



Pós-Graduação em
**Atenção Básica
em Saúde da Família**



RAUL DOS REIS RAMALHO

**PROJETO DE INTERVENÇÃO COMO PRÁTICA DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE NA REALIDADE DE SALVADOR**

**CAMPO GRANDE/MS
2014**

RAUL DOS REIS RAMALHO

Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Diabetes e Hipertensão

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como
requisito para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador(a) Prof.^a Doutora Leila FoersterMerey

CAMPO GRANDE/MS
2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus Pais, a minha esposa e aos meus filhos

**CAMPO GRANDE/MS
2014**

AGRADECIMENTOS

Aos Pais, pela existência e orientação.

À esposa e filhos, pela compreensão e pela paciência durante todo o meu percurso acadêmico e profissional e pela força e incentivo que me deram para enfrentar mais uma experiência nova na minha vida;

À minha orientadora Professora Doutora Leila Foerster Merey por sua sabedoria e instrução do conhecimento

À enfermeira Luciana Petrusca da Equipa pela dedicação, espírito de colaboração e grande competência que sempre a norteou neste trabalho;

Às agentes Comunitárias da Equipa que não pouparam esforços no sentido de conseguir aumentar as adesões ao projeto e motivação das mesmas;

À gerente da Unidade que sempre nos disponibilizou tempo e espaço para a concretização deste projeto;

A todos que contribuíram para a minha realização pessoal e profissional;

Ao Governo Brasileiro com o “Programa Mais Médicos” e à Prefeitura Municipal de Salvador pela contribuição que deram para a realização deste projeto (Mais Médicos) inédito na minha vida profissional.

EPÍGRAFE

“Se não houver frutos,
Valeu a beleza das flores,
Se não houver flores,
Valeu a sombra das folhas.
Se não houver folhas,
Valeu a intenção da semente.”

(Henfil)

Resumo

O diabetes mellitus tipo 2 e a hipertensão arterial estão associados à morbidade e à mortalidade e são responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estudos recentes demonstraram que os benefícios da redução de fatores de risco para doenças cardiovasculares são significativos em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. O controle intensivo da hipertensão arterial tem-se mostrado eficaz na redução de complicações em pacientes com diabetes tipo 2 e hipertensão. No entanto temos verificado que não obstante os diversos medicamentos tomados quer para a hipertensão quer para o diabetes, os valores têm-se mantido elevados, não se vislumbrando melhoras. Há que modificar este "Status Quo". O nosso trabalho consiste em criar um grupo de hipertensos/diabéticos, levando os seus elementos a adotarem formas de viver saudáveis, não só em termos alimentares como também na eliminação de vícios (álcool, tabaco e outras drogas), acabar com o sedentarismo, elevando-lhes a sua auto-estima e com isso aumentando a sua "Energia Vital", criando neles a co-responsabilidade do seu tratamento bem como a responsabilidade de motivarem familiares, vizinhos e amigos a assumirem o mesmo compromisso.

Palavras-chave-diabetes mellitus, hipertensão arterial, atenção básica

Abstract

Chronic Noncommunicable Diseases: Diabetes and Hypertension

Type 2 diabetes and hypertension are associated with significant morbidity and mortality and are responsible for cardiovascular, encephalic, coronary, renal and peripheral vascular complications. Recent evidence has demonstrated the benefits of reducing risk factors for cardiovascular complication in individuals with type 2 diabetes. Likewise, intensive blood pressure control has been proven effective in reducing chronic complications in those with diabetes and hypertension. However we found that despite the many medications taken for high blood pressure or diabetes or for the values have remained high, failing to reveal improvements. We must modify this "Status Quo". Our job is to create a group of hypertensive / diabetic, it works, prompting its members to adopt healthier ways of living, not only in food but also in the elimination of addictions (alcohol, tobacco and other drugs), end sedentary lifestyle, bringing them their self-esteem and thereby increasing your Vital Energy, creating in them the co-responsibility of their treatment as well as the responsibility to motivate family members, neighbors and friends to take the same commitment.

Key words- diabetes Mellitus, hypertension, primary care

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
1.1 Revisão da literatura.....	08
1.2 Problematização Local.....	12
1.3 Objetivos: Geral e Específicos.....	13
1.4 Justificativa.....	14
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	14
2.1 Priorização de Problemas.....	15
2.2 Descrição dos Problemas Seleccionados.....	17
2.3 Seleção de Nós Críticos.....	22
2.4 Desenho das Operações.....	23
3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	26
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37
6. ANEXOS.....	38

1- INTRODUÇÃO

1.1- Revisão da literatura

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral dos países, especialmente os de baixa e média renda.¹

Estimativa da Organização Mundial de Saúde OMS aponta que as DCNTs já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças. No Brasil, em 2008 as DCNT responderam por 62,8% do total das mortes por causa conhecida e séries históricas de estatísticas da mortalidade indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre as décadas de 30 e de 90.¹

Fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis como ausência de uma dieta saudável, sedentarismo e uso de cigarro explicam a maior parte destas mortes, que são expressas através de fatores de risco intermediários como hipertensão arterial, hiperglicemia, deterioração do perfil lipídico e obesidade.

As transições demográficas, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus assumiram ônus crescente e preocupante. Ambas são doenças muito frequentes, constituindo sérios problemas de saúde pública.

A Hipertensão Arterial (HAS) é um problema crônico bastante comum. Sua prevalência é alta e aumenta em faixas etárias maiores. É responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada.¹ Assim como a HAS o Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo.

Dietas pouco saudáveis e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência do Diabetes. As consequências humanas, sociais e econômicas do diabetes são devastadoras para o mundo: 4 milhões de mortes por ano são determinadas por essa doença e suas complicações, representando 9% do total de mortes.¹ O grande impacto econômico da doença ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.¹ No Brasil, o Diabetes e a Hipertensão constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde.¹ A pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio PNAD de 2008 mostrou que 14,0% e 3,6% da população geral referiram Hipertensão e Diabetes respectivamente.¹

A Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde desde 2006 vem desenvolvendo o VIGITEL, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, por inquérito telefônico com o objetivo de fazer o monitoramento contínuo da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal.¹

Através destes dados é possível ter estimativas da frequência de indivíduos que referem diagnóstico médico prévio de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus. Esses indicadores obviamente tendem a subestimar a frequência desses agravos na população, na medida em que não incluem casos não diagnosticados, no entanto, são muito úteis para objetivos relacionados à gestão do cuidado na rede de saúde.

Estão bem estabelecidas as ações de saúde que devem ser implementadas para um efetivo controle desses agravos e de seus fatores de risco, visando, sobretudo sua prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno e de qualidade; o grande desafio é traduzir esses conhecimentos técnico-científicos em ações concretas na rede de saúde e no âmbito populacional, para que possam beneficiar o maior número possível de pessoas.

O Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças cardiovasculares na população brasileira como as medidas anti-tabágicas, as políticas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde com ênfase na escola e ainda as ações de atenção à Hipertensão e ao Diabetes notadamente na rede básica. É importante registrar que a adoção da Estratégia

Saúde da Família como política prioritária de atenção primária, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis para a abordagem das doenças crônicas não transmissíveis.¹

Dentre essas ações destacamos o sistema informatizado de cadastro e acompanhamento de portadores na rede básica, o SIS-Hiperdia (<http://hiperdia.datasus.gov.br/>).

É um sistema informatizado não obrigatório de gestão clínica que permite cadastrar e acompanhar os portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus atendidos na rede primária do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde.¹

Registros informatizados de determinados agravos à saúde são particularmente importantes. Esses registros são aplicativos eletrônicos utilizados para capturar, gerenciar e fornecer informações sobre uma condição de saúde específica; oferecem um suporte importante e fundamental para a gestão do cuidado de pacientes com uma doença crônica.

Podem ser utilizados de diversas maneiras e objetivos, tais como: 1) gerar relatórios de monitoramento de resultados clínicos (gestão clínica) para médicos e profissionais da equipe sobre parâmetros e desfechos clínicos do paciente; 2) fornecer relatórios que identificam pacientes que não estão recebendo atendimento de acordo com diretrizes clínicas ou que permanecem fora da meta estipulada; 3) criar lembretes para determinados pacientes que possibilitem uma busca ativa para melhor gestão do cuidado; 4) criar listas de pacientes de "alto risco" que requerem uma gestão mais intensiva (gestão do caso).¹ O SIS-Hiperdia tem como objetivo possibilitar a Gestão do Cuidado com a vinculação do portador à unidade básica ou equipe de saúde, monitorar de forma contínua a qualidade do controle desses agravos na população assistida; fornecer informações gerenciais que permitam subsidiar os gestores públicos para tomada de decisão, estimar acesso aos serviços de saúde, fornecer informações que subsidiem a gerência e gestão da Assistência Farmacêutica, possibilitar o Controle Social através de informações que permitem analisar acesso, cobertura e qualidade da atenção, entre outras.

Nesse documento apresentamos de forma clara e objetiva, resultados de prevalências de morbidade referida de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus

pelo VIGITEL, como também, coberturas de cadastro pelo SIS-Hiperdia considerando Brasil, grandes regiões e os estados da federação e Distrito Federal.¹

Particularizando estes dados temos trabalhos de Gomes e al.2006 (uniFoa.edm.br) que mostram que 7,9% das internações em hospitais de urgência foram devidas ao Diabetes e suas complicações, sendo as principais causas das doenças cardiovasculares. No mesmo trabalho, relatos do SUS (Data Sus) mostram que o Diabetes é a 5ª indicação de hospitalização no Brasil e está entre as 10 maiores causas de mortalidade no País. Estimativas da OMS projetam um aumento significativo do Diabetes até ao ano 2030, quando se espera um universo de aproximadamente 366 milhões de diabéticos dos quais 90% do tipo 2. Ainda neste trabalho 7,6% da população mundial adulta (entre 20-79 anos) é portadora de diabetes tipo 2. No Brasil 12% da população adulta (20-69 anos) ou +/- 22 milhões vivem com diabetes sendo que metade delas não sabe que são diabéticas. O estudo ainda comenta que em termos de fatores de risco 5% está por conta de causas genéticas sendo que nos brancos a consequência mais comum é o IAM e nos negros a tendência mais comum é terem pressão alta, mais renitente à medicação e sofrerem mais de AVC. 95% dos fatores ligados à HAS estão por causas ambientais (sal, gorduras, alimentos industrializados, obesidade e sedentarismo).²

Nos próximos 20 anos, a população de diabéticos no mundo vai dobrar, chegando a 300 milhões (trabalho apresentado em 1993). Hipertensão afeta 20% da população mundial e é uma comorbidade comum do diabetes. As duas doenças são fatores de risco independentes para o dano cardiovascular e renal, mas a coexistir juntas, duplicam as complicações cardiovasculares e aumenta em cinco vezes o desenvolvimento de insuficiência renal avançada³

Conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes no Brasil, o Diabetes afeta 13,4 milhões de brasileiros- é o 4º país do mundo com maior número de diabéticos- e que 34% não sabe se é do tipo 1 ou do tipo 2 e que a grande maioria não sabe que o risco e o agravamento do Diabetes tipo 2 também está relacionado ao sedentarismo e ao tabagismo.⁴

Em relação à hipertensão arterial, segundo dados da OMS em 2008, 40% dos adultos com mais de 25 anos sofrem de hipertensão no mundo, ou seja, 1 bilhão de pessoas tinha hipertensão naquele ano contra 600 milhões em 1980. A HAS causa anualmente a morte de 9,4 milhões de pessoas no mundo e é responsável por 45%

de IAM e 51% de AVC, aponta um relatório recente de 2013 da OMS. Segundo este relatório as doenças cardiovasculares matam anualmente 17 milhões de pessoas sendo que 9,4 milhões estão ligados à PA (pressão arterial).⁵

No Brasil, numa pesquisa divulgada recentemente, em 2013, pelo Ministério da Saúde, nos brasileiros diagnosticados com HAS a percentagem cresceu de 21,5% em 2006 para 24,4% em 2009 e estimava que cerca de 30 milhões de brasileiros têm hipertensão e outros 12 milhões não sabem que a possuem e que apenas 10% faz regularmente acompanhamento médico e segue corretamente as instruções. No Brasil a HAS, devido às suas complicações, AVC e IAM, é responsável por 300 mil mortes por ano.⁶

Até 2022 o Brasil espera atingir os 5 gramas diários de consumo individual de sal como parte do Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). A Indústria Brasileira aderiu ao projeto e assinou um Termo de Compromisso com o Ministério da Saúde para estabelecer um plano de redução gradual na quantidade de sódio presente em várias qualidades de alimentos.⁷

1.2- Problematização Local

Estes dados abaixo, em anexos, não são do SIAB foram adquiridos de um Projeto de Elaboração de Metodologia para Desenvolvimento de Plano de Bairro- Termo de Referência N°25 Prefeitura Municipal de Salvador-SEHAB Convênio nº02/2005, em Setembro de 2007

A zona de atuação da minha USF (Nova Constituinte) faz parte de uma grande região o subúrbio ferroviário de Salvador, assim chamado porque se formou à margem da ferrovia e está localizado no lado ocidental de Salvador ao longo da Bahia de Todos os Santos. Em 1985 começaram nesta área as ocupações (invasões) selvagens e, só em 1988 foi escolhido o nome oficial do bairro, inspirado na Nova Constituição do Brasil, assim - Nova Constituinte-. É um bairro relativamente novo fruto de invasões desesperadas e ocupações desordenadas, gerando conflitos na coexistência e interdependência entre os espaços urbanos construídos e os espaços naturais que continuam a desempenhar um papel fundamental na vida dos moradores. O alto grau de pobreza configura-se, portanto numa das principais explicações para a construção de moradias em áreas que, consideradas impróprias para a construção, inicialmente barracas de madeira, chapa

e até cartão, passaram a experimentar um considerável processo de ocupação e degradação do ambiente. Hoje o Nova Constituinte tem uma área aproximada de 769.700m², abrigando cerca de 2.500 famílias, ou seja, cerca de 15.000 habitantes. A USF Nova Constituinte tem duas equipes de saúde, Beira Rio, e Nova Esperança, que dão atenção a 17 microáreas.

Esta exposição explica o índice de alfabetização, a baixa escolaridade, o índice de desemprego, o álcool, as drogas e consequente violência. Este trabalho foi elaborado com base na população atendida pela equipe de saúde Nova Esperança. O mapa regional colocado em anexos mostra a área de abrangência em que vamos trabalhar no projeto de intervenção e os gráficos 5,6 e 7, ali colocados dão-nos a informação necessária para entendermos as condições da problematização local.

1.3- OBJETIVOS

1.3.1- Objetivo geral: analisar os casos de hipertensão arterial e diabetes de usuários assistidos na Unidade de Saúde Familiar da Nova Constituinte.

1.3.2- Objetivos específicos

Caracterizar a amostra de acordo com fatores de risco: tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, hipercolesterolemia, obesidade, inatividade física, histórico familiar

Verificar o conhecimento dos mesmos a respeito dos fatores de risco vinculados à hipertensão e diabetes e as dificuldades em colocá-las em prática

.Analisar os casos de hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde, qualificando os usuários acometidos.

Avaliar o grau de conhecimento dos usuários do SUS em relação a mecanismos de prevenção e tratamento da hipertensão arterial e diabetes.

Implantar uma rotina de conscientização da população, com proposta de estimular práticas preventivas.

Avaliar o resultado do impacto da intervenção educativa.

1.4- Justificativa

Na realidade de saúde da Unidade, USF da Nova Constituinte, presente na cidade de SALVADOR-BA, muitos problemas acontecem, dentre os quais se destaca a dificuldade que a equipe de saúde apresenta em consciencializar os pacientes hipertensos e diabéticos a mudarem seus estilos de vida.

Uma parte dos usuários do SUS não consegue mudar hábitos alimentares, não respeita a medicação prescrita pela equipe de saúde e muitas vezes deixa acabar a medicação e retorna à unidade de saúde com glicemia descontrolada e crise hipertensiva.

Para amenizar tal quadro, a equipe de saúde realiza palestras, mesas redondas com intercâmbio de ideias, conversas na sala de espera, instrutivas, demonstrando os benefícios de um estilo de vida saudável e as complicações provenientes das doenças não-controladas, associadas com mesas repletas de frutas e verduras, mas, mesmo assim, também com pouca participação popular. Tivemos contactos com uma nutricionista, uma fisioterapeuta e um Personal Trainer para podermos, no nosso grupo, introduzir atividades com vista a promover uma maior adesão ao nosso projeto de intervenção e concorrer para um melhor estilo de vida da comunidade. Só não conseguimos ainda a fisioterapeuta.

Outra tentativa que a equipe realiza é a distribuição de cartazes, folhetos educativos, com uma linguagem simples, enfatizando os benefícios da alimentação saudável e da atividade física adequada a cada paciente e situação, bem como a forma de prevenir determinadas patologias. Mesmo sendo exaustivamente enfatizado nas consultas médicas, acredita-se que o resultado não é tão positivo, pela condição sócio-econômico-cultural da população local.

Assim sendo, levando em consideração o importante problema epidêmico que a hipertensão arterial e diabetes em nosso meio apresentam, este projeto de intervenção pretende reestruturar o processo de educação em saúde realizado pela equipe, para tentar potencializar a mudança de estilo de vida da população assistida na unidade de saúde de família, USF Nova Constituinte.

2- Análise Estratégica

Com este trabalho temos a intenção de consciencializar a comunidade, e principalmente os grupos que formamos, da necessidade de integração com a Unidade de Saúde para contribuírem para a manutenção da sua saúde, através do

uso de ferramentas como palestras dialogadas, rodas de conversas, e ações de sensibilização mostrando que se não fizermos nada para alterar o “status quo” estabelecido, a qualidade de vida que terão os que hoje já sofrem destas patologias, será cada vez pior e imprevisíveis as suas consequências. Para, além disso, focamos na de responsabilização do usuário tornando-o um membro ativo dentro do processo, uma vez que é dever de todo o cidadão brasileiro perante o sistema contribuir com a melhoria da sua saúde e das pessoas do seu convívio. Normalmente em nossas reuniões e oportunidades que temos enfocamos o papel que os pais têm sobre os filhos através dos exemplos que representamos para eles, conforme podem observar nas fotografias abaixo 1 e 2.

Fotografia 1



Fotografia 2



2.1- Priorização de problemas

Para ilustrar este passo apresentamos o Quadro 1 no qual vemos a importância que damos a estes problemas bem como o grau de urgência em resolvê-los e a capacidade, que acreditamos, que tenha a nossa equipa no seu controle e a prioridade que damos à sua resolução.

Quadro 1- Planilha de Priorização de Problemas da Equipa

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Risco cardiovascular (IAM)e acidentes vasculo-cerebrais(AVC)aumentados	Alta	9	Parcial	1
Problemas renais, cegueira, gangrena dos membros, etc.	Alta	8	Parcial	1
Obesidade e “síndrome Metabólica”	Alta	8	Parcial	2
Exercício Físico,sedentarismo	Alta	7	Parcial	2
Higiene Alimentar, tabagismo, alcoolismo	Alta	7	Parcial	2
Estresse Social e desemprego	Alta	5	Fora	5

2.2- Descrição dos problemas selecionados

Pela nossa experiência em termos de fatores de risco, uma pequena parte dos doentes está por conta de causas genéticas sendo que nos brancos a consequência mais comum é o IAM e nos negros a tendência mais comum é terem pressão alta, mais renitente à medicação e sofrerem mais de AVC. A maior parte dos fatores ligados à HAS estão por causas ambientais (sal, gorduras, alimentos industrializados, obesidade, tabagismo e sedentarismo). Como podemos observar, “vejo em cada hipertenso um diabético e em cada diabético um hipertenso mas verdade não é bem assim.



Como se pode verificar por esta imagem temos aqui alguns nós críticos sobre os quais nos debruçamos no passo seguinte. Foi com base no que atrás descrevemos, e por esse motivo o fizemos, que criamos três grupos virtuais- hipertensos, diabéticos e o grupo de interseção do hiperdia- juntando-os num só grupo que como a seguir vemos se desdobra em vários minigrupos com autonomia de atuação, mas sob o controle da ACS respectiva e coordenação da chefia da Equipe.

Para atingirmos nossos objetivos, formamos pequenos grupos, inicialmente com oito pessoas, os quais são coordenados por um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Contamos com o apoio de oito ACS; assim o nosso grupo inicialmente foi composto por 64 usuários, entre diabéticos, hipertensos e hiperdia. Estes grupos aos poucos vão crescendo e engrossando o Grupo de usuários aderentes ao programa ao qual demos o nome de “Saúde e Vida”.

No primeiro momento motivamos os demais profissionais da equipe a aderirem ao projeto e trazerem seus conhecimentos de núcleo para enriquecer as nossas ações. Num primeiro momento contamos com a participação do profissional educador físico e da nutricionista e ainda aguardamos a adesão da fisioterapeuta. Uma vez por mês os usuários dos minigrupos são pesados e determinadas a glicemia e a PA pela ACS coordenadora desse minigrupo. Estes dados são

posteriormente analisados pela Equipe em reunião ordinária. Nas fotografias abaixo (3,4 e 5) podemos observar momentos de orientação coletiva, no auditório da Unidade-USF Nova Constituinte, no Subúrbio Ferroviário, Salvador-Ba, a 4 de Maio de 2014. Temos a pretensão de extrapolar os muros deste espaço através da utilização de espaços maiores, capazes de comportar um número maior de participantes.

Fotografia 3



Fotografia 4



Fotografia 5



Diante do trabalho realizado pela equipe da ESF, foi constatada a necessidade da elaboração de um projeto de apoio e incentivo voltado aos pacientes hipertensos e diabéticos, conforme descrição anterior. Portanto, ao analisarmos a figura abaixo, percebemos a existência dos três grupos: hipertensos, diabéticos e hiperdia, o conjunto de intercepção. Englobamos todos eles num só grupo no programa “Saúde e Vida”. Tentamos com o nosso trabalho, eliminar o subgrupo do hiperdia e fazer com que os outros grupos passem a depender o menos possível da medicação. Veremos mais adiante o que e como fazer para se atingir este objetivo.



As fotografias 6 e 7 mostram o dia de cadastramento dos usuários do grupo e vemos a atividade desenvolvida com o preenchimento dos questionários abaixo ilustrados.

Fotografia 6



Fotografia 7



Questionários preenchidos pelos usuários do Grupo no dia do cadastramento

Conhece a Hipertensão e Diabetes? USF - Nova Constituinte Equipe - 0147

ACS

Nome: _____
Micro Área: _____

Dados Pessoais

Nome: _____
Idade: _____
Endereço: _____

Questionário

Você sofre de Hipertensão? Sim() Não()

Você sofre de Diabetes? Sim() Não()

Você conhece essas Doenças? Sim() Não()

Sabe como se manifesta os Sintomas? Sim() Não()

Quais são: _____

Sabe como se previnem? Sim() Não()

Exemplos: _____

Sabe qual e o tratamento? Sim() Não()

Exemplos: _____

Você conhece as complicações? Sim() Não()

Exemplos: _____

PROJETO SAÚDE E VIDA- USF NOVA CONSTITUINTE Equipa-0147

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Idade: _____

PESO: _____ ALTURA: _____ IMC: _____ (Preenchimento pelo ACS)

PA= _____ hgt= _____

1. Você quer realmente participar do grupo?

- Sim
 Não

2. Qual a sua expectativa em relação ao projeto?

3. Você pratica atividade física regularmente?

- Sim
 Não

Se respondeu SIM, quantas vezes na semana? _____

4. Quantas refeições você faz por dia? _____

5. O que você mais gosta de comer? Descreva resumidamente seu café da manhã, almoço e jantar _____

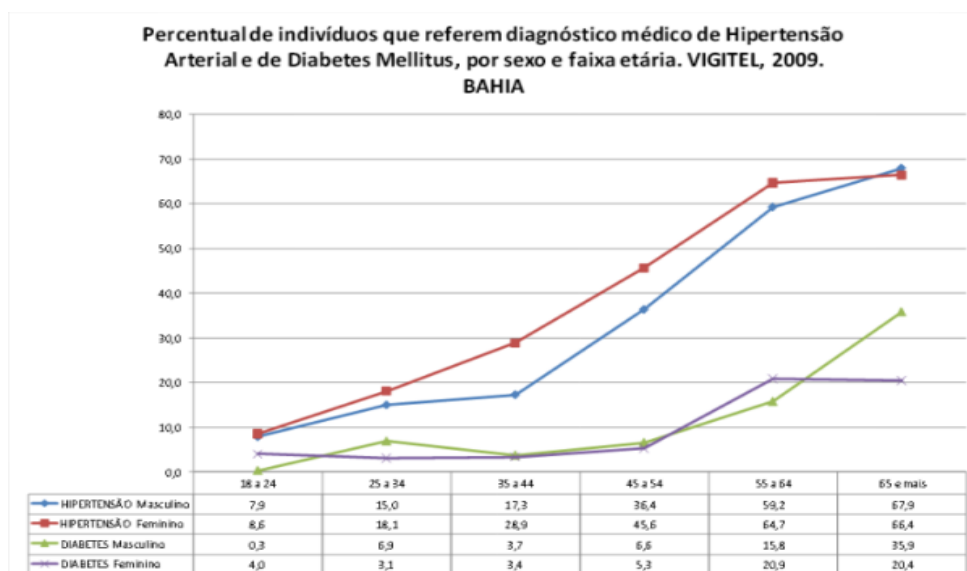
6. Você tem algum problema de saúde?

- Sim
 Não

Se respondeu sim, qual é a doença? _____
Toma os remédios corretamente? _____

Com base nos elementos colhidos, neste encontro, foi aproveitado o gráfico abaixo bem como elaborados os das pags.25 e 26 (gráficos 2,3 e 4)

Gráfico 1- Representa o número de indivíduos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial e diabetes mellitus na Bahia.



Fonte: VIGITEL, 2009, Bahia.

Por o município de Salvador apresentar prevalência semelhante à apresentada no gráfico 1, o foco de nosso projeto de intervenção consistirá na temática das DCNT, (hipertensão arterial e diabetes mellitus). Nesta conformidade segue abaixo a descrição detalhada:

1- Tratar o grupo de interseção (hiperdia) de forma a controlar a PA e a glicemia numa tentativa de baixar a medicação com a ajuda de medidas dietéticas, mudanças de hábitos de vida e exercício físico procurando diminuir este grupo. No dia do cadastramento foram aferidos a PA, e mensurado a glicemia além de avaliarmos o IMC, conforme (fotografias 8,9 e 10)

Fotografia 8



Fotografia 9



Fotografia 10



2-Evitar que os diabéticos e os hipertensos passem para o grupo dos hiperdia com conseqüente diminuição da dosagem medicamentosa por eles utilizada. Além de estimular os usuários pertencentes a este grupo (hiperdia) a passem para os outros grupos. Assim, tentamos introduzir uma dinâmica tal que, cada elemento seja o motivador de amigos ou vizinhos, na tentativa de aumentar o número de participantes. Assim, acreditamos que através da coresponsabilização do usuário podemos promover o crescimento do grupo, (fotografias 11, 12 e 13) abaixo. Isto é uma forma de trazer a comunidade até à USF, fazendo-os coresponsabilizáveis pela sua saúde e a da comunidade.

Fotografia 11



Fotografia 12



Fotografia 13



3- Os incentivos estão a ser estudados pelos elementos da equipe, pois na última reunião ficou assim acordado. No entanto foram avançadas algumas ideias para estes incentivos:

3.1- No tocante a educação e mudanças de hábitos terão algumas palestras efetuadas por alguns profissionais como nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, Personal Trainer;

3.2- Quanto aos incentivos avançaram-se algumas idéias tais como oportunizar um micro-ônibus para um passeio a alguns dos lugares mais emblemáticos do Estado e desconhecidos do grupo; visita ao cinema ou ao teatro; visitas a um laboratório de referência com garantia de prioridade, para a colheita de amostras para exames de rotina. Ainda para os grupos que se mantenham fiéis ao espírito do programa a entrega de um ou mais aparelhos para determinação da PA e

glicosímetros. Enfim algumas ideias que urge colocar em prática para que 2014 seja um ano de “mais saúde para todos”.

3.3- Quanto à mobilidade urbana, as diversas vias do Nova Constituinte são irregulares e estreitas em sua maioria senão totalidade, muitas são caminhos improvisados (fotografia 14), não possuem pavimentação nem passeio para pedestres. Há diversas ruelas poluídas pelo lixo e esgoto a céu aberto, constituindo-se assim mesmo locais de sociabilidade, comércio e lazer para os moradores. Onde o trânsito é possível (rua Nova Constituinte a principal) a população disputa espaço com as viaturas, as quais têm dificuldade de acesso à quase totalidade das ruas do bairro. Levando em consideração estas condições, bem como a renda individual, a mobilidade da população é muito restrita. Assim a oferta de serviços públicos de educação de qualidade, de equipamentos de saúde, de transportes públicos foi apontada, pelos moradores, como forma alternativa de combate à violência e à exclusão social.

É claro que isto foge, em grande parte, à nossa governabilidade. Estamos paralelamente a criar o **Conselho Local de Saúde** para, quem sabe, podermos ultrapassar certas barreiras. A fotografia 15 mostra a 1ª reunião para a formação da comissão instaladora daquele Conselho.

Fotografia 14



Fotografia 15



2.3- Seleção de nós críticos

Após o trabalho com a nossa equipe na unidade e no campo apercebemo-nos de algumas situações que consideramos “nós críticos”.

- Hábitos e estilo de vida
- Pressão social (violência, desemprego, emprego precário)
- Nível de informação
- Estrutura dos serviços de saúde
- Mobilidade limitada por falta de transportes públicos

2.4- Desenho das operações

Quadro 2-Operações necessárias para a solução dos problemas da Equipe

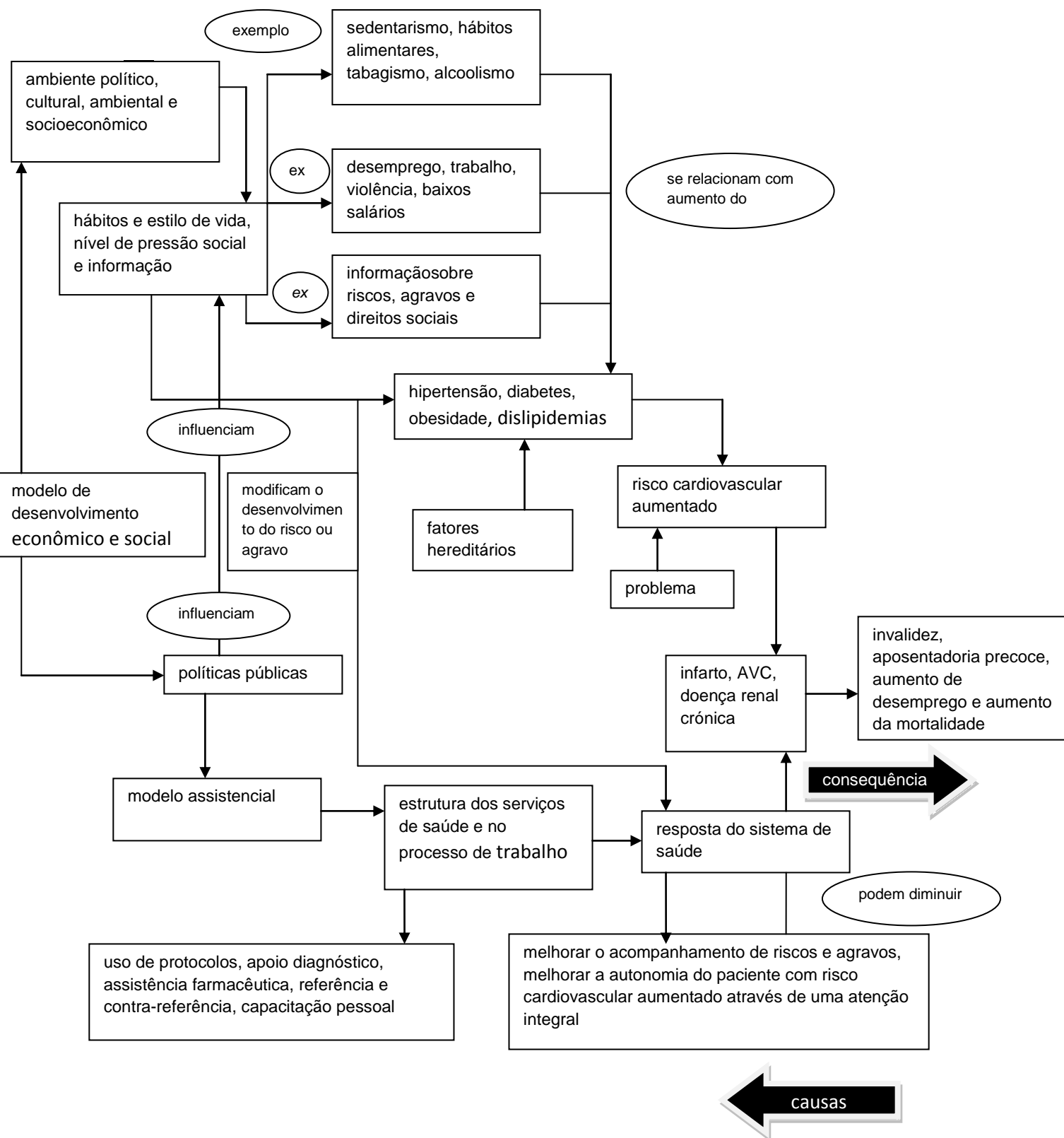
Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilo de vida inadequada	Viver com saúde Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir o nº de sedentários tabagistas, alcoólicos e obesos	1-caminhada orientada 2-Educação física 3-Nutrição	1-Líderes de subgrupos 2-Personal trainer 3-Nutricionista
Pressão Social	Viver melhor Aumentar oferta de emprego; Fomentar a cultura da paz	Diminuição do desemprego; Diminuição da violência	Programa de Fomento da cultura da paz	Encontros com líderes religiosos e líderes da Assembleia Popular
Nível de informação	Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos cardiovasculares e outros	População mais informada e colaborante	Manter os subgrupos de trabalho incentivados para coresponsabilização da saúde da comunidade	Mobilização social em torno das questões com palestras; Financiamento de panfletos informativos Articulação inter-setorial

Operação/ Projeto	Nó crítico	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Estrutura dos Serviços de Saúde	Criar condições para articulação dos serviços com a comunidade Condições para reunião dos grupos Articulação com o Conselho Local de Saúde	Obter adesão da comunidade à prática integracionista da unidade	Formação do grupo de trabalho de Hipertensão e obesidade e respectivos colaboradores (personal trainer, nutricionista, fisio-terapêutica)	Político-financeiro Para angariar recursos para os incentivos (munir os grupos com esfigmomanômetros, glicosímetros, jogos culturais e lúdicos; Adequação da Unidade a esta prática
Processo de trabalho das equipes arraigadas a métodos arcaicos e pressionadas para a apresentação de números	Alterar métodos de trabalho; Mais autonomia de trabalho para as equipes; Integralidade entre as estruturas do SUS	Capacitação do pessoal técnico; Privilegiar a qualidade à quantidade; Melhoria das relações entre USF/Unidades Especializadas.	Melhoria da relação médico/paciente e da equipe/ comunidade; Melhoria das relações USF/Unidade de referência.	Diálogo com a Secretaria Municipal de Saúde com apresentação do projeto; Adequação e respeito pelos fluxos Referência- Contra referência.

A alta morbimortalidade associada ao diabetes e à hipertensão demanda estratégias de promoção da saúde e a detecção de grupos de risco para intervenções preventivas como se vê no quadro 3.

Quadros 3- Determinantes Gerais e Determinantes Imediatos

Interação dos fatores de risco da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.



Baseado nas informações presentes no Quadro 3, detalhamos esta análise estratégica em 4 passos, a constar:

- Passo 1: Identificar e definir os problemas prioritários da população → realizado por meios da constatação que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são altamente prevalentes;
- Passo 2: Elaborar um quadro descritivo dos problemas eleitos → já realizado, conforme Quadro 1 presente;
- Passo 3: Selecionar os “nós críticos” e justificar as escolhas. → já realizado, conforme Quadro 2 presente;
- Passo 4: Realizar operações estratégicas da equipe → detalhado a seguir.

3- IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Para a elaboração do nosso plano de intervenção adotamos a tríade “hipertensão, diabetes e obesidade”. Sobre estas patologias versa a nossa atividade educativa preferencial. Claro que, nas palestras, reuniões informais e conversas na sala de espera (fotografia 18), não esquecemos outros temas como educação em saúde para gestantes adolescentes, para vida saudável na adolescência, claro tendo o cuidado de não ferirmos suscetibilidades nem entrarmos em confronto com crenças, cultura e religiosidade dos utentes. Temas ainda para “envelhecer em saúde”, doenças sexualmente transmissíveis, patologias da próstata (ver fotografias 16 e 17).

Fotografia 16



Fotografia 17



Fotografia 18



Falamos sobre tuberculose pulmonar, hanseníase, câncer do colo do útero, mama e preventivo assim como outras doenças infetocontagiosas, com demonstração prática do auto exame mamário (ver fotografias 19 e 20).

Fotografia 19



Fotografia 20



Frisamos os malefícios do tabaco e outras drogas. Nas campanhas de vacinação há que contar com a oposição que grande parte da população faz a algumas campanhas como, por exemplo, a “vacinação contra a Influenza” para a qual foi necessária uma pré campanha de esclarecimento (ver fotografias 21,22 e 23).

Fotografia 11



Fotografia 22



Fotografia 23



O mesmo para o “HPV”. Não esquecendo as crianças fizemos uma reunião na qual contamos a história do “menino e o bichinho” falando sobre verminoses e sobre a cárie dentária e saúde bucal (ver fotografia 24).

Fotografia 24



As razões que nos levaram a adotar este tema foram aquelas que pudemos observar no nosso cotidiano, ao verificar que quer nos hipertensos quer nos diabéticos, não obstante a carga medicamentosa vêm-se muitas descompensações. E, quais as razões? Isto foi força bastante para nos levar a criar o programa “Saúde e Vida”, base deste Projeto de Intervenção. Como vimos atrás, procuramos criar, nos minigrupos formados, um espírito forte para enfrentar as adversidades da vida no seu dia-a-dia, enquadrando-se no ambiente e, procurando dentro das suas possibilidades, alterarem aquilo que estiver ao seu alcance. Procuramos acordar em cada um a “Energia Vital” de que é portador, mostrando que a luta contra a doença parte sempre de dentro para fora e é preciso alimentar essa força centrífuga capaz de realizar esse “milagre”. Procuramos, respeitando as crenças, culturas e religiões, alterar os atavismos, ou pelo menos limá-los, que a maior parte das vezes impedem o desenvolvimento do caráter e personalidade de cada um. O público-alvo é, não só a comunidade como um todo, mas também os profissionais da Equipe e da Unidade que, independentemente de onde vivam pertencem, quer queiram quer não, à comunidade e têm também arestas a limar para que o espírito de cada um e da equipe se enquadre naquilo que o SUS espera de nós.

Mensalmente temos um encontro com todos os membros do Grupo (todos os elementos, hipertensos diabéticos e obesos e ACS's coordenadoras que compõem os minigrupos) no qual, além do tema da palestra selecionado, mostramos os resultados, positivos ou negativos, alcançados pelos grupos durante aquele mês, discutindo as causas do sucesso ou insucesso. Cada ACS tem um minigrupo pelo qual é responsável e que mensalmente avalia o peso, a glicemia e a PA. (ver ilustração 25 e 26), anotando esses valores na ficha do utente, ficha essa que foi preenchida num encontro, numa oficina de trabalho, que foi realizado no dia 04 de Maio passado (ver fotografias 30,31 e 32). Esses valores são discutidos em reunião de Equipa e posteriormente apresentados no dia de reunião do grupo.

Fotografia 25



Fotografia 26



A atividade física do Grupo é assegurada por um “Personal Trainer” que dispõe, do seu tempo, um período por semana (ver fotografia 27).

Fotografia 27



A nutricionista dispõe mensalmente de um período para orientar o grupo na parte alimentar (fotografias 28 e 29). Está agendada para o dia 25 de Setembro uma oficina sobre “como aproveitar as propriedades das cascas dos frutos e legumes para uma alimentação saudável e econômica”. A fisioterapeuta já foi contatada e aguardamos uma resposta positiva. Claro que estes profissionais entram neste programa como “voluntários”, pois só assim acreditamos que possa ser 100% valiosa a sua colaboração.

Fotografia 28



Fotografia 29



Finalmente temos um programa de incentivos, atrás enumerados, que já estudado, terá que ser subsidiado pelo município. Não esquecemos os familiares dos elementos do Grupo, incapacitados de se deslocarem à Unidade, que também serão acompanhados com a mesma frequência. Esperamos que, com o tempo, estes pacientes sejam controlados pelos próprios familiares integrantes do Grupo (ver fotografias 11,12 e 13). Acreditamos que este programa “Saúde e Vida” melhore

cada dia mais, e assim possamos erradicar as razões que levam ao descontrole dos nossos pacientes. Razões que são várias, principalmente o não cumprimento das indicações dadas quanto à medicação por desleixo, por vezes pelo analfabetismo que ainda é grande na nossa comunidade e também por vezes por falta de medicamentos nos postos de saúde, já para não falar nas parcas condições económicas da maioria que por vezes nem dinheiro tem para comprar “uma frutinha” quanto mais para fazerem uma alimentação saudável, nas más condições higiénicas com falta de água canalizada, saneamento básico etc., sedentarismo, falta de esclarecimento e desmotivação para uma vida saudável para lutar contra as adversidades. Neste momento temos cadastrados no grupo “Saúde e Vida” 64 pacientes que integram os grupos de hipertensos, diabéticos e hipertensos/diabéticos (ver grupos de interseção).

Fotografia 30



A fotografia 30 acima mostra o dia do cadastramento dos elementos do grupo, dia 04 de Maio de 2014, no qual se registraram o peso e altura para determinação do IMC de cada utente, pressão arterial e hgt (glicemia) para posterior controlo (fotografias 31 e 32).

Fotografia 31

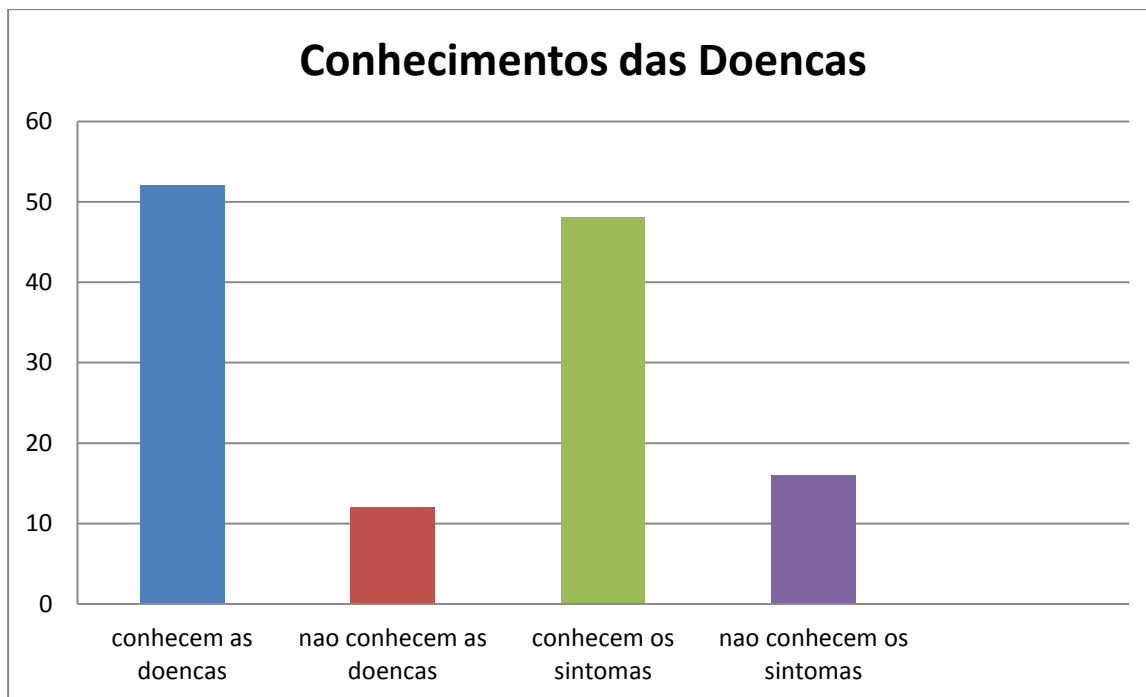


Fotografia 32



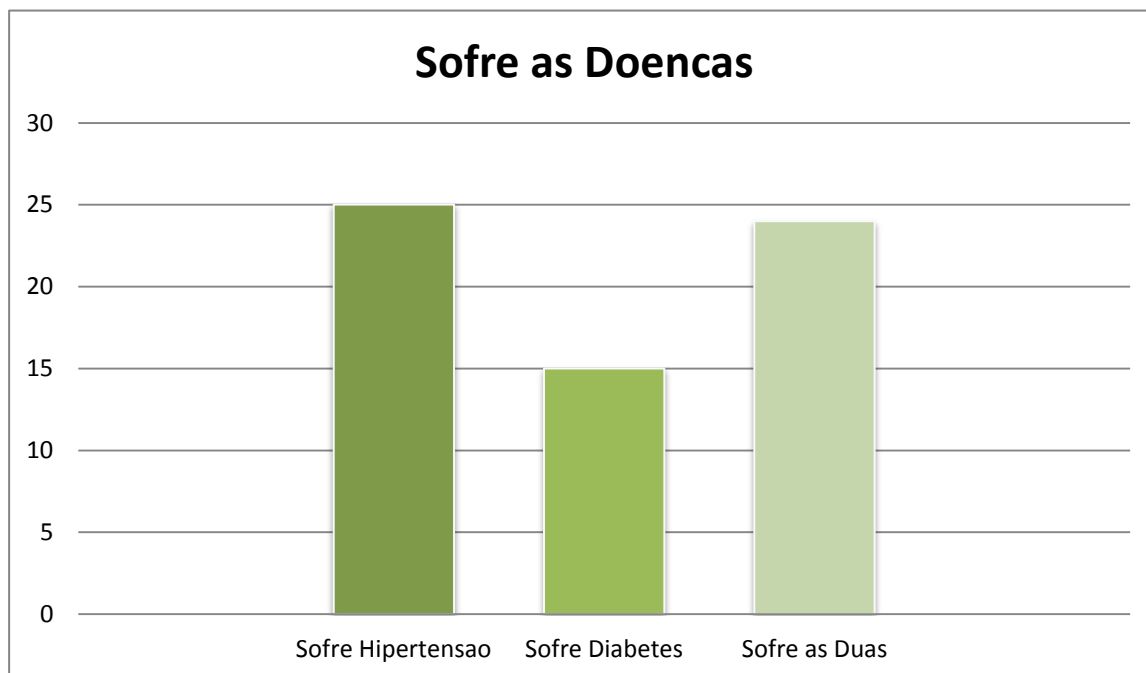
Os valores colhidos, no dia de cadastramento, referentes aos diversos grupos estão expressas nos gráficos a seguir:

Gráfico 2



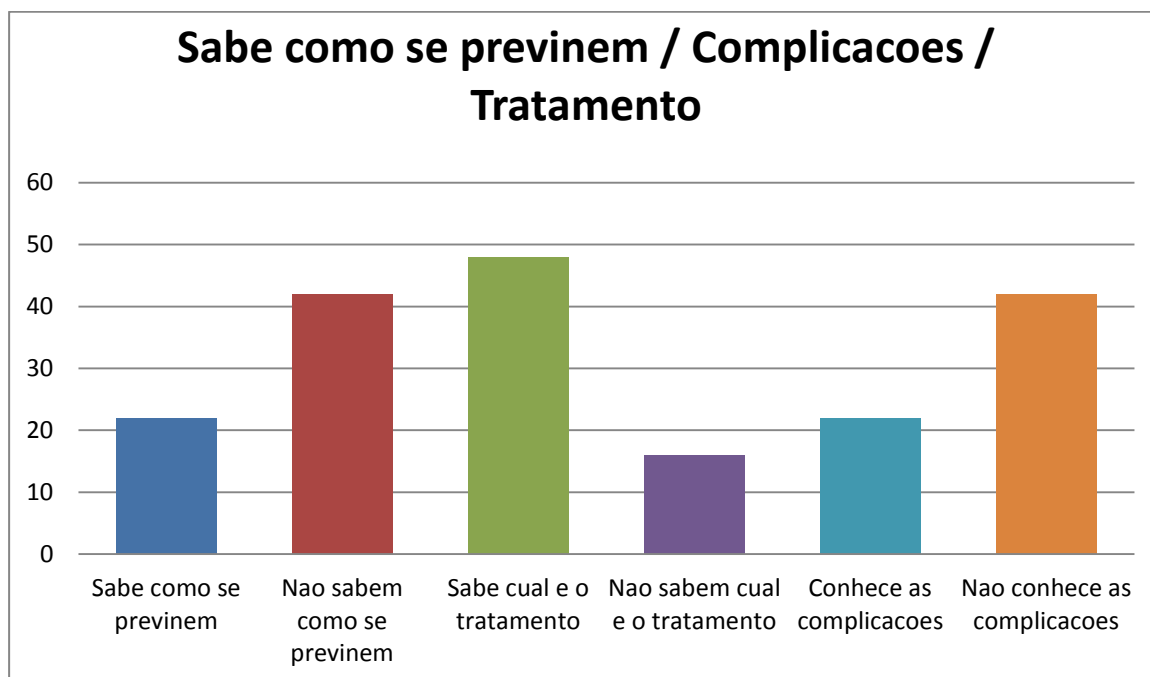
Fonte: dados obtidos de questionários “**Conhece a Hipertensão e Diabetes?**” feitos Na USF Nova Constituinte, PeriPeri, Salvador-BA. Número de participantes entrevistados 64.

Gráfico 3



Fonte: dados obtidos de questionários “**Conhece a Hipertensão e Diabetes?**” feitos na USF Nova Constituinte, PeriPeri, Salvador-BA. Número de participantes entrevistados 64.

Gráfico 4



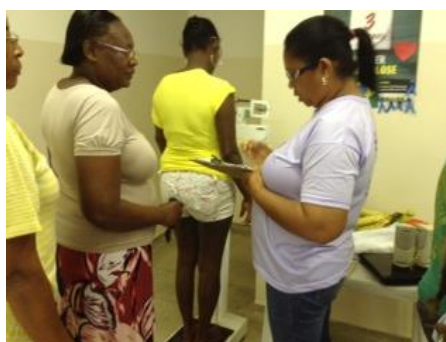
Fonte: dados obtidos de questionários “**Conhece a Hipertensão e Diabetes?**” feitos na USF Nova Constituinte, Peri Peri, Salvador-BA. Número de participantes entrevistados 64.

Como ainda não nos foi possível, dadas as condições climáticas e sociais (violência) de momento, e à pressão das marcações e demandas espontâneas da Unidade, colocarmos em prática as caminhadas e caminhadas na praia como previsto, não obstante quase todos os usuários do grupo as façam individualmente ou em pequenos grupos, os resultados, embora positivos, ainda não são aquilo que esperamos do programa. Temos conseguido controlar a toma correta da medicação e, no último controle efetuado, dia 28 de Agosto de 2014 (ver fotografias 33 e 34) já tivemos ganhos na perda de peso e na baixa da glicemia. É verdade que ainda é cedo para avaliarmos os resultados reais do trabalho de grupo, pois o cadastramento do grupo apenas ocorreu a 04 de Maio do corrente ano. A nossa Equipe (fotografias 35 e 36) tem-se dedicado e empenhado na implementação e execução do projeto.

Fotografia 33



Fotografia 34



Fotografia 35



Fotografia 36



QUADRO 4- RESUMO DAS ATIVIDADES

Projeto	Que Fazer	Como Fazer	Resultados	Responsável	Prazo
Viver com Saúde	Programa Saúde e Vida	Aulas de ginástica.	Diminuir a obesidade e o sedentarismo	Prof. Roque	Aplicado
		Nutrição		Dra Graça	Aplicado
		Caminhadas		USF Nova Constituinte	Parcialmente aplicado
“Responsabilidade na Saúde”	Comunidade corresponsável	Palestras informativas e explicativas	Diminuir o abandono do tratamento	Equipe de Saúde Nova Constituinte	Aplicado
“Cuidar Melhor”	Importância da medicação responsável	Palestras informativas de conscientização	População informada dos riscos da PA/Glicemia descontrolada	Médicos da USF Nova Constituinte	Aplicado

4-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não foi fácil implementarmos no terreno o projeto de intervenção. A população de nossa comunidade estava algo desconfiada em relação a tudo que se faz “em prol da se sua saúde”. Será que estão a tirar partido “benefício” desta atitude?

A princípio conseguimos uma audiência razoável com o incentivo do “café da manhã”, mas, aos poucos, apercebendo-se das nossas intenções, começaram a aderir ao projeto. Hoje, temos um grupo formado por hipertensos, diabéticos e hiperdia que consideramos ótimo para um trabalho “Piloto”. Temos 64 cidadãos cadastrados no supergrupo, formando 8 minigrupos, coordenados cada um deles pela ACS respectiva. Mensalmente são pesados (fotografias 37 e 38) medidas a glicemia e a PA; começam a aparecer resultados. Temos tido alguma queda de peso e dos valores da glicemia e PA. Porquê pequena queda destes valores?

Fotografia 37



Fotografia 38



A nossa Comunidade é muito extensa e demograficamente muito compacta, com +/- 769.700 m², abrigando cerca de 2.500 famílias, ou seja, cerca de 15.000 habitantes que aliado a um processo de ocupação selvagem levou à degradação do ambiente e à instalação de grupos de comercialização e consumo de drogas com o controle das áreas ocupadas, com carências de várias ordens-água canalizadas, saneamento básico e eletricidade, com mobilidade dificultada etc.- como atrás ficou demonstrado no parágrafo 1.1-Revisão da literatura. Comunidade de carências diversas... com alto grau de analfabetização, baixa escolaridade, abandono escolar, precoce, desemprego, álcool e outras drogas com a violência como corolário.

Daqui se depreende que a realização de qualquer programa de educação, como o nosso PI, enfrente certas reservas e dificuldades. Mas, como é hábito dizer-se “devagar se vai ao longe”... o nosso PI foi ganhando terreno “palmo a palmo”, ganhando adeptos dia a dia.

Como ultrapassamos estas dificuldades?

- 1)Da nossa parte espírito de sacrifício, perseverança e honestidade, procurando cumprir o que foi prometido.
- 2)Tudo fazer para que o Grupo sinta progressos nos objetivos propostos e tenha a sensação de melhor qualidade de vida com o desenvolver do processo.
- 3)Procurar dinamizar as reuniões para que o Grupo sinta prazer nesses encontros...
- 4)Procurar acolher todo o elemento novo como se esse acabasse de entrar “numa grande família”, dando-lhe a entender que no Grupo não mais se sentirá sozinho e que poderá contar com ele para qualquer eventualidade.

Como ficou visto quer para a superação das fragilidades, quer para a otimização das potencialidades é necessária perseverança, cumprimento das promessas feitas e honestidade no relacionamento com as pessoas.

Temos uma colaboradora nutricionista, voluntária, Dr^a Graça, que nos dá apoio uma vez por mês e que na última reunião, em Setembro, fez uma oficina de “como aproveitar as cascas das frutas e legumes para melhoria da nossa saúde e equilíbrio do nosso orçamento mensal” (fotografias 39 e 40).

Fotografia 39



Fotografia 40



Semanalmente o nosso “Personal Trainer” Prof. Roque dá uma aula de como “fazer bem para melhor ficar” de forma que em casa, individualmente ou em grupo, possam manter esta atividade. Ver ilustração da última aula (fotografias 41 e 42).

Ainda não começamos com as nossas caminhadas e idas à praia porque o tempo tem estado muito instável, a quadra desportiva ainda não está concluída, bem como a obrigação de “produção” na Unidade não nos permite grandes ausências.

Fotografia 41



Fotografia 42



Liberada a quadra desportiva poderemos diversificar a nossa atividade física, fazer caminhada em torno da quadra, com segurança, não só devido à violência em causa, mas também devido às más condições das ruas do bairro (ver fotografia 14) que não nos permite caminhar em segurança física. Melhorando as condições climatéricas poderemos tentar iniciar as caminhadas na praia. Conseguindo financiamento do município conseguiremos sortear esfigmomanómetros e glicosímetros entre os membros do grupo os quais,os sorteados,poderão não só avaliar os seus parâmetros diariamente como poderão criar condições para que os vizinhos e parentes possam aproveitar essa oportunidade para aferirem também os seus valores e assim o grupo ir crescendo.Apresentamos no Distrito Sanitário um “PI” simplificado para que as “chefias” avaliando o nosso projeto possam subsidiar a nossa proposta...

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção básica coordenação nacional de hipertensão e diabetes. Hipertensão arterial e diabetes mellitus. Morbidade auto referida segundo o vigitel, 2009, cadastro de portadores do sis-hiperdia, 2010.[acesso em 21/03/2014];1(1): [178screens].

Disponível em:http://189.28.128.100/dab/docs/geral/prevalencia01_2011.pdf

2. GOMES, M. B. et al. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Pacientes Com Diabetes Mellitus do Tipo 2 no Brasil: Estudo Multicêntrico Nacional. ArqBrasilEndocrinolMetab. vol 50 n 1. Fevereiro.P.136-144. 2006.

3.Asman G., Cullen P., Schulte H. Simple scoringscheme for calculating the risk of acute coronary events based events based on the 10- years follow-up of the Prospective Cardiovascular Münster (PROCAM) study. Circulation. 2002; 105:310-15

4. Vivian Carrer Elias, Newsletter Biblioteca Virtual AMMG » Notícias, (Internet), Edição 147, 29.10.2013 (20.02.2014), disponível

em: www.ammg.org.br/detalhes.php?codArt=4102

5. Juliana Conte, Hipertensão arterial mata quase 10 milhões de pessoas por ano, Dr Drausio (Internet), 24.04.2013 (20.02.2014), disponível

em: www.drausioarella.com.br

6. Gruffat Xavier, Estatísticas Hipertensão, Cria saúde

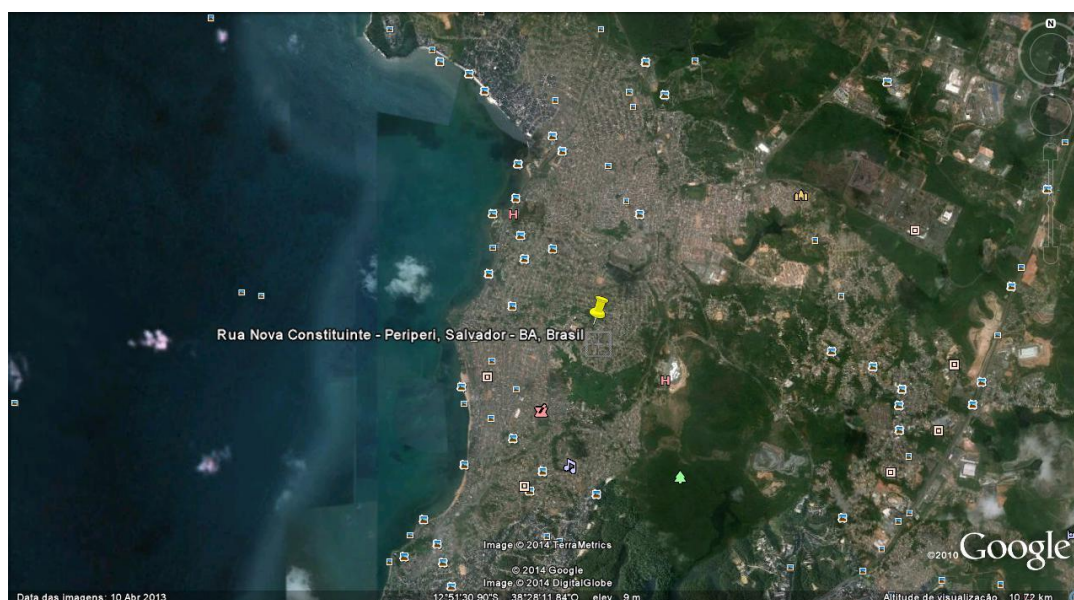
(Internet), 20.08.2013, (20.02.2014), disponível em: www.criasaude.com.br

7. Desconhecido, para evitar a pressão alta, consuma até uma colher de chá de sal por dia, bem-estar (Internet) 29.11.2011 (20.02.2014), disponível em: g1.globo.com

Münster (PROCAM) study. Circulation. 2002; 105:310-15

6- Anexos

Vias de comunicação e localização da USF Nova Constituinte



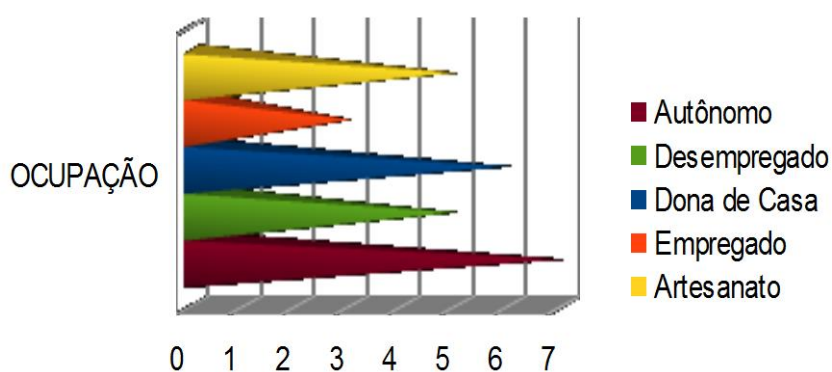
Caracterização da População

Os gráficos abaixo foram elaborados com os dados obtidos dos questionários conduzidos aleatoriamente para 64 pessoas, integrantes do grupo Saúde e Vida. Estes dados não são oficiais, são meramente ilustrativas coletadas pela equipe de saúde Nova Esperança.

Ocupação

O gráfico 5 abaixo mostra os tipos de trabalho e as taxas de ocupação da população pesquisada.

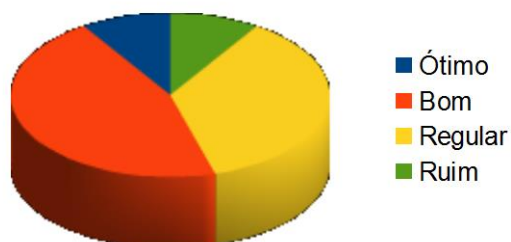
GRÁFICO 5



Condições de vida

No gráfico 6 abaixo, a opinião sobre as condições de vida que as pessoas têm. Na pesquisa perguntou-se sobre como eles vêem sua condição de vida; para a resposta foram dadas 4 opções, Ótimo, Bom, Regular e Ruim.

Gráfico 6



Culturais

Conforme observado no gráfico há muitas pessoas que não conseguem terminar os níveis de ensino, por várias razões. A razão mais comum é o início precoce das atividades de trabalho e isso leva a repercussões negativas na área de desenvolvimento pessoal. O negativo mais importante que gera esse comportamento é o não encontrar um emprego adequado para o futuro, levando a condições de vida desfavoráveis, afetando a saúde física e emocional, segurança pessoal, etc.

Gráfico 7- NÍVEL EDUCACIONAL

