnóstico concomitante de HAS e DM, o que não é estranho diante dos fatores de risco que ambas as condições compartilham^{1,2}.

Não foi observada prática de atividade física regular na maioria dos casos (84,6%), o que constitui fator de risco para complicações da HAS e DM^{1,2} e, ao mesmo tempo, demonstra não adesão ao tratamento não-medicamentoso⁷. O fato de se tratar de uma população de baixo nível socioeconômico não parece justificar tais hábitos, uma vez que as orientações sobre hipertensão e diabetes incluem a simples caminhada diária de 30 minutos¹, acessível a qualquer classe social.

Outro aspecto negativo foi a presença de hábito etilista e/ou tabagista, atual ou passado, em cerca da metade dos entrevistados. Quanto ao tabagismo, observou-se um início precoce (antes dos 20 anos) em quase todos os casos, além de parada do hábito tardia (após 30 anos) ou não parada, na maioria deles. A dificuldade ou insucesso na parada do etilismo também foi marcante. Tal circunstância constitui também fator de risco para complicações e desfechos ruins para as doenças em estudo.^{1,2,7}

Apesar da frequência de ingestão de hortaliças ter sido diária em mais da metade dos entrevistados, a maioria deles a faz em menos que três porções. O Guia Alimentar para a População Brasileira recomenda consumo mínimo de três porções de hortaliças por dia. Quanto ao consumo de frutas, além de sua frequência ter sido desfavorável (semanal na maioria dos casos), foi em menos que três porções por vez. Recomenda-se ingestão de pelo menos três porções de fruta por dia. A maior parte dos entrevistados atende às recomendações de consumo de carnes, peixes ou ovos, ou seja, uma porção diária.¹³

A avaliação subjetiva do consumo de sal e

açúcar foi positiva, o que, apesar de não ser um dado objetivo sobre tal consumo, mostra a conscientização dos pacientes quanto à importância desses itens na dieta. Melhores formas de avaliar tal consumo fazem-se necessárias, uma vez que há consenso sobre a recomendação de consumo máximo de até cinco gramas de cloreto de sódio (sal) ao dia¹.

O presente estudo tem como limitação uma amostra restrita a um território da ESF, tendo em vista o número de famílias com alto risco, o que não permite que seus resultados sejam generalizáveis ao universo de equipes de saúde da família no Brasil. No entanto, acredita-se que esta mesma realidade seja vivenciada em outras equipes, devido à magnitude do número de hipertensos/diabéticos no país.

CONCLUSÃO

Os parâmetros avaliados sobre as condições de vida de hipertensos/diabéticos no território estudado mostram a discrepância entre o que se recomenda e o que acontece com cada um desses indivíduos. Acredita-se que a condição socioeconômica dessas famílias contribua desfavoravelmente para os seus riscos.

Há que se considerar a vulnerabilidade dessas famílias, o processo saúde-doença, as formas de intervenção e a necessidade de novos estudos acerca dessa população, de forma a contribuir cada vez mais para a atenção primária em saúde e com a construção do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, ao Programa de Educação pelo Trabalho

para a Saúde (PET-Saúde) e ao Ministério da Saúde por terem apoiado o desenvolvimento deste trabalho.

Os autores deste estudo contaram, durante o desenvolvimento da pesquisa, com bolsas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde).

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, J.P. *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*, Rio de Janeiro, v. 95 (1 supl.1), p.1-51, 2010.
2. SILVA, A.A. *et al.* Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. *SocBras de Diabetes*. 3^a ed. São Paulo: Itapevi, 2009.
3. SCHMIDT, M.I. *et al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida. *Rev Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao801.pdf>>. Acesso em: 22 mar 2010.
4. POWERS, A.C. Diabetes Mellitus. In: *Harrison's, Principles of Internal Medicine*. 16nded. New York: McGraw-Hill; 2005. p.2152-2180.
5. SARTORELLI, D.S. *et al.* Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saúde Pública* Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a04v19s1.pdf>>. Acesso em: 06 jan 2010.
6. MENDOZA, G.C. Guías del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica. *Arch Cardiol México*, v.76 (supl. 2), p.279-284, 2006.

7. REZA, C.G. *et al.* O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluca, México. *Esc Anna Nery Rev Enferm*; México, v.12, n.2, p.265-270, 2008.
8. GARBOIS, J.A. *et al.* O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. *Physis*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.27-44, 2008.
9. JUNQUEIRAI, T.S. *et al.* Saúde, democracia e organização do trabalho no contexto do Programa de Saúde da Família: desafios estratégicos. *Rev Bras Educ Méd* [online], Rio de Janeiro. Mar. v.33, n.1, p.122-133, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/16.pdf>>. Acesso em: 06 jan 2010.
10. POLITO, D.M. *et al.* Comportamento da pressão arterial após exercício contra-resistência: uma revisão sistemática sobre variáveis determinantes e possíveis mecanismos. *Rev Bras Méd Esporte*, v.6, n.12, p.25-35, 2006.
11. BARRETO, P.L. *et al.* Utilização do processo de enfermagem em diabéticos nas unidades de saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. *Rev Bras Promo Saúde*, v.20, n.1, p.53-59, 2007.
12. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais - ESPMG. *Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte, 2008; Conteúdo da Oficina III.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia Alimentar para a População Brasileira*. Brasília: DF; 2005.